# Défaire le suicidisme : Une approche trans, queer et crip du suicide (assisté)

Alexandre Baril

*Alexandre Baril soutient que les personnes suicidaires sont opprimées par ce qu'il appelle le suicidisme, une oppression qui n'a pas été théorisée à ce jour. Cette violence s'applique par des formes de criminalisation, de stigmatisation et de pathologisation, notamment via les systèmes de prévention. Cet essai propose une reconceptualisation radicale du suicide (assisté) et des réflexions inestimables pour les chercheureuses, les activistes, et tout individu qui souhaite construire de nouvelles formes de soutien envers les personnes suicidaires.*

Ce PDF a été mis à jour
le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

## Avertissement

Ce livre ne vise pas à encourager le suicide. Au contraire, l'approche proposée pourrait contribuer à réduire la suicidalité des groupes marginalisés. Le livre aborde des sujets très délicats et très sensibles et il pourrait être déclencheur d'émotions fortes chez certaines personnes.

## Au sujet de la traduction de *Mad* et des variations du verbe « détraquer »

Tout au long du livre, on recourt au terme *Mad* en anglais lorsqu'il est question des études *Mad* et des mouvements *Mad*. Toutefois, pour référer aux personnes *Mad*, le terme *détraqué·e* sera utilisé pour traduire le terme *Mad* et le verbe *détraquer* sera utilisé pour traduire le verbe *to madden*.

Bien que le terme *fou·folle* aurait pu être privilégié pour traduire le terme *Mad*, comme c'est parfois le cas en français, le terme *détraqué·e* a été retenu notamment parce que, de la même manière que les termes *queer* et *crip*, bien qu'il comporte a priori une charge péjorative, il présente également un fort potentiel de resignification positive. Le verbe *détraquer*, qui réfère au fait de perturber le fonctionnement de quelqu'une ou de quelque chose, semble également posséder ce potentiel de resignification et de rébellion ; perturber l'ordre dit normal des choses. Bref, *détraquer* traduit bien l'essence même du verbe *to madden* — qui signifie perturber et déranger le fonctionnement habituel des sociétés sanistes — et la personne détraquée, par extension, est celle qui se réclame positivement de sa folie et de son dérangement/déraillement selon des normes sanistes. Enfin, la traduction *détraqué·e* permet également de jouer avec les mots à l'oral, grâce à des expressions bilingues composées du terme anglais *track*, souvent utilisé en français au Québec, comme dans l'expression « être sur la bonne [ou la mauvaise] *track* ». La personne *détraquée* est celle qui refuse la bonne *track*, c'est-à-dire la voie tracée pour elle selon les normes dominantes. L'idée d'utiliser le terme *détraqué·e* pour traduire le terme *Mad* est survenue lors d'une conversation spontanée de l'auteur avec Isabelle Perreault et Pier-Luc Turcotte.

Enfin le terme *Mad* avec une lettre majuscule est adopté pour référer à cette étiquette resignifiée positivement par des personnes utilisant des services psychiatriques, survivantes, ex-patientes ou utilisatrices de services en santé mentale qui revendiquent la folie [*madness*]. Ce terme est utilisé fréquemment dans les études *Mad*, chez les chercheureuses *Mad* et les personnes *Mad* participant aux mouvements *Mad*. Quand le terme *mad* sans lettre majuscule est utilisé, cela réfère généralement à l'utilisation dominante qui en est faite à partir de perspectives médicales et psychiatriques.

## Au sujet du terme crip

Les études *crip*, ou *crip studies* en anglais, recoupent des champs de recherches théoriques et militantes à l'intersection des études sur le validisme, des études queers et des études décoloniales. Elles analysent les stratégies par lesquelles les sujets minoritaires, notamment handicapés, négocient avec des contextes qui les excluent. Elles réfléchissent aux représentations négatives de corps qui servent de contre-modèles, repensant les façons dont ils doivent ou ne doivent pas se montrer dans l'espace social.

Si on traduit littéralement *crip*, ce terme signifie « estropié·e », « boiteux·se », « invalide ». Ainsi, à l'image des études queer, les études *crip* s'appuient sur un procédé de réassignation positive des terminologies initialement destinées à porter atteinte à la dignité des sujets qu'elles désignent.

De la même manière que les théories ou études queers se différencient des théories gays et lesbiennes par leur caractère résolument antinormatif et leur rejet de l'assimilation, ce qui les amène souvent à être perçues comme la branche la plus transgressive et subversive des recherches sur la diversité sexuelle, les théories ou études crips se démarquent aussi des approches plus classiques du handicap, généralement considérées comme plus conventionnelles et moins contestataires. En d'autres termes, les théories crips occupent par rapport aux études sur le handicap une position analogue à celle des théories queers vis-à-vis des études gays et lesbiennes.

## Au sujet du terme « sanisme »

Le terme « sanisme » est employé tout au long du livre. Bien qu'il soit proche dans sa signification de celui de « psychophobie », à savoir le système d'oppression que subissent les personnes étant concernées par les enjeux de santé mentale ou des handicaps cognitifs, il est préféré à ce dernier. En effet, ce choix de terminologie s'inscrit dans une critique de la dimension psychologisante et individuelle inhérente à la notion de phobie. Le « sanisme » est une structure, un système, par lequel notre société se reproduit, à l'image d'autres systèmes d'oppression comme le racisme ou encore l'âgisme.

Le terme « sanisme » entretient une proximité avec ceux de « mentalisme » et de « cogniticisme » qui apparaitront plus loin dans l'ouvrage. Des notes seront associées à ces termes et explicitent leurs spécificités.

*À toutes les personnes suicidaires qui n'ont pas survécu,*
*qui ne pensent pas pouvoir survivre,*
*qui ont été maltraitées sur la base de leur suicidalité,*
*et qui sont trop souvent forcées de souffrir en silence…*
*Vous êtes braves, et vous n'êtes pas seules*
*dans votre lutte pour la vie,*
*dans votre lutte pour la mort.*

# Préface — Robert McRuer

Une stratégie militante et rhétorique de longue date dans le mouvement des personnes handicapées a été de parler de sa propre voix, de résister à la désubjectivation active qui fut une composante centrale de l'histoire du handicap depuis quelques siècles. À l'ère de la normalisation, les personnes handicapées ont été présentées comme des objets à diagnostiquer, à étudier, à corriger, à plaindre, à craindre et, parfois, à éliminer. La revendication générale du mouvement des personnes handicapées — « rien sur nous sans nous » — capture bien ce refus de l'objectivation, tout comme les slogans « les droits des personnes handicapées sont des droits humains » ou « pissez sur la pitié ». Même le fait qu'une personne se nomme comme handicapée constitue une réappropriation du mot depuis la position subjective des personnes handicapées elles-mêmes. Des termes défiants comme *crip* ou *disca* accomplissent évidemment un travail similaire, *crip* agissant comme un rejet des connotations stigmatisantes de *cripple* [infirme], alors que *disca* circule désormais fièrement dans les pays hispanophones, offrant une façon d'articuler l'incapacité [*discapacidad*] sans centrer/subjectiver (ou même sans retirer activement de l'avant-scène) la *capacité* [*capacidad*]. On a assisté à d'innombrables changements de noms des handicaps ces dernières cinquante années, comme lorsque les activistes pour les droits des personnes vivant avec le VIH et le sida ont insisté qu'iels n'étaient pas des victimes du VIH ou même seulement des patientes avec le VIH, mais plutôt des « personnes vivant avec le VIH ».

Le travail d'Alexandre Baril rejoint cependant des travaux importants (en fait indispensables) théorisant à quel point il est difficile pour beaucoup de refuser la désubjectivation. En plus de l'antipsychiatrie et du mouvement de fierté des personnes détraquées [*Mad*], les travaux de Michel Foucault nous poussent depuis longtemps à comprendre que le discours sur la folie et l'irrationalité a généralement été un discours de la rationalité à propos d'une chose étiquetée comme la « folie ». Plus récemment, les travaux importants de M. Remi Yergeau sur l'autisme ont démontré comment, dans l'imaginaire dominant, les voix autistes ne peuvent pas être entendues car les discours sur l'autisme présupposent que parler de façon rationnelle et subjective matérialise automatiquement une position de sujet non autiste. Une posture similaire peut être adoptée sur la toxicomanie — læ toxicomane ne peut pas parler *en tant que toxicomane*, car parler de toxicomanie, c'est se plier à l'exigence selon laquelle la toxicomanie constitue une chose à surmonter (comme de fait, aux États-Unis, l'*Americans with Disabilities Act* l'inscrit dans la loi, ne reconnaissant que les sujets toxicomanes qui sont activement en voie de réhabilitation).

Magistralement, Baril nous présente cependant le sujet (ou l'antisujet) qui est sans doute le cas limite extrême pour ces questions théoriques : la personne suicidaire. Et parce qu'il est si important que ces limites soient prises en compte, *Défaire le suicidisme : une approche trans, queer et crip du suicide (assisté)* devrait être une lecture nécessaire dans les études du handicap et la théorie crip (et les théories queers et trans). Mon propre travail dans la théorie crip m'a depuis longtemps amené à considérer ce projet théorique comme étant intrinsèquement lié à la réflexion sur des sujets qui ne s'insèrent pas facilement dans nos catégories existantes ou qui, en surface, ne semblent pas pouvoir remporter la palme de nos gestes théoriques et militants privilégiés. Mais encore, dans le contexte que déploie *Défaire le suicidisme*, nous pensons en

réalité aux antisujets, mais sous certains angles seulement. Tout d'abord, nous nous imaginons la personne suicidaire comme une personne qui *doit* être guérie, transformée, *ramenée* à la subjectivité, car celle-ci ne peut être que non suicidaire. Deuxièmement, et inéluctablement sans doute, Baril nous invite, dans *Défaire le suicidisme*, à penser avec ou aux côtés de celleux qui désirent activement une forme d'antisubjectivité. Le sujet suicidaire peut-il parler ?, se demande Baril, concluant à plusieurs égards que non. Le suicidisme en tant que système exclut cette voix de tant de façons. En le nommant, Baril indique une forme d'oppression qui vient d'une violence discursive et matérielle exercée en raison des idées suicidaires présumées d'une personne. Ce n'est pas possible de penser comme ça, tu dois vouloir aller mieux, tout le monde sait que choisir la vie est la *seule* option. Pourtant, maintenant, *Défaire le suicidisme* existe comme livre et déploie devant nous des manières éthiques de penser autrement, d'écouter cet être contradictoire, logiquement impossible : le sujet/suicidaire. Et Baril déploie ces réflexions éthiques devant nous de manière si richement intersectionnelle, queerisant [*queering*], transant [*transing*], crippant [*cripping*] et détraquant [*maddening*] nos manières de penser le suicide. J'insiste depuis longtemps, surtout au sujet du crippement [*cripping*] dans les études du handicap, sur le fait que les formes verbales de ce que nous faisons sont toujours dans un processus d'invention. Baril nous offre sans doute l'étude la plus complète à ce jour de ce que peut signifier le fait de queeriser, transer, cripper et détraquer, comme des manières actives d'imaginer autrement.

Quand ma cousine la plus proche s'est enlevé la vie en 2014, je me suis retrouvé pris dans un réseau familial de suicidisme, exacerbé par une religiosité profonde (pas la mienne). La seule conversation au sujet de ma cousine que ma mère pouvait avoir avec moi impliquait les questions suivantes : pourquoi ? Mais a-t-elle déjà donné une raison ? Est-ce que tu aurais pu faire quelque chose ? Pourquoi ? Pourquoi ? Je n'avais pas de réponses, évidemment, et les questions (les seules permises) m'ont empêché, à plusieurs égards, d'entendre le sujet qui n'était plus un sujet. Évidemment, je voulais désespérément l'entendre de nouveau. Les funérailles, comme je les attendais, concernaient surtout Jésus, la miséricorde et le paradis, où l'on retrouverait un jour ma cousine (dans d'autres arènes, ce focus était rejoint par une rhétorique religieuse également peu ragoûtante, une personne anciennement amie s'étant sentie obligée de m'informer que ma cousine n'était probablement pas éligible au paradis à cause de ce qu'elle avait fait). Il n'y avait pas beaucoup de place pour parler pendant les funérailles, mais je savais que je souhaitais au moins la plus petite affirmation queer/crip tombant quelque part au loin de cette religiosité obligatoire. Et j'ai donc nommé le handicap, rappelant aux personnes présentes que je travaille en études du handicap et soulignant que la dépression peut être comprise comme l'un des handicaps les plus communs dans la société contemporaine. En même temps, sans le nommer comme queer, j'ai rappelé l'humour tordu et irrévérencieux de ma cousine (sans mentionner ce que personne ne savait, sans doute — qu'elle avait vécu au moins une aventure avec une femme). Le moment de joie que j'ai éprouvé par la suite est venu de la discussion avec des queers et des crips qui n'avaient pas été reconnues comme telles par la plupart des personnes réunies, et qui sont venues me remercier en aparté pour ce que j'avais dit — l'amie qui m'a confié que ma cousine et elle avaient l'habitude de s'envoyer des textos depuis leurs lits, s'écrivant qu'elles n'étaient pas capables d'en sortir ce jour-là ; l'ami gay qui voulait pareillement témoigner

d'à quel point elle était en fait débauchée et sauvage. Nous nous sentions engagé·es dans le projet impossible de l'écouter une autre fois et de tenter de l'honorer de quelque manière.

Le travail d'Alexandre Baril est une riche ressource qui, je le crois, peut nourrir des manières difficiles mais nécessaires d'être-en-commun queers, crips, trans et détraqué·es. Ce n'est pas un livre facile, et on pourrait considérer que cela confirme son importance. En effet, *Défaire le suicidisme* est un livre confrontant sur des sujets douloureux. C'est aussi un livre intensément personnel. Mais c'est essentiellement un livre qui envisage un amour suffisamment ample pour entendre toutes les personnes qui pourraient autrement être disqualifiées comme détraquées, crips, queers ou trans.

# Introduction. Manifeste suicidaire

## Voyage dans un esprit suicidaire : du personnel au théorique

*J'ai voulu mourir tant de fois en écrivant ce livre…*

Alors que je m'installe pour écrire les premières lignes de cette introduction, le bracelet médical sur mon poignet gauche égratigne le clavier de mon portable, créant un bruit de fond incessant qui me rappelle ce qui est inscrit sur le métal. En plus de quelques instructions à l'intention du personnel ambulancier ou hospitalier qui aurait à intervenir dans une situation où je serais inconscient ou incapable de m'exprimer, on y distingue trois petites lettres, inscrites visiblement sur les deux côtés du bracelet : ONR. Pour les gens qui ne sont pas familiers avec le jargon médical, ces lettres signifient Ordonnance de Non-Réanimation. Comme j'écris ces lignes, le cliquetis de ce bracelet médical que je porte 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année, me rappelle les choix que j'ai faits concernant ce qui devrait se produire dans l'éventualité d'une urgence médicale. Si des personnes me découvraient inconscient après un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque, par exemple, elles devraient s'abstenir de toute forme de réanimation, qu'il s'agisse d'une réanimation cardiorespiratoire, de compressions thoraciques, de ventilation artificielle ou d'intubation. Si elles me trouvaient en état d'hémorragie grave à la suite d'un accident de la route, elles devraient s'abstenir de me donner une transfusion sanguine ou d'exécuter toute autre intervention médicale qui pourrait me sauver la vie. Mes documents légaux indiquent également que je refuse l'usage de toute technologie d'assistance médicale, comme les sondes gastriques, l'hydratation intraveineuse ou la dialyse. En somme, dans mes documents légaux et l'ONR que je garde toujours dans mon portefeuille et à laquelle réfère mon bracelet médical, j'ai indiqué clairement qu'il ne faut rien faire qui puisse me garder en vie ou me ramener à la vie.

*Parfois, je souhaite qu'un accident ou un arrêt cardiaque me tue pour que je n'aie pas à le faire…*

Les témoins ayant validé et signé mes documents pour les rendre légitimes légalement, dont une collègue universitaire qui s'intéresse à la bioéthique, m'ont questionné : « Es-tu vraiment certain que c'est ce que tu veux ? Je n'ai jamais

rien vu d'aussi radical ! » En outre, aussi bien mon ancienne partenaire que ma partenaire actuelle m'ont dit trouver mes instructions d'ONR effrayantes. Si elles étaient confrontées à une urgence où j'étais mourant, elles feraient face à un difficile dilemme : me voir mourir sans intervenir pour respecter mes choix et directives, ou faire fi de ces directives en appelant les services d'urgence pour tenter de me sauver la vie. Il va sans dire que lorsqu'on aime une personne, il n'est pas facile de s'imaginer la laisser simplement mourir sans faire quoi que ce soit. Je comprends leurs réactions face à mon ONR et mes directives, et je me sentirais de la même manière si elles formulaient des directives similaires.

*Mon désir de mettre fin à mes jours me rend-il égoïste, effrayant, sans cœur ou insensible ?*

Quand j'ai d'abord voulu obtenir mon ONR du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, il m'a fallu remplir un formulaire devant être signé par une autorité médicale, laquelle avait le mandat d'évaluer ma capacité à refuser de façon éclairée des soins médicaux. Comme mes proches, mon médecin de famille estimait que mes décisions étaient extrêmes. Dans les faits, le terme qu'il a utilisé était *suicidaire*, aussi invoqué par d'autres personnes autour de moi. Assis dans son bureau, j'ai nié vigoureusement toute idée ou comportement suicidaires, sachant qu'admettre mon penchant pour la mort ruinerait toute possibilité d'obtenir mon ONR. Néanmoins, l'étiquette *suicidaire* est certainement porteuse d'un grain de vérité : refuser tout soin pouvant sauver ma vie signifie accepter que celle-ci pourrait s'achever prématurément. Selon le psychiatre critique Thomas Szasz (1999, 2), le suicide peut être défini comme l'acte de « s'enlever la vie volontairement et délibérément, soit en se tuant directement ou en s'abstenant d'un geste pouvant directement sauver sa vie ; autrement dit […] tout comportement motivé par une préférence pour la mort plutôt que la vie et menant directement […] à cesser la vie d'une personne ». Mes directives anticipées et mon ONR, qui indiquent « une préférence pour la mort plutôt que la vie », correspondent à cette description du suicide. En ce sens, je suis d'accord avec mon médecin : mon ONR et mes directives anticipées sont suicidaires, au moins sous la forme d'un suicide différé ou « lent », pour reprendre la notion de la « mort lente » de læ théoricienne de la culture Lauren Berlant (2011, 95).

*Ma mort serait-elle considérée comme un suicide si je mourais des suites d'un accident ou d'une crise cardiaque à cause des directives de mon ONR ?*

Quoi qu'il en soit, j'ai méticuleusement caché à mon médecin que j'ai été suicidaire la plus grande partie de ma vie. Admettre que j'ai été suicidaire depuis l'âge de douze ans, que je le demeure aujourd'hui, et que, même lors de mes plus belles journées, lorsque je me sens bien et enthousiaste à propos de la vie (les personnes suicidaires peuvent aussi ressentir des émotions positives), je souhaite encore être mort plutôt que vivant, aurait nécessairement mené mon médecin à refuser de signer le formulaire. Il aurait justifié son rôle de protecteur en affirmant que mes décisions étaient biaisées par mon état dépressif et suicidaire. Autrement dit, je n'aurais pas été considéré comme suffisamment « rationnel » ou mentalement compétent pour prendre ces décisions, même si je songe à ces enjeux depuis des décennies. Chaque jour où je porte ce bracelet médical, sa présence me rappelle le sérieux de mes décisions et la possibilité de les reconsidérer. Mais je choisis malgré tout de le porter jour après jour, y tenant fermement comme à ma précieuse porte de sortie, même si je vis l'un des meilleurs moments de ma vie.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

*Suis-je encore suicidaire les jours et les semaines où je me sens mieux ? Qu'est-ce qui définit une personne suicidaire ?*

Obtenir officiellement une ONR a été compliqué. En réalité, il aurait été bien plus facile de l'obtenir si j'étais plus vieux et plus handicapé que je ne le suis actuellement. Mon médecin m'a expliqué qu'il aurait peut-être suggéré de remplir un formulaire pour obtenir une ONR si j'étais « vieux » ou « sévèrement handicapé, malade ou souffrant ». Or, vu que j'étais relativement jeune à l'époque de la demande (moins de quarante ans), plutôt en santé et ne souffrant « que » de douleurs chroniques — un handicap invisible souvent ignoré par le complexe médico-industriel — je ne semblais disposer d'aucune « bonne » raison pour justifier une ONR. Contrairement aux gens qui sont visiblement handicapés, malades ou souffrants, qui sont des sujets « abjects » selon les normes et structures validistes et âgistes, je suis considéré comme rachetable, sauvable, un sujet ciblé par des formes de réhabilitation et de « capacitation » [*capacitation*], comme le décrit brillamment la théoricienne queer Jasbir K. Puar (2017, xviii). Ce processus validait ce que je savais déjà et ce que j'explore dans ce livre : si, dans plusieurs pays comme au Canada, où je vis, certains sujets indésirables — à savoir : les sujets visiblement handicapés, malades, souffrants ou âgés — ont le droit de mourir (et y sont parfois même encouragés), les personnes suicidaires perçues comme « sauvables » sont forcées de vivre et de redevenir productives dans ce monde capitaliste et néolibéral. Autrement dit, tandis que certaines citoyennes considérées comme improductives sont ciblées pour mourir, d'autres sont jugées « sauvables » et sont piégées dans une autre forme de processus de « capacitation », qualifié d'*abledment* par la théoricienne du handicap Fiona Kumari Campbell (2019) pour décrire un mécanisme actif visant à produire une validité corporelle à travers une variété de mesures et de procédures. La logique de la prévention du suicide, visant à guérir le soi suicidaire, participe ainsi à ce processus de capacitation des individus suicidaires.

*Pourquoi certaines personnes, comme les personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées qui ne veulent pas mourir (au moins dans leur vaste majorité), se voient-elles offrir l'aide à mourir, alors que celles qui veulent mourir, comme moi et d'autres personnes suicidaires, se voient nier toute assistance ?*

Non seulement m'a-t-il fallu mentir à mon médecin de famille pour surmonter son contrôle [*gatekeeping*] médical et obtenir son autorisation pour mon certificat d'ONR, mais il m'a également fallu être évalué par une psychologue pour confirmer que je n'étais ni suicidaire ni en dépression majeure. J'ai dû prouver ma santé mentale et ma rationalité. J'ai dû supprimer la moindre petite trace de folie quand je leur parlais. *Moi, un activiste handicapé et détraqué* [*Mad*]… J'ai passé le test facilement. Comme je le montre dans ce livre, les personnes suicidaires doivent souvent mentir à propos de leur suicidalité (un concept large comprenant les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides complétés), car l'honnêteté peut coûter cher. Non seulement leurs plans suicidaires sont-ils avortés, détruisant la sortie de secours qui leur donnait l'espoir d'annihiler leur désespoir, mais les personnes suicidaires sont aussi assujetties à une large gamme de discriminations et de formes de violence. Elles se voient régulièrement refuser des opportunités d'emploi sur la base de leur historique suicidaire ; elles se voient refuser des assurances vie et des assurances santé ; on les étiquette comme des parents

incompétents et elles perdent la garde de leurs enfants ; elles sont trompées par les lignes d'écoute en prévention du suicide, qui retracent leurs appels et leur imposent des interventions non consenties ; elles sont menottées, interpellées et maltraitées par la police (une violence encore exacerbée quand les personnes suicidaires sont racisées, autochtones, pauvres, neurodivergentes ou détraquées) ; et elles sont hospitalisées de force, séquestrées physiquement et médicamentées contre leur volonté. Conscient de ces conséquences inhérentes au fait d'être honnête à propos de ma suicidalité, comme d'autres suicidaires, j'ai caché mes idéations suicidaires aux thérapeutes, psychologues et autres professionnelles de la santé pour éviter ces formes sanctionnées de criminalisation, de stigmatisation, de pathologisation, d'incarcération et de discrimination. Comme je le démontre dans ce livre, ces formes de violence découlent d'une oppression systémique qui affecte les personnes sur la base de leur suicidalité, une oppression que j'appelle le *suicidisme*.

*Avant de théoriser et d'enquêter sur l'oppression subie par les personnes suicidaires au quotidien et avant d'inventer le terme suicidisme en 2016–2017 (Baril 2018), j'avais toujours cru que c'était moi le problème : une personne brisée, dont la suicidalité devait être « réglée ». Ma suicidalité devait être éradiquée par des remèdes. Ceux-ci ne sont pas seulement médicaux ; il existe aussi des remèdes sociaux. Je sentais que mon désir de mourir, résultant surtout d'oppressions sociopolitiques en tant que personne ayant été confrontée (et l'étant encore à certains égards) au classisme, au sexisme, à l'hétérosexisme, au cisgenrisme, au validisme et au sanisme, devait être éliminé par une révolution sociopolitique. Je ressentais mon désir de mourir comme un abandon de mes communautés et un renoncement à ces luttes politiques.*

Même si je porte ce bracelet médical indiquant mon ONR et ses directives associées, je serais probablement ranimé dans le contexte d'un accident, par exemple, et encore plus dans le cas d'une tentative de suicide. Comme l'explique la juriste Susan Stefan, les personnes infirmières, ambulancières ou docteures dérogent souvent aux directives des ONR pour les gens qui sont considérés comme sauvables selon les normes dominantes. En particulier, si vous êtes jeune, en bonne santé physique, et que vous tentez de vous enlever la vie, les services d'urgence vous sauveront contre votre volonté : « Il existe en réalité un corpus relativement robuste de travaux en éthique et en médecine sur l'applicabilité des ONR aux tentatives de suicide. La plupart de ces articles reconnaissent que les médecins des urgences ont une propension professionnelle à ranimer les patientes qui est amplifiée lorsqu'il s'agit de tentatives de suicide » (Stefan 2016, 252). Alors que Stefan note que le non-respect des directives des ONR peuvent faire l'objet d'actions en justice sur la base d'une « vie injustifiée » ou d'une « prolongation injustifiée de la vie » (255), les chances de gagner une telle bataille juridique sont supérieures lorsqu'une personne est handicapée, malade, souffrante ou âgée, étant donné que la loi estime que ramener à la vie ces sujets considérés comme endommagés constitue, de fait, une forme de maltraitance. Autrement dit, dans certains contextes légaux, dans des perspectives validistes, âgistes, capitalistes et néolibérales, l'ignorance de l'ONR d'une personne estimée comme insauvable ou jugée comme un « poids » pour la société est considérée injuste, alors que ranimer une personne contre son gré si elle est suicidaire est normal, voire obligatoire.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

*Est-ce que cela me dérangerait vraiment si on ne respectait pas mon ONR dans le cas d'une tentative de suicide, étant donné que j'ai de toute façon trop peur de provoquer ma propre mort par des moyens terrifiants et solitaires ?*

Je n'ai pour l'instant jamais eu à « utiliser » l'ONR qu'il m'a été si difficile d'obtenir (le processus en entier a duré presque un an). Même s'ils sont potentiellement inutiles, mon ONR et mon bracelet médical étaient et demeurent des symboles de mon désir de mourir. En rédigeant ce livre sur la violence suicidiste à laquelle sont confrontées les personnes suicidaires comme moi, et en constatant l'absence de soutien concret dont nous disposons ainsi que de toute problématisation, théorisation ou politisation de ce que la théoricienne queer Ann Cvetkovich décrit comme une « injonction à rester vivante » (2012, 206), j'ai réalisé que j'avais surinvesti l'importance de cette ONR précisément parce que je ne bénéficiais d'aucun outil conceptuel, d'aucun paradigme théorique, d'aucun modèle clinique, d'aucun soutien sociopolitique, légal ou médical et surtout, je ne pouvais compter sur aucun mouvement social pour m'aider à donner un sens à mes expériences, mes pensées et mes besoins comme personne suicidaire en dehors de ce que j'appelle le *script suicidiste préventionniste*. En tant qu'homme trans, bisexuel, handicapé et détraqué ayant vécu comme une femme lesbienne pendant presque trente ans, j'étais habitué à me tourner vers les mouvements sociaux pour théoriser et politiser mes expériences et mes oppressions. Les mouvements féministes, queers, trans, handicapés et *Mad*, ainsi que leurs champs d'études, furent mes compagnons de route pour mieux comprendre les oppressions que j'avais vécues et pour résister à la violence qui m'avait été imposée. Cependant, il n'existe aucun mouvement social vers lequel me tourner pour collectiviser et politiser l'oppression systémique que j'ai vécue en tant que personne suicidaire.

*Vers qui/quoi peut-on se tourner lorsqu'on est suicidaire ? Qui/où sont mes pairs, mes camarades politiques ? Où est notre mouvement ? Comment se fait-il que personne ne nous a dit que* rien ne cloche avec nous, mais que *quelque chose cloche dans le système suicidiste ? Comment puis-je donner un sens à mes expériences quand les concepts et les notions pour théoriser cette oppression n'ont pas été inventées ?*

Notre oppression commence avec la rareté épistémique relative au suicidisme, au point où il nous manque un concept avec lequel le dénoncer et le politiser. *Suicidisme* est le mot que j'ai cherché pendant des années. C'est le concept que beaucoup d'entre nous cherchaient, comme en témoignent les textes écrits par des universitaires s'identifiant comme suicidaires en réponse à mon travail sur le suicidisme, telle·le læ théoricien·ne de la culture et critique des communications Lore/tta LeMaster (2022), une femme trans d'ascendance mixte asiatique et blanche ayant récemment répondu à mon invitation à créer des solidarités entre personnes suicidaires. Un autre exemple est læ théoricien·ne des communications Emily Krebs (2022, 3–4), qui mobilise mon cadre théorique sur le suicidisme dans sa thèse de doctorat : « Si cette forme d'oppression n'est pas nouvelle, lui donner un nom spécifique, *suicidisme*, est un geste puissant qui nous permet de nous rallier à la cause — comme le fait de nommer toute autre forme d'oppression. Il est plus facile d'aborder les violences du suicidisme […] quand ces violences sont explicitement nommées. Le travail de Baril constitue une percée […] dans la théorisation et l'étude des injustices autour des personnes suicidaires. » La nécessité de ce concept est également illustrée par les nombreux messages que j'ai reçus à travers les années de

personnes s'identifiant (ou non) comme suicidaires, me confiant avoir réfléchi à l'oppression à laquelle sont confrontées les personnes suicidaires sans avoir un terme pour la nommer. Une personne m'a écrit :

> J'ai trouvé que vos écrits font écho à plusieurs de mes expériences comme personne suicidaire. J'ai subi et je dois encore endurer nombre de mécanismes suicidistes que vous décrivez, surtout du fait que je m'exprime relativement beaucoup sur ma suicidalité. Je voudrais d'ailleurs exprimer ma profonde gratitude et ma reconnaissance, car on ne saurait vraiment lutter contre l'oppression sans en avoir conscience, et votre essai m'offre maintenant la possibilité de prendre la parole en mon propre nom depuis cette position[1].

Iels m'ont remercié. Iels m'ont partagé leurs histoires. Tant d'elleux. Iels ont pleuré. J'ai pleuré.

Comment se fait-il que nous n'ayons pas de terme approprié pour cette oppression dans la cacophonie des termes comme *sexisme*, *hétérosexisme*, *cisgenrisme*, *racisme*, *colonialisme*, *classisme*, *validisme*, *sanisme*, *âgisme*, *santéisme* et *taillisme* [*sizeism*[2]], pour ne nommer que ceux-là ? J'étais abasourdi. J'étais déçu. Si les mouvements/champs d'études antioppression[3] n'avaient aucun mot pour nommer l'oppression subie par les personnes suicidaires, non seulement n'y avaient-ils pas pensé, mais ils reproduisaient fort probablement l'oppression suicidiste sans le savoir et malgré leurs meilleures intentions. Cette déception a été l'étincelle pour ce livre, et *Défaire le suicidisme* pourrait être l'étincelle pour un mouvement antisuicidiste. Mon espoir est que *Défaire le suicidisme* fournisse des outils théoriques et politiques pouvant nous aider à nommer notre oppression, à nous relier entre nous, à bâtir des coalitions et des solidarités avec d'autres mouvements sociaux et à déclarer, sans honte ou culpabilité, comme le fait LeMaster (2022, 1) : « *Je suis suicidaire.* » Pour transposer un fameux slogan queer aux personnes suicidaires, *Défaire le suicidisme* proclame : « Nous sommes ici, nous sommes queers [*we're here, we're queer*] — dans son sens originel, c'est-à-dire étranges/bizarres, tout comme dans son sens réclamé, marqué par la fierté — vous devrez vous y faire ! »

1. S. Corr, une personne non-binaire, m'a donné la permission de citer ses propos ici.

2. Ndt : lorsqu'il est question de l'oppression basée sur la taille en termes de poids et de grosseur, nous choisissons taillisme pour traduire *sizeism* plutôt que grossophobie. Ce dernier mot est de plus en plus délaissé à cause de la dimension psychologisante et individuelle inhérente à la notion de phobie.

3. Les expressions *mouvements/champs d'études antioppression* et *activistes/chercheureuses antioppression* réfèrent aux mouvements sociaux, comme les mouvements des femmes, trans, du handicap, crips et *Mad*, pour n'en nommer que quelques-uns, aux champs d'études associés, comme les études féministes, trans, du handicap, crips ou *Mad*, et aux activistes et chercheureuses qui s'engagent dans ces cercles antioppression. L'activisme et la recherche ont tendance à être fortement enchevêtrés dans ces champs — d'où l'expression *activistes/chercheureuses*. Sur les pratiques antioppression, lire LeFrançois, Menzies et Reaume (2013, 334).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

## Le suicidisme, la contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité

La thèse de ce livre est simple, mais radicale : les personnes suicidaires sont opprimées par ce que j'appelle le *suicidisme systémique*, et cette oppression demeure cachée et sous-théorisée, y compris dans nos mouvements sociaux/champs d'études antioppression. Mon hypothèse est que le script suicidiste préventionniste produit en réalité plus de mal et de morts par le suicide qu'il ne prévient le suicide. Qui plus est, l'oppression suicidiste est particulièrement dommageable aux groupes marginalisés, incluant les personnes queers, trans, handicapées et détraquées, sur qui se penche ce livre. En écrivant *Défaire le suicidisme*, mon objectif n'est pas simplement de proposer une description de la violence suicidiste à travers la théorisation et la problématisation de cette oppression, de ses caractéristiques, de ses mécanismes et de ses conséquences ainsi que de sa relation aux autres systèmes d'oppression comme le validisme, le sanisme, l'hétérosexisme et le cisgenrisme, mais aussi de formuler une revendication normative qui indique comment le monde devrait être en ce qui a trait à la suicidalité. En d'autres termes, il ne suffit pas de simplement étudier et décrire le suicidisme ; nous devons aussi travailler à l'éliminer. En ce sens, *Défaire le suicidisme* est mon appel à l'action et à la mobilisation collective à travers une thanatopolitique[4], ou une « politique de la mort » (Murray 2006, 195). La thanatopolitique à laquelle je pense permet des futurités suicidaires, ouvrant un espace où la mort par le suicide (assisté) peut advenir, ainsi qu'un espace où il est possible de tenir des conversations ouvertes et honnêtes sur le fait de vivre avec un désir de mourir qui pourraient, comme je l'affirme, potentiellement sauver plus de vies (même s'il ne s'agit pas de mon but principal). Ici, il importe de mentionner que, lorsque j'utilise l'expression *suicide (assisté)*, je réfère simultanément au suicide et au suicide assisté. Dans cet ouvrage, le terme *suicide assisté* réfère à toutes les pratiques volontaires qui visent à aider une personne à causer sa propre mort, à sa demande. Même si le suicide assisté est parfois appelé suicide médicalement assisté, euthanasie volontaire, mort médicalement assistée ou aide médicale à mourir[5], je retiens le terme *suicide* en utilisant l'expression *suicide assisté* dans l'esprit des politiques queers et crips, qui ont resignifié des mots aux connotations péjoratives (comme les mots *queer* et *crip* eux-mêmes) pour en faire des vecteurs de positivité à la base de certaines lignes d'action politiques. *Suicide* constitue l'un de ces termes négatifs dont j'espère qu'il sera vu sous un nouveau jour à la fin de ce livre, libéré de son habituelle association avec la pathologisation, l'aliénation, la stigmatisation, le risque, la surveillance et la prévention. Certes, beaucoup de textes ont commencé à dénoncer les formes de violence qui affectent négativement les personnes suicidaires, comme le travail crucial des chercheureuses en suicidologie critique que je discute dans le chapitre 1. Cependant un cadre théorique exhaustif abordant la violence systémique vécue par les personnes

4. Giorgio Agamben a été le premier à proposer le concept de « thanatopolitique » dans *Homo Sacer : le pouvoir souverain et la vie nue* (1997). Dans le chapitre 5, je discute de son usage du mot et de la définition fournie par Stuart J. Murray (2006, 2018), que je conserve dans ce livre.

5. Pour des définitions des pratiques de suicide assisté (comme l'euthanasie volontaire active, le suicide médicalement assisté ou le retrait de traitements de maintien en vie), voir Downie (2004), Young (2014) et Quill et Sussman (2020).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

suicidaires et la stratégie politique devant être poursuivie pour mettre fin à cette oppression reste encore à élaborer. *Défaire le suicidisme* met à profit et étend le travail réalisé en suicidologie critique en proposant un cadre théorique général pour repenser les conceptualisations morales, éthiques, épistémologiques, sociales et politiques du suicide (assisté).

Même si j'offre des explications détaillées plus loin dans cet ouvrage, je veux brièvement mentionner ici que je dénonce fermement, depuis un éthos handicapé/crip/détraqué, les fondements validistes, sanistes, âgistes et suicidistes du suicide assisté dans ses formes courantes dans plusieurs pays, tout en soulignant les relations complexes qu'elles entretiennent avec d'autres formes d'oppression, comme le racisme, le colonialisme, le classisme, l'hétérosexisme ou le cisgenrisme. En m'inspirant des activistes/chercheureuses travaillant à l'intersection des études du handicap/*Mad*, de l'incarcération, de la décarcération et de l'abolition des prisons (et d'autres institutions incarcérant les personnes handicapées et détraquées), comme Liat Ben-Moshe (2013, 2020), la position que j'adopte dans ce livre se fonde sur l'abolition des lois et des règles violentes actuelles régissant le suicide assisté dans divers pays. En même temps, j'appuie un droit positif à mourir pour toutes les personnes suicidaires, qu'elles soient handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées, ou pas. Je distingue les droits positifs des droits négatifs dans le chapitre 1, mais il importe de mentionner ici que les *droits négatifs* impliquent habituellement une liberté de faire quelque chose sans interférence des autres, alors que les *droits positifs* impliquent des obligations vis-à-vis des autres ou un devoir de porter assistance à une personne (Campbell 2017). De telles obligations peuvent être légales ou morales. Les activistes/chercheureuses antioppression, particulièrement dans les études du handicap/*Mad*, voient habituellement le soutien au suicide assisté comme antithétique à la justice sociale et l'associent souvent avec les idéologies capitalistes, néolibérales, validistes, âgistes, racistes et colonialistes qui promeuvent une culture de la sacrifiabilité concernant les sujets marginalisés. Comme je le démontre dans ce livre, ma position diffère radicalement de ce qu'ont proposé jusqu'à maintenant d'autres chercheureuses, activistes ou responsables politiques au sujet du suicide assisté, car elle se base sur un projet sociopolitique et légal entièrement différent visant à créer de nouvelles formes de soutien antivalidistes, antisanistes, antiâgistes et antisuicidistes au suicide assisté pour les personnes suicidaires. Ma position ne cherche pas à réformer les lois et les règles actuelles pour inclure la maladie ou la souffrance mentales comme critères d'éligibilité au suicide assisté, comme c'est le cas avec certaines personnes qui soutiennent le droit à mourir, tel que discuté au chapitre 4. Même si ma contribution dans *Défaire le suicidisme* est entièrement théorique, et si je laisse aux juristes et aux avocates le soin d'utiliser mon cadre théorique pour transformer les lois et règlements, je voudrais insister ici sur le fait que, si mes propositions dans ce livre étaient adoptées, elles mèneraient à un panorama social, politique et légal entièrement différent que celui qu'on connaît. Au lieu d'inclure d'autres personnes dans les lois actuelles basées sur un cadre validiste, saniste, âgiste et suicidiste, ou sur ce que j'appelle dans le chapitre 4 une « ontologie du suicide assisté » problématique, *ma proposition abolitionniste cherche à renverser ces politiques, interventions et cadres légaux pour offrir des formes de suicide assisté aux gens qui sont explicitement exclus de toutes les lois courantes relatives au suicide*

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

*assisté : les personnes suicidaires*, indépendamment de leurs in/validités, leur santé ou leur âge. Comme l'écrit Ben-Moshe (2013, 140) sur les perspectives abolitionnistes :

> Dans une mentalité plus abolitionniste, il est clair que les formes d'oppression ne sont pas toujours caractérisées par l'exclusion, mais par une inclusion généralisée qui cause parfois davantage de tort. Le but d'une société non carcérale n'est pas de remplacer une forme de contrôle, comme l'hôpital, l'institution et la prison, par une autre, comme la psychopharmaceutique, les maisons de santé et les foyers de groupe dans la communauté. L'aspiration est de changer fondamentalement la façon dont nous réagissons les unes aux autres, la façon dont nous répondons à la différence ou au préjudice, la façon dont nous définissons la normalité et la façon dont les ressources sont distribuées et rendues accessibles.

Autrement dit, dans une perspective abolitionniste, inclure plus de personnes aux législations actuelles sur le suicide assisté sans transformer la structure de ces dernières, leurs présuppositions, leur ontologie et leurs mécanismes fondamentaux créerait plus de mal et renforcerait la culture de la sacrifiabilité des sujets marginalisés en lien avec la mort, le suicide et le suicide assisté. Tout en considérant — comme je le fais dans la conclusion de ce livre — certaines actions et stratégies pour modifier graduellement les lois actuelles sur le suicide assisté pour réduire le tort actuellement causé aux personnes suicidaires sous les régimes suicidistes, mon objectif à long terme demeure l'abolition de ces lois et la proposition de nouveaux droits positifs pour les personnes suicidaires, incluant le renouvellement des formes de suicide assisté. En somme, ce qui peut apparaître à première vue comme des stratégies à court terme plus réformistes, comme celles que je propose dans la conclusion de ce livre en discutant des pratiques de microrésistance, sont en fait compatibles avec mes objectifs abolitionnistes à long terme, et plus généralement avec la décarcération des personnes détraquées et suicidaires. Pour reprendre les mots de Ben-Moshe que j'applique à la suicidalité, mon aspiration est de transformer fondamentalement la manière dont on réagit aux personnes suicidaires et la manière dont on répond à ce qui est considéré comme un risque ou un préjudice dans le contexte de la suicidalité. Surtout, comme le rappelle Ben-Moshe (2013, 2020) en suivant Angela Y. Davis, les perspectives abolitionnistes n'impliquent pas de travailler sur un seul enjeu ou une seule option de remplacement à la fois ; elles exigent de repenser les « logiques carcérales » de nos sociétés et de leurs institutions, leurs politiques, leurs lois, leurs structures économiques, et ainsi de suite. *Défaire le suicidisme* vous invite dans ce périple pour repenser entièrement la logique suicidiste — et carcérale — derrière nos institutions, politiques, lois et autres structures en ce qui concerne la suicidalité. Ces structures portent atteinte non seulement aux personnes suicidaires mais à nous toustes, particulièrement celleux qui vivent à l'intersection d'oppressions multiples, comme les personnes racisées, autochtones, pauvres, queers, trans, handicapées ou détraquées, car elles empêchent les groupes marginalisés et en détresse de chercher de l'aide et d'entretenir des conversations transparentes au sujet de leur suicidalité, par peur de subir plus de violence.

Dans l'esprit du tournant affectif dans les études queers, exemplifié par le travail de Sara Ahmed (2010, 2012) et de Lauren Berlant (2011), et de l'espace que les études crips ont ouvert aux personnes handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou crips, illustré par les travaux de Robert McRuer (2006) ou d'Alison Kafer (2013), dans *Défaire le suicidisme*, je cherche à dépathologiser, à historiciser et à politiser la suicidalité d'une façon similaire à ce que propose Cvetkovich (2012, 2–3) au sujet de la dépression :

> Le but est de dépathologiser les sentiments négatifs afin qu'ils puissent être vus comme une possible ressource pour l'action politique plutôt que comme son antithèse. Cela ne veut néanmoins pas dire que la dépression serait ainsi convertie en une expérience positive. Elle retient ses associations avec l'inertie et le désespoir, si ce n'est l'apathie et l'indifférence, mais ces sentiments, humeurs et sensibilités deviennent des sites de visibilité et de formation communautaire […]. Se sentir mal pourrait, en réalité, être la base d'une transformation.

Avec ce livre, j'espère offrir des réflexions propres à nourrir l'émergence d'un nouveau mouvement social : le mouvement antisuicidiste. L'un des buts fondateurs de ce mouvement pourrait être de décortiquer et de dénoncer le suicidisme qui affecte les personnes suicidaires à tous les niveaux : épistémique, économique, politique, social, culturel, légal, médical et religieux[6]. Ce mouvement pourrait aussi être un lieu pour questionner ce que j'appelle la « contrainte à la vie » [*compulsory aliveness*] (Baril 2020c), notion inspirée par celle de contrainte à la validité ou à la sanité dans un système validiste et saniste (Kafer 2013 ; McRuer 2006). En tant que composante normative du suicidisme, la contrainte à la vie comprend de nombreuses injonctions (ou impératifs[7]), incluant ce que j'ai précédemment appelé « l'injonction à la vie et à la futurité » (Baril 2017, 2018, 2020c, 2022). Le suicidisme et la contrainte à la vie sont aussi profondément imbriqués avec de multiples oppressions, particu-

6. Même si je n'élabore pas l'aspect religieux dans ce livre en raison du manque d'espace, il vaut la peine de mentionner que le suicidisme fonctionne à travers des normes, injonctions et pratiques religieuses qui influencent non seulement les personnes suicidaires, mais aussi leurs familles. Par exemple, l'une de mes amies, dont les parents sont catholiques et pour qui la religion et la spiritualité occupent une place importante dans leur vie, m'a confié que des pratiques discriminatoires ont été exercées dans sa communauté quand sa tante et son frère se sont donné la mort. Sa mère a dû se battre pour que sa sœur décédée des suites d'un suicide puisse avoir des funérailles comme les autres, tandis que le prêtre avait initialement refusé certaines pratiques, comme celle d'escorter le cercueil entre l'église et le cimetière. Quand le frère de mon amie s'est suicidé dans les années 2000, le prêtre avait refusé d'ouvrir le cercueil lors de la cérémonie. J'invite les personnes lisant ce livre qui s'intéressent à la relation entre religion et suicide à consulter Battin (2005, 2015) et Cholbi (2017). Je veux remercier mon amie qui m'a autorisé à utiliser ces deux exemples concrets, ainsi qu'une personne ayant anonymement révisé ce livre, d'avoir indiqué mon omission initiale des aspects religieux du suicidisme.

7. Je veux remercier Scott J. Fitzpatrick pour ses commentaires inestimables et pour notre correspondance au sujet des similarités et des différences entre l'*injonction* et l'*impératif*. Fitzpatrick m'a rappelé que dans plusieurs contextes, la notion d'injonction est fortement liée à l'obligation légale, m'expliquant qu'il préfère utiliser la notion d'impératif dans son travail. J'utilise l'*injonction* ici dans un sens large, référant à un ordre ayant autorité et à une obligation morale, sociale et politique. Dans ce sens je considère l'*injonction* et l'*impératif* comme synonymes.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

lièrement le validisme et le sanisme, comme je le démontre dans les chapitres 1 et 3, ainsi que le capitalisme et l'âgisme, que j'explore moins dans cet ouvrage par manque d'espace. En effet, la contrainte à la vie cherche à imposer une volonté de vivre qui rend anormal, inconcevable et inintelligible le désir/besoin de mort chez les personnes suicidaires, sauf chez les sujets considérés comme improductifs, indésirables et insauvables, comme les personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées. Dans leurs cas, le désir/besoin de mort est considéré comme normal et reconceptualisé sous l'angle de l'aide médicale à mourir ou de la mort médicalement assistée. Cependant, le désir de mort chez les personnes suicidaires est compris comme « irrationnel », « fou », « détraqué », « débile » ou « aliéné », et ces dernières sont dépouillées de leurs droits fondamentaux dans un processus de prévention et de traitement visant à produire leur capacitation, leur réhabilitation et leur réintégration dans l'économie néolibérale. Comme système dominant d'intelligibilité dans le régime suicidiste, la contrainte à la vie masque sa propre historicité et ses modes opératoires, ce qui lui donne un caractère apparemment stable et naturel. Néanmoins, cette stabilité et cette naturalité résultent d'énonciations performatives sur le désir de vivre, énoncées dans une variété de cadres institutionnels, d'interventions, de lois et de discours — et surtout dans les discours sur la prévention du suicide. À l'instar de Sara Ahmed (2010), qui démontre brillamment que l'injonction au bonheur a des effets plus délétères sur les communautés marginalisées, comme celles affectées par le racisme, le colonialisme, le sexisme et l'hétérosexisme, je défends dans *Défaire le suicidisme* que l'injonction à la vie et à la futurité a des impacts négatifs plus profonds sur les groupes marginalisés. Derrière l'objectif louable de sauver des vies, le script suicidiste préventionniste, appuyé par une large variété de protagonistes, soutient une « économie morale et politique » (Fitzpatrick 2022, 113) du soin qui s'avère souvent plus dommageable que les idéations suicidaires elles-mêmes, particulièrement pour les gens qui vivent à l'intersection de multiples oppressions à cause de diverses formes de pathologisation, de criminalisation, de surveillance, d'hospitalisation forcée, de contrôle et d'incarcération. Sous la contrainte à la vie, l'expérience de l'incarcération chez les personnes suicidaires est déguisée en soin pour être justifiée. Comme je l'avance ailleurs (Baril 2025), la prévention du suicide et la volonté du préventionnisme d'éradiquer la suicidalité chez les sujets suicidaires pourraient être comparées aux thérapies de conversion (ou de réparation) des sujets queers et trans. Les thérapies de conversion sont conçues pour réaligner les sujets « détraqués » sur des identités sexuelles et genrées normatives. De manière similaire, la prévention du suicide cherche à réparer les personnes suicidaires et à les réorienter vers une « bonne vie ». De la même façon que les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* nous demandent de considérer le « soin » qu'on offre aux personnes handicapées et détraquées d'un autre point de vue, je nous invite, dans *Défaire le suicidisme*, à transformer notre vision du soutien et du soin offerts aux personnes suicidaires dans les sociétés suicidistes.

Comme je le démontre tout au long de ce livre, les pratiques, les interventions, les réglementations et les discours relatifs au suicide (assisté) représentent ce que j'ai appelé ailleurs des « somatechnologies de vie » (Baril 2017, 201) imposées sur les sujets suicidaires pour les garder en vie. Suivant la définition que donne Michel Foucault (1994, 1997, 2001) des « technologies », celle que donne Teresa de Lauretis (1987, 40) de ce terme comme embrassant

« les discours institutionnalisés, les épistémologies et les pratiques critiques ainsi que les pratiques de la vie quotidienne », et les travaux de Nikki Sullivan (2007, 2009) et Susan Stryker incluant l'introduction des notions de « somatechniques » et « somatechnologies » (Stryker et Currah 2014 ; voir l'entrée « Somatechnics » par Sullivan, 187–190), j'envisage les institutions, les politiques sociales, les lois, les pratiques, les interventions, les théories et les discours gouvernant le suicide (assisté) comme des somatechnologies de vie imposées aux sujets suicidaires. Je montre que les somatechnologies de vie sont présentes dans presque tous les discours sur la suicidalité, incluant ceux qui sont élaborés dans une perspective de justice sociale. En effet, les sujets suicidaires doivent être maintenus en vie presque à tout prix. Nous devons « protéger » les personnes suicidaires d'elles-mêmes sur la base de leur maladie mentale (modèle médical de la suicidalité) ou de leur aliénation sociale (modèle de justice sociale de la suicidalité). Similairement à la façon dont Ahmed démontre dans *On Being Included: Racism and Diversity in Institutional Life* (2012) que les discours de diversité sont une technologie contribuant au problème du racisme qu'ils tentent de résoudre, *Défaire le suicidisme* maintient que les discours et stratégies centrées sur la prévention du suicide représentent des formes de somatechnologies qui contribuent à la suicidalité au lieu de la prévenir. Ce livre constitue une invitation à s'engager dans un dialogue avec toutes les personnes qui travaillent depuis une position préventionniste, à réfléchir ensemble à de meilleures formes de soutien qu'il faut apporter aux personnes suicidaires, incluant celles qui appartiennent à des groupes marginalisés. Il s'agit d'une invitation, comme celle que LeMaster (2022, 1) offre dans l'esprit de mon cadre d'analyse antisuicidiste, à résister à l'injonction de « réparer » urgemment les personnes suicidaires, pour plutôt écouter leurs perspectives : « Je vous invite, vous qui lisez ce texte, à résister […] au mandat de rapporter, d'institutionnaliser, de simplement faire disparaître v/n/os problèmes. Et à la place, de s'asseoir dans le malaise avec moi, au moins pour un temps. Et de réfléchir profondément à la manière de se rapporter à toute l'épaisseur littérale de ce sujet. Apprendre à se *rapporter différemment* et *envers la suicidalité* » (souligné dans l'original).

Si elle est abordée régulièrement dans les cercles antioppression, la suicidalité est souvent mobilisée comme faire-valoir dans la lutte contre les formes de violence systémiques. Par exemple, le documentaire de Kristine Stolakis *Pray Away* (2021), dédié aux personnes mortes de suicide, dénonce les effets délétères des thérapies de conversion (qui sont souvent, mais pas toujours, ancrées dans des principes religieux) chez les membres des communautés queers et trans. Dans le documentaire, les idéations/tentatives/taux de suicide et les suicides complétés sont présentés comme les conséquences extrêmes de la violence hétérosexiste et cisgenriste et comme la justification ultime de la nécessité d'éliminer ces formes d'oppression. Autrement dit, dans la culture populaire, les politiques publiques ou les études et l'activisme queer et trans, l'éradication des violences systémiques comme l'hétérosexisme et le cisgenrisme va de pair avec l'éradication de la suicidalité, étant donné que la suicidalité est l'emblème de la violence tournée contre soi-même. Dans les mouvements sociaux/champs d'études antioppression, la suicidalité devient le baromètre de l'oppression : plus une personne est opprimée, plus elle risque de faire l'expérience de la suicidalité ; moins elle est opprimée, moins elle est exposée à cette éventualité. La même chose pourrait

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

être dite des diverses formes de suicide assisté : les activistes/chercheureuses du handicap ont montré depuis longtemps que les formes actuelles de suicide assisté se basent sur des prémisses validistes (auxquelles j'ajouterais des prémisses sanistes, âgistes et suicidistes, entre autres *-ismes*). De ce point de vue, développer un modèle queercrip[8] du suicide (assisté) pour soutenir les personnes suicidaires en utilisant une approche affirmative du suicide [*suicide-affirmative*], comme je le propose ici, semble être un oxymore. La justice sociale rime avec la disparition de la suicidalité, pas son acceptation potentielle. Néanmoins, j'espère convaincre les gens qui lisent ce livre que la justice sociale implique de ne laisser personne derrière et que travailler dans l'optique d'éradiquer la suicidalité n'est pas nécessairement la meilleure manière d'aider, de soutenir et de prendre soin des personnes suicidaires marginalisées.

La thèse que j'avance dans *Défaire le suicidisme* repose sur trois observations principales. Premièrement, quelque soient les modèles de conceptualisation de la suicidalité, qu'il s'agisse du modèle médical/psychologique, de celui de santé publique (aussi souvent connu comme le modèle biopsychosocial), du modèle social ou de celui de justice sociale que j'explore dans le chapitre 1, tous parviennent presque invariablement à la même conclusion : le suicide n'est jamais une bonne option. Pour être plus précis, pour quelques personnes qui adhèrent à ces différents modèles, certaines formes de suicide, redéfinies comme non suicidaires, demeurent une option, et même une bonne option — par exemple quand il s'agit de « populations spéciales » éligibles à diverses formes d'aide à mourir. Cependant, comme je le discute dans le chapitre 4, même chez les partisanes du droit à mourir pour les personnes handicapées, malades ou souffrantes (et parfois les personnes détraquées et âgées), qu'iels adhèrent ou pas à l'un des modèles susnommés de la suicidalité, *le suicide assisté reste hors de question pour les personnes suicidaires elles-mêmes* . Pour le dire autrement, quand il est question des personnes suicidaires, de manière surprenante, tout le monde s'accorde pour dire que soutenir leur suicide assisté n'est pas une option. En consultant plus de 1 700 sources pour écrire cet ouvrage, de l'Antiquité grecque aux philosophes, bioéthiciennes et activistes/chercheureuses contemporaines dans les mouvements sociaux/champs d'études antioppression tout comme en suicidologie et en suicidologie critique, je n'ai trouvé personne ayant, à ma connaissance, proposé ce que je suggère ici : *appuyer explicitement le suicide assisté des personnes suicidaires* (ce qui est différent de dénoncer la violence subie par les personnes suicidaires ou d'étendre les formes actuelles de suicide assisté aux personnes ayant des enjeux de santé mentale, comme je l'explore dans les chapitres 1 et 4).

Deuxièmement, le script préventionniste, nourri par le suicidisme, la contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité, nous force à adopter une approche irresponsable et sans compassion pour les personnes suicidaires. Comme je l'illustre tout au long de ce livre, les personnes suicidaires vivent des formes généralisées de criminalisation, d'incarcération, de moralisation, de pathologisation, de stigmatisation, de marginalisation, d'exclusion et de discrimination, ancrées dans une logique du soin préventif. Malgré les discours

8. Je définis plus loin mon modèle queercrip de la suicidalité, mais je voudrais mentionner ici que ce modèle queercrip est inspiré par les approches queercrips élaborées par des activistes/chercheureuses comme Sandahl (2003), McRuer (2006, 2018), Kafer (2013), Day (2021) et Hall (2021). Pour des définitions des perspectives queers et crips, voir Hall (2017a).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

publics d'appui et de compassion en lien avec la suicidalité, les individus suicidaires qui cherchent de l'aide ne trouvent pas toujours le soin qu'on leur promet. Les médias débordent d'histoires horribles de personnes suicidaires subissant des traitements inhumains après avoir exprimé leurs idéations suicidaires. Pire, beaucoup d'entre elles subissent des formes accrues de violence dans ces interventions, particulièrement les personnes racisées et autochtones, sans oublier les personnes démunies, trans, non-binaires et handicapées/détraquées.

Troisièmement, malgré toutes les stratégies tentées depuis des décennies et les milliards de dollars investis pour rejoindre les personnes suicidaires et les exhorter à parler, les campagnes de prévention ne réussissent pas à convaincre les individus suicidaires de contacter les ressources offertes et les suicides continuent d'avoir lieu. Des études montrent que les gens qui sont les plus déterminés à mourir réalisent leurs plans suicidaires sans demander d'aide. De plus, malgré quelques variations, les statistiques sur le suicide demeurent relativement stables et ne se sont pas améliorées de façon significative ces dernières décennies. En somme, nos stratégies de prévention ne fonctionnent pas car nous échouons à rejoindre les personnes suicidaires qui accomplissent leur suicide. Nous échouons car nous sommes incapables de les aborder de façon relationnelle, de les faire se sentir assez en sécurité pour parler de leur suicidalité, et de leur faire sentir que nous les soutenons dans leurs décisions et que nous les soutiendrons dans leurs derniers gestes. Bref, s'il peut sembler que nos sociétés se préoccupent vraiment des personnes suicidaires, un examen plus soigné révèle que nous échouons à les rejoindre sur tant de plans, ne serait-ce qu'en les laissant mourir seules.

*Mon hypothèse est que le script suicidiste préventionniste fait plus de mal que de bien aux individus suicidaires. Pour le dire simplement, la logique, les discours et les pratiques préventionnistes propulsent les morts par suicide plutôt qu'ils les préviennent.* Je ne dis pas que les discours, politiques et interventions actuelles, que les programmes de prévention du suicide ou les lignes d'écoute basées sur ce script suicidiste préventionniste n'aident jamais personne. Je suis convaincu que certaines personnes ont été aidées et même sauvées par ces mesures et sont maintenant heureuses de vivre. Je ne condamne pas non plus les personnes suicidaires qui cherchent une cure, car tant d'entre nous ont désespérément besoin de quelque chose, de quoi que ce soit qui puisse nous aider à traverser une autre journée. Beaucoup d'activistes/chercheureuses queers et crips comme Eli Clare ou Alison Kafer insistent sur ce point dans leurs travaux : critiquer la logique curative qui fait souffrir les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées n'est pas la même chose que d'accuser de complicité avec le système celles qui cherchent une cure. Kafer (2013, 27 ; souligné dans l'original) écrit :

> J'utilise *curatif* plutôt que *cure* pour qu'il soit clair que je m'occupe ici de contrainte à la validité/sanité, pas des relations qu'entretiennent les individus malades ou handicapés avec des interventions médicales particulières. Le désir d'une cure n'est pas nécessairement une position anticrip ou antihandicap. Je parle ici d'un *imaginaire curatif*, une compréhension du handicap qui non seulement *s'attend à* et *assume* une intervention, mais qui n'arrive pas à imaginer ou comprendre autre chose qu'une intervention.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Dans l'esprit de Kafer et Clare, je ne présente pas comme suicidiste le souhait de tant de personnes suicidaires, moi-même inclus, de trouver des solutions, peu importe la forme qu'elles prennent. En effet, tant de nous voulons et avons besoin de diverses formes de remèdes, qu'ils soient médicaux, sociopolitiques, ou les deux. Ce que je veux souligner, comme le fait Kafer par rapport aux personnes handicapées/crips, est la manière dont la logique curative suicidiste, ancrée dans la contrainte à la vie, « n'arrive pas à imaginer ou comprendre autre chose qu'une intervention » (Kafer 2013, 27) en lien avec la suicidalité. Ma thèse ne concerne donc pas des cas individuels de personnes suicidaires cherchant des remèdes ou la façon dont certaines stratégies préventives heurtent ou aident certaines personnes suicidaires spécifiques. Elle concerne les effets globaux du script préventionniste sur les personnes suicidaires et sur notre imaginaire entourant la suicidalité : les futurités suicidaires sont étouffées et même empêchées d'émerger. Dans ce sens, la logique curative suicidiste empêche les personnes suicidaires de former un collectif et d'envisager un avenir où la suicidalité serait discutée ouvertement et où le suicide serait une possibilité. Autrement dit, le fait que les personnes suicidaires subissent des formes de violence omniprésentes, qu'elles ne se sentent pas en sécurité de partager leurs idéations suicidaires et que les suicides continuent d'avoir lieu n'est qu'un petit aperçu de la triste réalité, à savoir que les discours et stratégies préventionnistes ne représentent pas ce dont la plupart des personnes suicidaires ont désespérément besoin. Pire, ces discours et stratégies peuvent même les faire se sentir davantage suicidaires. C'est particulièrement vrai des groupes marginalisés, comme les personnes queers, trans, handicapées, détraquées et neurodivergentes, pour ne nommer que celles sur lesquelles je me penche dans ce livre. Comme je le démontre dans les chapitres 2 et 3, même dans une perspective de justice sociale, le script préventionniste et les interventions qu'il propose renforcent les formes de validisme, de sanisme, de cisgenrisme, d'hétérosexisme et d'autres formes de violence comme le classisme, le colonialisme ou le racisme que les personnes suicidaires subissent quotidiennement. De surcroît, le suicidisme, la contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité passent inaperçues ou demeurent incontestées et sont simplement reproduites. Pendant ce temps, les personnes suicidaires continuent d'être isolées les unes des autres par peur des conséquences suicidistes liées à la recherche d'aide et à la formation de solidarités. La logique curative centrée sur la prévention de la suicidalité n'encourage ou ne soutient pas la création de solidarités sociales, émotionnelles, affectives ou politiques entre personnes suicidaires, alliances qui pourraient leur permettre de réfléchir de manière critique à leurs expériences communes, à leurs sentiments partagés et à leurs philosophies, valeurs, besoins et demandes similaires. Au contraire, la logique curative et préventive maintient les personnes suicidaires séparées les unes des autres en tentant d'éradiquer leur suicidalité à travers des idéologies curatives médicales/psychologiques individualistes ou sociopolitiques. *Défaire le suicidisme* ne veut pas éradiquer la suicidalité, mais offrir de nouvelles manières de l'imaginer et de vivre — et parfois de mourir — avec elle.

Au lieu de la logique curative et carcérale sous-jacente au script suicidiste préventionniste, à la logique de la sacrifiabilité validiste, saniste ou âgiste et à l'austérité fondamentale de divers discours actuels sur le droit à mourir, *Défaire le suicidisme* propose un modèle queercrip du suicide (assisté) offrant des droits positifs et un soutien au suicide assisté pour les personnes suicidaires. Cette

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

assistance serait fournie à travers une approche affirmative du suicide ancrée dans les valeurs d'une multiplicité de mouvements sociaux antioppression comme l'intersectionnalité, l'autonomie corporelle, l'autodétermination, le consentement éclairé et la réduction des risques, comme je le discute au chapitre 5. Grâce à cette approche affirmative du suicide, les personnes suicidaires trouveraient des espaces plus sûrs où explorer leur suicidalité sans craindre des conséquences suicidistes. *Je propose le passage d'une logique préventionniste et curative à une logique d'accompagnement des personnes suicidaires, une forme de soutien qui pourrait être affirmative de vie et affirmative de mort.* Les personnes suicidaires pourraient être accompagnées dans leur réflexion critique sur leurs différentes options, pesant le pour et le contre de chacune d'elles, déterminant la meilleure marche à suivre, et si elles maintiennent leur préférence pour le suicide assisté, être soutenues dans le passage difficile entre la vie et la mort. Ce glissement de la prévention à l'accompagnement pourrait redonner du pouvoir aux personnes suicidaires. En effet, dans une perspective suicidiste préventionniste, d'autres personnes comme la famille, les chercheureuses ou le personnel de santé sont conçues comme possédant la « vérité » par rapport au suicide : le suicide doit être évité, la personne suicidaire ne devrait pas avoir le choix et les diverses interventions (qu'elles soient médicales, psychologiques, sociales ou autres) cherchent à mettre en œuvre des choix faits par les autres qui sont imposés aux personnes suicidaires, souvent contre leur volonté et sans leur consentement. De ce point de vue, la vie est la priorité, pas la personne suicidaire et ce qu'elle réclame. L'autorité épistémique de la personne suicidaire est niée quand il s'agit de questions de vie ou de mort. Dans la logique antisuicidiste d'accompagnement que je propose, l'autorité épistémique change de mains. La personne suicidaire possède l'autorité épistémique suivant le *point de vue épistémologique suicidaire* que j'offre dans ce livre, et les gens qui l'entourent sont là pour lui offrir du soutien. En d'autres termes, tandis que le script suicidiste préventionniste présente un but et une solution préidentifiées (sauver des vies) et habituellement conçues par des personnes non suicidaires, la logique antisuicidiste d'accompagnement est centrée sur la personne suicidaire afin de l'aider à identifier ses propres buts et solutions. La priorité est la personne suicidaire, au lieu de la vie elle-même.

Même si j'aborde certains de ces enjeux dans le chapitre 5, il est crucial de spécifier ici que mon approche affirmative du suicide ne se concentre que sur les adultes capables de donner leur consentement éclairé. Tout comme il serait inapproprié d'utiliser des directives en matière de soins de santé aux adultes trans pour des personnes mineures, mon approche affirmative du suicide ne s'applique pas aux enfants et aux jeunes mineurs, une population exigeant une réflexion différente allant au-delà du cadre de ce livre. Sans pour autant appuyer l'oppression des jeunes par les adultes, qu'on appelle parfois le jeunisme et qui contribue à invalider la capacité d'autodétermination, d'agentivité et d'autonomie des enfants et des jeunes dans plusieurs sphères, il est important d'insister sur le fait qu'on ne saurait évaluer le consentement éclairé de la même manière pour les enfants et les adultes, tout particulièrement quand il s'agit de décisions de vie ou de mort. Ce livre n'aborde donc pas la question du suicide (assisté) des enfants/jeunes/mineurs. Même si cette

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

question peut être utilement analysée à l'aide de certains outils théoriques et conceptuels que j'offre dans ce livre, elle doit être abordée séparément car elle soulève différents enjeux, préoccupations et réflexions.

Il importe aussi de mentionner qu'en priorisant la personne suicidaire, je n'entends pas invalider les expériences des membres des familles et des réseaux de soutien des personnes suicidaires. Certes, soutenir une personne suicidaire peut être extrêmement affligeant, et c'est d'autant plus le cas à cause du suicidisme : les proches ne bénéficient pas du même niveau de soutien dans leur processus de deuil et de chagrin, iels sont souvent elleux-mêmes réduites au silence en raison du tabou et de la stigmatisation entourant la suicidalité, et iels ressentent souvent de la honte et de la culpabilité. Les témoignages de membres de familles ayant perdu une proche à cause du suicide, comme celui que partage Jennifer Ashton (2019), une personnalité publique, dans son mémoire *Life after Suicide: Finding Courage, Comfort and Community after Unthinkable Loss*, présentent souvent le suicide comme une action « impensable » dévastant la famille. Les voix s'opposant au suicide incluent certaines figures intellectuelles connues comme l'historienne et philosophe Jennifer Michael Hecht qui, après avoir perdu deux amies s'étant suicidées, s'est engagée dans une croisade publique contre la suicidalité dans les médias et son travail académique, comme dans son livre de 2013, *Stay: A History of Suicide and the Philosophies Against It*. Hecht argumente que les dommages causés par le suicide sont si importants pour les personnes endeuillées que les personnes suicidaires ont le devoir de rester en vie pour ne pas heurter les autres et la société en général. Suivant ses arguments, les personnes suicidaires doivent leur vie à leur entourage, à la société, et à leur soi futur, qui pourrait être reconnaissant d'être vivant : « Le premier [argument] est que nous devons à la société en général, et surtout à nos communautés personnelles, de rester en vie. Le deuxième est que nous le devons à nos autres soi, surtout […] à nos futurs soi […]. Dans mon expérience, hormis l'idée que Dieu l'interdit, notre société actuelle n'a aucun argument cohérent contre le suicide » (Hecht 2013, 5–6). Hecht implore toute personne suicidaire de rester en vie, et ce, à tout prix. Elle s'adresse ainsi directement à celles-ci dans un billet de son blog, qu'elle cite dans son livre : « Être en larmes et se sentir inutile est un million de fois mieux qu'être mort. Un milliard de fois. Merci de choisir les larmes et l'inutilité au lieu de la mort. […] Ne vous tuez pas. Souffrez plutôt ici avec nous. Nous avons besoin de vous […]. Restez » (xi).

Même si j'ai de la compassion pour les émotions complexes des proches qui doivent vivre avec la suicidalité des gens qu'iels aiment, et même si je ressens parfois moi-même ces émotions quand je suis entouré par plusieurs personnes qui sont/ont été suicidaires ou qui sont mortes par suicide, je nous invite dans *Défaire le suicidisme* à considérer aussi les perspectives des personnes suicidaires elles-mêmes, les principales intéressées quand il s'agit de suicidalité. Dans une analogie avec les enjeux trans, je voudrais dire que s'il ne pas faut oublier les défis, la douleur, les sentiments de perte et toutes les autres émotions complexes que ressentent les proches d'une personne trans qui commence une transition, il importe de s'assurer de ne pas négliger le fait que la personne qui opère cette transition est celle qui est la plus affectée par la violence systémique et qui a réellement besoin de notre soutien à ce moment crucial. Ma mère et moi avons cessé de nous parler ou de nous voir pendant presque dix ans après ma transition comme homme trans, à cause de la perte

qu'elle a ressentie au regard de mon identité de genre, de mes pronoms et nom précédents, et à cause de la douleur et de la tristesse qu'elle ressentait comme si « j'étais, ou une partie de moi, était perdue ». Même si ses émotions étaient légitimes et devaient être prises en compte, il est tout aussi important que ses émotions n'aient pas dicté ma décision, ma transition et ma vie. Qui plus est, certaines personnes pourraient dire, dans une perspective d'activisme/de recherche trans, qu'une partie de sa réaction, même si elle est légitime et pertinente à explorer, provenait de formes enfouies de cisgenrisme et de cisnormativité. C'était effectivement le cas. Quand ma mère a fini par me contacter huit ans plus tard pour renouer et reconstruire notre relation, elle m'a dit que sa thérapeute actuelle faisait preuve de plus d'ouverture d'esprit que la personne d'avant et lui avait fait réaliser que les personnes trans sont des « personnes normales », et que même s'il lui avait été difficile de me voir transitionner, elle avait maintenant réalisé que cela avait dû être « très difficile » pour moi. Mon objectif, en partageant cet exemple, est à la fois de reconnaître les impacts émotionnels que la suicidalité peut avoir sur les proches (et comment le suicidisme amplifie ces impacts, comme je le démontre plus loin dans ce livre), et de reconnaître que, comme c'est le cas avec les personnes trans et leurs familles, il est aussi crucial de garder à l'esprit la perspective des principaux concernés : les gens suicidaires eux-mêmes. Comme je l'aborde dans le chapitre 5, mon approche affirmative du suicide pourrait aussi être moins traumatique pour les proches d'une personne suicidaire, en leur évitant par exemple de découvrir un cadavre et d'en éprouver un choc total, ce qui se produit fréquemment dans le contexte dominant actuel. J'espère aussi que cette analogie avec les transitions de sexe/genre aidera les personnes affectées par la suicidalité de leurs proches à commencer à réfléchir à leurs propres expériences et émotions à travers la lunette antisuicidiste que je propose dans ce livre. Quelques chercheureuses en suicidologie critique comme Katrina Jaworski (2014) ou Emily Yue (2021) ont emprunté, de différentes manières, ce tournant dans leurs travaux ; si le suicide d'une personne proche a agi comme catalyseur, comme expérience valant d'être partagée et analysée dans leurs travaux, elles ont habilement tourné leur attention vers les personnes suicidaires elles-mêmes dans une perspective de justice sociale. En somme, *Défaire le suicidisme* reconnaît l'importance des expériences de la famille et des proches/amies, mais se concentre toutefois sur l'expérience de la suicidalité vécue par les personnes suicidaires elles-mêmes dans des contextes suicidistes, une oppression qui traverse toutes les institutions, y compris la famille (voir Krebs 2022, sur les formes de suicidisme vécues par les personnes suicidaires dans leurs familles).

En plus de ces préoccupations concernant l'impact de la suicidalité sur les autres, si mon approche affirmative du suicide était adoptée, certaines personnes pourraient être préoccupées par la possibilité d'une augmentation de la suicidalité — une préoccupation que j'aborde dans le chapitre 5. Par exemple, Hecht (2013, 6) affirme que les idées qui normalisent la suicidalité, comme celles que je propose dans ce livre (même si je n'encourage pas le suicide en soi), ont le potentiel de tuer des gens : « Certaines idées peuvent prendre des vies alors que d'autres peuvent en sauver. » Après tout, les anthropologues et sociologues ont depuis des décennies documenté l'idée de différentes formes de « contagion » du suicide, qu'on les appelle des suicides basés sur l'effet Werther, des suicides par imitation ou des suicides par grappes (par exemple : Beattie et Devitt 2015 ; Hecht 2013 ; Kral 2019 ; Wray, Colen et

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Pescosolido 2011). Comme le démontrent Matt Wray, Cynthia Colen et Bernice Pescosolido (2011, 520), « des recherches récentes fournissent des données probantes de contagion du suicide, surtout parmi les jeunes […] et suggèrent que les réseaux sociaux sont impliqués dans un nombre surprenant de différents types de “contagion”, incluant la suicidalité ». Le suicidologue critique Michael J. Kral (2019, 3) écrit que la suicidalité est une idée culturelle ayant le potentiel d'influencer (mais pas de déterminer) les individus : « Il s'agit de la manière dont les individus intériorisent la culture […]. Le suicide est vu comme un désordre social. […] Nous devons en apprendre davantage sur la manière dont les idées sont adoptées […], sur comment elles se répandent dans la société et comment elles changent à travers le temps. » L'idée ici n'est pas de nier l'effet potentiellement « contagieux » que d'autres suicides et des discussions sur le suicide pourraient avoir sur des personnes en détresse. Toutefois, il importe de noter que certaines recherches empiriques qui incluent des voix de personnes suicidaires en analysant leurs discours sur des forums en ligne (par exemple : Lundström 2018) ou des entretiens (Marsh, Winter et Marzano 2021) ont permis de nuancer la conclusion selon laquelle parler de suicide augmente nécessairement la suicidalité chez les autres. Comme je l'ai observé dans ma propre vie et dans les vies des personnes suicidaires que je connais, apprendre la mort par suicide d'une personne et entendre parler de suicidalité peut déclencher notre propre suicidalité et notre sensibilité à ce sujet. Néanmoins, je veux souligner le fait qu'encore une fois, l'idée de la « contagion » et de l'imitation est fortement façonnée par le suicidisme. Comme je l'explique dans le chapitre 5, si mon approche affirmative du suicide devait être mise en œuvre, cet effet potentiellement « contagieux » serait fort probablement annulé par le fait que les personnes dont les intentions suicidaires seraient provoquées par les conversations ouvertes au sujet du suicide chercheraient de l'aide et du soutien plus librement. Autrement dit, offrir la possibilité du suicide assisté à partir d'une approche affirmative du suicide et discuter ouvertement de la suicidalité auraient potentiellement l'effet inverse : davantage de personnes chercheraient de l'aide au lieu d'accomplir leur suicide dans le silence et l'isolement. J'espère sincèrement que les gens qui lisent ce livre découvriront que, dans la transition concrète entre l'approche suicidiste actuelle du suicide (assisté) et l'approche affirmative du suicide que je propose, aucun mal ne serait causé aux personnes suicidaires — bien au contraire. En plus de potentiellement sauver plus de vies, le passage graduel du suicidisme à une perspective antisuicidiste d'accompagnement ne saurait que contribuer à de meilleures interactions avec les personnes suicidaires et à de meilleurs soins pour elles, car la stigmatisation diminuerait. En fait, l'élimination de stigmates est considérée comme un facteur clé par la recherche « fondée sur des données probantes ». Cependant, l'approche que je propose est si radicale et différente qu'elle exige, d'une certaine façon, un acte de foi, tout comme l'exige l'approche abolitionniste à propos de ce à quoi pourrait ressembler une société décarcérée. Le chapitre 5 fournit certaines réponses à des questions concrètes pertinentes qui sont soulevées par la reconceptualisation radicale du suicide (assisté) proposée dans ce livre et décrit ce à quoi pourrait ressembler une transition vers une approche affirmative du suicide. Toutefois, *Défaire le suicidisme* soutient, à l'instar de la « dis-épistémologie » suggérée par Ben-Moshe (2020, 126), laquelle consiste à « abandonner l'attachement à certaines manières de connaître », qu'avoir « besoin de savoir » d'avance exactement ce à quoi

ressemblerait une société antisuicidiste fait partie de la logique suicidiste. À l'instar des activistes/chercheureuses abolitionnistes qui nous invitent à ouvrir nos imaginaires et nos cœurs à l'inconnu, ce livre, basé sur cette dis-épistémologie, est une invitation à accepter l'imprévisibilité qui vient avec cette transition des sociétés suicidistes vers les sociétés antisuicidistes.

Un autre point important est que mon modèle queercrip du suicide (assisté) est conçu comme un complément, et non comme un remplacement, à la lutte contre les oppressions systémiques qui influencent la suicidalité dans les groupes marginalisés. Ce modèle avance l'idée que lutter pour une transformation et une justice sociales pour une diversité de groupes marginalisés n'est pas antithétique à une plus grande responsabilité vis-à-vis de l'expérience vécue des personnes suicidaires, des stigmates qu'on leur accole, des préjugés avec lesquels elles doivent vivre (et mourir), de la violence suicidiste systémique qu'elles subissent et du soutien dont elles ont besoin pour prendre des décisions sur la vie et la mort. Alors que le but premier de mon modèle queercrip du suicide (assisté) est d'apporter un soutien plus humain, respectueux et compatissant aux personnes suicidaires plutôt que de sauver des vies à tout prix, une de mes hypothèses, dont je discute dans le chapitre 5, suggère qu'une *approche affirmative du suicide soutenant le suicide assisté pour les personnes suicidaires pourrait en réalité sauver plus de vies que ne le font les stratégies de prévention actuelles.* Je soutiens que beaucoup de décès inutiles par le suicide auraient pu être évités par mon approche affirmative du suicide. Actuellement, pour éviter la violence suicidiste, beaucoup de personnes suicidaires qui pourraient être ambivalentes s'isolent dans le silence et réalisent leurs idéations suicidaires avant de les partager avec des proches ou des professionnelles. Autrement dit, au lieu de parler de leurs idéations suicidaires pour prendre une décision éclairée sur leur mort par le suicide, elles prennent *seules* la décision la plus cruciale de leur vie, sans processus d'accompagnement ni soutien de leur entourage. Comme je le montre dans ce livre, mon argument est soutenu par les recherches et les statistiques : les personnes suicidaires qui sont déterminées à mourir ne cherchent pas d'aide et finissent pas compléter leur suicide sans avoir discuté de tous les pour et les contre de cette décision. En ce sens, une approche affirmative du suicide, centrée sur l'accompagnement plutôt que la prévention, ouvrirait des canaux de communication avec les personnes suicidaires pour les aider à prendre une décision éclairée. Les rares initiatives de soutien par les pairs que j'explore dans les chapitres 2 et 3, qui se concentrent moins sur la prévention du suicide que sur l'accompagnement des personnes suicidaires, constituent un premier pas dans la bonne direction et sont prometteuses pour sauver plus de vies sans pour autant se concentrer à prévenir les morts. Même si j'invite le lectorat à dépasser cette justification articulée autour de l'idée de sauver plus de vies pour plutôt se concentrer sur le démantèlement de la logique suicidiste et le renversement de la contrainte à la vie qui est en jeu dans le soin et le soutien offerts aux personnes suicidaires, certaines personnes pourraient constater la valeur heuristique d'une approche comme la mienne, qui déstigmatise et dépathologise radicalement la suicidalité. Si lire *Défaire le suicidisme* pouvait soulever certaines réactions de compassion de la part de chercheureuses, activistes, praticiennes, responsables politiques et du public en général, en les aidant à reconnaître qu'une forme systémique de

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

violence suicidiste présente dans la prévention du suicide nous *empêche* de prévenir les suicides, cette réponse représenterait déjà, dans ma perspective, une amélioration dans la vie des personnes suicidaires.

Même s'il a le potentiel de sauver davantage de vies, mon modèle queercrip du suicide (assisté) cherche néanmoins à aller plus loin que de cesser la violence suicidiste subie par les personnes suicidaires pour mieux les « sauver » d'une mort inutile. Mon modèle cherche à ouvrir nos imaginaires pour concevoir ce qui pourrait arriver si nous commencions à penser au suicide (assisté) depuis un cadre antisuicidiste et intersectionnel. Dans ce sens, ce que propose *Défaire le suicidisme* pourrait être décrit comme un bouleversement révolutionnaire et paradigmatique de notre perception du suicide et du suicide assisté en changeant drastiquement notre compréhension de la notion de devoir. D'un devoir de prévenir les suicides des personnes suicidaires et de soutenir les personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées qui se qualifient pour l'aide à mourir sur la base d'une ontologie validiste, saniste, âgiste ou suicidiste du suicide assisté, ce que je critique dans le chapitre 4, nous nous tournons vers un devoir de soutenir les personnes suicidaires et leurs besoins, incluant l'aide au suicide assisté, comme je l'aborde dans le chapitre 5. Ce livre suggère également de cesser de questionner les raisons pour lesquelles des personnes sont suicidaires, afin de nous pencher davantage sur la manière dont nous pouvons mieux les soutenir et les accompagner pour répondre à leurs besoins. Tout comme la question « pourquoi les personnes transsexuelles existent-elles ? » (Serano 2007, 187) nous enferme dans des solutions conçues pour normaliser et assimiler les personnes trans et non-binaires dans un cadre cisnormatif, la question « pourquoi la suicidalité existe-t-elle ? » dérive d'un cadre suicidiste et nous oriente vers une recherche de solutions visant à éradiquer la suicidalité au lieu de demander aux personnes suicidaires ce qu'elles veulent ou ce dont elles ont vraiment besoin. Dans une perspective suicidiste, la suicidalité est présentée comme entièrement négative, comme une condition médicale/psychologique de laquelle il faut guérir, ou comme une condition résultant d'une violence systémique devant être « réparée » par une révolution. Or, dans tous les cas — sauf, comme je l'aborde dans le chapitre 4, dans celui du suicide assisté qui exclut explicitement les personnes suicidaires —, la suicidalité est vue comme une phase temporaire de laquelle une personne finira par émerger. Émerger de la suicidalité est dépeint comme le succès ultime, alors que compléter un suicide est perçu comme l'échec personnel ultime (dans les perspectives médicales/psychologiques individuelles) ou comme l'échec de la société à offrir des modes de vie soutenables (dans les perspectives sociale et de justice sociale). Dans toutes ces interprétations contradictoires mais complémentaires, la suicidalité doit être éliminée et effacée, forçant les sujets suicidaires à rentrer dans le placard, car le prix à payer pour en sortir et s'afficher comme suicidaires est trop élevé.

De plus, comme pour d'autres groupes marginalisés, nos réalités, désirs, besoins et demandes génèrent de l'inconfort et de l'angoisse pour les personnes non suicidaires. Comme personnes suicidaires, nous apprenons, comme je le montre dans le chapitre 1, à nous taire, à demeurer silencieuses ou à régurgiter les discours préventionnistes que veulent entendre les gens autour de nous, incluant nos amies et notre famille : « Je ne veux pas *vraiment* mourir. Je veux qu'on m'aide. Je veux être sauvée. Je ne vais pas continuer d'envisager le suicide comme une option légitime. J'espère que de plus beaux jours sont à venir. »

Comme les membres de tant de groupes marginalisés, on nous a entraîné·es à croire que quelque chose ne tourne pas rond en *nous*, et pas dans le *système suicidiste* où nous existons. Nous avons aussi appris que, même dans nos cercles antioppression, où nous avons l'habitude de célébrer les voix des personnes marginalisées, nous devons prendre soin des sentiments des personnes non suicidaires au lieu de dire nos vérités. Tout comme le bonheur devient un devoir, non seulement pour soi, mais aussi pour plaire aux autres, comme nous le rappelle Ahmed, je considère que la volonté de vivre et le désir d'une longue vie deviennent un devoir dans un régime suicidiste. Pire encore, Ahmed (2012, 147) soutient à propos des personnes et des institutions dénoncées pour leur racisme que « l'organisation devient le sujet de sentiments, comme celle qui doit être protégée, celle qui est facilement meurtrie ou heurtée. Quand le racisme devient une blessure institutionnelle, on l'imagine comme une blessure à la blancheur ». De façon similaire, je soutiens que le suicidisme assigne les acteurices, les institutions préventionnistes et les personnes proches des sujets suicidaires en tant que « sujets de sentiments ». Dénoncer le suicidisme et la violence exercée par la famille, les proches, les activistes et les professionnel·les de la santé au nom du soin les « heurte » et blesse leurs bonnes intentions. La critique de la violence suicidiste est présentée, d'une manière déformée, comme heurtant la contrainte à la vie et les gens qui prennent « soin » de nous — d'où notre silence. Nous ne voulons pas inquiéter les autres, et nous utilisons divers mécanismes, incluant celui que la philosophe Kristie Dotson (2011, 237) appelle « l'étouffement testimonial », pour rendre nos réflexions sur la mort et le suicide plus acceptables, comme je l'examine dans le chapitre 1. Par exemple, après avoir révélé des sentiments de suicidalité dans l'introduction de son essai *Notes on Suicide*, le philosophe Simon Critchley (2019, 16) s'empresse de rassurer les personnes qui le lisent qu'elles ne devraient pas « s'alarmer » et que cet « essai est une tentative de dépasser » les idéations suicidaires. Les témoignages des personnes suicidaires sont remplis de ces formes de rassurance du public non suicidaire, dans un renversement des rôles où les personnes opprimées doivent prendre soin du groupe dominant et où la critique de l'oppression vécue est vue comme quelque chose qui « heurte » le groupe dominant.

En somme, tandis que nos sociétés semblent vraiment se préoccuper des personnes suicidaires et de leur bien-être, un examen plus attentif révèle qu'en réalité, à travers un script préventionniste et du « soin », nous exerçons dans les faits une violence, une discrimination, une exclusion, une pathologisation et une incarcération des personnes suicidaires. Chaque année, cette conceptualisation négative de la suicidalité et sa logique curative de la prévention causent plus de dommages et plus de morts. Ainsi, ce livre décortique l'idée que la meilleure manière d'aider les personnes suicidaires et d'empêcher le suicide est d'avoir recours à une logique de la prévention. *Pire, la prévention, informée par le suicidisme, produit la suicidalité*. Avec l'argument provocateur selon lequel des morts inutiles peuvent être mieux évitées en soutenant le suicide assisté pour les personnes suicidaires dans une perspective antisuicidiste, ce livre propose de repenser nos conceptualisations du suicide et du suicide assisté de manière radicale. Proposer ici de queeriser [*queering*], de transer [*transing*], de cripper [*cripping*] et de détraquer [*maddening*] (termes que je définis plus loin) le

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

suicide (assisté) par le questionnement de la contrainte à la vie et de l'injonction à la vie et à la futurité constitue littéralement, dans les mots de Judith Butler (1990), un « trouble » dans la vie.

## (Dé)faire le suicide : (re)signifier les termes

Les gens qui me lisent auront probablement remarqué que j'ai mobilisé les personnes suicidaires et non suicidaires comme s'il s'agissait de groupes mutuellement exclusifs. Non seulement cet usage contredit les éthos queer et crip que j'adopte dans ce livre, lesquels contestent les catégories binaires, mais il ne reflète pas non plus les frontières poreuses des catégories identitaires. Dans une réflexion inestimable sur les épistémologies trans — produite dans le contexte de l'Argentine —, le philosophe Blas Radi (2019) insiste sur le fait que définir qui est trans et qui ne l'est pas entraîne des conséquences décisives sur les politiques publiques, les soins de santé et les droits relatifs des personnes trans. Radi soulève une série de questions qui troublent la définition de la transitude. Ces questions pourraient être adaptées pour les personnes suicidaires de la façon suivante : qui peut-on considérer comme suicidaire, et sur la base de quels critères ? Les gens qui ont été suicidaires la majeure partie de leur vie ? Ceux qui ont fait l'expérience de la suicidalité à un moment donné de leur vie ? Ceux qui en ont fait l'expérience récemment — par exemple ces deux dernières années ? Ceux qui ont tenté de s'enlever la vie ? Ceux qui pensent constamment à la mort mais n'ont jamais considéré passer à l'acte ? Ceux qui s'auto-identifient comme suicidaires ? Comme le démontre brillamment Jennifer White (2015a, 345), « les catégories de "personnes suicidaires", "personnes non suicidaires" et "professionnelles" sont elles-mêmes hautement problématiques vu la manière dont elles impliquent que ces catégories identitaires seraient définitives, singulières et stables, par opposition à émergentes, multiples, fluides et se chevauchant ». Comme nous pouvons le voir, la suicidalité n'est pas un statut fixe, mais fluide : on peut vivre avec la suicidalité de temps à autre, émerger de ces périodes et se sentir bien entre les moments plus sombres. D'autres personnes peuvent être non suicidaires leur vie durant jusqu'à ce qu'un événement tragique les entraîne à considérer la mort. D'autres encore peuvent penser à la mort tout le temps (suicidalité chronique) sans jamais essayer de mettre fin à leurs jours. Néanmoins, je crois réellement que mobiliser ces catégories binaires possède une valeur heuristique, et ce, pour deux raisons. Premièrement, même s'il est crucial de questionner et de déconstruire les catégories identitaires, ces dernières doivent d'abord être nommées afin que l'oppression subie par les groupes marginalisés puisse être dénoncée. Par exemple, les premières critiques du validisme ont historiquement permis de distinguer la catégorie des personnes valides d'avec celle des personnes handicapées. Déconstruire cette opposition binaire n'est devenu possible que plus tard dans les études du handicap/crips, une fois qu'on avait commencé à comprendre l'oppression que vivent les personnes handicapées. Deuxièmement, nommer un groupe et le différencier d'un autre — dans ce cas, les personnes suicidaires et les personnes non suicidaires — rendent visibles les relations de pouvoir qui ont cours entre eux, même si les frontières entre les groupes ne sont pas hermétiques. Cela dit, je suis conscient des risques de

désigner un groupe sur la base d'une certaine identité aussi bien que des relations compliquées que certains d'entre eux entretiennent avec les termes employés pour les désigner.

Par exemple, dans une discussion sur la liste de diffusion du Critical Suicide Studies Network, laquelle traitait de mon essai sur le suicidisme (Baril 2020c), certaines personnes ont justement remarqué que l'expression *personnes suicidaires* pourrait être considérée comme injurieuse vu qu'elle confond l'état suicidaire et la personne. Dans une philosophie du langage centrée sur les personnes, il est préférable de parler de *personnes avec* ou *vivant avec des idéations suicidaires* au lieu de *personnes suicidaires*. Cette insistance sur la personne *vivant avec* la suicidalité plutôt que sur son *état* suicidaire réifié comme identité est, comme il est vrai de plusieurs groupes marginalisés, fondée sur de bonnes intentions, avec le but de déstigmatiser ces groupes en insistant d'abord sur leur humanité. En opposition à ce langage centré sur les personnes, une philosophie du langage centrée sur l'identité, illustrée par l'expression *personnes suicidaires*, met l'accent sur l'identité, souvent d'une manière resignifiée et positive. Sans entrer dans de longs débats sur les philosophies du langage centrées sur les personnes ou les identités, du moment que des termes comme *handicapé·es* commencent à être vus comme positifs et valorisants, il devient possible d'envisager les mérites d'utiliser un langage centré sur l'identité, comme le font beaucoup de chercheureuses/activistes antioppression pour référer aux personnes queers, handicapées, détraquées, et ainsi de suite. La même chose est vraie des personnes suicidaires : épouser le cadre antisuicidiste proposé dans ce livre ouvrirait à d'autres visions de la suicidalité, nous permettant de la concevoir comme faisant partie de nos manières de sentir, de penser et de vivre. En fait, le langage centré sur l'identité poursuit le travail de déstigmatisation. En déstigmatisant radicalement la suicidalité, il devient possible de mobiliser cette étiquette d'une façon positive et affirmative : « *Je suis suicidaire.* »

De plus, en mobilisant les catégories des personnes suicidaires et non suicidaires, et en insistant sur l'importance des voix des premières, je suis conscient des discussions délicates qui peuvent en découler quant au rôle des personnes alliées dans les mouvements sociaux/champs d'études antioppression, discussions qui problématisent le fait de *parler pour* ou *au nom* d'un groupe (Alcoff 1991). On ne saurait nier le rôle central des personnes alliées, peu importe le mouvement/champ d'études concerné ; elles jouent un rôle crucial pour soutenir les groupes marginalisés dans leur quête d'équité, d'inclusion, de respect et de reconnaissance (Burstow et LeFrançois 2014 ; LeFrançois, Menzies et Reaume 2013). En reconnaissant le rôle décisif des personnes alliées et en admettant que les catégories binaires comme les personnes suicidaires et non suicidaires ne peuvent jamais capturer la complexité, la fluidité, la continuité et la porosité entre elles, je n'appelle pas ici à une politique identitaire antisuicidiste naïve qui serait faite exclusivement par et pour les personnes suicidaires. Néanmoins, comme dans beaucoup d'autres mouvements sociaux/champs d'études antioppression, les personnes qui s'identifient actuellement comme suicidaires (par opposition aux personnes non suicidaires ou anciennement suicidaires désormais convaincues que la suicidalité était une phase difficile à surmonter) devraient être au centre des champs de la suicidologie et de la suicidologie critique. Je ne dis pas que les personnes non suicidaires ne devraient jamais parler pour les sujets suicidaires.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Mais comme le notent les théoriciennes Linda Martín Alcoff (1991) et Katrina Jaworski (2020), la conscience des relations de pouvoir en jeu lorsqu'on parle pour les autres est cruciale. En analysant la littérature scientifique sur la suicidalité, y compris le travail produit par des activistes/chercheureuses qui adoptent une perspective de justice sociale, il est devenu évident pour moi que le différentiel de pouvoir qui existe entre les personnes suicidaires et non suicidaires est rarement reconnu. Malgré des similarités frappantes entre l'assurance exprimée par les personnes non suicidaires lorsqu'elles *parlent pour* les personnes suicidaires et le sentiment de légitimité exprimé par d'autres groupes dominants (hommes, personnes blanches, personnes cisgenres, etc.) lorsqu'ils *parlent pour* une diversité de groupes opprimés, plusieurs personnes qui adoptent le script préventionniste, incluant celles qui adoptent un modèle de justice sociale pour examiner la suicidalité, n'ont pas encore reconnu le rôle qu'elles jouent dans les relations de pouvoir entre les personnes suicidaires et non suicidaires ou le sentiment de légitimité qu'elles affichent lorsqu'elles *parlent pour* les personnes suicidaires. Ces dernières ont besoin de soutien de personnes alliées pour faire progresser *leur* ligne d'action visant à changer les politiques publiques et celles relatives à la santé, les interventions sur le suicide et les croyances épistémologiques et théoriques à propos de la suicidalité. Évidemment, l'expérience vécue ne fournit pas automatiquement un avantage épistémologique pour analyser une situation, mais comme nous l'ont montré plusieurs épistémologies émancipatrices (Medina 2012 ; Tuana 2017) comme l'épistémologie Noire, l'épistémologie trans, l'épistémologie féministe, l'épistémologie queer ou la cripistémologie (une épistémologie qui valorise l'importance du savoir de personnes handicapées/détraquées), l'expérience vécue peut nous aider à réfléchir de façon plus critique à une plus grande justice sociale pour les groupes marginalisés. En ce sens, un *point de vue épistémologique suicidaire* exige que les personnes alliées, plutôt que d'occuper tout l'espace discursif et de *parler pour* les personnes suicidaires, créent des conditions où ces dernières pourraient s'exprimer librement. Pour ce faire, nous devons d'abord être capables de distinguer les personnes suicidaires de leurs alliées, des personnes qui veulent les étudier d'un point de vue externe pour les sauver de leurs « erreurs », ou de celles qui pensent qu'elles savent ce qui est le mieux pour les personnes suicidaires (y compris dans les mouvements sociaux/champs d'études antioppression queers, trans, handicapés, *Mad* et autres), même si ces lignes sont floues.

Un dernier commentaire sur mon choix de mots et de langage : dans son livre de 2017 *Academic Ableism: Disability and Higher Education*, Jay Dolmage insiste sur l'importance d'écrire dans un langage clair dans l'esprit du mouvement pour la justice pour toutes les personnes handicapées [*disability justice movement*]. Trop souvent, pour se donner une apparence de sophistication et d'intelligence pour une variété d'auditoires, les universitaires utilisent un langage compliqué, difficile et, finalement, inaccessible (Dolmage 2017, 32). Tandis que l'accessibilité du savoir à une diversité de publics, incluant les personnes ayant différentes in/capacités, devrait toujours être une priorité, cette attention à l'accessibilité revêt une importance cruciale lorsqu'on travaille dans les études du handicap/crips/*Mad*. Dans un désir de brouiller les frontières entre les personnes à l'intérieur et à l'extérieur de l'université, Dolmage (2017, 33) propose l'utilisation d'un langage simple et clair, comme je tente de le faire dans ce livre, comme façon de déconstruire les perspectives internes/externes

et de riposter au validisme (auquel j'ajouterais le sanisme et le cogniticisme) académique[9]. Contrairement à ce que peuvent penser certaines personnes, écrire dans un langage simple, clair et accessible n'est pas nécessairement plus facile que d'utiliser des formulations élaborées et abstraites. En fait, écrire des idées complexes de manière accessible est beaucoup plus difficile que d'écrire des idées pas si compliquées dans une langue lourde de jargon. Qui plus est, dans un monde classiste, élitiste et anglonormatif (c'est-à-dire un monde où la langue anglaise est imposée comme la norme à des fins de commerce, de production culturelle, de publications et de communications scientifiques, etc.), nous oublions trop souvent qu'écrire dans un anglais [ou un français] simple est bénéfique non seulement pour une large gamme de personnes handicapées/détraquées, mais aussi pour quiconque n'a pas eu le privilège d'aller au collège ou à l'université ou n'ayant pas appris l'anglais [ou le français] comme langue première. Même si je bénéficie certainement de privilèges de classe et d'éducation aujourd'hui (bien que cela n'ait pas toujours été le cas, ayant vécu sous le seuil de la pauvreté pendant à peu près la moitié de ma vie) grâce à mon éducation et à mon poste de professeur permanent dans une université canadienne, je continue de faire l'expérience des effets de l'anglonormativité dans ma vie quotidienne comme Canadien français vivant et travaillant dans des cercles non francophones depuis plusieurs années. Ma position forte sur le fait d'utiliser un langage aussi simple et clair que possible (bien que cet ouvrage en soit un universitaire) réside dans ma perspective antivalidiste, antisaniste, anticogniticiste, mais aussi anticlassiste et antianglonormative. C'est dans le même esprit d'accessibilité, y compris pour les personnes désavantagées d'un point de vue socioéconomique, que j'ai décidé de rendre la version originale en anglais de ce livre disponible gratuitement en accès libre sur Internet, de même que la présente traduction française européenne disponible en accès libre sur le site de la maison d'édition.

## Autothanatothéorie : une boîte à outils méthodologique et conceptuelle

Dans son analyse littéraire et philosophique du désir de mort, le chercheur Irving Goh demande aux auteurices de porter plus d'attention à un genre d'autothéorie centrée sur la mort, qu'il appelle l'« auto-thanato-théorie » (2020, 197). Concevant le désir de mort comme partie intégrante du soi, il considère cette attention à son désir de mort comme une forme de souci de soi, dans un sens foucaldien. Selon Goh (2020, 210) :

> Ce ne sont pas tous les textes d'autothéorie qui sont des textes d'auto-thanato-théorie. […] Ainsi, tandis que nous étendons nos recherches plus loin dans l'autothéorie et que nous étendons son archive, ma proposition est de garder l'œil ouvert pour une auto-thanato-théorie qui relate la recherche d'extinction du soi, voire son sens d'avoir déjà

9. Silverman et moi (2019, 181) avons inventé le terme *cogniticisme*, que nous avons défini comme « un système d'oppression discriminant les personnes ayant des handicaps cognitifs/mentaux. […] Le cogniticisme est en œuvre à de multiples niveaux, notamment politique, social, médical, juridique, économique et normatif. »

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> quitté le monde ; nous ne devrions pas supprimer ces voix ou affects d'auto-thanato-théorie, mais les laisser s'articuler. Cette permission ne serait […] qu'une pratique de souci de soi particulièrement attentive aux soi cherchant un réel hors de l'existence. Un véritable sens de l'existence ne porte pas seulement sur le fait de vivre ou de rester en vie ; il inclut le désir d'une sortie de l'existence.

À certains égards, *Défaire le suicidisme* répond à l'appel de Goh : en ne supprimant pas les voix et affects suicidaires et en les situant au sein de systèmes et de structures normatives, ce livre offre une autothanatothéorie [10] faisant de la place au soi qui désire discuter de son désir d'extinction et au soi qui s'efforce de se lier à d'autres soi et personnes suicidaires afin de rester en vie. Alors que Goh (2020, 207) croit que partager des idéations suicidaires avec d'autres ne saurait mener qu'à reconnaître l'« impartageabilité » profonde du désir de mort, je soutiens que cette impartageabilité apparente est due à des formes de suicidisme et de contrainte à la vie bloquant les imaginaires sociaux et politiques à propos du suicide (assisté). Cet argument est la raison pour laquelle je crois que partager mes propres histoires, expériences et perspectives épistémologiques, théoriques et politiques sur ces sujets à travers une position autothéorique pourrait ouvrir des futurités et collectivités suicidaires. Ce qui semble aujourd'hui impartageable, dans un contexte où l'oppression des personnes suicidaires n'a pas encore été nommée et où la violence suicidiste est reproduite dans nos cercles antioppression, pourrait devenir partageable dans un monde où l'on collectiviserait les témoignages suicidaires et les expériences vécues du désir de mourir.

Comme l'explique l'autrice Lauren Fournier dans son livre de 2021, *Autotheory as Feminist Practice in Art, Writing, and Criticism*, l'autothéorie possède une longue tradition dans les mouvements/champs d'études féministes et d'autres mouvements et épistémologies libératoires ayant dénoncé le colonialisme, le racisme, l'hétérosexisme, le cisgenrisme et d'autres systèmes d'oppression. Comme nous le rappelle Fournier, alors que l'écrivain et philosophe Paul B. Preciado a utilisé le premier le terme *autothéorie* dans son désormais célèbre livre de 2008, *Testo Junkie*, l'écrivaine Maggie Nelson a popularisé l'expression dans son livre de 2015, *The Argonauts*. Toutefois, les racines de l'élan vers l'autothéorie sont beaucoup plus anciennes que l'invention du terme et commencent plusieurs décennies auparavant. En effet, Fournier montre que la notion de textes autothéoriques avait été discutée par des féministes comme Stacey Young dans les années 1990 et avait déjà été mise en pratique sans avoir été nommée comme telle par de nombreuses féministes et personnes racisées, Noires et autochtones dans les années 1970 et 1980. L'autothéorie est liée, par exemple, à ce que la chercheuse Jane Gallop avait appelé « théorie anecdotique » vingt ans plus tôt, comme elle le raconte dans son livre *Sexuality, Disability, and Aging: Queer Temporalities of the Phallus* de 2019 (25). Interet transdisciplinaire par nature, l'autothéorie brouille les frontières entre les différents genres, mettant à l'avant-scène l'enchevêtrement du soi et du théorique, qui sont inséparables et impossibles à dissocier. Inspirée par la féministe Nancy Miller, Fournier explique que le personnel n'est pas seulement politique, mais aussi théorique. Fournier (2021, 7) indique que l'autothéorie « réfère à l'intégration de la théorie et de la philosophie à

10. Je préfère une épellation sans traits d'union, comme le terme *autothéorie*.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

l'autobiographie, au corps et à d'autres soi-disant modes personnels et explicitement subjectifs. C'est un terme qui décrit une façon autoconsciente de faire de la théorie — comme discours, cadre ou mode de penser et d'agir — à côté de l'expérience vécue et de l'incorporation subjective. » *Défaire le suicidisme* est ancré dans l'autothéorie, une autothanatothéorie débutant par mon expérience vécue comme personne suicidaire pour aborder diverses théories et discours sur le suicide (assisté). Il trouble les épistémologies dominantes sur le suicide (assisté) et nous encourage à repenser ces théories et pratiques depuis les perspectives situées des personnes suicidaires, transgressant (ou queerisant et transant) les genres, les disciplines et les frontières entre le soi et les propositions théoriques.

Conformément à la pratique de l'autothéorie et à ses manières alternatives d'envisager la recherche, la méthodologie et la théorisation, et en maintenant sa distance vis-à-vis des positions positivistes et post-positivistes, ce livre émerge d'une archive riche de pas moins de 1 700 sources de documentation scientifique et grise, incluant des recherches quantitatives et qualitatives, des essais philosophiques, des billets de blog et des documentaires. Mais il est aussi ancré dans ma propre expérience vécue comme personne suicidaire et dans les discussions que j'ai eues au sujet du suicide (assisté) avec ma famille, mes proches, mes collègues, mes étudiantes, etc., dont plusieurs m'ont révélé leur propre suicidalité après avoir appris ma perspective sur le sujet. Je me reconnais dans les propos de Fournier (2021, 5) lorsqu'elle dit : « Mon approche méthodologique est inscrite dans la nature personnelle-théorique, fortuite et instinctuelle de la recherche autothéorique. » Et alors que *Défaire le suicidisme* s'ancre incontestablement dans le contexte de la terre colonisée où j'habite (le Canada), et alors que mes discussions sur le suicide (assisté) se centrent généralement sur quelques pays capitalistes et industrialisés (comme les États-Unis, la Belgique, la Suisse, les Pays-Bas et l'Australie), j'espère que les gens qui me lisent seront capables d'envisager sa possible « portée transnationale » (5), comme le dit Fournier. Comme cette dernière, qui estime que l'autothéorie pourrait constituer le « prochain grand tournant » (2), je pense que le suicidisme, comme nouveau cadre théorique, a le potentiel d'ébranler les sociétés en général et leurs institutions, politiques, règlements, pratiques, interventions et cercles antioppression en révélant une oppression qui est restée ignorée par les analyses intersectionnelles jusqu'à maintenant. En se concentrant sur des sociétés capitalistes et industrielles, ainsi que sur certaines oppressions — c'est-à-dire l'hétérosexisme, le cisgenrisme, le validisme et le sanisme —, ce livre met de côté plusieurs autres contextes géographiques et systèmes oppressifs qui sont néanmoins cruciaux pour analyser le suicidisme (et qui transformeraient nos manières de le théoriser), comme le colonialisme, le racisme, le classisme et l'âgisme. Par exemple, analyser la suicidalité au sein des communautés autochtones au Canada exige un examen attentif du système colonialiste contribuant à la suicidalité, comme le démontrent brillamment des activistes/chercheureuses comme Roland Chrisjohn, Shaunessy M. McKay et Andrea O. Smith (2014), de même que China Mills (2017), Jeffrey Ansloos et Shanna Peltier (2021). Le cadre théorique que je propose ici doit demeurer flexible, adaptable et transformable selon chaque contexte et chaque groupe marginalisé concerné par un taux de suicidalité disproportionné, comme les communautés autochtones. Vu l'espace limité d'un seul ouvrage, j'ai tenté ici de me concentrer en détail sur les intersections entre le suicidisme et l'hétéro-

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

sexisme, le cisgenrisme, le validisme et le sanisme, tout en évoquant, dans certaines circonstances, le colonialisme, le racisme, le classisme et l'âgisme en lien avec la suicidalité. Dans cette perspective, tandis que mon analyse intersectionnelle est profondément redevable aux féministes Noires et autres chercheureuses en théorie critique de la race (par exemple : Ahmed 2010, 2012 ; Crenshaw 1989 ; Hill Collins 2000 ; Puar 2007, 2017), qui nous ont légué de riches outils théoriques et méthodologiques pour analyser les effets de l'intersection du sexisme, du racisme et du classisme parmi d'autres oppressions, ce livre s'occupe moins de reprendre ces trois piliers d'analyse fondamentaux en lien avec le suicidisme que de révéler un nouvel axe d'oppression que la recherche intersectionnelle future pourra mobiliser pour enrichir les analyses de divers systèmes d'oppression. J'espère sincèrement que le cadre théorique que je propose ici, qui demeure nécessairement incomplet sur tant de plans, sera repris par d'autres qui pourront indiquer la profonde imbrication du suicidisme avec le colonialisme, le racisme, le classisme, l'âgisme et d'autres formes de violence. Je vois ce livre comme un point de départ pour ces conversations importantes que nous devons mener sur l'enchevêtrement des systèmes d'oppression.

En plus de cette approche autothéorique, j'ai été inspiré par tant de compagnes et compagnons intellectuelles formidables dans l'élaboration de ce nouveau cadre théorique. J'utilise les termes *compagnes et compagnons* car il s'agit par définition d'une personne qui nous accompagne, avec qui nous passons beaucoup de temps et qui, de différentes manières, nous complète (ou vice versa). Plusieurs personnes m'ont accompagné tout au long de l'écriture de ce livre. Les réflexions et notions qu'elles m'ont offertes ont constitué ma boîte à outils conceptuels. En plus de la documentation bioéthique et philosophique sur la mort, l'acte de mourir, le suicide et le suicide assisté que j'ai consultée, je peux identifier cinq champs théoriques dans lesquels j'ai puisé des outils conceptuels pour présenter mes arguments et ma thèse. Le premier est la théorie queer. Mobilisant librement une gamme d'outils conceptuels provenant de la théorie queer, comme la « logique du futurisme reproductif » (Edelman 2004, 9), l'« injonction morale » au bonheur (Ahmed 2010, 35), « l'art queer de l'échec » (Halberstam 2011) ou l'« optimisme cruel » (Berlant 2011), je les applique au sujet du suicide (assisté). S'ils adoptent à la fois le tournant antisocial queer (caractérisé par son appui des affects négatifs ou de l'échec) et le tournant affectif (caractérisé par son attention aux affects, aux émotions et à l'incorporation [*embodiment*] en relation avec la théorie critique), ces outils conceptuels m'aident à souligner la valeur heuristique sous-exploitée de concepts en études queers pour théoriser la pulsion de mort et les affects négatifs jusqu'à leur limite ultime : la mort littérale. Le deuxième champ théorique dans lequel j'ai puisé est la théorie trans et sa puissance de transement [*transing*] — c'est-à-dire sa capacité de transgresser et de transcender les frontières et les catégories (DiPietro 2016 ; Stryker, Currah et Moore 2008 ; Sullivan 2009). Je mobilise l'approche et le modèle transaffirmatif de soins développés dans les cercles trans pour repenser le soin offert aux personnes suicidaires sur la base de l'autodétermination, du consentement éclairé et du soutien de la communauté. En effet, l'approche et les soins de santé affirmatifs du suicide que je propose dans le chapitre 5 s'inspirent des approches affirmatives proposées par l'épistémologie, la théorie et les mouvements trans. Le troisième corpus académique qui m'a inspiré est la

théorie du handicap/crip. La riche théorisation de certaines notions comme la contrainte à la validité ou à la sanité (Kafer 2013 ; McRuer 2006) est centrale dans mes réflexions sur la contrainte à la vie, qui est quant à elle sous-théorisée, bien qu'elle hante les imaginaires sociaux, culturels, politiques, légaux et médicaux. Les futurités crips ouvertes par les théories crips me permettent d'envisager un projet politique similaire pour les personnes suicidaires. Le quatrième type de travaux qui m'ont énergisé dans ma réflexion sur l'oppression vécue par les personnes suicidaires est le mouvement/champ d'études antipsychiatrie (Burstow 1992 ; Szasz 1999) ainsi que le mouvement/champ d'études *Mad* (Burstow et LeFrançois 2014 ; LeFrançois, Menzies et Reaume 2013). Alors que quelques figures importantes du mouvement/champ d'études de l'antipsychiatrie ont dénoncé la violence exercée sur les personnes suicidaires, le mouvement/champ d'études *Mad* a démontré que, sous l'apparence de l'aide et du soutien, les personnes détraquées subissent des formes de maltraitance et de sanisme généralisées. Certaines personnes, comme Liat Ben-Moshe (2020), décrivent dans une perspective d'abolitionnisme carcéral les formes d'incarcération systématique auxquelles font face les personnes handicapées/détraquées dans les sociétés validistes et sanistes. Leurs contributions ont été la clé me permettant de mieux comprendre l'aspect imbriqué du suicidisme et du sanisme ainsi que la logique carcérale qui les soutient tous deux, et je crois sincèrement que le suicidisme, comme nouveau cadre théorique, a le potentiel de contribuer à la théorisation et à la dénonciation du sanisme. Après tout, plusieurs traitements imposés aux personnes détraquées sont justifiés sur la base de l'idée qu'elles représentent « une menace pour elles-mêmes » (c'est-à-dire qu'elles sont potentiellement suicidaires). Comme je le démontre dans ce livre, il devient impossible d'étudier le sanisme et le suicidisme en vase clos. Toutes ces riches positions et perspectives théoriques — queers, trans, crips, *Mad* — me permettent de queeriser, de transer, de cripper et de détraquer le suicide et le suicide assisté.

Les ultimes compagnes et compagnons auxquelles je suis redevable sont les suicidologues critiques (une courte histoire de la suicidologie critique est offerte dans le chapitre 1). Les suicidologues critiques ont ouvert l'étude du suicide (la suicidologie) à de nouvelles perspectives, méthodologies, approches et valeurs. Suivant le travail canonique d'Ian Marsh (2010b, 4) questionnant la « contrainte à l'ontologie de la pathologie » entourant le suicide, les suicidologues critiques ont contesté l'idée que la suicidalité est univoquement pathologique et négative (Cover 2012 ; Fitzpatrick, Hooker et Kerridge 2015 ; Kouri et White 2014 ; Taylor 2014 ; Tierney 2010). Inestimables sur tant de plans, les contributions de plusieurs suicidologues critiques ou d'activistes/chercheureuses qui adoptent un modèle de justice sociale de la suicidalité (centrale dans la suicidologie critique) ont malheureusement parfois reproduit des formes d'oppression, incluant le sanisme et le suicidisme, comme je le démontre dans les chapitres suivants. Comme le mentionne Jennifer White (2020a, 198 ; souligné dans l'original), les suicidologues critiques ne doivent pas « se gêner de reconnaître et d'aborder notre possible *complicité avec le mal* ». Trop souvent, les discours de la suicidologie traditionnelle à propos de la suicidalité comme maladie mentale individuelle ont été remplacés par d'autres grands récits d'oppression, que ce soit le cisgenrisme, l'hétérosexisme, le validisme, le racisme ou le colonialisme, non seulement pour expliquer la suicidalité, mais aussi pour tenter de l'éradiquer. Autrement dit, le modèle de

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

justice sociale de la suicidalité a produit, comme je l'ai déjà expliqué ailleurs, ses propres nouvelles « vérités » à propos du suicide à l'exclusion d'autres explications, comme celles que je présente dans ce livre. Comme l'affirme avec éloquence Jaworski (2020, 590) à propos de la suicidologie critique, « jusqu'à maintenant les interventions critiques sont très précieuses. […] Néanmoins, il y a beaucoup à faire. Il nous reste à défier les cadres théoriques qui encadrent les cadres mêmes à travers lesquels la connaissance du suicide est produite ». Ancré dans et inspiré par la suicidologie critique, *Défaire le suicidisme* saisit la perche tendue par Jaworski lorsqu'elle suggère de « prendre deux pas de recul avant de faire un pas en avant » (590). Le modèle queercrip du suicide (assisté) proposé ici vise à utiliser, critiquer et prolonger les travaux en suicidologie critique. J'ai mobilisé les connaissances les plus avant-gardistes dans le domaine de la suicidologie critique, qui questionnent ses fondements, ses limites et les possibilités d'élaborer une réponse plus responsable aux personnes suicidaires. En puisant dans le travail d'Amy Chandler (2020a), de Rob Cover (2020), de Scott J. Fitzpatrick (2016a, 2016b, 2020 ; Fitzpatrick *et al.* 2021), de Katrina Jaworski (2020), de Katrina Jaworksi et Ian Marsh (2020), d'Isabelle Perreault (Perreault, Corriveau et Cauchie 2016 ; Bastien et Perreault 2018) et de Jennifer White (2020a, 2020b), j'espère répondre à leur appel en proposant le suicidisme comme paradigme théorique nous permettant de nommer, d'analyser, de problématiser et de dénoncer l'oppression vécue par les personnes suicidaires, souvent au nom de leur bien-être et de la préservation de leurs vies, y compris dans les cercles antioppression et dans la suicidologie critique.

En somme, *Défaire le suicidisme* propose un dialogue fécond entre ces divers champs d'études et se demande ce qui émerge quand on combine les études queers, trans, du handicap/crips et *Mad* avec la thanatologie (études de la mort et, plus spécifiquement, les études queers de la mort) et la suicidologie critique. Que se passe-t-il lorsqu'on questionne les conceptualisations dominantes du suicide (assisté) et qu'on les aborde depuis d'autres perspectives ? Quelles nouvelles possibilités d'interventions sur le suicide (assisté) sont ouvertes ? Quels types d'espaces plus sûrs peuvent être créés pour les personnes suicidaires ? Comment de nouvelles conceptualisations du suicide (assisté) depuis des perspectives queers, trans, crips et *Mad* pourraient aider les activistes/chercheureuses antioppression (incluant les suicidologues critiques) à éviter de perpétuer des formes d'oppression vis-à-vis des personnes suicidaires ? Que pouvons-nous apprendre sur les normes de ce qu'on considère comme une bonne vie et une bonne mort en examinant ces principaux discours sur la suicidalité ?

## Disséquer le suicide (assisté) : la structure du livre

Chaque chapitre de ce livre constitue une entité autonome pouvant être lue isolément. Cependant, les chapitres fonctionnent aussi ensemble comme un tout cohérent, chacun représentant un bloc sur lequel les autres chapitres sont construits. Le livre est divisé en deux parties. La première, « Repenser le suicide », comprend trois chapitres qui reconceptualisent le suicide. Tandis que le chapitre 1 présente le *suicidisme* comme nouveau cadre théorique permettant

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

de repenser les manières dont on conceptualise le suicide, les chapitres 2 et 3 mobilisent ce cadre en le combinant avec les outils conceptuels développés dans les études queers, trans, du handicap/crips et *Mad*, afin d'analyser la suicidalité dans deux groupes marginalisés : les communautés queers/trans et les communautés handicapées/crips/détraquées. La seconde partie du livre, « Repenser le suicide assisté », poursuit le travail de déconstruction, cette fois appliqué à la question du suicide assisté. Alors que le chapitre 4 démystifie certains postulats problématiques derrière les discours du droit à mourir, le chapitre 5 résout les tensions discutées dans les chapitres précédents et propose un modèle queercrip pour mieux soutenir les personnes suicidaires à travers une approche affirmative du suicide. Dans la courte conclusion, les réflexions du philosophe José Medina (2012) sur l'« épistémologie de la résistance » et les « micropratiques de résistance » sont mobilisées pour théoriser les voix des personnes suicidaires comme outil heuristique visant à résister à la violence épistémique du suicidisme. Méditant sur la mort récente par le suicide d'une connaissance et sur l'impossibilité qu'elle éprouvait d'en parler et de chercher de l'aide dans un régime suicidiste, tout en analysant de récentes réformes dans les lois canadiennes sur l'aide médicale à mourir, je propose des réflexions critiques sur les micropratiques de résistance à la logique de sacrifiabilité concernant les sujets « abjects », dans l'optique de reconnaître l'importance des besoins des personnes suicidaires dans un monde imparfait. La description de chaque chapitre détaillée ci-dessous montre cette trajectoire de réflexion du suicide au suicide assisté.

Le chapitre 1 soulève des questions épistémologiques sur les conceptualisations dominantes de la suicidalité. Proposant le cadre théorique du *suicidisme* qui est au cœur de cet ouvrage, ce chapitre plus long se divise en quatre sections. La première présente quatre modèles de la suicidalité : médical/psychologique, social, de santé publique et de justice sociale. Malgré de nombreuses différences, ces modèles arrivent aux mêmes conclusions : le suicide n'est pas une bonne option *pour les personnes suicidaires* (certains de ces modèles font une exception pour les personnes handicapées, malades, souffrantes, âgées et parfois les personnes détraquées, comme je le montre dans le chapitre 4). Il en résulte non seulement que ces modèles échouent à reconnaître l'oppression suicidiste subie par les personnes suicidaires, mais ils la perpétuent également par le biais du script suicidiste préventionniste. L'un des effets les plus pervers du script préventionniste est de réduire les personnes suicidaires au silence. En effet, elles sont encouragées à partager leurs idéations suicidaires, mais découragées de poursuivre le suicide comme solution légitime. Autrement dit, les idéations suicidaires peuvent être explorées, mais le suicide lui-même demeure tabou. Dans la seconde partie du chapitre, j'identifie les limites de ces modèles abordées plus tôt, c'est-à-dire leurs formes de suicidisme et de sanisme. Je soutiens que le sanisme et le suicidisme s'entrecroisent, étant donné que les traitements sanistes sont souvent imposés aux personnes détraquées en utilisant des discours suicidistes de protection. Dans cette section, je présente aussi les notions de contrainte à la vie et d'injonction à la vie et à la futurité, soulignant que la contrainte à la vie vise à imposer une volonté de vivre qui rend le désir/besoin de mort des personnes suicidaires anormal et inintelligible. Dans la troisième section, j'introduis des conceptualisations alternatives de la suicidalité qui considèrent le suicide comme une liberté individuelle, tout en démontrant comment de telles conceptualisations se

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

fondent sur des postulats libéraux et individualistes. La quatrième section mobilise la notion de violence épistémique — qui fait partie de l'oppression suicidiste — afin de théoriser les injustices testimoniales et herméneutiques aussi bien que la marginalisation herméneutique et la mort épistémique vécues par les sujets suicidaires.

Sur la base du cadre théorique sur le suicidisme explicité dans le chapitre précédent, le chapitre 2 appelle à queeriser et à transer la suicidalité dans un sens large — à savoir en queerisant et en transant les méthodes, les théories, les épistémologies et les stratégies de prévention liées à la suicidalité. Queeriser et transer la suicidalité impliquent de permettre aux personnes suicidaires de changer les discours normatifs sur la suicidalité et de brouiller les frontières entre les « bonnes » et les « mauvaises » décisions sur la mort. Dans ce chapitre, divisé en trois sections, je défends d'abord l'idée que, malgré les précieuses contributions d'activistes/chercheureuses au sujet de la suicidalité lesbienne, gay, bisexuelle, trans et queer (LGBTQ), leurs discours restent souvent insatisfaisants lorsqu'il s'agit d'expliquer la complexité de la suicidalité et d'offrir des solutions adéquates pour les personnes suicidaires. Les stratégies actuelles de prévention pour les communautés LGBTQ s'appuient souvent sur l'évaluation de risques, le fait de contacter des services d'urgence et la prévention du suicide par le biais d'une variété de mesures (coercitives). Je montre que ces mesures ne sont pas seulement suicidistes : elles renforcent également le racisme, le colonialisme, le classisme, le validisme, le sanisme ou le cisgenrisme, alors que des personnes suicidaires appartenant à plusieurs communautés marginalisées sont davantage affectées par de telles mesures. Je soutiens également que les discours sur la suicidalité LGBTQ pourraient être compris comme des formes de somatechnologies de vie. Exhortées à vivre ou ramenées de force à la vie par des dispositifs légaux, médicaux, institutionnels et sociaux, les subjectivités/corporéités suicidaires sont conçues comme des vies à préserver. J'affirme aussi que les somatechnologies de vie qu'instituent certains discours sur la suicidalité LGBTQ représentent des formes d'« optimisme cruel » (Berlant 2011) à travers leur promesse d'un meilleur avenir sociopolitique finissant souvent par rendre la vie plus difficile. Dans la deuxième partie, je me tourne vers les approches alternatives qu'utilisent des organisations trans, et qui s'opposent aux « sauvetages » non consentis. Je montre que même de telles initiatives d'avant-garde n'avancent pas de droits positifs pour les personnes suicidaires. La troisième section encourage les suicidologues critiques ainsi que les activistes/chercheureuses queers et trans à repenser la suicidalité en utilisant des outils théoriques queers comme les affects négatifs, les pulsions de mort ou les notions d'échec et d'optimisme cruel. Cette invitation s'applique également au fait de queeriser et de transer non seulement les blessures auto-infligées, les idéations suicidaires ou les tentatives de suicide, mais aussi le *suicide en lui-même*.

Ancré dans le cadre théorique présenté dans le chapitre 1, le chapitre 3 propose de cripper et de détraquer la suicidalité en soulignant les formes de validisme et de sanisme dans la suicidologie critique et en invitant les études du handicap/crips/*Mad* à aborder la suicidalité avec plus de discernement, au lieu de simplement la présenter comme un sous-produit du validisme/sanisme. Dans la première des trois sections de ce chapitre, je montre que, contrairement aux activistes/chercheureuses queers et trans, qui discutent de la suicidalité LGBTQ mais gardent le silence sur le suicide assisté, les activistes/chercheureuses du

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

handicap/*Mad* demeurent relativement silencieux·euses sur la suicidalité, mais abordent le thème du suicide assisté en réaction aux lois validistes/sanistes des gouvernements en lien avec le suicide assisté. Tandis que la plupart des activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* considèrent à juste titre la disponibilité du suicide assisté exclusivement pour les personnes handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées comme la pire manifestation possible du validisme et du sanisme, quelques activistes/chercheureuses handicapées soutiennent le suicide assisté pour les personnes handicapées et en phase terminale. Malgré de profonds désaccords entre ces deux camps, ces activistes/chercheureuses ne remettent pas en question la contrainte à la vie et continuent de réaffirmer la nécessité de la prévention du suicide pour les personnes suicidaires, adhérant à l'injonction à la vie et à la futurité. La deuxième section explore deux plateformes pour des discours alternatifs sur la suicidalité : le webzine *Mad in America* et le mouvement pour la justice pour toutes les personnes handicapées. Alors que les activistes/chercheureuses qui s'y impliquent proposent des approches innovantes de la suicidalité, lesquelles soulignent les idéologies et structures validistes/sanistes derrière les mesures coercitives de prévention du suicide, iels ne proposent toutefois pas de droits positifs pour les personnes suicidaires. Leurs solutions, comme cesser les interventions non consenties et les traitements forcés, représentent un premier pas dans la bonne direction pour combattre les régimes suicidistes, mais elles demeurent incomplètes en ce qui concerne les besoins des personnes suicidaires. Dans la dernière section, en m'inspirant des cripistémologies et chercheureuses du handicap, crips et *Mad* qui ont élaboré ce que je nomme le modèle sociosubjectif du handicap, j'utilise ce modèle alternatif pour repenser la suicidalité. Le modèle sociosubjectif reconnaît la souffrance subjective causée par les handicaps et les maladies physiques ou mentales (dépression, anxiété, etc.), tout en évitant les formes de sanisme qui invalideraient le pouvoir des personnes suicidaires de choisir le suicide sur la base de leur handicap/maladie mentale. Le modèle reconnaît aussi que les expériences subjectives ne peuvent pas être vécues à l'extérieur de contextes sociaux et s'enracine donc fermement dans un cadre de justice sociale. Alors que les trois premiers chapitres se concentrent sur le suicide, les deux derniers chapitres redirigent l'attention vers le suicide *assisté*.

Divisé en quatre sections, le chapitre 4 explore le mouvement pour le droit à mourir et les discours pour le droit à mourir. La première section propose un résumé critique des principaux arguments du mouvement pour le droit à mourir, qui se fondent sur l'autonomie, la liberté, la dignité et le droit de refuser des traitements. Cette section explore aussi la question controversée de l'extension du droit à mourir par le suicide assisté aux personnes dont la souffrance psychologique ou émotionnelle constitue la seule raison de leur demande. Je démontre que, indépendamment de leur approbation de cette extension, les personnes qui défendent le droit à mourir adhèrent toutes à ce que j'ai appelé « l'ontologie du suicide assisté », c'est-à-dire à une définition particulière de ce que le suicide assisté est ou n'est pas (Baril 2022). Comme je l'établis dans la deuxième section, cette ontologie est ancrée non seulement dans des conceptualisations individualistes et néolibérales de l'autonomie, mais aussi dans des présupposés validistes et sanistes. Pour les personnes handicapées/malades physiquement ou mentalement, le suicide est reformulé comme une réponse logique et rationnelle à des situations « tragiques » (Taylor

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

2014). D'un côté, à partir de perspectives validistes, sanistes, âgistes, capitalistes et néolibérales, ces discours rationalisent le suicide assisté pour des « populations spéciales ». D'un autre côté, ancrés dans des perspectives sanistes et suicidistes, ces discours présentent les personnes suicidaires comme irrationnelles. Comme je le discute dans la troisième section, dans la bataille pour le suicide assisté, la justification des discours du droit à mourir établit des frontières claires entre la pratique du suicide, décrite comme impulsive et irrationnelle, et la pratique du suicide assisté, décrite comme rationnelle. Les discours pour le droit à mourir s'ancrent dans le biopouvoir et la biopolitique (Foucault 1997, 2004, 2004b). La maximisation et la protection de la vie de la population (ou l'idée de « faire vivre », comme le formule Foucault) impliquent forcément de laisser mourir les sujets « abjects ». Ainsi, j'examine les postulats sanistes/cogniticistes et suicidistes dans le mouvement et les discours pour le droit à mourir qui présentent les personnes suicidaires comme « irrationnelles » et « illégitimes ». Malgré la promotion d'un droit à mourir, les discours pour le droit à mourir représentent de puissantes somatechnologies de vie cherchant à maintenir les personnes suicidaires en vie. De plus, en promouvant un droit à mourir ancré dans des perspectives individualistes, validistes et sanistes pour des « groupes spéciaux » — c'est-à-dire les personnes qui sont handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées —, le mouvement et les discours pour le droit à mourir promeuvent une logique de l'adaptation, un écran de fumée verrouillant un accès réel, signifiant et collectif au suicide assisté pour tout le monde, et particulièrement pour les personnes suicidaires. De cette façon, on peut considérer que le suicide assisté repose sur la notion d'optimisme cruel. Dans la dernière section, je poursuis le travail initié dans les chapitres 2 et 3 pour queeriser, transer, cripper et détraquer la suicidalité pour étendre ce travail au suicide assisté. Dans l'esprit des études critiques du handicap/crips, je mobilise des réflexions critiques sur l'adaptation et l'accessibilité pour théoriser une vraie accessibilité au suicide assisté pour les personnes suicidaires à travers des soins de santé affirmatifs du suicide. Je montre que la logique de l'adaptation validiste, saniste, âgiste et suicidiste à laquelle s'accrochent les discours et mouvements pour le droit à mourir représente une opportunité manquée d'élaborer une thanatopolitique intersectionnelle pour les personnes suicidaires.

Le chapitre 5 saisit l'opportunité de reconceptualiser le suicide assisté à travers une approche intersectionnelle et antioppression. Tandis que les activistes/chercheureuses antioppression présentent presque toujours le droit à mourir par suicide assisté comme l'une des positions les plus violentes qu'une personne pourrait adopter, le modèle queercrip du suicide (assisté) et l'approche affirmative du suicide que j'élabore montrent que soutenir une forme renouvelée de suicide assisté ne fait pas bon ménage avec le conservatisme politique, la pensée austère ou une logique de la sacrifiabilité validiste, saniste et âgiste (et capitaliste, raciste, colonialiste, etc.). Dans une perspective antivalidiste, antisaniste, et antisuicidiste, ce chapitre propose de cesser de considérer que l'aide à mourir et l'aide à vivre sont incompatibles pour plutôt les voir comme entrecroisées. Le modèle queercrip du suicide (assisté), au cœur de ce chapitre, représente une autre voie quant aux quatre modèles présentés dans le chapitre 1 aussi bien qu'aux modèles de suicide assisté abordés dans le chapitre 4. Mon modèle queercrip appelle à travailler simultanément sur plusieurs plans. Alors que l'on doit inlassablement s'attaquer

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

aux oppressions sociopolitiques qui peuvent intensifier les idéations suicidaires, il faut aussi reconnaître que la souffrance vécue par les personnes suicidaires est réelle et respecter leur besoin de mettre fin à leur vie en offrant un processus de soutien et d'accompagnement à la mesure de cette décision cruciale. Ce modèle nous permet d'aller au-delà de « la contrainte d'une ontologie de la pathologie » (Marsh 2010b, 4) entourant la suicidalité et au-delà d'une ontologie du suicide assisté limitée au handicap, à la maladie, à la souffrance, à la folie et à la vieillesse. Cette double critique de ces ontologies, l'une liée au suicide et l'autre au suicide assisté, ouvre la possibilité de soutenir le suicide assisté pour les personnes suicidaires à partir d'une approche antioppression. Ce modèle cherche à créer des espaces plus sûrs pour discuter ouvertement de la suicidalité et de la possibilité de la mort. Il aiderait aussi à créer des espaces pour explorer diverses autres possibilités que la mort pour les personnes suicidaires qui veulent continuer à vivre. Ce chapitre se divise en quatre sections. Alors que la première présente mon modèle queercrip du suicide (assisté), la deuxième section introduit mon approche affirmative du suicide, ainsi que ses caractéristiques, principes et avantages. Parmi les dix principes guidant cette approche figure la philosophie de réduction des risques appliquée à la suicidalité et un modèle de soins basé sur le consentement éclairé (souvent utilisé dans les soins aux personnes trans). La troisième section répond à de possibles objections à l'approche affirmative du suicide que je propose. Dans la dernière section, je discute de l'importance d'élaborer une thanatopolitique antioppression. Cette thanatopolitique n'est pas seulement conçue pour les personnes mortes ou mortes-à-venir, mais aussi pour toutes celles qui sont vivantes et qui souhaitent lutter pour une plus grande justice sociale en ce qui a trait à la mort, au suicide et au suicide assisté. Autrement dit, cette thanatopolitique représenterait une éthique pour vivre avec des personnes qui pensent à la mort et au fait de mourir, incluant les personnes suicidaires.

# Partie 1. Repenser le suicide

## Chapitre 1. Le suicidisme : un cadre théorique pour conceptualiser le suicide

*Parfois, je crains que ce soit ce que les gens autour de moi fassent si je parlais honnêtement […] de ce manque d'attache à la vie et au désir parfois de m'en débarrasser. Quand on connaîtra mon état par défaut, deviendrai-je embarrassée ? Le regretterai-je ? L'oublieront-iels jamais, ou ombragera-t-il chacun de mes gestes et nos moindres conversations ? Deviendront-iels trop conscientes, m'épieront-iels de trop près ? Mais alors je pense : n'y a-t-il pas un juste milieu entre l'hypervigilance et le secret complet ? […] Si les gens disaient qu'ils se sentent suicidaires […] autant qu'ils disent être déprimés ou anxieux, serions-nous finalement forcés de voir à quel point c'est commun et de faire de l'espace pour ces conversations ? Serait-ce la pire chose au*

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> *monde si l'on commençait à parler de ne plus vouloir vivre, et de ce qui pourrait aider à nous garder en vie ?*
> — Anna Borges, « I Am Not Always Very Attached to Being Alive »

Anna Borges, une activiste qui écrit dans divers médias au sujet de la santé mentale, a fait une sortie en 2019 où elle déclarait vivre une « suicidalité passive » (Borges 2019), c'est-à-dire l'expérience d'avoir, selon sa définition, des idéations suicidaires sans tenter activement de réaliser un suicide. En plus du courage requis pour une telle sortie publique — sachant que les personnes suicidaires souffrent de stigmatisation, d'exclusion, de marginalisation, de pathologisation, d'incarcération et de formes de criminalisation — l'essai de Borges est remarquable dans sa façon d'identifier certaines des craintes, peurs et conséquences, comme la surveillance et les stigmates, entourant la suicidalité et menant souvent à réduire les personnes suicidaires au silence. Borges n'est pas la seule personnalité publique ayant parlé de suicidalité. L'intérêt pour les enjeux de santé mentale a effectivement poussé plusieurs figures publiques et artistes à s'afficher comme individus suicidaires et à partager leurs expériences [11]. La même année, Anna Mehler Paperny, journaliste pour Reuters à Toronto et autrice d'un mémoire publié en 2019, *Hello I Want to Die Please Fix Me*, a publié des extraits de son livre dans le magazine canadien *The Walrus*. En guise d'introduction, elle écrit :

> Depuis longtemps, le diktat a été de ne pas écrire honnêtement au sujet du suicide — de ne pas même mentionner le mot, ne pas en évoquer les méthodes, au risque de déclencher des spirales suicidaires chez les autres en y faisant directement référence. Mais on ne saurait aborder l'abîme sans fond du désir de mourir sur la pointe des pieds ; cela ne vous laisserait qu'avec des interventions tièdes dont on prétend qu'elles sont le mieux que la société puisse produire. Je dois rester fidèle à l'expérience. Voilà comment je me sentais et voilà comment j'ai agi ; voilà ce que les personnes en désespoir sont poussées à faire. Voici les personnes que nous abandonnons de tant de façons, et voici le prix de cet échec (Paperny 2019b, 49).

Cet « échec » est celui de ne pas vraiment écouter les personnes suicidaires et de ne pas parler ouvertement de la suicidalité. Comme Borges, Paperny nomme son souci d'honnêteté à propos de ses idéations suicidaires, une inquiétude basée sur son expérience de première main d'avoir été amenée par la police à l'hôpital contre son gré, d'avoir été maltraitée durant son hospitalisation et d'avoir été restreinte physiquement après des tentatives de suicide.

Les médias nord-américains sont remplis d'histoires d'horreur de personnes suicidaires ayant subi des traitements inhumains après avoir exprimé leurs idéations suicidaires, qu'il s'agisse d'être hospitalisées et médicamentées contre leur gré ou menottées et abattues par la police appelée sur des « scènes de crise » suicidaires. Il convient de noter que la brutalité policière est aussi profondément façonnée par les relations de pouvoir relatives à la racisation et à l'in/validité, vu qu'elle vise particulièrement les personnes racisées,

11. D'autres exemples incluent l'ancien éditeur en chef de *The Walrus*, Graeme Bayliss (2016) ; l'artiste, musicienne, écrivaine et chercheuse Vivek Shraya (2017) ; et l'artiste et activiste ayant reçu le prix Lambda pour ses écrits, Leah Lakshmi Piepzna-Samarasinha (2018).

handicapées, détraquées et neurodivergentes (Puar 2017). De tels récits confirment ce que certaines études ont montré être les dures réalités affrontées par les individus suicidaires (Stefan 2016 ; Szasz 1999 ; Webb 2011). Ces récits illustrent le fait que, malgré les discours publics de soutien, de compassion et de soin entourant la suicidalité, les individus suicidaires qui cherchent de l'aide échouent souvent à trouver la compassion qu'on leur a promise (Fitzpatrick 2020 ; Jaworski 2020 ; Rhodanthe, Wishart et Martin 2019 ; White 2020b ; White et Morris 2019). À travers les discours concernant le risque que présentent les personnes vulnérables contre elles-mêmes, ainsi que les discours de surveillance et de protection qui en découlent, l'incarcération et la violation de droits humains fondamentaux sont considérées comme justifiables. Bien que mon intention ne soit pas de fournir une analyse statistique du nombre de personnes suicidaires qui subissent des expériences traumatiques lorsqu'elles révèlent leurs idéations suicidaires, je suis d'avis que quelques exemples de traitements inhumains sont déjà de trop. De plus, ces expériences traumatiques hantent l'imaginaire public et empêchent les gens de discuter de leurs idéations suicidaires.

Si le sujet du suicide est souvent discuté, le phénomène généralisé mais inavoué qui isole et réduit au silence les personnes suicidaires demeure inexpliqué. Il s'agit d'un « problème sans nom », pour reprendre l'expression de Betty Friedan (1963), qui a tenté de théoriser l'oppression des femmes à une époque où les outils conceptuels féministes étaient encore sous-développés. Dans notre ère d'analyses intersectionnelles, où de longues listes d'oppressions ont été théorisées et dénoncées, incluant le sexisme, le racisme, le colonialisme, le classisme, l'âgisme, le cisgenrisme, l'hétérosexisme, le taillisme, le validisme et le sanisme, pour n'en nommer que quelques-unes (Crenshaw 1989 ; Hill Collins 2000), une forme d'oppression demeure absente de ces listes : l'oppression des personnes suicidaires, ou ce que j'appelle le *suicidisme systémique*. Lorsque des activistes/chercheureuses antioppression abordent le suicide, c'est dans un effort de prévenir les suicides plutôt que de théoriser l'oppression subie par les personnes suicidaires. L'absence de cette oppression dans les discussions sur la suicidalité est si profonde qu'elle n'a pas même encore été nommée. Après avoir réfléchi aux réalités auxquelles sont confrontées les personnes suicidaires, j'ai cherché un terme qui pourrait capturer cette oppression. Je me suis retrouvé dans un désert conceptuel ou, comme je le démontre plus loin, dans une forme d'injustice herméneutique. Le fait qu'aucun terme n'existait pour parler de cette oppression est révélateur. En m'inspirant d'autres termes, comme le *sexisme* et le *validisme*, j'ai inventé le néologisme de *suicidisme* en 2016–2017. Si le *Merriam-Webster's Dictionary* inclut le terme *suicidism* depuis 1913, sa définition étant « l'état ou la qualité d'être suicidaire » diffère radicalement de la mienne et est rarement utilisée de nos jours [12]. Mon usage du terme *suicidisme* réfère à « un système d'oppression (construit à partir des perspectives non suicidaires) sur le plan normatif, discursif, médical, légal, social, politique, économique, [religieux] et épistémique, dans lequel les personnes suicidaires vivent de multiples formes d'injustice et de violence » (Baril 2018, 193). La violence suicidiste s'immisce chez les activistes/chercheureuses antioppression car elle prétend protéger les

12. En janvier 2020 j'ai cherché le terme *suicidisme* sur Google. Cette recherche a révélé que le terme avait émergé lors du siècle dernier et a peu circulé, à quelques exceptions près. De plus, il n'a jamais été utilisé dans le sens décrit ici avant que je ne l'utilise en 2016–2017.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

personnes vulnérables d'elles-mêmes. Qui plus est, le suicidisme est imbriqué avec le validisme et le sanisme du fait qu'il mobilise souvent des arguments relatifs à la « capacité mentale » pour révoquer l'agentivité des personnes. Cependant, il ne faut pas réduire le suicidisme au validisme et au sanisme car, comme je l'illustre plus loin, les normes et structures suicidistes sont effectives indépendamment du déploiement de perspectives validistes et sanistes pour opprimer les sujets suicidaires. Ainsi, même s'il est imbriqué avec les autres systèmes d'oppression, le suicidisme en est distinct. La thèse défendue dans ce chapitre est simple mais radicale : les personnes suicidaires souffrent individuellement et collectivement de l'oppression suicidiste, et cette oppression n'a toujours pas été problématisée dans les interprétations actuelles de la suicidalité, y compris celles qui s'ancrent dans une approche de justice sociale ou antioppression.

Ce chapitre, qui soulève des questions épistémologiques sur les conceptualisations dominantes de la suicidalité, se divise en quatre parties. La première partie passe en revue les quatre modèles prédominants de la suicidalité : le modèle médical/psychologique, le modèle social, le modèle de santé publique et le modèle de justice sociale. Je démontre que, malgré des différences importantes entre et au sein de chacun de ces modèles, tous arrivent à la même conclusion : *le suicide n'est jamais une bonne option pour les personnes suicidaires* (il ne devient une option pour certaines personnes qu'à travers des formes de suicide assisté pour les personnes handicapées, souffrantes, malades ou âgées, et parfois détraquées, comme je montre dans le chapitre 4). Seule une poignée de chercheureuses, adhérant généralement au modèle de justice sociale, ont récemment tenté de remettre en question cette conclusion [13]. Dans la deuxième partie, j'identifie les problèmes — nommément, les formes de suicidisme et de sanisme — soulevés par ces quatre modèles de la suicidalité. Dans la troisième partie, j'aborde des conceptualisations alternatives de la suicidalité, impliquant que le suicide peut (ou devrait) parfois être vu comme une option valable. Dans cette section, je jette un œil critique sur ces conceptualisations alternatives de la suicidalité, démontrant comment elles se fondent sur des postulats problématiques. Même si certaines perspectives pragmatiques peuvent critiquer la marginalisation des sujets suicidaires, je soutiens qu'elles ne conceptualisent finalement pas leur oppression comme systémique, pas plus qu'elles ne l'abordent depuis une perspective antioppression — d'où l'importance d'élaborer un nouveau cadre théorique, le *suicidisme*, pour conceptualiser le suicide comme oppression dans une perspective antioppression. La quatrième partie du chapitre mobilise les notions de violence épistémique et d'injustice épistémique pour théoriser les injustices testimoniales et herméneutiques vécues par les sujets suicidaires.

Ce chapitre ne fournit pas de réponses et de solutions claires aux enjeux que j'identifie. Il offre plutôt des critiques et des questions comme un point de départ pour théoriser l'oppression des personnes suicidaires. Par ailleurs, même si j'explore diverses conceptualisations de la suicidalité, je ne vise pas à brosser un portrait exhaustif de chacune de ces positions et de leurs adeptes, arguments, avantages et limites. D'autres personnes citées dans ce chapitre ont déjà fait, avant moi, un excellent travail de description et de critique de ces

13. Voir, par exemple, East, Dorozenko et Martin (2019) ; Rhodanthe, Wishart et Martin (2019) ; Tack (2019) ; White et Morris (2019) ; Fitzpatrick (2020) ; Jaworski (2020) ; White (2020b) ; LeMaster (2022) ; et Krebs (2022).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

différents modèles. La typologie que j'offre ici ne rend pas non plus justice à la porosité des frontières entre chacun de ces modèles. En effet, si établir des typologies est heuristique, par exemple en termes d'accessibilité ou de pédagogie pour un public non spécialiste, cela homogénéise en même temps chaque modèle et efface les continuités et les similarités entre certains modèles. Je vous invite donc à conceptualiser les frontières entre les quatre modèles de la suicidalité présentés ici d'une manière moins catégorique et définitive, et donc plus ouverte et fluide. Par exemple, le modèle social de la suicidalité a souvent reposé, particulièrement dans son émergence historique, sur des explications médicales et psychologiques combinées avec des facteurs sociaux pour expliquer le suicide. Il ne s'agit là que d'un exemple parmi d'autres illustrant comment ces modèles ne sont pas toujours radicalement distincts sur le plan ontologique, théorique ou épistémologique ; de fait, ils s'influencent parfois fortement, comme je le montrerai brièvement dans les pages qui suivent.

Même si je manque d'espace pour rendre justice à la complexité de chaque modèle, l'exploration et la cartographie de ces différentes conceptualisations de la suicidalité sont le principal socle de mon objectif général, qui est de démontrer deux arguments. Premièrement, malgré leurs différences cruciales, ces modèles partagent des postulats fondamentaux, y compris le fait de souscrire au script préventionniste que ce livre cherche à déconstruire. Deuxièmement, la présentation d'une typologie des modèles existants démontre l'absence d'une position comme la mienne dans les recherches. Je souhaite aussi particulièrement souligner les limites du modèle de justice sociale de la suicidalité, qui se base sur des approches antioppression et intersectionnelle tout en maintenant des présupposés partagés par les autres modèles, comme le discours préventionniste. Le modèle de justice sociale ne problématise pas l'oppression des personnes suicidaires en termes de suicidisme, pas plus qu'il ne défend leur droit au suicide (assisté). Mon travail utilise le modèle de justice sociale tout en le critiquant, pour proposer, dans le chapitre 5, une autre possibilité, soit mon modèle queercrip de la suicidalité.

## 1.1. Les principaux modèles de la suicidalité

Avant de présenter les différents modèles de la suicidalité, il importe de fournir une brève contextualisation historique. Comme l'ont avancé plusieurs chercheureuses, les conceptualisations du suicide ont énormément changé à travers diffé-
rentes cultures et périodes historiques (par exemple : Cholbi 2011 ; Colucci *et al.* 2013 ; Fitzpatrick 2014 ; Marsh 2010b). La grande variété de sources primaires écrites et orales contenues dans l'ouvrage collectif *The Ethics of Suicide: Historical Sources* (Battin 2015), allant du xx^e^ siècle av. J.-C. au xx^e^ siècle de l'ère actuelle, constitue un témoignage puissant du caractère récent des conceptualisations actuelles du suicide. Quand nous considérons le large spectre de pratiques de mort autoaccomplies — par exemple, les trente-six catégories de suicides avancées par Colin Tatz et Simon Tatz (2019, 61–69) ou les six catégories principales établies par la philosophe Margaret Pabst Battin (2015, 1), allant des grèves de la faim au martyr et aux attentats suicides —, nous réalisons vite que ce que nous avons fini par comprendre comme le

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

« suicide » dans les pays capitalistes industrialisés ne représente qu'un sous-ensemble très restreint d'une gamme diversifiée de pratiques. De l'Antiquité grécoromaine aux Amériques, à l'Océanie ou à l'Afrique, en passant par une diversité de traditions religieuses et spirituelles, *The Ethics of Suicide: Historical Sources* démontre comment la mort autoaccomplie n'a pas toujours été aussi impensable qu'elle ne l'est devenue aujourd'hui et comment la « vision monolithique » actuelle du suicide dans les pays « occidentaux », souvent vue à travers le prisme de la pathologie, est un phénomène plutôt récent (2015, 2). Pour ne prendre qu'un exemple indiqué par le chercheur Scott J. Fitzpatrick (2014), le *seppuku* (parfois connu sous le nom de *hara-kiri*) s'inscrivait dans une pratique rituelle significative dans le Japon féodal. Cet exemple illustre l'importance de comprendre chaque pratique d'autoaccomplissement de la mort en elle-même et au sein de son contexte socioculturel et historique : « Le suicide est historique. Son sens, ses méthodes, ses taux et ses concepts ne sont pas statiques, mais changent avec le temps […]. Chaque suicide est situé dans son propre nexus temporel de facteurs culturels, sociaux, personnels, moraux et/ou politiques. Dans cette perspective, connaître l'arrière-fond culturel-historique dominant devient une condition nécessaire pour comprendre l'acte individuel du suicide » (Fitzpatrick 2014, 225). La construction sociale du suicide et ses sens variés selon des contextes spécifiques (Douglas 1967) donnent lieu à une multiplicité de discours sur le suicide, comme le note Fitzpatrick (2014, 228) : « Des visions conflictuelles du sens du suicide peuvent et doivent coexister. Le suicide a été décrit diversement comme rationnel, irrationnel, lâche, honorable, brave et faible. » En somme, les conceptualisations du suicide et les réactions et les attitudes qu'il provoque varient considérablement au sein des époques et des cultures et à travers elles. Ce fait indéniable aide à voir la conception dominante du suicide comme étant un problème majeur comme une perspective parmi beaucoup d'autres :

> Une pleine compréhension du suicide ne saurait se baser sur la présomption que tout suicide est pathologique, qu'il peut presque toujours être attribué à la dépression ou à la maladie mentale, qu'il s'agit d'une anomalie biochimique, qu'il est toujours une erreur ou qu'il ne soulève aucun véritable enjeu éthique. Ces visions doivent être explorées, pas présupposées. À vrai dire, l'histoire des réflexions sur l'éthique du suicide sera une histoire continuelle, alors que les conceptions culturelles du suicide et les enjeux apparentés, comme le sacrifice de soi, l'héroïsme, la contestation sociale, la libération de soi, le martyr et ainsi de suite, évoluent dans chacun de ces contextes. Mais dans un monde de plus en plus mondialisé où des traditions autrefois indépendantes interagissent de plus en plus pleinement, se façonnant et se refaçonnant mutuellement dans le processus, il importe de pouvoir considérer les racines plus profondes de ces enjeux (Battin 2015, 10).

En examinant les variations historiques et culturelles importantes des conceptualisations du suicide, j'espère souligner que les quatre modèles dominants de la suicidalité présentés dans ce chapitre n'offrent qu'un infime aperçu des perspectives plus larges sur la mort autoaccomplie. J'espère aussi que le modèle queercrip de la suicidalité que j'introduis plus loin comme possibilité de transformer les politiques et les pratiques relatives au suicide (assisté) sera

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

compris à côté de cette multiplicité de conceptions alternatives du suicide, contribuant ainsi à un changement épistémique, moral, sociétal et culturel de cette « vision monolithique » de la suicidalité[14].

Avant d'être conceptualisé comme une forme de maladie mentale ou comme une réponse à des problèmes sociaux et politiques, le suicide était perçu comme un péché contre Dieu et comme un crime contre l'État aux XVe et XVIe siècles (MacDonald 1989). Diverses condamnations et punitions étaient utilisées pour dissuader les gens de tenter de se suicider, comme la profanation des cadavres, le refus d'un enterrement traditionnel et des amendes ou l'emprisonnement pour les personnes survivantes[15]. L'image de la personne suicidaire comme irrationnelle, impulsive et « folle », motivée par des forces puissantes (comme la maladie mentale) plutôt que par une mauvaise moralité, est un phénomène récent (Marsh 2010b). La chercheuse Chloë Taylor (2014, 13) appelle ce phénomène « la naissance du sujet suicidaire ». Ce n'est qu'au XVIIIe siècle que la « personne suicidaire » fait son apparition, avec l'émergence du biopouvoir (Foucault 1976, 1997). Le dispositif du biopouvoir et les outils biopolitiques comme la démographie et les statistiques créent les conditions de possibilité pour que les gestes deviennent des identités et que la suicidalité soit reformulée comme folie. À travers l'histoire, le suicide a suivi une trajectoire similaire à celle des pratiques sexuelles entre personnes de même sexe ; d'abord considéré comme un péché et un geste illégal que chaque personne peut potentiellement commettre, il a ensuite été perçu comme une condition psychologique et psychiatrique révélée à travers un ensemble de traits spécifiques (Marsh 2010b ; Taylor 2014, 15). Comme l'affirme la sociologue Zohreh BayatRizi (2008, 93), « le résultat était une transformation discursive du suicide, passant d'un acte individuel appartenant à la catégorie de la moralité et du libre arbitre à un problème social et médical issu de forces externes et objectives pouvant être contrôlées, gérées et prévenues ». Or, comme l'expliquent Scott J. Fitzpatrick, Claire Hooker et Ian Kerridge (2015), malgré la révolution morale relative à la suicidalité qui a suivi l'émergence du biopouvoir, la perception contemporaine du suicide est généralement restée négative et hantée par des impératifs moraux. En effet, la moralisation du suicide a simplement pris de nouvelles formes. Par exemple, des chercheureuses contemporaines que je mentionnais en introduction, comme Jennifer Michael Hecht (2013, x), proposent des arguments philosophiques laïcs pour s'opposer au suicide sur des bases morales, comme le devoir pour une personne suicidaire de rester en vie étant donné que le suicide est vu comme « causant des dommages à la communauté ».

En outre, alors que les réponses au suicide sont passées de la punition et de l'interdiction à la régulation, la médicalisation du suicide a éliminé l'agentivité et l'autonomie autrefois accordée aux personnes suicidaires. Thomas Szasz (1999, 31) caractérise ce processus comme celui de « transformer le mal en folie ». Les idéations et les tentatives suicidaires, qui avaient été interprétées

14. Je remercie l'une des personnes ayant anonymement évalué ce livre de m'avoir invité à élaborer une contextualisation culturelle et historique du suicide et de m'avoir fourni des références pertinentes à ce sujet.

15. Pour plus d'information sur le traitement historique du suicide, lire MacDonald (1989) ; Szasz (1999) ; Tierney (2006, 2010) ; BayatRizi (2008) ; Houston (2009) ; Cellard, Chapdelaine et Corriveau (2013) ; Hecht (2013) ; Beattie et Devitt (2015) ; Battin (2015) ; Corriveau *et al.* (2016) ; Perreault, Corriveau et Cauchie (2016).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

comme de mauvaises actions, ont donc été reformulées à travers un processus de pathologisation comme étant symptomatiques d'un sujet incontrôlable qui aurait été « détourné » par une maladie de l'esprit ou de la société. Par exemple, Hecht (2013, x) qualifie la suicidalité comme un « monstre » s'emparant d'une personne. Comme l'explique BayatRizi (2008, 97) : « L'individu aura peut-être gagné le droit de se tuer, mais au cours de ce processus, il a perdu le statut d'auteur de ses propres gestes. S'il se tue, c'est qu'il était simplement trop incompétent pour savoir ce qu'il faisait. Les vieilles punitions ont été abandonnées, mais elles ont rapidement été remplacées par de nouvelles mesures préventives qui annulent les significations subjectives du suicide. »

Cette transformation de la punition et de l'interdiction en régulation, ou le passage « de la sévérité à la tolérance » (MacDonald 1989, 74), ont mené à la création de deux principaux modèles de la suicidalité aux XVIIIe et XIXe siècles, qui existent encore aujourd'hui. Ces deux principaux modèles conceptualisent la suicidalité soit comme une pathologie individuelle dans une approche médicale/psychologique, soit comme une pathologie collective/politique dans une approche sociale. Dans les modèles médical et social, comme dans les autres modèles présentés dans les sections qui suivent, la suicidalité demeure interprétée comme un problème à régler. Il est aussi crucial de garder à l'esprit que cette transformation importante dans la manière de conceptualiser, de juger et de traiter le suicide, allant de la moralisation/criminalisation à la pathologisation, a été le résultat de multiples facteurs, comme des transformations religieuses, sociales, culturelles, politiques et légales (Houston 2009 ; MacDonald 1989), et ne saurait être considérée comme un « récit linéaire » (Fitzpatrick 2014, 223).

### 1.1.1. Le modèle médical

Les chercheureuses qui examinent le suicide dans une perspective historique, comme Thomas F. Tierney (2006, 2010), Zohreh BayatRizi (2008) ou Ian Marsh (2010b, 2018a), situent généralement l'émergence du modèle médical aux XVIIIe et XXIe siècles. On pourrait aisément présumer que le modèle médical a surtout découlé de l'autorité croissante des docteurs et des médecins en ce qui concerne le suicide. Cependant, les travaux historiques de chercheureuses comme Michael MacDonald (1989) ou Rab Houston (2009) sur la sécularisation, la décriminalisation et la médicalisation du suicide en Écosse et en Angleterre démontrent qu'en réalité, les docteurs et les médecins n'ont contribué que modestement à cette nouvelle conceptualisation du suicide. La médicalisation du suicide, pour reprendre les mots de Houston (2009), a eu lieu dans le « contexte plus large » de transformations sociales, culturelles, intellectuelles, politiques, légales, religieuses et scientifiques, menant à de nouvelles compréhensions du crime et des « déviances ». En fonction de ces témoignages historiques, au moins en Écosse et en Angleterre, il semble que la médicalisation du suicide qui commence au XVIIIe siècle eut lieu sans le soutien actif ni l'omniprésence des docteurs et des médecins. MacDonald (1989, 88) conclut qu'il est crucial de ne pas confondre, d'une part, la médicalisation du suicide et son association avec la folie et, d'autre part, les conceptions du suicide chez les médecins durant cette période, tout comme il ne faut pas surestimer le rôle joué par les médecins dans ce processus, car à l'époque, « la profession médicale n'avait pas l'autorité et la force organisationnelle qu'elle

gagnera pendant les XXIe et XXe siècles ». Il faut plutôt situer la médicalisation du suicide dans un contexte sociohistorique plus large marqué par de profondes transformations religieuses et légales, des découvertes scientifiques, la philosophie des Lumières et l'élaboration de différentes perspectives sur le suicide dans la littérature et en philosophie[16].

S'il est vrai qu'il serait erroné de réduire la médicalisation du suicide aux rôles joués par une poignée de médecins et de psychiatres, il est néanmoins intéressant d'examiner brièvement quelques acteurs clés dans le modèle médical de la suicidalité, tout en gardant à l'esprit le contexte plus large dans lequel leurs théories ont été élaborées. Plusieurs chercheureuses identifient Jean-Étienne-Dominique Esquirol comme un théoricien important du suicide et le père de ce qui sera connu comme la théorie ou le modèle médical de la suicidalité (Houston 2009 ; Marsh 2010b). Qu'elles proviennent de « perturbations biologiques dans les organes ou les tissus corporels » (Fitzpatrick, Hooker et Kerridge 2015, 309) comme le croyait Esquirol, de dysfonctionnements du cerveau ou neurobiologiques, comme le croient certaines chercheureuses aujourd'hui (Mann et Arango 2016), ou de sources partiellement génétiques ou épigénétiques (Turecki 2018), les idéations suicidaires sont entièrement ou partiellement attribuées à des pathologies individuelles dans le modèle médical. Le modèle médical a créé ce que Marsh (2010b, 31) appelle la « contrainte à l'ontologie de la pathologie[17] ». Il est important de souligner que le modèle médical de la suicidalité ne se concentre pas seulement sur les pathologies physiologiques (génétique, neurobiologie, etc.), mais aussi sur les pathologies de l'esprit et du cœur (c'est-à-dire les « désordres » mentaux et psychologiques ou les « perturbations » émotionnelles). Autrement dit, le modèle médical de la suicidalité comprend des perspectives psychologiques et psychiatriques situant le « problème » de la suicidalité entièrement ou partiellement dans l'esprit. Quand des chercheureuses abordent le modèle médical de la suicidalité qui prédomine dans le champ de la suicidologie aujourd'hui, iels regroupent souvent le modèle biomédical avec les modèles psychologique et psychiatrique, comme le fait Marsh dans son analyse des modèles de la suicidalité (2020b, 17). Suivant Marsh, je crois qu'il est utile de regrouper les théories médicales, psychiatriques et psychologiques au sein de ce qui pourrait être appelé le *modèle médical de la suicidalité*, malgré les différences entre ces modèles et malgré le fait, noté par Houston (2009, 98), qu'historiquement, « les hommes de médecine concernés par le suicide étaient prudents avec la psychologisation ». En réalité, beaucoup d'entre eux étaient initialement assez réticents à offrir des explications psychologiques du suicide et se penchaient plutôt sur les aspects physiques de la suicidalité, au moins jusqu'à plus tard dans le XIXe siècle (110). Comme le note le sociologue Nikolas Rose (1999), les disciplines et l'expertise « psy » sont devenues plus importantes au XXe siècle, jusqu'à devenir centrales dans la manière dont on traite aujourd'hui la suicidalité dans la médecine, la justice, les politiques publiques, l'intervention et plusieurs autres sphères.

16. Il est aussi essentiel de considérer l'importance, durant la même période, de l'évolution de nouvelles technologies et institutions médicales (comme les asiles) pour diagnostiquer et traiter les personnes suicidaires (par exemple : Brian 2016). Je voudrais d'ailleurs remercier une des personnes qui a évalué ce livre de m'avoir invité à mieux contextualiser l'émergence du modèle médical ainsi que celle du modèle social présenté dans la prochaine section, et de m'avoir fourni des références pertinentes pour développer cette contextualisation.

17. Voir aussi Kouri et White (2014).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Au sein des disciplines « psy », Edwin Shneidman, l'un des auteurices les plus influentes dans la suicidologie, ayant créé ce champ d'études dans les années 1960, estime que la maladie ou la pathologie des personnes suicidaires est inscrite dans leur psyché. Shneidman soutient que les personnes suicidaires souffrent psychologiquement et que cette « psychosouffrance » [*psychache*] est la composante principale de la suicidalité. Définissant certains de ses néologismes et concepts clés, Shneidman (1993, x, souligné dans l'original) écrit : « La *suicidologie* définit simplement le champ du savoir au sujet du suicide et la pratique de prévention du suicide ; la *psychosouffrance* souligne le rôle central de la souffrance psychologique dans le suicide (et le caractère irréductiblement psychologique du suicide). » Shneidman (42–45) soutient que l'émergence de la suicidalité repose sur trois facteurs principaux interreliés : (1) la souffrance psychologique, (2) les perturbations de l'esprit et (3) des pressions (qu'il appelle « *press* ») qui provoquent et affectent l'individu. Les suicidologues contemporaines ont suivi le chemin tracé par Shneidman. Par exemple, le chercheur Thomas Joiner (2005), l'un des auteurices les plus citées aujourd'hui dans le domaine de la suicidologie, suggère une théorie interpersonnelle du suicide qui souligne l'importance des relations et soutient que les idéations suicidaires émergent lorsque certains besoins humains ne sont pas remplis, y compris le sentiment d'appartenance à un groupe ou le sentiment d'utilité [18]. Joiner croit que les besoins relationnels inassouvis sont à l'origine des idéations suicidaires et que les tentatives de suicide sont dues à une capacité acquise à se faire du mal par une exposition progressive aux atteintes auto-infligées. En ce sens, si la psychosouffrance est un élément fondamental de la suicidalité, elle ne l'explique pas entièrement.

Même si le modèle médical tend à se concentrer sur les pathologies individuelles et guérissables, certaines de ses partisanes reconnaissent néanmoins que les facteurs sociaux, environnementaux, politiques et culturels peuvent jouer un certain rôle dans la suicidalité. Telle était la perception d'anciennes conceptualisations médicales de la suicidalité, comme celles élaborées par Jean-Pierre Falret (1822), qui combinaient les facteurs internes et héréditaires avec des facteurs externes (Houston 2009, 93). Moins d'un siècle plus tard, Shneidman (1993, 3, souligné dans l'original) a bâti sa théorie de la suicidalité sur deux arguments principaux : « Le premier est que le suicide est un événement multidimensionnel et que chaque événement suicidaire contient, à divers degrés, la présence d'éléments biologiques, culturels, sociologiques, interpersonnels, intrapsychiques, logiques, conscients, inconscients et philosophiques. La seconde branche de mon assertion est que, si l'on distille chaque événement suicidaire, son élément essentiel est *psychologique* ». Shneidman mobilise l'image d'un arbre pour mieux comprendre le rôle joué par les facteurs psychologiques dans la suicidalité, soutenant que le tronc représente les aspects psychologiques, alors que la génétique et les états biochimiques représentent les racines de l'arbre. Comme le démontre le sociologue Allan V. Horwitz (2002), dans les dernières décennies, un nombre croissant de personnes défendant le modèle médical ont inclus dans leur conceptualisation de la maladie mentale certains facteurs sociaux ou des facteurs de stress pour expliquer le désespoir et le suicide.

Ainsi, le modèle médical de la suicidalité n'est clairement pas si homogène ou unidimensionnel qu'on le présente parfois. De plus, ses frontières avec d'autres modèles de la suicidalité, comme le modèle social présenté dans la

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

prochaine section, sont de plus en plus floues. Cela dit, il existe des points communs évidents entre la plupart des chercheureuses qui adhèrent à ce modèle. Selon Marsh (2016), le modèle médical de la suicidalité se base sur trois postulats. Premièrement, la suicidalité est vue comme résultant de la maladie mentale ou, j'ajouterais, de toute autre sorte de pathologie du corps ou de l'esprit. Deuxièmement, la suicidologie est vue comme une science objective. Troisièmement, la suicidalité est surtout comprise comme un problème individuel/personnel. Étant donné que les chercheureuses en suicidologie critique ont offert des arguments convaincants pour déconstruire les limites de ces postulats répandus[19], je me tourne maintenant vers le modèle social de la suicidalité.

### 1.1.2. Le modèle social

Durant la même période marquée par le passage de la punition et de l'interdiction de la suicidalité à sa médicalisation, le biopouvoir et la biopolitique[20] ont contribué à l'évolution et au déploiement d'une large gamme d'outils, comme la démographie et la statistique, qu'utilisaient les premièr·ières sociologues pour élaborer un nouveau discours sur la suicidalité : le modèle social (Wray, Colen et Pescosolido 2011). Ce dernier a joué un rôle important pour former les politiques et les pratiques entourant la suicidalité qui influencent encore nos perspectives préventionnistes actuelles. Cependant, en accord avec mes observations précédentes sur la porosité des frontières entre les modèles, on pourrait se demander si, en fait, les modèles médical et social sont fondamentalement différents. Les épistémologies soutenant les deux modèles, ancrées dans des visions positivistes et postpositivistes, tout comme les méthodologies qui leur sont sous-jacentes, centrées sur l'analyse statistique, soulèvent certaines questions sur leurs discours supposément rivaux sur la suicidalité. L'émergence de ce deuxième modèle de suicidalité doit aussi être contextualisée au sein de son ère sociale, culturelle, politique, épistémologique, médicale, légale et religieuse plus large, où le travail des premièr·ières sociologues combinait souvent les explications médicales/psychologiques avec des théorisations sociales de la suicidalité. Par exemple, dans son livre de 1928, *Suicide*, Ruth Shonle Cavan, l'une des principales figures de l'école de Chicago en sociologie, questionne le rôle des facteurs sociaux en ce qui a trait au suicide, tels que le climat, la géographie, la religion ou le statut civil, tout en s'appuyant fortement sur des concepts psychopathologiques comme la « désorganisation personnelle » et les « psychoses ». D'autres sociologues, comme Andrew F. Henry et James F. Short dans leur livre de 1954, *Suicide and Homicide*, tentent d'établir des corrélations entre la dépression économique et les taux de suicide, tout en continuant de déployer des cadres théoriques médicaux/psychologiques courants, comme le « modèle frustrationagression ». Ils croient que les caractéristiques psychologiques comme le sentiment de culpabilité, ou même

18. Lire aussi Van Orden *et al.* (2010) et Joiner *et al.* (2016).

19. Lire entre autres Jaworski (2010, 2014, 2015, 2016, 2020) ; Marsh (2010a, 2010b, 2015, 2018, 2020a, 2020b) ; Fitzpatrick (2011, 2015, 2020) ; Cover (2012, 2016a, 2016b) ; White (2012, 2015a, 2015b, 2016, 2017, 2020) ; Taylor (2014) ; Fitzpatrick, Hooker et Kerridge (2015) ; Mills (2015, 2018, 2020) ; White *et al.* (2016a) ; Hjelmeland et Knizek (2017, 2020) ; et Button et Marsh (2020).

20. Sur le biopouvoir et la biopolitique, lire Foucault (1976, 1994, 1997, 2001, 2004a, 2004b).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

des types spécifiques de réponses physiologiques au stress et à la frustration peuvent déclencher des agressions, menant soit à l'homicide, soit au suicide. Aujourd'hui, des chercheureuses en sociologie ou en psychologie proposent une conceptualisation similaire de la suicidalité comme comportement agressif (par exemple : McCloskey et Ammerman 2018).

Même certaines figures canoniques de la sociologie, qui théorisent la suicidalité depuis un point de vue social, comme le sociologue français Émile Durkheim[21] (1951), ne s'abstiennent pas complètement de mobiliser des explications individuelles, pathologiques et psychologiques de la suicidalité, tout en insistant davantage sur les pathologies sociales qui mènent aux idéations et aux tentatives de suicide (BayatRizi 2008). Au lieu de situer le « problème » de la suicidalité uniquement ou principalement dans l'individu, le modèle social identifie la société et son (mal)fonctionnement comme les coupables. Le modèle social vise à identifier les motifs, les récurrences et les tendances entre la suicidalité et les facteurs sociaux, comme les crises économiques, les guerres, les valeurs sociales, les relations familiales, les identités marginalisées ou les représentations culturelles pour comprendre et prévenir la suicidalité. Comme l'expliquent Fitzpatrick, Hooker et Kerridge (2015), le modèle social de la suicidalité a représenté historiquement une menace sérieuse pour le modèle médical, défiant l'idée que la suicidalité résulte d'une maladie (mentale). Toutefois, dans leurs épistémologies critiques et leurs analyses généalogiques de la discipline sociologique, Taylor (2014), Fitzpatrick, Hooker et Kerridge (2015) et Marsh (2016) suggèrent que, même si le modèle social est en quête d'autorité scientifique, la plupart des lois, règlements, politiques, campagnes de prévention et même le domaine de la suicidologie en tant que tel ont été dominés par le modèle médical, écartant les contributions du modèle social. Les travaux de Durkheim continuent d'influencer l'étude de la suicidalité malgré la prédominance du modèle médical et les critiques de la théorie sociale du suicide chez Durkheim. Un exemple de ces critiques est le travail du sociologue existentiel Jack D. Douglas (1967), qui explique que comprendre la suicidalité à travers des analyses statistiques et des approches structurellesfonctionnelles est limité (voire presque inutile) si cette approche n'est pas accompagnée d'une compréhension plus profonde de la signification sociale contextualisée de la suicidalité chez chaque individu.

Plusieurs chercheureuses qui critiquent Durkheim aujourd'hui ont néanmoins adopté certaines de ses notions et hypothèses pour théoriser la suicidalité (Wray, Colen et Pescosolido 2011). Par exemple, dans leur livre publié en 2015, *Suicide: A Modern Obsession*, Derek Beattie et Patrick Devitt soutiennent que la position économique, le statut marital et les représentations culturelles influencent les taux de suicide. Utilisant des théories couramment mobilisées en sociologie comme la théorie de l'apprentissage social, ces auteurs croient en l'existence des suicides par imitation, où les suicides complétés encourageraient d'autres suicides[22]. Par conséquent, ils défendent des solutions sociales en vue de l'éradication de ce phénomène, comme interdire aux médias

21. J'invite les gens qui s'intéressent aux analyses de Durkheim à lire ses travaux ou les commentaires sur ses travaux, notamment Douglas (1967) ; BayatRizi (2008) ; Jaworski (2014) ; Taylor (2014) ; Beattie et Devitt (2015) ; Fitzpatrick, Hooker et Kerridge (2015) ; Manning (2020) ; ou Kral (2019). Pour leur part, Wray, Colen et Pescosolido (2011) proposent une histoire intéressante des théories du suicide en sociologie, incluant les théories dites « pré-durkheimiennes » et « post-durkheimiennes ».

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

de couvrir les suicides. Malgré l'adhésion de Beattie et Devitt au modèle social, l'influence et l'héritage du modèle médical dans leur réflexion sont évidents, par exemple à travers l'idée que, d'une certaine manière, le sujet suicidaire est irrationnel, « fou » ou « aliéné » et ne dispose pas de la capacité d'évaluer adéquatement son geste fatal. Beattie et Devitt (2015, 101) écrivent : « Si ces cinq victimes [du suicide] avaient su que leur mort provoquerait un tel désastre chez les gens qui les entourent, en auraient-elles décidé autrement ? […] Mais notre question est injuste à certains égards. Beaucoup de personnes suicidaires sont inaptes à la pensée rationnelle nécessaire pour évaluer les effets que leur suicide pourrait avoir chez les autres. » On peut trouver des perspectives sociologiques similaires, présentant le suicide comme un acte irrationnel tout en soulignant les déterminants sociaux de la santé en lien avec la suicidalité, dans le livre publié en 2020 par le sociologue Jason Manning, *Suicide: The Social Causes of Self-Destruction*. Ancré dans la « sociologie pure », le titre du livre évoque le suicide comme une forme de violence tournée contre soi-même. Manning (2020, 3) blâme également les personnes suicidaires pour le mal qu'elles causent aux autres par leur « autodestruction » : « Le suicide détruit les relations, altère les réputations et peut mener au deuil, à la culpabilité, au blâme, à la pitié, à la thérapie, à la vengeance et à plus de suicides. » Ce ne sont pas toutes les explications sociologiques du suicide qui reproduisent ces formes renouvelées de pathologisation et de moralisation, mais les chercheureuses que je mentionne plus haut, allant des premiers travaux de sociologie comme ceux de Cavan, Henry et Short aux travaux contemporains comme ceux de Beattie, Devitt et Manning, montrent les prémisses résiduelles héritées du modèle médical de la suicidalité, tout comme les formes de moralisation des gestes suicidaires imprégnant le modèle social. Ces prémisses montrent aussi que les frontières entre les modèles présentés dans ce chapitre sont floues.

Qui plus est, le modèle social de la suicidalité partage des similarités avec le modèle de santé publique (parfois appelé le modèle biopsychosocial) et le modèle de justice sociale de la suicidalité. En fait, le modèle social et le modèle de justice sociale partagent tellement de postulats, de présuppositions et d'affinités qu'on les confond souvent, comme d'autres et moi-même l'avons fait par le passé. Dans mes travaux antérieurs, suivant plusieurs chercheureuses, je parlais de ces deux modèles indistinctement. Ce n'est qu'après avoir lu *Suicide and Social Justice*, publié en 2020 par Mark E. Button et Ian Marsh, que j'ai pris conscience des différences entre les deux modèles. Bien que les modèles social et de justice sociale interprètent la suicidalité sur la base de facteurs sociaux et de forces sociales, le premier hérite ses prémisses de l'accent sur l'objectivité, les données quantitatives et les généralisations sociologiques (à quelques exceptions près) dans la tradition positiviste scientifique, alors que le second offre des explications contextualisées de la suicidalité en insistant sur la recherche qualitative et en proposant des analyses critiques de la suicidalité et de sa relation avec les communautés marginalisées. Comme l'expliquent Button et Marsh (2020a, 2), le modèle social de la suicidalité dérive d'une perspective sociologique traditionnelle et insiste sur les « déterminants sociaux de la santé », écartant souvent les analyses et actions politiques que met en avant le

22. Sur les suicides par imitation et la « contagion » du suicide, lire aussi Wray, Colen et Pescosolido (2011) et Kral (2019).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

modèle de justice sociale. Button (2020, 89) montre comment la position d'objectivité et de neutralité positiviste souvent adoptée par les sociologues qui adhèrent au modèle social mène à une réponse dépolitisée à la suicidalité :

> Les sociologues (suivant encore Durkheim après toutes ces années) ont certainement raison de pointer les forces sociales qui minent le bien-être des humains, mais jusqu'à ce qu'on relie ces forces sociales aux structures et aux agents politiques qui en portent partiellement la responsabilité, et jusqu'à ce que les citoyennes et les dirigeantes ferment la porte à l'aveuglement et la mauvaise foi délibérée qui ont cours à propos de la relation entre les régimes politiques et la distribution de la vulnérabilité au suicide, le suicide demeurera une crise de santé publique à laquelle le niveau adéquat d'analyse et de réaction politiques continuera de manquer.

Il serait cependant injuste de présenter le modèle social comme homogène et de le réduire à une forme « objective » d'étude de la suicidalité adoptant un point de vue sociologique traditionnel. En effet, certaines chercheureuses contemporaines relient l'économie et l'épidémiologie avec la justice sociale d'une façon impressionnante. Par exemple, dans leur livre *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*, publié en 2020, les économistes universitaires Anne Case et Angus Deaton montrent comment les économies capitalistes mènent au désespoir et à la mort, ainsi qu'à la suicidalité (lire aussi Wray, Poladko et Vaughan Allen 2011). Cet ouvrage propose diverses politiques sociales et publiques pour contrebalancer les effets délétères du capitalisme sur les communautés marginalisées. Dans leur livre de 2013, *The Body Economic: Why Austerity Kills*, basé sur une variété d'études de cas historiques, les chercheurs en santé publique David Stuckler et Sanjay Basu démontrent l'impact des compressions budgétaires dans la santé et les programmes sociaux sur la santé de la population, au point de tuer certaines personnes. Dans un article que Stuckler et Basu avaient publié auparavant avec d'autres collègues dans *The Lancet* (Stuckler *et al.* 2009), ils se penchaient spécifiquement sur les taux de mortalité, y compris les taux de suicide, en relation avec les crises économiques et les mesures d'austérité. Ils concluaient que leur démonstration des conséquences majeures de l'économie sur la santé des personnes pourrait avec un impact profond sur les politiques sociales : « L'analyse suggère également que les gouvernements pourraient être en mesure de protéger leurs populations, particulièrement en finançant des mesures de maintien à l'emploi, aidant les personnes licenciées à surmonter les effets négatifs du chômage […] » (322). En outre, pour brouiller encore davantage la frontière entre le modèle social présenté ici et le modèle de justice sociale que j'introduis plus loin, plusieurs sinon la plupart des chercheureuses dans le champ de la suicidologie critique qui adhèrent à la justice sociale comme cadre théorique ont qualifié ou qualifient toujours leur approche de « sociale », par opposition à « médicale », comme je le faisais dans le passé. En ce sens, dépeindre le modèle social de la suicidalité comme une approche apolitique ne serait pas seulement imprécis, mais injuste. Il est donc important de garder à l'esprit qu'il n'existe aucun modèle purement « social » de la suicidalité et que la description que je fournis ici ne présume pas que les quatre modèles sont mutuellement exclusifs.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### 1.1.3. Le modèle de santé publique

Entre les deux modèles médical et social (supposément) opposés, une troisième approche importante a émergé lors des dernières trente années : le modèle de santé publique (Wray, Colen et Pescosolido 2011), aussi connu comme le modèle biopsychosocial de la suicidalité (Webb 2011). Ce modèle, ancré dans les approches épidémiologiques de santé publique et favorisant la recherche basée sur les données probantes et les données statistiques, est mobilisé en lien avec plusieurs « problèmes » de santé publique, incluant l'usage de drogues, de tabac et d'alcool, la violence conjugale et sexuelle, et la maltraitance des enfants. Ce modèle fait le pont entre des approches plus individualistes (qu'on peut appeler proximales) et des approches sociales (qu'on peut appeler distales) pour promouvoir la santé de la population. Multiet interdisciplinaire par nature, le modèle de santé publique vise à identifier les facteurs de risque sous-jacents à certains problèmes sociaux et de santé ainsi qu'à travailler sur plusieurs fronts — par exemple, au niveau individuel ou socioculturel — pour empêcher la dissémination de ces problèmes au sein de la population. Adopté par beaucoup de personnes qui travaillent dans le milieu de la santé, ce modèle informe les stratégies et les lignes directrices internationales de prévention du suicide (Beattie et Devitt 2015 ; OMS 2014a ; Stefan 2016). Par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS 2014b) affirme que « la recherche a, par exemple, mis en exergue l'importance de l'interdépendance entre les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels dans le déterminisme des comportements suicidaires » (8), appelant à une « stratégie multisectorielle globale de prévention du suicide » (9). L'OMS identifie quatre piliers de ce modèle de santé publique : pratiquer de la « surveillance », « identifier les facteurs de risque et de protection », « développer et évaluer des interventions » et la « mise en œuvre » des solutions identifiées pour maximiser la santé (13).

Ce troisième modèle est une approche intégrée qui tente de mobiliser les forces et les contributions des modèles médical et social [23]. Le modèle de santé publique essaie de réconcilier les divers facteurs explicatifs de la suicidalité provenant du modèle médical (le rôle de la génétique, des prédispositions, de la neurobiologie, de la maladie mentale, etc.) aussi bien que du modèle social, comme les facteurs situationnels et environnementaux ainsi que les facteurs sociaux (par exemple les crises économiques ou la couverture médiatique des suicides). Le modèle de santé publique appelle à une panoplie de stratégies de prévention du suicide, allant des interventions directes avec les personnes suicidaires à la proposition de directives pour la couverture médiatique au sujet de la suicidalité. Dans son document intitulé *Action de santé publique pour la prévention du suicide : Un cadre de travail*, l'OMS (2014a) déclare que le suicide est « un important problème social et de santé publique » (4) et propose plusieurs stratégies de prévention, y compris une « formation de sentinelles

23. Si on la catégorise souvent comme médicale/psychologique vu qu'elle souligne les facteurs individuels de la suicidalité, la « théorie interpersonnelle du suicide » (Joiner 2005) mobilise les multiples facteurs listés par l'OMS pour expliquer la suicidalité. Dans ce sens, on pourrait aussi la considérer comme une théorie appartenant au modèle de santé publique. Néanmoins, comme le démontrent Hjelmeland et Knizek (2020) dans leur critique de cette théorie, les facteurs individuels sont considérés comme les éléments clés expliquant la suicidalité, situant ainsi cette théorie au sein du modèle médical.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

[*gatekeeper training*] » pour de multiples professionnelles — comme les acteurices de la santé, de l'enseignement, du travail social ou les guides spirituelles — visant à identifier les populations considérées comme « à risque » (16). Un certain nombre de chercheureuses et de praticiennes adhérant au modèle de justice sociale que je présente dans la prochaine section, comme Rebecca S. Morse et ses collègues (2020), adoptent cette approche de surveillance [*gatekeeping*] en proposant de mobiliser ce qu'iels appellent des « paraprofessionelles » ou des personnes non professionnelles, pour « reconnaître les premiers signes du suicide, savoir comment offrir de l'espoir à une personne en crise et comment chercher de l'aide pour possiblement sauver la vie d'une autre personne » (163). Le modèle de santé publique propose aussi, comme le notent Matt Wray, Cynthia Colen et Bernice Pescosolido (2011, 511) ainsi que Susan Stefan (2016, 419), de limiter l'accès à des moyens létaux de compléter un suicide, comme l'accès aux ponts, aux armes à feu, aux pesticides et aux poisons. Vu son approche universalisante et la diversité de ses stratégies de prévention, le modèle de santé publique a attiré beaucoup d'attention ces dernières dix années et est souvent célébré comme une réussite (par exemple : Berardis *et al.* 2018 ; Stefan 2016).

Même si le modèle de santé publique semble en théorie représenter le meilleur des deux mondes en réconciliant les perspectives médicale et sociale, dans sa pratique ce modèle n'est pas sans défaut. Son existence révèle les tensions entre diverses approches aussi bien que les relations de pouvoir ayant cours entre différentes protagonistes et disciplines interagissant sous le parapluie de la santé publique. Button et Marsh (2020, 3) concluent que, malgré les perspectives plus larges avancées dans un modèle de santé publique, « le suicide continue d'être conceptualisé comme étant d'abord une question de santé mentale individuelle ». Des chercheureuses ont judicieusement indiqué les nombreuses limites de ce modèle, comme l'accent qu'il met sur la surveillance ainsi que ses effets dépolitisants, individualisants et biologisants (par exemple : Button 2016, 2020 ; Marsh 2020b ; White et Stoneman 2012). Par exemple, China Mills (2015, 2018) adopte une perspective de suicidologie critique pour avancer de manière convaincante que ce modèle reste basé sur une « approche psychocentrée » qui tend à sous-estimer l'importance des facteurs systémiques, comme l'austérité politique et économique, tout en exagérant la pathologie individuelle. Comme le montre Fitzpatrick (2014, 2022), il faut aussi situer ce modèle dans le contexte néolibéral plus large qui a formé la conceptualisation de la suicidalité et les solutions inventées pour répondre à ce qui est considéré comme une urgence de santé publique. Tout comme les gens doivent gérer, optimiser et préserver leur santé (Day 2021 ; Pitts-Taylor 2016), Fitzpatrick (2022, 119) note que, dans le contexte néolibéral actuel, le risque du suicide devient la responsabilité des individus, qui doivent faire tout en leur pouvoir pour aller mieux :

> L'accent mis sur les pensées, les humeurs, les émotions et les comportements individuels comme indicateurs pour mesurer et connaître le risque suicidaire devient ainsi la solution vers laquelle se dirigent les interventions thérapeutiques et de santé publique. Cela se reflète par une insistance accrue sur les obligations sociales et les responsabilités individuelles dans l'atténuation du risque suicidaire à

> travers des programmes éducatifs ciblant l'éducation en santé mentale, la recherche d'aide, la gestion du stress, la résilience, la résolution de problèmes et la capacité d'adaptation.

Dans le même esprit, des chercheureuses comme Lani East, Kate P. Dorozenko et Robyn Martin (2019, 6) affirment que les discours de santé publique sur le suicide sont moralement chargés et jettent souvent le blâme sur les victimes, pointant leurs problèmes individuels et leur manque de « capacité d'adaptation ». En somme, comme nous pouvons le voir grâce à ces critiques du modèle de santé publique, si cette approche brouille toujours les frontières entre les différents modèles de la suicidalité et pourrait, en théorie, contribuer substantiellement à une conceptualisation de la suicidalité depuis un point de vue nuancé et complexe, les suicidologues critiques estiment que cette promesse n'est pas remplie. Il semble qu'une cooptation du modèle de santé publique par le modèle médical soit à l'œuvre — d'où le développement d'autres modèles, comme le modèle de justice sociale présenté dans la prochaine section.

### 1.1.4. Le modèle de justice sociale

Avant de présenter ce modèle, je dois émettre quelques mises en garde. Tout d'abord, comme pour les modèles précédents, celui-ci est loin d'être homogène. Alors que certaines personnes qui adhèrent au modèle de justice sociale conceptualisent la suicidalité comme un « problème » qui doit être réglé, d'autres ont critiqué cette vision pathologique de la suicidalité et ont proposé des visions et discours innovants et non stigmatisants sur les stratégies de prévention. Néanmoins, à l'heure actuelle, aucune de ces personnes n'a encore proposé une acceptation claire du suicide comme un droit positif et légitime. Leurs recherches demeurent toutefois une grande source d'inspiration pour mes réflexions. Ensuite, je reste hésitant vis-à-vis d'une partie des critiques que j'adresse envers le modèle de justice sociale, car dans la dernière année (alors que j'écris ce livre, en 2020–2021), certaines personnes qui adhèrent à ce modèle ont commencé à questionner de manière plus aiguisée, comme je l'ai fait dans mon travail récent, des discours qui sont pourtant tenus pour acquis *au sein même de la suicidologie critique*. Par exemple, Jennifer White (2020b, 77) écrit : « Pour que les études critiques du suicide conservent leur tranchant critique et créatif, il nous faut aller plus loin que les critiques (maintenant familières) du psychocentrisme, du positivisme et du scientisme pour mobiliser et amplifier d'autres voix, visions du monde et ressources interprétatives, afin de poursuivre une plus grande justice épistémique dans l'étude du suicide et dans la réponse qu'on lui apporte. » Katrina Jaworski (2020, 590) appelle à « une nouvelle fondation pour la suicidologie critique » afin de critiquer la manière dont les sujets suicidaires sont réduits au silence et d'honorer l'agentivité de leurs décisions[24]. Comme je le fais dans certains de mes travaux antérieurs, d'autres chercheureuses dans ce domaine ont aussi commencé à critiquer le tort causé par les stratégies de prévention actuelles et ce que j'appelle l'injonction à la vie imposée aux sujets suicidaires (Broer 2020 ; East, Dorozenko et Martin 2019 ; Fitzpatrick 2020 ; Fitzpatrick *et al.* 2021 ; Krebs 2022 ; Tack 2019). En somme, le modèle de justice sociale et le champ plus général de la suicidologie

24. Sur l'agentivité, lire aussi Chandler (2019, 2020a) et Krebs (2022).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

critique sont des entités qui croissent rapidement et qui semblent être de plus en plus intéressées à poser un regard critique sur leurs propres pratiques. Mes critiques du modèle de justice sociale de la suicidalité ne ciblent donc pas ces chercheureuses et leurs nouvelles perspectives sur la suicidalité, mais plutôt les travaux qui continuent de présenter la suicidalité seulement comme un « problème » à régler. En effet, beaucoup d'autres chercheureuses qui adoptent ce modèle voient toujours la suicidalité comme le résultat d'une violence systémique et la présentent donc d'une manière entièrement négative, comme un problème social qui doit être éradiqué.

J'aimerais commencer cette section en brossant un portrait du champ de la suicidologie critique, puisqu'elle est intimement liée au modèle de justice sociale de la suicidalité. Désigné récemment sous le nom d'études critiques du suicide[25], et plus anciennement sous celui de suicidologie réflexive critique (Fitzpatrick, Hooker et Kerridge 2015) ou de postsuicidologie (Marsh 2015), le domaine de la suicidologie critique est parfois assimilé à ou perçu comme un mouvement social (Tatz et Tatz 2019, 174). S'il n'est pas mon intention d'entrer dans des débats sociologiques sur ce qui devrait être considéré (ou non) comme un mouvement social, je suis d'accord que la suicidologie critique, comme domaine de savoir construit par des chercheureuses engagé·es politiquement et travaillant pour la justice sociale pour les groupes marginalisés, peut être considérée comme un champ d'études et comme un mouvement social. Même si des perspectives critiques du modèle médical de la suicidalité ont émergé ces dernières décennies, avançant des explications et solutions sociales et promouvant la justice sociale[26], ce n'est que depuis 2010 que la suicidologie critique s'est constituée en champ disciplinaire, en réaction à ce qu'on considère comme la suicidologie plus « traditionnelle », « dominante » (Marsh 2015 ; White *et al.* 2016a) ou « conventionnelle » (Fitzpatrick, Hooker et Kerridge 2015). À partir de 2010, des chercheureuses ont commencé à publier des articles précurseurs de l'émergence du champ lui-même[27]. À l'époque, ces activistes/chercheureuses appelaient à une approche sociale du suicide plutôt qu'à une approche basée sur la justice sociale en soi, même si ces travaux précurseurs reposaient clairement sur un modèle de justice sociale. À ma connaissance, Jaworski (2014, 153) est la première autrice à avoir utilisé l'expression *suicidologie critique*. Depuis 2015, la suicidologie critique a émergé comme un champ de connaissances distinct et reconnu, avec des travaux importants la distinguant de la suicidologie traditionnelle[28]. Contrairement à cette dernière, disent Fitzpatrick, Hooker et Kerridge (2015, 319), une « suicidologie réflexive critique » offre une conceptualisation plus complexe de

25. Voir par exemple ces chercheureuses qui utilisent l'expression *études critiques du suicide* : Tatz et Tatz (2019) ; White et Morris (2019) ; Marsh (2020b) ; Jaworski et Marsh (2020) ; White (2020b) ; Marsh *et al.* (2021) ; et Ansloos et Peltier (2021). J'ai personnellement hésité entre utiliser *suicidologie critique* et *études critiques du suicide*. J'ai opté pour le premier pour diverses raisons, incluant le fait que des ouvrages importants dans le domaine, comme White *et al.* (2016) utilisent le syntagme *suicidologie critique* dans leur titre. L'avenir dira quelle expression s'imposera. Je crois que les deux expressions articulent bien l'esprit des activistes/chercheureuses travaillant dans ce champ.

26. Voir par exemple : Spivak (1988) ; Canetto (1992) ; Gill (1992, 1999) ; Fullagar (2003) ; Dorais et Lajeunesse (2004) ; Halberstam (2010) ; Kalish et Kimmel (2010) ; Bauer *et al.* (2013) ; et Puar (2013).

27. Lire entre autres : Jaworski (2010, 2014) ; Marsh (2010a, 2010b) ; Cover (2012) ; White (2012) ; Chrisjohn, Mckay et Smith (2014) ; et Taylor (2014).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

la suicidalité et questionne les prémisses méthodologiques, théoriques et épistémologiques de la suicidologie. En plus de « brasser » la suicidologie traditionnelle (Marsh 2015, 8 ; White 2015b, 1) et d'en interroger de façon critique les prémisses méthodologiques, théoriques et épistémologiques, le champ de la suicidologie critique présente six caractéristiques principales, que je détaille ci-dessous[29].

Premièrement, en rupture avec la position positiviste de la suicidologie dominante, la suicidologie critique propose des perspectives, approches, méthodologies et cadres conceptuels créatifs et diversifiés. Deuxièmement, cette diversité inhérente situe la suicidologie critique comme un champ de connaissances interdisciplinaire concentré sur la recherche qualitative, par contraste avec les approches disciplinaires quantitatives basées sur des données probantes qui ont dominé la suicidologie conventionnelle (médecine, psychiatrie et psychologie). Troisièmement, contrairement au prisme souvent anhistorique et décontextualisé qu'utilise la suicidologie conventionnelle pour interpréter la suicidalité, la suicidologie critique propose des interprétations de la suicidalité qui insistent sur l'historicité, la complexité et la contextualité. Quatrièmement, par opposition à l'approche individualiste et psychocentrée de la suicidalité, la suicidologie critique se focalise sur les facteurs sociaux, culturels et politiques collectifs, structurels et systémiques qui influencent la suicidalité. Cinquièmement, contrairement à la suicidologie dominante, qui prétend être une science objective qui n'est pas biaisée par les relations de pouvoir, la suicidologie critique est politiquement engagée et reconnaît les relations de pouvoir qui influencent le savoir, la science et les champs d'études. Sixièmement, par opposition à la suicidologie traditionnelle, qui valorise l'expertise de certains types de chercheureuses et praticiennes (comme celle des médecins, psychiatres et psychologues), la suicidologie critique invite d'autres personnes dans la conversation et reconnaît une multiplicité de perspectives et de types de savoir.

À ces six caractéristiques principales, j'ajouterais que plusieurs chercheureuses dans ce champ associent, implicitement ou explicitement, la suicidologie critique avec « les perspectives politiques et orientées vers la justice sociale » (White *et al.* 2016b, 2). Pour Button (2016, 275), l'un des objectifs de la suicidologie critique, ou de « l'approche politique du suicide[30] », s'articule en une revendication de responsabilité de la part des institutions, des responsables politiques et de la société, dans l'optique de promouvoir la justice sociale pour les groupes marginalisés. Décrivant le modèle de justice sociale dans *Suicide and Social Justice*, Button et Marsh (2020a) soulignent aussi que

28. Lire entre autres : Fitzpatrick (2015, 2016a, 2016b, 2020) ; Fitzpatrick, Hooker et Kerridge (2015) ; Jaworski (2015, 2016, 2020) ; Marsh (2015, 2016, 2018, 2020a, 2020b) ; Broz et Münster (2015) ; Button (2016) ; Cover (2016a, 2016b, 2020) ; McDermott et Roen (2016) ; White *et al.* (2016a) ; White (2017, 2020a, 2020b) ; Bastien et Perreault (2018) ; Mills (2017, 2018, 2020) ; Chandler (2019, 2020a, 2020b) ; Button et Marsh (2020b) ; et Hjelmeland et Knizek (2020).

29. Marsh (2015, 2016) et Button (2016, 2020) offrent des résumés des caractéristiques des deux champs. Les six caractéristiques que j'établis ici se basent sur une synthèse de ces textes, ainsi que sur les articles suivants : Kouri et White (2014) ; Fitzpatrick, Hooker et Kerridge (2015) ; White *et al.* (2016a) ; Mills (2018) ; White et Morris (2019) ; Fitzpatrick (2020) ; et White (2020a, 2020b).

30. « L'approche politique du suicide » et « l'approche de justice sociale de la suicidalité » sont synonymes, selon Button (2016, 2020), Button et Marsh (2020, 5) et Marsh (2020, 15).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

la suicidalité est liée aux pathologies sociales comme le colonialisme, le racisme, la pauvreté, l'hétérosexisme et le validisme, créant ce que Button (2020, 87) appelle des « régimes suicidaires ». De plus, le modèle de justice sociale, en conceptualisant la suicidalité comme le résultat de facteurs systémiques diminuant la qualité de vie, appelle à des remèdes systémiques et engagés, comme des transformations sociales, culturelles, politiques, économiques et légales[31]. En effet, dans une perspective de justice sociale concevant la suicidalité comme découlant de facteurs systémiques oppressifs, les activistes/chercheureuses appellent à des changements sociopolitiques conçus comme un moyen d'éradiquer les pratiques violentes dont on croit qu'elles causent la suicidalité. En somme, les personnes qui adhèrent au modèle de justice sociale croient que la suicidalité a des racines sociales et politiques et souhaitent une solution systémique.

Le modèle de justice sociale propose une « historicisation et une politisation » (Taylor 2014, 20) de la suicidalité en soulignant les normes et structures qui poussent les membres de groupes marginalisés à vouloir mourir. Des adeptes de ce modèle soutiennent que c'est la haine qui tue les personnes suicidaires (Dorais et Lajeunesse 2004 ; Reynolds 2016) et que les systèmes oppressifs sont la cause de ces morts (Chrisjohn, McKay et Smith 2014). Par exemple, dans son analyse des suicides au Royaume-Uni, Mills (2018, 317) affirme que les mesures d'austérité provoquent une mort lente et finissent par tuer : « Pour le dire autrement, les gens se tuent parce que l'austérité les tue. Les suicides par l'austérité peuvent être vus comme le résultat ultime de l'intériorisation de la logique eugéniste du marché qui sous-tend les réformes d'assistance sociale entraînées par l'austérité. De telles morts rendent visibles les morts lentes que l'austérité rend endémiques. » Des chercheureuses comme China Mills et Vikki Reynolds estiment aussi que le terme *suicide* est en lui-même trompeur et dissimule les meurtres et les homicides ciblés de groupes marginalisés à l'aide d'explications individualisées et psychologiques. Bee Scherer (2020, 146) acquiesce :

> Je maintiens que nous devrions considérer abandonner le terme « suicide » entièrement. […] Dans une perspective de justice sociale, la plupart des « suicides », c'est-à-dire les morts autoaccomplies, ne peuvent pas être appelés « meurtres de soi », c'est-à-dire des « suicides » : l'illusion de la portée de l'agentivité individuelle que charrie ce terme chargé ne sert qu'à absoudre le système qui crée les injustices sociales. Les morts autoaccomplies qui sont induites ou renforcées par les injustices sociales ne sont pas vraiment des suicides ; ces morts autoaccomplies sont, en fait, des meurtres autoaccomplis différés[32].

31. Voir, par exemple : Cover (2012, 2016a) ; Taylor (2014) ; Jaworski (2015) ; Marsh (2015, 2016) ; Button (2016, 2020) ; Reynolds (2016) ; White *et al.* (2016a) ; Chandler (2019, 2020a, 2020b) ; Button et Marsh (2020) ; Ansloos et Peltier (2021) ; et Yue (2021).

32. J'aborde plus en détail la position de Bee Scherer dans le chapitre 2. S'iel argumente que le suicide est une forme d'homicide autoaccompli, Scherer propose une conclusion différente de celle d'autres auteurices qui condamnent le suicide et iel accepte la possibilité du suicide. Au sujet du caractère impropre du terme *suicide* focalisé sur le soi (*sui-*), lire aussi Staples et Widger (2012).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Même si je suis d'accord qu'il faut politiser la suicidalité et examiner les facteurs qui l'influencent dans les communautés marginalisées (vu que je m'identifie comme un homme trans, bisexuel et handicapé/détraqué, je suis sensible à ces analyses politiques), je crois que plusieurs personnes qui défendent le modèle de justice sociale perpétuent néanmoins une pathologisation similaire à celle qu'on trouve dans les autres modèles examinés jusqu'à maintenant, même si, dans ce cas, la pathologie se situe dans les sphères sociales et politiques. En outre, l'une des conséquences de cet accent mis sur l'oppression sociopolitique est que les recommandations se basent largement sur « la résistance à la haine, la pratique de la solidarité et la transformation de la société pour qu'elle soit inclusive [des groupes marginalisés] » (Reynolds 2016, 184), laissant souvent les individus suicidaires dépourvus de ressources pour affronter leurs idéations suicidaires[33]. Des chercheureuses comme Button qui adhèrent au modèle de justice sociale admettent même que les solutions sociales et politiques « ne seront pas pertinentes au niveau individuel dans tous les cas » (Button 2020, 98).

En somme, malgré de nombreux avantages, le modèle de justice sociale de la suicidalité n'est pas sans failles. Comme les modèles médical, social et de santé publique, le modèle de justice sociale produit ses propres formes de violence, de stigmatisation et d'exclusion suicidistes en ignorant les réalités de certains individus. Cependant, contrairement aux failles et aux limites des autres modèles, celles du modèle de justice sociale demeurent sous-théorisées. Je voudrais demander : qu'est-ce qui est/qui est absentes du modèle de justice sociale de la suicidalité ? Que pouvons-nous apprendre de ces absences ? Comment le renouvellement des interprétations de la suicidalité orientées sur la justice sociale peut-il aider les activistes/chercheureuses antioppression à éviter de reproduire des formes d'oppression, y compris vis-à-vis des personnes suicidaires ? La prochaine section souligne les écueils de ces différents modèles de la suicidalité, particulièrement ceux du modèle de justice sociale, qui n'ont toujours pas été explorés depuis une perspective interne de justice sociale.

### 1.2. Les fantômes dans les modèles de la suicidalité

Même s'ils ont été élaborés avec de bonnes intentions et le souhait d'aider les personnes suicidaires, les modèles de la suicidalité présentés jusqu'à maintenant reproduisent la violence suicidiste à leur insu, et ce, tant sur le plan individuel que collectif. Cette section explore les « fantômes[34] » qui hantent ces modèles — c'est-à-dire les limites qui sont paradoxalement omniprésentes mais invisibles. Même s'il est problématique de critiquer quatre modèles distincts en même temps, je soutiens qu'ils produisent des effets similaires sur les sujets suicidaires. Comme je le démontre dans la prochaine section, les quatre

33. Sur ces recommandations, voir aussi Dorais et Lajeunesse (2004, 90–119) et Dyck (2015).

34. Si la notion de « fantômes » possède une certaine ressemblance avec la « *Black Feminist Hauntology* » (Saleh-Hanna 2015), qui réfère à l'histoire du colonialisme, du racisme, de l'esclavage et des morts causées par ces oppressions, j'en fais ici un usage plus limité. Mon utilisation de cette expression réfère à l'idée que quelque chose est présent tout en étant insaisissable et difficile à décrire d'une manière intelligible. Le suicidisme est tel un fantôme qui circule dans les divers modèles de la suicidalité.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

modèles considèrent la suicidalité comme un problème social sérieux ou une pathologie individuelle devant être éliminée, et approuvent les stratégies de prévention qui font souvent plus de mal que de bien aux personnes suicidaires. La seule exception selon laquelle le suicide sera considéré par les personnes défendant ces modèles comme une option légitime se trouve chez les personnes handicapées, malades ou souffrantes (et parfois âgées et détraquées). Dans ces circonstances, le suicide est reformulé comme une aide à mourir, mais continue d'exclure les personnes suicidaires, comme je l'explique au chapitre 4. En plus de ces limites, deux effets secondaires supplémentaires de ces conceptualisations de la suicidalité émergent : la silenciation des personnes suicidaires, alors que d'autres s'arrogent le droit de parler en leur nom, et la promotion implicite de discours et de normes qui dictent la manière dont on devrait réagir à la suicidalité, créant des injonctions normatives. Je soutiens que ces modèles perpétuent une injonction à la vie et à la futurité qui ajoute un fardeau sur les épaules des personnes suicidaires.

### 1.2.1. Suicide = Problème : la suicidalité comme pathologie médicale, sociale ou sociopolitique

Malgré des différences radicales, tous les modèles de la suicidalité mentionnés précédemment condamnent le suicide à divers degrés et appuient les campagnes de prévention qui soutiennent que le suicide n'est jamais une bonne option pour les personnes suicidaires. Comme je l'ai mentionné dans mes travaux précédents (Baril 2017, 2018, 2020c), l'idée que le suicide doit être empêché est rarement remise en question. Seule une poignée de chercheureuses ont commencé à questionner la logique cherchant à sauver des vies à tout prix [35]. Par exemple, Jennifer White et Jonathan Morris (2019, 10) posent la question : « Les conversations sur le suicide dans des contextes communautaires ou liés à la santé mentale pourraient-elles inviter à plus d'espoir et à de nouvelles possibilités de vie, plutôt que de reproduire des conversations éculées et stériles motivées par l'impératif de prévention visant à sauver des vies à tout prix ? » De tels discours alternatifs, s'ils émergent dans le modèle de justice sociale, demeurent encore en marge. En outre, aucun de ces modèles n'interroge le désir de vivre. Les groupes, organisations, fondations et initiatives de santé publique travaillant à la prévention du suicide ne remettent pas en question l'idée que le suicide ne devrait jamais être une option — à quelques exceptions près, comme le programme DISCHARGED (Rhodanthe, Wishart et Martin 2019) ou Trans Lifeline (2020), qui condamnent les stratégies de prévention coercitives, mais n'envisagent toujours pas le suicide comme une option légitime, comme je le démontre dans le chapitre 2. En somme, dans tous ces modèles, la suicidalité doit avoir une cause et une solution. La pulsion, le désir et le besoin de mourir doivent être circonscrits et résolus.

35. Les chercheureuses ayant commencé à questionner le tort causé aux personnes suicidaires incluent : Marsh (2010b) ; Bastien et Perreault (2018) ; Chandler (2019, 2020a) ; East, Dorozenko et Martin (2019) ; Rhodanthe, Wishart et Martin (2019) ; Broer (2020) ; Fitzpatrick (2020) ; Jaworski (2020) ; White (2020a, 2020b) ; Fitzpatrick *et al.* (2021) ; et Krebs (2022). Iels n'ont cependant pas proposé le suicide assisté pour les personnes suicidaires, comme je le fais.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Le postulat selon lequel la suicidalité est un problème et *rien d'autre qu'un problème* se reflète dans le vocabulaire négatif utilisé pour aborder la suicidalité. Dans ses travaux sur la suicidalité, utilisant une approche basée sur la justice sociale bien avant qu'elle soit nommée comme telle, la chercheuse Simone Fullagar se penche sur la manière dont les suicides sont perçus comme une forme de perte et de gaspillage dans les sociétés capitalistes et néolibérales cherchant à maximiser le profit et la productivité. Fullagar (2003, 292) montre aussi comment ce contexte nourrit la moralisation et l'usage d'un vocabulaire péjoratif : « Le suicide comme gaspillage est sous-entendu dans tout le vocabulaire moral sur la vie et la mort — tristement tragique, incompréhensible, impardonnable, pathologique, anormal, instable, irresponsable, égoïste, moralement condamnable. » Ce contexte néolibéral, où les morts par suicide sont considérées comme un « gaspillage », perpétue également ce que j'appelle une « injonction à la vie », abordée plus loin dans ce chapitre.

Si un nombre croissant de chercheureuses appellent à délaisser le vocabulaire du péché et du crime en lien avec la suicidalité, y compris des expressions comme « commettre un suicide », la suicidalité est toujours discutée dans des termes stigmatisants et négatifs, même lorsqu'on cherche à la déstigmatiser. Dans une perspective plus clinique, Domenico De Berardis, Giovanni Martinotti, et Massimo Di Giannantonio (2018, 2) affirment que :

> Le suicide reste une plaie pour la population à risque et l'un des événements les plus disgracieux pour un être humain. De plus, il implique beaucoup de douleur, souvent partagée par la parenté et les personnes qui sont proches des personnes sujettes au suicide. De surcroît, il a été largement démontré que la perte d'un sujet à cause du suicide peut représenter l'un des événements les plus pénibles pour les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale, provoquant plusieurs conséquences négatives […].

La suicidalité est présentée comme un problème non seulement pour les personnes suicidaires elles-mêmes, mais aussi pour leurs proches et pour les personnes qui travaillent avec elles comme professionnelles de la santé. Comme je l'ai mentionné dans l'introduction, une logique de blâme envers les victimes est manifeste : les personnes non suicidaires sont vues, dans une perspective suicidiste, comme celles qui souffrent de — et sont affectées par — la suicidalité (Hecht 2013). Beattie et Devitt (2015) discutent de l'impact de la suicidalité sur la famille et les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, du trauma causé par le suicide chez les personnes laissées derrière et de la colère que ces individus peuvent ressentir. Adoptant une position critique et historique sur la suicidalité, Tatz et Tatz (2019, 3) affirment que « le suicide crée énormément d'angoisse et de colère, voire d'hystérie, quand on le compare aux homicides et aux autres causes violentes de décès ».

Sans reprendre le terme sexiste d'*hystérie* pour caractériser les réactions à la suicidalité, je m'accorde avec Tatz et Tatz quant à l'existence de fortes réponses affectives à la suicidalité ainsi que d'un discours blâmant les victimes, même dans le modèle de justice sociale de la suicidalité. Par exemple, malgré leur souhait de théoriser la suicidalité d'une manière non pathologisante et non stigmatisante, plusieurs chercheureuses ayant publié dans l'ouvrage collectif *Critical Suicidology* (White *et al.* 2016a) affirment que le suicide cause des dommages collatéraux et du tort aux autres. Des chercheureuses utilisent des

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

termes comme *survivantes* pour désigner la famille et les proches des personnes suicidaires, présentant la suicidalité comme une chose impensable et violente. Dans les mouvements sociaux/champs d'études antioppression, nous faisons habituellement référence aux « survivantes » de violence sexuelle, de mauvais traitements parentaux, de guerres, de génocides, de traitements psychiatriques forcés, et ainsi de suite. Les gens qui « survivent » ont survécu à une expérience violente qui n'aurait jamais dû avoir lieu. J'estime que nous devons aller plus loin dans notre réflexion sur le vocabulaire à utiliser pour décrire la suicidalité et adopter un point de vue critique sur certaines expressions qui engendrent la perception que les personnes suicidaires font du mal à leur famille, à leurs proches, à leurs amies, aux professionnelles de la santé et à la société en général. Jeter le blâme sur les victimes ne s'est pas avéré une bonne stratégie pour aider quelque groupe que ce soit à traverser des expériences difficiles. Même si la suicidalité n'est pas officiellement punie ou criminalisée à l'heure actuelle, des formes de moralisation sont toujours actives quand il s'agit de conceptualiser la suicidalité.

Des représentations de personnes ayant « survécu » au suicide d'une personne aimée jusqu'aux personnes qui défendent le modèle médical et qui parlent de l'« horreur » des gestes suicidaires (Joiner 2005), en passant par les chercheureuses qui théorisent le suicide comme un « meurtre de soi » et une forme de « massacre » sociopolitique, le suicide est souvent dépeint comme un geste négatif et violent, réduisant au silence toute autre interprétation [36]. Les stratégies alternatives qui vont au-delà de la prévention restent relativement absentes des discussions. Par conséquent, non seulement les quatre modèles échouent-ils à reconnaître l'oppression suicidiste subie par les personnes suicidaires, mais ils la perpétuent également à travers ce que j'appelle le *script suicidiste préventionniste*. Par exemple, Button (2020, 99) approuve les mesures de prévention coercitives : « Plus généralement, les États qui prennent la prévention du suicide au sérieux politiquement mettront en place des mesures influençant la manière dont ils agissent sur les personnes : matériellement/économiquement ; coercitivement à travers des lois et règlements ; et discursivement à travers des normes et la perpétuation de scripts sociaux partagés. » L'un des effets les plus pervers de ces modèles et de leurs objectifs préventifs est la silenciation des personnes suicidaires. Je soutiens dans la prochaine section que la voix des personnes suicidaires est généralement absente de ces modèles et que cette absence empêche la solidarité avec elles. Le suicidisme est comme le fantôme des théorisations de la suicidalité et des stratégies de prévention — omniprésent et généralisé, mais jamais complètement visible, nommé ou reconnu.

36. Voir par exemple : Dorais et Lajeunesse (2004) ; Reynolds (2016) ; ou Mills (2018). Pour faire justice au modèle de justice sociale de la suicidalité, certaines chercheureuses comme Chandler (2020a) semblent considérer le suicide comme une réponse tragique, évitable, mais « normale » à l'oppression sociale. Similairement, d'autres suicidologues critiques ont commencé à théoriser le suicide comme un choix impliquant une agentivité, voir : Marsh (2010b) ; Fitzpatrick (2020) ; Jaworski (2020) ; White et Morris (2019) ; LeMaster (2022) ; ou Krebs (2022).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### 1.2.2. Silence = Mort : « Exprimez-vous… Non, ne le faites pas… » Le script suicidiste préventionniste

Un logo célèbre dans les cercles lesbiens, gays, bisexuels et queers (LBGQ) présente un triangle rose sur un fond noir avec le slogan « Silence = Mort ». Il était utilisé dans les années 1980 par des groupes activistes comme l'AIDS Coalition To Unleash Power (ACT UP) pour dénoncer le silence entourant l'épidémie du VIH/sida et l'inaction du gouvernement menant à plus de morts chaque semaine[37] (Fung et McCaskell 2012). D'une façon similaire, nous entendons souvent parler d'une épidémie de suicides. Avec 800 000 suicides accomplis chaque année dans le monde, et beaucoup plus d'idéations et de tentatives de suicide (OMS 2014b), les discours publics insistent sur le fait que le phénomène touche presque tout le monde. Dans un contraste frappant avec l'indifférence des premières années quant à la crise du VIH/sida, nous parlons constamment de la suicidalité — mais pas d'une manière qui invite les personnes suicidaires à « briser le silence ». Le slogan « Silence = Mort » peut donc être resignifié et redéployé pour la suicidalité dans une perspective queercrip. En effet, malgré les milliards de dollars investis dans les campagnes de prévention encourageant les personnes suicidaires à prendre la parole pour chercher de l'aide, ces personnes restent silencieuses et les stratégies de prévention ne semblent pas efficaces[38].

L'inefficacité des campagnes de prévention du suicide se traduit par le fait que la plupart des personnes suicidaires en Amérique du Nord ne prennent pas la parole pour demander de l'aide (Bryan 2022 ; Lytle *et al.* 2018). Le chercheur en suicidologie David Webb (2011, 5) discute ouvertement de sa propre expérience suicidaire dans le passé, expliquant pourquoi tant de personnes suicidaires restent dans l'ombre avant leur tentative de suicide :

> Dans l'environnement actuel […], parler de ses sentiments suicidaires engendre le risque très réel de se retrouver jugée, enfermée et médicamentée. Les personnes suicidaires le savent et […] feront de leur mieux pour que cela ne leur arrive pas. Nous dissimulons nos émotions aux autres, allons dans l'ombre. Et le cercle fatal du silence, du tabou et des préjugés se consolide. […] Il y a une faille fondamentale au cœur de la pensée contemporaine sur le suicide, qui est l'échec à comprendre la suicidalité *telle qu'elle est vécue* par les personnes qui en font l'expérience [souligné dans l'original].

L'environnement suicidiste qui nourrit les tabous, la stigmatisation, l'incarcération et même la criminalisation — notamment des peines de prison pour n'avoir pas dissuadé une personne de mettre fin à ses jours ou pour l'avoir aidée à le faire[39] — réduit les personnes suicidaires au silence. Les personnes suicidaires qui souhaitent mourir ne peuvent pas parler car ce serait risqué[40]. Comme

37. Sur les discours et les mémoires sur le VIH/sida, voir l'analyse de la chercheuse en études du handicap/crip Ally Day (2021).

38. Lire, par exemple : Stefan (2016) ; Rhodanthe, Wishart et Martin (2019) ; et White et Morris (2019).

39. Lire, par exemple : Stefan (2016) ou Gandsman (2018b).

40. Lire, par exemple : Rhodanthe, Wishart et Martin (2019) ou Trans Lifeline (2020).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

l'observe Szasz (1999, 54–55), les campagnes de prévention du suicide ne sont pas seulement inefficaces, elles sont aussi contreproductives car elles empêchent les personnes suicidaires de parler « à cause des *menaces et des terreurs de l'incarcération psychiatrique* » (souligné dans l'original). Divers témoignages, à l'instar de ceux de Borges ou de Paperny que je cite en début de chapitre, illustrent l'insécurité que ressentent les personnes suicidaires lorsqu'elles parlent de leurs idéations suicidaires, rendant les stratégies de prévention inutiles. Comme nous le rappelle Webb (2011, 59), la construction d'espaces plus sûrs est la clé pour permettre des conversations et des témoignages plus ouverts : « Pour raconter nos histoires, avec tout notre être pleinement présent, nous avons besoin d'un espace *sûr*. […] Je ne peux pas être entièrement présent lorsque le plus grand enjeu que j'ai à l'esprit à ce moment, soit mes idées suicidaires, est nié, rejeté ou évité » (souligné dans l'original). Stefan (2016, 107–108), qui a mené des entretiens avec plusieurs sujets suicidaires, conclut que ces derniers ne révéleront pas leurs désirs à qui que ce soit quand ils sont déterminés à atteindre leur but :

> [Les expériences] de la plupart des personnes que j'ai interviewées et une jurisprudence abondante révèlent que celles qui se tuent planifient souvent leur suicide soigneusement et cachent leurs plans avec grand succès aux personnes qui les connaissent le mieux, y compris leurs amies et leur famille. Les personnes que j'ai interviewées étaient unanimes en disant que plus elles étaient déterminées à se tuer, plus elles cachaient leurs intentions à leur entourage.

Les statistiques confirment cette réalité : les personnes suicidaires se cachent pour mettre fin à leur vie[41]. Les témoignages de personnes suicidaires confirment aussi cette réalité (Krebs 2022). Par exemple, Cortez Wright (2018), qui s'auto-identifie comme *fem* queer non-binaire Noire et grosse, montre à quel point les personnes suicidaires apprennent rapidement comment mentir et « se la fermer » à propos de leurs idéations suicidaires pour éviter des conséquences négatives, particulièrement lorsqu'elles appartiennent à des communautés marginalisées :

> J'ai appelé une ligne d'écoute en prévention du suicide, sans réaliser tout à fait à quel point la « prévention du suicide » ressemble parfois aux véhicules d'urgence ou aux séjours obligatoires à l'hôpital alors que tout ce que nous voulons, tout ce dont nous avons besoin, est de parler. Après avoir fait des promesses — fausses pour la plupart — au sujet de ma sécurité personnelle, j'ai mis fin à l'appel et j'ai appris à me la fermer sur mon désir de mourir.

Cette dissimulation est particulièrement forte pour les personnes qui vivent, comme Wright, à l'intersection de plusieurs oppressions, vu que les effets imbriqués du suicidisme, du racisme, de l'hétérosexisme, du cisgenrisme, du validisme et ainsi de suite ont des conséquences énormes sur leur vie. Comme l'affirme LeMaster (2022, 2) : « J'ai été suicidaire la plus grande partie de ma vie […]. Depuis ma jeunesse, j'ai appris à masquer ma suicidalité et à rediriger

41. Lire, par exemple : OMS (2014b) ; Beattie et Devitt (2015) ; Bering (2018) ; Rose (2019) ; et Bryan (2022).

ces “mauvais sentiments” vers les choses qu’apprécient les “enfants normaux” […]. En tant que femme trans suicidaire multiraciale asiatique/blanche, la prescription à être/devenir une personne “normale” (lire : à incarner les pièges du validisme cishétérosexiste blanc) a simplement intensifié mon désir de disparaître. » Les projets de recherche visant à développer des programmes innovateurs pour soutenir les personnes suicidaires, comme DISCHARGED en Australie — lequel offre un soutien par les pairs pour les personnes trans et garantit un espace sûr pour discuter de la suicidalité sans craindre des interventions cliniques forcées —, soutiennent aussi de telles déclarations (Rhodanthe, Wishart et Martin 2019).

Les personnes suicidaires ne parlent pas car elles redoutent les conséquences négatives de leur prise de parole dans un environnement suicidiste. Des recherches empiriques montrent en effet que, comme les personnes que l’on considère « folles » et « détraquées », elles sont hospitalisées/incarcérées et médicamentées contre leur gré, sont exclues de programmes d’assurance, ne sont pas embauchées pour de nouveaux emplois ou sont renvoyées de leurs postes actuels, sont expulsées des campus universitaires, se font révoquer leurs droits parentaux, sont vues comme incapables d’un jugement éclairé et d’un consentement à des soins de santé et sont sujettes à d’autres traitements injustes [42]. Afin de créer des espaces plus sûrs où les personnes suicidaires peuvent s’exprimer, une des premières étapes et parmi les plus importantes est de reconnaître l’oppression systémique qu’elles vivent et les microagressions qu’elles subissent. Sans cette reconnaissance, la possibilité de l’espace plus sûr désiré est tout à fait discutable. Tout comme des espaces pour les personnes handicapées où l’on nierait l’existence du validisme ne sauraient être considérés comme sûrs, ceux ignorant le suicidisme et ses diverses ramifications, comme son injonction à la vie et à la futurité, ne sont pas des espaces invitant les personnes suicidaires à discuter ouvertement de leurs expériences. Même si des chercheureuses ont suggéré qu’adopter un esprit ouvert pour permettre aux sujets suicidaires de parler librement pourrait constituer une méthode de prévention efficace[43], le fait qu’une telle approche ait pour but ultime de prévenir autant de suicides que possible envoie paradoxalement le message que le suicide est toujours un mauvais choix. En somme, le script suicidiste préventionniste est à l’œuvre dans les différents modèles de la suicidalité, y compris l’approche basée sur la justice sociale. Comme le soutiennent Lisa M. Wexler et Joseph P. Gone (2016, 65) dans *Critical Suicidology* : « Le besoin et le désir d’une prévention plus efficace du suicide sont incontestés. L’enjeu est d’identifier la meilleure manière de les pratiquer. » C’est précisément cette vérité « incontestée » de la nécessité de la prévention que je questionne dans ce livre, argumentant que le script suicidiste préventionniste repose sur des postulats qui n’ont toujours pas été examinés et qui sont perçus comme des vérités forçant les sujets suicidaires à s’enfermer dans le silence.

En effet, les personnes suicidaires sont encouragées à partager leurs émotions et leurs idéations suicidaires, mais sont découragées de poursuivre toute réflexion qui pourrait légitimer le suicide comme une option valable. Autrement dit, *la détresse, la suicidalité et les idéations suicidaires peuvent être*

42. Lire, par exemple : Szasz (1999) ; Hewitt (2010, 2013) ; Webb (2011) ; Stefan (2016) ; East, Dorozenko et Martin (2019) ; Rhodanthe, Wishart et Martin (2019) ; White et Morris (2019) ; et Krebs (2022).

43. Lire, par exemple : Werth (1996, 1998) ; Webb (2011) ; et Stefan (2016).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

*explorées, mais le suicide lui-même comme acte demeure tabou*. Par conséquent, les personnes suicidaires doivent vivre et mourir dans le secret. Qui plus est, toutes les explications que pourraient donner les personnes suicidaires pour justifier leur désir de mourir sont dites irrationnelles ou illégitimes et sont présentées comme des désirs devant être éradiqués par des remèdes médicaux, psychologiques ou sociopolitiques. Comme le soutient le journaliste Graeme Bayliss (2016), les personnes suicidaires comme lui sont dans une situation doublement perdante lorsqu'il est question de leur autodétermination et de leur compétence[44] à prendre des décisions : « Je ne veux pas vivre, mais le fait même que je ne veuille pas vivre signifie qu'il est impossible que je consente à mourir. » Cette silenciation est d'autant plus paradoxale quand on la relie aux discours contemporains sur la suicidalité et les campagnes de prévention du suicide, comme « Parlez, cherchez de l'aide », « Parlons-en » ou « Qu'on en parle », qui invitent les personnes suicidaires à partager leurs pensées. Pour le dire autrement, les campagnes de prévention du suicide envoient un message paradoxal aux personnes suicidaires sous forme de « Exprimez-vous… Non, ne le faites pas », les encourageant à parler de leurs sentiments suicidaires, mais à ne pas exprimer d'idées contraires au script suicidiste préventionniste. Avec cet enjeu à l'esprit, je demande : que se passe-t-il quand on questionne les conceptualisations dominantes de la suicidalité pour les considérer d'un autre angle ? Quelles nouvelles interventions deviennent possibles ? Quels types d'espaces plus sûrs peuvent être créés ? Quelles voix doivent être écoutées pour créer ces espaces plus sûrs ?

### 1.2.3. Perspectives fantomatiques : les voix (absentes) des personnes suicidaires

Inspiré par la célèbre question de la théoricienne Gayatri Chakravorty Spivak (1988), « les subalternes peuvent-elles parler ? », je demande : « le sujet suicidaire peut-il parler[45] ? » La réponse est non, ou *pas vraiment*. Tout comme Spivak démontre que les subalternes ont non seulement moins de possibilités de parler dans un monde colonialiste, mais sont aussi rarement entendues,

44. J'aborde la notion de *compétence* (mentale) plus loin dans ce chapitre et dans les chapitres 3 et 4. Comme l'a indiqué judicieusement une des personnes ayant évalué anonymement ce livre (et que je remercie pour son commentaire), il est important de questionner l'idée de compétence et les perspectives épistémologiques sur lesquelles se base cette notion. En effet, les décisions quant à qui peut être considéré·e ou non comme mentalement compétente sont jonchées de discours validistes, sanistes et cogniticistes. Mon usage du mot compétence, dans l'esprit des études critiques du handicap, cherche à inclure une grande variété de capacités mentales. Les chercheureuses Michael Bach et Lana Kerzner (2010, 17) affirment qu'au Canada, la *capacité* est définie d'un point de vue légal « pour référer à une habilité à comprendre des informations pertinentes pour prendre une décision et à apprécier les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence d'une décision. En ce sens, la "capacité" renvoie aux prérequis cognitifs considérés comme nécessaires pour qu'une personne exerce son droit à la capacité légale, et qu'il soit respecté par les autres. » Ces chercheureuses et d'autres, comme moi-même et mes collègues (Baril 2020b), montrent le caractère validiste, saniste et cogniticiste de cette définition légale. Pour les personnes qui s'intéressent aux critiques antivalidistes des notions d'autonomie, de compétence et de capacité, lire : Gill (2000, 2004) ; Burstow (2015) ; Clifford Simplican (2015) ; et Mills (2015). Sur la notion de compétence et la capacité de prendre des décisions, lire : Gavaghan (2017) et Charland, Lemmens et Wada (2018).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

considérées comme manquant de crédibilité, j'affirme que les personnes suicidaires font l'expérience, dans un monde suicidiste, de diverses formes de silenciation. Quand elles osent parler, elles sont rarement entendues et elles sont délégitimées ou subissent des conséquences suicidistes. Les voix des personnes suicidaires sont souvent absentes des discussions sur la suicidalité, car elles sont réduites au silence par une pléthore de mécanismes inhérents au script suicidiste préventionniste. Leurs perspectives fantomatiques/absentes résultent d'une violence suicidiste systémique aussi bien que de formes d'(auto)silenciation induites par cette oppression. En plus d'imposer le silence aux personnes suicidaires, d'autres formes d'oppression liées sont produites par les quatre modèles de la suicidalité, contribuant à l'absence des voix des personnes suicidaires dans les discours sur la suicidalité : (1) l'effacement des personnes suicidaires ; (2) la délégitimation de leur voix ; et (3) la prise de parole à la place ou au nom des personnes suicidaires.

Premièrement, les personnes suicidaires sont souvent simplement effacées ou oubliées dans les publications qui devraient les inclure. Je pense ici à certains champs d'études qui sont au cœur de ce livre, comme les études critiques du handicap et les études *Mad*. Si des chercheureuses dans ces domaines ont abondamment participé aux débats entourant le suicide assisté, le thème du suicide demeure peu théorisé, comme j'en discute plus longuement dans le chapitre 3. Deuxièmement, la suicidologie traditionnelle, à travers sa position positiviste et sa tendance à ne reconnaître que l'expertise des spécialistes et des scientifiques, invalide la crédibilité des personnes suicidaires, ne serait-ce qu'en omettant de les inclure dans les centaines de milliers de publications sur la suicidalité[46]. Comme l'illustre Webb (2011, 24), « alors que j'étudiais […] la discipline qu'on appelle la "suicidologie", ce qui m'a d'abord frappé était l'absence quasi complète de la personne suicidaire elle-même. […] Nous n'entendions jamais directement les personnes suicidaires dans leurs propres mots. La voix à la première personne des gens qui ont effectivement vécu des sentiments suicidaires n'était apparemment pas à l'ordre du jour de la suicidologie. » Certaines chercheureuses en suicidologie croient que les personnes suicidaires ne peuvent pas être reconnues comme des expertes de leur réalité, car elles en ont une « vision déformée[47] ». D'autres, qui s'auto-identifient comme faisant partie du tournant critique en suicidologie, affirment que, même si les témoignages à la première personne sur le suicide peuvent être intéressants et pertinents, ils ne peuvent pas être considérés comme la vérité ou comme étant plus importants que toute autre explication de la suicidalité. C'est le cas de Jason Bantjes et Leslie Swartz (2019, 7), qui écrivent :

45. Le manque d'espace m'empêche d'élaborer sur le commentaire de Spivak (1988) sur la pratique du *sati*, une tradition hindoue où une veuve s'immole par le feu après la mort de son mari. Si Spivak critique le colonialisme sous-jacent aux dénonciations de cette pratique par les philosophes et féministes occidentauxles, et même si elle souhaite que les personnes subalternes puissent parler en leur propre nom, elle n'échappe pas, à mon avis, à la conceptualisation négative de la suicidalité comme un « problème ». En effet, même si elle suggère que le suicide est l'un des exemples les plus frappants d'une personne qui ne parle qu'à travers son geste final, elle considère encore le suicide comme un échec.

46. Kouri et White (2014), White (2015b) et Chandler (2020a) critiquent cette tendance positiviste dans la suicidologie.

47. Lire, par exemple : Shneidman (1993) ; Joiner (2005) ; Cholbi (2011) ; Joiner *et al.* (2016) ; Bering (2018).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> Premièrement, la perception et l'attribution sont des processus imparfaits, la mémoire est dynamique et imparfaite, et les gens ignorent parfois les forces sociales et intrapsychiques qui déterminent leurs actions. Par conséquent, toute narration d'un comportement suicidaire non fatal est, au mieux, un témoignage partial, et il y a des limites aux vérités qui peuvent être inférées de ces récits. […] Il faut être prudentes avec ce que nous prétendons savoir sur la base de récits ou de ce qu'ils nous enseignent.

Je m'oppose sincèrement au rejet rapide des perspectives et des voix des personnes suicidaires dans les théorisations de leurs réalités. Une telle attitude serait considérée offensante si des propos similaires étaient tenus à l'égard des femmes et de l'impertinence de leurs témoignages à propos des enjeux qu'elles vivent. Dariusz Galasiński (2017, 174), qui analyse des lettres de suicide dans une perspective de suicidologie critique, affirme que, parfois, les lettres peuvent être « trompeuses, manipulatrices ou tout du moins stratégiques […] [et] être la dernière chance de marquer un point, de se venger, d'assurer ses propres arrières ». Galasiński a raison d'indiquer que les lettres de suicide, comme tous les textes, ne sont pas nécessairement transparentes et peuvent être porteuses d'intentions « cachées » (175). S'il faut se garder de considérer de tels messages comme de simples vérités, il est tout aussi important de ne pas invalider ce que disent les personnes suicidaires dans leurs derniers efforts pour communiquer leur réalité. Nous ne devrions pas ignorer leurs messages en les filtrant à travers une grille d'interprétation suicidiste. Autrement dit, même si nous ne pouvons pas tenir pour acquis que de tels messages disent toute la « vérité », il faut se garder d'y imposer notre propre vision.

Troisièmement, une forme d'oppression plus subtile qui contribue à l'absence relative des voix des personnes suicidaires dans les discussions sur la suicidalité consiste à *parler à la place ou au nom* des personnes suicidaires. Linda Martín Alcoff aborde l'importance de questionner les manières dont on parle pour les autres et les circonstances dans lesquelles on le fait. Sans réduire les débats sur ces sujets à une politique identitaire, et sans tenter de contrôler qui devrait être autorisée à parler au nom des autres ou non, Alcoff (1991, 24) propose « quatre ensembles de pratiques de questionnement » pour guider des pratiques éthiques et respectueuses lorsqu'on parle à la place ou au nom de groupes marginalisés. Mon commentaire concerne moins *qui* devrait pouvoir parler de suicidalité que *comment* les chercheureuses parlent parfois de la suicidalité à la place ou au nom des personnes suicidaires. Il est fascinant que, même dans des champs caractérisés par la pensée critique et l'engagement à adopter des attitudes antioppression, des spécialistes de toutes sortes (universitaires, professionnelles de la santé, activistes, etc.) se sentent souvent autorisées à parler au nom des personnes suicidaires, même en ayant peu ou pas de dialogue avec les personnes concernées. Par exemple, la plupart des contributions aux deux principaux ouvrages collectifs mettant l'accent sur le modèle de justice sociale, *Suicide and Social Justice* et *Critical Suicidology*, sont écrites par des personnes qui ne s'identifient pas publiquement comme suicidaires, malgré le but avoué des éditeurices d'inclure des « perspectives à la première personne » (Button et Marsh 2020, 10) et « des contributions […] de personnes ayant une expérience vécue de la suicidalité » (White *et al.* 2016b, 9). Dans *Critical Suicidology*, seules deux contributions dans la section « Insider Perspectives » incluent les voix à la première personne d'anciennes

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

personnes suicidaires, sur un total de treize chapitres dans le volume. Non seulement la majorité des contributions à cet ouvrage collectif sont fournies par des personnes « extérieures », mais donner la priorité aux ex-personnes suicidaires plutôt qu'aux personnes actuellement suicidaires est un choix épistémologique qui influence les réflexions présentées dans le livre [48]. Même si certaines des personnes ayant dirigé cet ouvrage se montrent sensibles dans leur propre travail à l'importance d'écouter les personnes directement concernées par la suicidalité, l'ouvrage en tant que tel n'inclut pas les voix de personnes qui s'identifient comme suicidaires. Pour utiliser une analogie, si un ouvrage collectif sur la santé des personnes trans incluait principalement des chercheureuses qui s'identifient comme cisgenres, et si les perspectives internes étaient écrites par des spécialistes du travail social qui œuvrent auprès des personnes trans, les parents de ces dernières et des ex-personnes trans (ou détrans), j'interrogerais l'effacement des voix des personnes trans. Cet exemple n'illustre qu'une des limites de la suicidologie critique actuelle ; si beaucoup de chercheureuses veulent sincèrement inviter davantage de personnes dans la conversation, les relations de pouvoir entre les personnes suicidaires et non suicidaires demeurent souvent intactes.

Pour augmenter le nombre de voix à la première personne dans la suicidologie critique, certaines chercheureuses ont commencé à se pencher sur les lettres écrites en prévision de suicides ayant été complétés [49]. Cette approche novatrice fournit des informations cruciales sur la suicidalité depuis une perspective interne. Même si j'applaudis ces initiatives, qui émergent souvent de perspectives historiques, il me semble qu'il serait également bénéfique de prêter une attention à ces voix lorsque les personnes sont toujours vivantes [50]. Bref, dans les quatre modèles de la suicidalité, y compris celui de la justice sociale, l'objectif préventionniste soulève la question « pourquoi le suicide ? » pour répondre à la question « comment le prévenir ? ». La solution la plus simple serait de remplacer l'approche centrée sur la prévention par une approche basée sur l'accompagnement, et de poser aux personnes suicidaires les questions suivantes : quels sont les plus importants écueils et barrières auxquels vous faites face ? Comment pouvons-nous vous aider ? Il est surprenant que peu de chercheureuses aient suivi la tendance initiée par celleux qui étudient ces lettres de suicide pour situer les voix des principales personnes concernées au centre de ce champ du savoir. Certaines ont commencé à le faire, mais beaucoup de travail reste à accomplir.

48. Certains chapitres de cet ouvrage soulignent l'importance d'écouter les voix des (ex-)personnes suicidaires et de les impliquer dans la prévention du suicide. White insiste elle-même sur l'importance d'écouter la voix des personnes suicidaires (Kouri et White 2014 ; White et Morris 2019).

49. Lire, par exemple : Corriveau *et al.* (2016) ; Perreault, Corriveau et Cauchie (2016) ; Furqan *et al.* (2018).

50. Quelques chercheureuses ont commencé à écouter les récits des personnes suicidaires, comme : East, Dorozenko et Martin (2019) ; Rhodanthe, Wishart et Martin (2019) ; Marsh, Winter et Marzano (2021) ; Krebs (2022) ; et LeMaster (2022).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### 1.2.4. L'injonction à la vie et à la futurité : la toile complexe du suicidisme et du sanisme

Ces trois limites des modèles de la suicidalité — c'est-à-dire, (1) voir la suicidalité comme un problème à régler, (2) réduire au silence les personnes suicidaires à travers un script suicidiste préventionniste et (3) rendre leurs voix et perspectives invisibles ou non pertinentes dans les discussions sur la suicidalité — s'ancrent dans deux systèmes d'oppression distincts mais interreliés : le suicidisme et le sanisme[51]. Le sanisme, aussi appelé « mentalisme » (LeFrançois, Menzies et Reaume 2013 ; Lewis 2013), est une forme de validisme mental dirigé contre les personnes vivant avec un handicap cognitif, mental, psychologique et/ou émotionnel, ou perçues comme ayant une maladie ou un handicap mental, comme c'est souvent le cas des sujets suicidaires. Comme l'affirment des chercheureuses des études *Mad*, les personnes détraquées sont souvent perçues comme trop irrationnelles ou incompétentes (légalement ou autrement) pour prendre des décisions importantes ; leurs enjeux de santé ou leur handicap mental, réels ou perçus, sont utilisés pour miner la crédibilité et la légitimité de leur parole et des souhaits qu'elles expriment (Leblanc et Kinsella 2016 ; Liegghio 2013). Dans les régimes validistes, sanistes et cogniticistes, les notions de capacité mentale, d'aptitude à prendre des décisions et d'autonomie sont biaisées par les critères cognonormatifs et les perceptions étroites de ce qui constitue un sujet autonome, rationnel et capable (Baril *et al.* 2020). Seules les personnes catégorisées comme mentalement, émotionnellement et cognitivement stables sont considérées comme suffisamment compétentes pour prendre des décisions cruciales sur leur vie et sur leur mort.

Dans son analyse critique du suicide, Marsh (2010b, 221) démontre que la folie/l'aliénation et le suicide ont été construits ensemble au XIX^e^ siècle :

> Nous avons suggéré que les discours médicaux sur la folie et le suicide ont émergé en relation les uns aux autres, alors que le suicide s'est défini en référence à la folie et, réciproquement, la folie en référence au suicide […]. La constitution du suicide à travers un discours sur la folie a aussi eu l'effet réciproque selon lequel les conceptions de la folie en sont venues à être partiellement définies en référence à des vérités formulées médicalement sur le suicide.

Si Marsh ne théorise pas le suicidisme et ne suggère donc pas qu'une analyse de la folie serait incomplète si elle ne tient pas compte de la suicidalité, j'estime, en me basant sur sa démonstration historique méticuleuse, que le suicidisme et le sanisme sont imbriqués et ne peuvent pas être étudiés en vase clos. Par conséquent, analyser la folie, le sanisme et les formes de violence que subissent les personnes détraquées sans tenir compte en même temps de la manière dont les personnes suicidaires sont perçues et traitées et du rôle que joue le

51. Pour des définitions des études *Mad* et de ses concepts, comme le sanisme, voir le glossaire élaboré par LeFrançois, Menzies et Reaume (2013). Il pourrait aussi être utile de consulter des travaux dans les études *Mad* et antipsychiatrie : Burstow (1992, 2014, 2015) ; Price (2011) ; Mollow (2013) ; Burstow,LeFrançois, et Diamond (2014) ; Leblanc etKinsella (2016) ; Kilty et Dej (2018) ; Rose (2019) ; Thorneycroft (2020) ; et Beresford et Russo (2022).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

suicidisme dans la constitution du sanisme laisse des lacunes dans notre compréhension de la folie et du sanisme — d'où l'importance de ne pas effacer les personnes suicidaires, la suicidalité et le suicidisme dans les études du handicap/*Mad*. Réciproquement, et peu importe le modèle de suicidalité adopté, la plupart des chercheureuses en suicidologie (critique) n'abordent que très brièvement ou pas du tout les riches réflexions proposées par les études du handicap/*Mad*. Autrement dit, si des formes de validisme et de sanisme sont au cœur de l'expérience des personnes suicidaires, les outils théoriques élaborés dans les études du handicap/*Mad* sont sous-utilisés par les suicidologues (critiques). J'invite donc les suicidologues critiques à se pencher plus sérieusement sur les études du handicap/*Mad* et les activistes/chercheureuses en études du handicap/*Mad* à inclure la suicidalité et le suicidisme dans leurs programmes théoriques et politiques.

En effet, les personnes suicidaires affrontent des formes importantes de sanisme qui les condamnent à une vie/mort de silence, et ce, pour deux raisons principales. Premièrement, leur désir de mourir est souvent perçu comme irrationnel dans une perspective saniste qui présuppose que les personnes suicidaires souffrent d'une maladie mentale qui brouille leur jugement et annihile leur compétence à intentionnellement choisir la mort [52]. Les personnes suicidaires sont considérées comme « folles » et « aliénées » de préférer la mort à la vie. Dans ce contexte, comme l'observe Joiner (2005, 19), étant donné que le « suicide est irréversible […], il faut tout faire pour l'éviter ». Pour Joiner et beaucoup d'autres, « tout » comprend des lois protégeant les personnes vulnérables d'elles-mêmes, permettant des hospitalisations involontaires et des traitements médicaux forcés. Dans le contexte canadien (comme dans beaucoup d'autres pays), la suicidalité est exceptionnelle du fait que des adultes normalement considéré·es comme légalement compétent·es se voient invariablement nier le droit de refuser des traitements médicaux, un droit qui est habituellement tenu pour acquis pour tous les individus légalement compétents (Bach et Kerzner 2010 ; Cavaghan 2017). Par exemple, les personnes en phase terminale d'un cancer ou les personnes religieuses qui refusent des soins qui pourraient leur sauver la vie, comme des transfusions sanguines, ont le droit de refuser des traitements médicaux, même si ce refus peut mener à la mort. Mais les personnes suicidaires n'ont pas ce privilège, et leur droit de refuser des traitements après une tentative de suicide est légalement révoqué car elles sont temporairement considérées comme mentalement incompétentes vu leur suicidalité [53]. De plus, alors que les activistes/chercheureuses antioppression s'opposent habituellement aux explications pathologiques et individualistes, iels les acceptent souvent pour les individus suicidaires [54]. Deuxièmement, même si les personnes suicidaires ne sont pas toujours perçues par les activistes/chercheureuses antioppression comme « détraquées » ou « folles », leur

52. Lire, par exemple : Cholbi (2011) et Bering (2018).

53. Lire, par exemple : Szasz (1999) ; Stefan (2016) ; Borecky, Thomsen et Dubov (2019) ; et Paperny (2019). Sur la notion de compétence et de capacité de prise de décisions, lire : Gavaghan (2017) et Charland, Lemmens et Wada (2018).

54. Des chercheureuses ont montré qu'il existe des formes de sanisme à l'œuvre parmi les activistes/chercheureuses du handicap (Nicki 2001 ; Lewis 2010 ; Lefrançois, Menzies et Reaume 2013 ; Burstow, LeFrançois et Diamond 2014 ; Clare 2017 ; Ben-Moshe 2020). Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que la suicidalité soit souvent perçue à travers une lunette pathologique saniste comme une « maladie mentale » à « guérir ».

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

agentivité est néanmoins souvent invalidée et leur jugement est considéré comme biaisé par les systèmes oppressifs. Le résultat de cette délégitimation est similaire : on les considère trop aliénées et mal positionnées pour prendre des décisions sur leur vie et sur leur mort. En effet, le désir de mourir est délégitimé car le suicide est vu comme une réponse illégitime à une souffrance sociale et politique. Le résultat est que beaucoup d'activistes/chercheureuses antioppression, qui adoptent habituellement des perspectives critiques, tendent à accepter sans question les lois, règlements et stratégies de prévention qui cherchent à protéger les personnes vulnérables d'elles-mêmes. Les chapitres 2 et 3 démontrent les manières par lesquelles cette approche s'applique à plusieurs activistes/chercheureuses queers, trans, du handicap et *Mad*.

De façon enchevêtrée à leur expérience du sanisme, les personnes suicidaires doivent aussi endurer le suicidisme, qui s'ancre plus généralement dans le biopouvoir et son intérêt à maximiser la vie de la population (Foucault 1976, 1994, 1997, 2001, 2004a, 2004b). Comme tous les systèmes d'oppression, le suicidisme fonctionne simultanément sur plusieurs plans (par exemple : social, culturel, politique, légal, médical, religieux, économique, épistémique et normatif), à travers une variété de structures et de mécanismes, notamment des normes et injonctions morales, comme l'« injonction à la vie et à la futurité » que je théorise dans mes travaux antérieurs (Baril 2017, 2018, 2020b, 2020c, 2022). L'injonction à la vie et à la futurité influence les sphères sociale, politique, médicale et légale, et sous-tend les discours de la suicidologie et de la suicidologie critique. Cette injonction se base sur le présupposé que la vie devrait être préservée, souvent presque à tout prix, sauf lorsque les sujets sont considérés comme improductifs ou irrécupérables d'un point de vue néolibéral, capitaliste, âgiste, validiste ou saniste — comme je le démontre dans le chapitre 4. Emily Krebs (2022, 38), qui a utilisé le suicidisme comme cadre théorique pour étudier les récits de 140 personnes suicidaires qui sont publiquement disponibles via le projet d'art activiste appelé Live Through This (LTT), conclut que, « même si elles n'utilisent pas le terme *suicidisme*, presque toutes les personnes narratrices décrivent ce type de violence et identifient leur opposition à l'isolement et à la douleur qui en résultent comme leur motivation pour raconter leurs histoires ». Comme le démontre méticuleusement Krebs, les personnes suicidaires affrontent le suicidisme dans toutes les sphères de leur vie et dans leurs diverses interactions — avec la famille, avec le système de santé, le système légal et les politiques sociales en général. Krebs note que ces formes de suicidisme se fondent sur l'impératif de rester en vie qui est imposé aux sujets suicidaires.

Je soutiens qu'il est important de théoriser l'injonction à la vie et à la futurité imposée aux sujets suicidaires comme un mécanisme faisant partie d'un système d'intelligibilité plus large, comme c'est le cas avec l'injonction à la validité ou à la sanité qui fait de la validité corpomentale [*bodymind*[55]] la seule option normale et désirable dans nos sociétés. Quand il s'agit du suicide, malgré l'existence d'un large éventail de conceptualisations, presque toutes atteignent, de manière stupéfiante, la même conclusion : ne le faites pas. Il est fructueux de considérer cette conclusion comme influencée par l'injonction à la vie et à la

55. Price (2015, 269), qui a inventé le terme *bodymind*, [que l'on traduit ici en « corpomental » et « *corpomentalité* »], écrit : « J'ai commencé à utiliser *corpomentalité* librement, surtout car j'étais fatiguée de dire *corps-et-esprit* tout le temps, et insatisfaite de la division implicite créée par la conjonction de coordination ».

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

futurité qui est à l'œuvre dans ce que j'ai d'abord appelé « la contrainte à la vitalité » [*compulsory liveness*] (Baril 2020c) dans un système suicidiste, similaire à la contrainte à l'hétérosexualité dans le système hétérosexiste (Butler 1990 ; Rich 1980) ou à la contrainte à la validité ou à la sanité dans un système validiste et saniste (Kafer 2013 ; McRuer 2006). Je reformule maintenant la notion de contrainte à la vitalité comme une *contrainte à la vie* [*compulsory aliveness*], que je trouve plus claire. *La contrainte à la vie peut être définie comme la composante normative de l'oppression suicidiste, et cette dimension normative comprend des injonctions (ou impératifs) variées, comme l'injonction à la vie et à la futurité. Autrement dit, le suicidisme, dans son aspect normatif, prend la forme d'une contrainte à la vie. En tant que dispositif, la contrainte à la vie fonctionne par l'entremise d'un large éventail d'outils et de mécanismes, comme des lois, règlements, attitudes, discours et impératifs. Comme impératif social, culturel, médical, religieux et même légal, l'injonction à la vie et à la futurité est simplement une manière par laquelle la contrainte à la vie régule la vie et la mort des individus et de la population dans son ensemble.* Je soutiens que la contrainte à la vie vise à imposer une volonté de vivre et rend le désir/besoin de mort anormal, inconcevable et inintelligible, sauf, parfois, pour les personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées, pour qui le désir/besoin de mourir est considéré comme normal et reconceptualisé comme aide médicale à mourir ou mort médicalement assistée (voir le chapitre 4). Comme système dominant d'intelligibilité au sein du régime suicidiste, la contrainte à la vie masque sa propre historicité et ses mécanismes de fonctionnement, lesquels donnent à la vie un caractère apparemment stable et naturel, alors qu'elle découle en fait d'une énonciation performative sur le désir de vivre qui est constamment itérée dans divers discours, y compris dans les discours préventionnistes. Dans l'introduction de son ouvrage pionnier sur la théorie crip, Robert McRuer dénonce l'interrogation constante des personnes handicapées par les personnes valides au sujet de leur désir supposé d'être « normales ». McRuer (2006, 9) écrit : « La culture qui pose de telles questions assume à l'avance que nous sommes toustes d'accord : les perspectives des personnes valides sont préférables et correspondent à ce que nous cherchons collectivement. Un système de contrainte à la validité exige continuellement des personnes handicapées qu'elles incarnent pour les autres une réponse par l'affirmative à la question inavouable : "Oui, mais en fin de compte, ne préféreriez-vous pas être plus comme moi[56] ?" ».

La contrainte à la vie opère de la même manière : les personnes non suicidaires se demandent constamment *pourquoi* les personnes suicidaires sont suicidaires et ce qui pourrait être changé (chez elles ou dans la société) afin qu'elles se conforment aux normes non suicidaires. Sous l'influence d'une injonction implicite à la vie et à la futurité inhérente au dispositif de contrainte à la vie, nous demandons constamment aux personnes suicidaires : « Mais en fin de compte, ne préféreriez-vous pas être plus comme moi, une personne qui veut vivre une longue vie et apprécier de la vivre ? » Je crois que certaines, sinon la plupart des personnes suicidaires pourraient répondre à cette question par l'affirmative. Je soutiens que le désir de guérir la suicidalité n'est pas nécessairement suicidiste, surtout s'il vient de la personne suicidaire, mais il doit être resitué dans le contexte plus large de la manière dont la suicidalité est presque toujours présentée comme une chose brisée à réparer. Ainsi, même si

56. Sur cette question, voir aussi Kafer (2013, 43).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

certaines personnes suicidaires veulent être « réparées », la posture présumant qu'elles répondraient toutes par l'affirmative ou, comme le dit McRuer, qui « assume à l'avance que nous sommes toustes d'accord », est problématique. Il est simplement incompréhensible pour beaucoup de gens qu'une personne puisse répondre : « Non merci, je ne veux pas guérir. Je ne veux pas être réparée. Je ne veux pas attendre qu'une révolution sociale éradique l'oppression qui me fait souffrir… Je veux juste mourir maintenant. J'ai assez vécu. Je ne me soucie pas que ma vie soit finie. C'est ce que je veux. » Comme les personnes Sourdes, handicapées, détraquées et crips qui ont dit et continuent de nous dire qu'elles ne veulent pas des « solutions idéales » offertes par la société dominante (par exemple : les cures, les traitements ou les implants cochléaires), mais plutôt que leurs voix, perspectives, besoins et demandes soient respectées et soutenues (Clare 2009, 2017), les personnes suicidaires ne devraient pas se faire imposer des solutions préconçues par des gens qui n'ont pas vécu leur réalité. De plus, comme le note Alison Kafer (2013, 29), en nous « concentrant toujours sur un meilleur avenir, nous détournons notre attention de l'ici et maintenant ». En insistant sur la futurité prometteuse des personnes suicidaires, nous effaçons paradoxalement leur avenir tel que certaines d'entre elles voudraient qu'il soit (c'est-à-dire terminé) et nous rejetons leurs voix, préoccupations, perspectives et désirs de non-futurité. Suivant ce que McRuer (2006, 10) dit du « trouble des capacités » [*ability trouble*], dans l'esprit du « trouble dans le genre » de Judith Butler (1990), j'affirme que les voix et les demandes des personnes suicidaires font émerger dans ce contexte un « trouble dans la vie » en démasquant la contrainte à la vie imposée à tous les êtres humains. Qui plus est, comme le soutient McRuer (2006, 31) à propos des dimensions entrelacées des contraintes à l'hétérosexualité et à la validité, j'argumente que les contraintes à la vie, à la validité et à la sanité sont profondément imbriquées.

Étendant les arguments de Sara Ahmed (2010) et Ann Cvetkovich (2012) sur les effets délétères de l'injonction au bonheur sur les groupes marginalisés, je crois que nous devrions analyser les impacts de l'injonction à la vie et à la futurité et de la contrainte à la vie sur les personnes suicidaires, y compris celles qui vivent à l'intersection d'oppressions multiples[57]. Leurs effets sont envahissants et généralisés, comme le révèlent les traitements forcés sur les personnes suicidaires. Même si les chercheureuses *Mad* n'ont pas abordé l'imposition de traitements psychiatriques forcés spécifiquement sur les personnes suicidaires (à l'exception de Burstow 1992), le long héritage de l'activisme et de la recherche *Mad* dénonçant les traitements forcés des personnes détraquées, incluant l'incarcération, les contraintes, l'hospitalisation involontaire et les traitements chimiques (comme les médicaments) et physiques (comme les électrochocs), nous a appris que ces traitements sont, en réalité, vécus par beaucoup comme des formes de violence[58]. Par exemple, l'usage de la contention mécanique est souvent accompagné d'autres pratiques discutables qui mènent les personnes à se sentir bafouées [*violated*], un terme

57. J'ai commencé ces analyses dans mes travaux antérieurs : Baril (2017, 2018, 2020b). Marsh (2010b, 226) mentionne aussi brièvement cette injonction au bonheur et à la santé.

58. Lire : Burstow (1992, 2015) ; LeFrançois, Menzies et Reaume (2013) ; Liegghio (2013) ; Burstow, LeFrançois et Diamond (2014) ; Ben-Moshe (2020) ; et Beresford et Russo (2022). Sur les contraintes et les hospitalisations involontaires, lire aussi : Wilson (2018) ; Bernheim (2019) ; et Krebs (2020).

utilisé par celles qui ont participé à une étude de Jean Daniel Jacob et ses collègues (2018). Ces pratiques impliquent de les dévêtir, parfois même en coupant directement les vêtements avec des ciseaux pour les retirer du corps, de leur refuser l'accès aux toilettes et de les forcer à utiliser un bassin hygiénique ou un cathéter. Dans les environnements psychiatriques, beaucoup de femmes sont retenues de force et dévêtues par le personnel, se font injecter des médicaments contre leur gré et se sentent violées, humiliées et (re)traumatisées (Burstow 1992 ; Jacob *et al.* 2018).

La contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité sont étroitement liées au pouvoir disciplinaire, une forme de pouvoir exercé au niveau individuel sur le corps du sujet, et au biopouvoir, un dispositif de pouvoir qui vise à protéger et à maximiser la vie de la population dans son ensemble [59] (Foucault 1997, 2001, 2004a, 2004b). Dans l'ère néolibérale actuelle, la contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité ne servent pas seulement à rendre les corps des sujets suicidaires dociles (c'est-à-dire les empêcher de s'engager dans des gestes suicidaires, des atteintes auto-infligées ou des comportements à risque) ou à préserver et maximiser la vie d'une population, mais aussi à maintenir en vie des sujets potentiellement productifs pour le bénéfice d'une nation[60]. En ce sens, comme je le montre dans les chapitres 2, 3 et 4, la contrainte à la vie et ses diverses injonctions font partie d'un éventail de technologies plus large représentant ce que j'appelle des « somatechnologies de vie », enchevêtrées dans le corps vivant (Baril 2017). Je soutiens que la contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité nous entraînent, en conjonction avec le suicidisme et le sanisme, dans une approche irresponsable et insensible de la suicidalité. Nous poussons les personnes à compléter leur suicide sans avoir eu l'occasion d'exprimer/explorer leurs idées suicidaires avec les autres par crainte de conséquences négatives. Nous réécrivons les vies et les morts des sujets suicidaires en comprenant la suicidalité et les lettres de suicide à travers nos scripts dominants, et nous parlons à leur place dans nos discussions, politiques et réglementations publiques.

## 1.3. Les conceptualisations alternatives de la suicidalité

### 1.3.1. Les perspectives philosophiques sur le suicide

Comme il a été abordé précédemment, le présupposé selon lequel le suicide n'est qu'un problème à prévenir doit être situé dans son contexte historique, géographique, social et culturel plus large. Des conceptions alternatives de la suicidalité ont existé depuis des siècles (Battin 2015), malgré la prédominance

59. L'espace limité m'empêche d'élaborer sur les conceptualisations du biopouvoir de Foucault. Les personnes intéressées par Foucault, le biopouvoir et le suicide pourraient lire les travaux suivants : Murray (2006) ; Tierney (2006, 2010) ; BayatRizi (2008) ; Marsh (2010b) ; et Taylor (2014).

60. Je vous invite à explorer les réflexions sur le néolibéralisme en lien avec les enjeux de santé mentale et de handicap dans les travaux suivants : Kolářová (2015) ; Mitchell et Snyder (2015) ; Fritsch (2016) ; McRuer (2018) ; et Rose (2019). Sur le suicide et le néolibéralisme, lire également : Fullagar (2003) et Puar (2013).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

du script préventionniste. Par exemple, Nelly Arcan (2004, 2008), une autrice et chroniqueuse canadienne décédée à la suite d'un suicide en 2009, adopte une position sur le suicide qui diffère de celles présentées jusqu'à maintenant. Arcan envisage le suicide comme une liberté radicale, faisant écho à une conception philosophique exprimée à travers l'histoire, notamment par des philosophes comme Simon Critchley (2019), qui propose une vision non moralisante du suicide comme liberté et comme choix qui ne devrait pas être condamné. L'histoire est remplie de philosophes (Sénèque, Nietzsche, Sartre, etc.) qui considéraient le suicide comme une possibilité dans des circonstances spécifiques, ou de courants philosophiques, comme le libertarianisme ou l'existentialisme, pour qui le suicide est une liberté ou un droit (Cholbi 2011 ; Marsh 2010b, 2016 ; Tierney 2006, 2010). Comme le soutient le philosophe Michael Cholbi (2017, section 3.4), le droit au suicide est généralement perçu comme un droit de non-interférence plutôt qu'un droit impliquant activement des devoirs et des obligations chez les autres :

> Le libertarianisme soutient généralement que le droit au suicide est un *droit de non-interférence*, à savoir que les autres sont moralement empêchés d'interférer avec les comportements suicidaires. Certaines avancent une affirmation plus forte, selon laquelle le droit au suicide est un *droit de liberté*, tel que les individus n'ont aucun devoir de renoncer au suicide (c.-à-d. que le suicide n'enfreint aucun devoir moral), ou encore un *droit réclamé*, selon lequel d'autres individus peuvent être moralement obligés non seulement de ne pas interférer avec le comportement suicidaire d'une personne, mais d'assister cette dernière dans ce comportement [souligné dans l'original].

Comme le note Cholbi, cette dernière définition du droit au suicide, conceptualisée comme un « droit réclamé », est normalement (je dirais même toujours, selon les textes que j'ai consultés) formulée dans le contexte des débats sur le suicide assisté dans les cas de handicap, de maladie, de souffrance ou de vieillesse. Réclamer ce genre de droit au suicide dans ces circonstances spécifiques n'est pas la même chose que de réclamer un droit au suicide pour les personnes suicidaires, comme je le fais au chapitre 5, sur la base d'une critique de l'atteinte suicidiste aux droits des personnes suicidaires et d'une critique des fondements validistes, sanistes et âgistes des discours actuels sur le droit à mourir.

Michel Foucault est le philosophe qui se rapproche le plus d'une défense d'un droit réclamé au suicide dans les courts textes qu'il a écrits sur le sujet : deux mémoires sur des personnes qui ont complété leur suicide, un court article intitulé « Un plaisir si simple » et une entrevue publiée dans la revue *Sécurité sociale*[61]. Selon Taylor (2014, 18), « Foucault mentionne occasionnellement le suicide comme une forme de résistance au pouvoir, ou au moins comme une exigence minimale pour qu'une relation de pouvoir existe. Le pouvoir implique nécessairement la possibilité d'une résistance, même si le seul acte de

61. Cette entrevue, intitulée « Un système fini face à une demande infinie » constitue le texte n° 325 de *Dits et Écrits ii* 1976–1988 (Foucault 2001, 1186–1201). L'autre article, « Un plaisir si simple », apparaît dans le même ouvrage comme texte n° 264 (2001, 777–779).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

résistance disponible est le suicide. » Au-delà de la possibilité individuelle de résister aux relations de pouvoir, Foucault croit aussi que le suicide pourrait être collectivisé. Taylor (2014, 19) écrit :

> Foucault imagine également la création de lieux qui pourraient faciliter les suicides, mais il parle cette fois d'établissements commerciaux […] : il y aurait des commerçantes qui personnaliseraient les suicides suivant les souhaits et le « style » désiré des clientes, et il y aurait un processus de sélection faisant en sorte « qu'il n'y ait plus que des gens qui se tuent par une volonté réfléchie, tranquille, libérée d'incertitude » (Foucault 2001, 778–779) qui soient soutenus.

Dans une entrevue, Foucault (2001, 1186–1201) mentionne aussi que s'il le pouvait, il créerait un institut où les personnes suicidaires pourraient se rendre pour quelques jours ou mois pour passer les derniers moments de leur vie dans un environnement plaisant et mourir par suicide dans de bonnes conditions au lieu de conditions atroces. Quand on lui a demandé s'il faisait référence à un droit au suicide, Foucault a répondu par l'affirmative. Or, ce manque de développement nous empêche de connaître sa position avec certitude, et sa réclamation d'un droit au suicide demeure nébuleuse.

Un philosophe contemporain qui aborde la question du suicide plus exhaustivement et qui a mis fin à sa propre vie en 1978 est Jean Améry. Son livre *Porter la main sur soi. Traité du suicide* est un essai philosophique sur ce qu'il appelle la *mort volontaire*, un terme qu'il utilise à la place du suicide : « Je lui préfère l'expression *mort volontaire*, tout en n'ignorant pas que dans certains cas, souvent même, l'acte résulte d'un état d'oppressante contrainte. Pourtant, même prise dans l'étau de cette contrainte, la mort volontaire est encore libre […] » (Améry 1999, 15 ; souligné dans l'original). Améry appelle à une dépathologisation de la suicidalité et affirme que la mort volontaire est un choix individuel que tout le monde devrait pouvoir faire. La manière dont Améry examine la mort volontaire depuis la perspective des personnes suicidaires elles-mêmes est particulièrement intéressante. Il développe ce que j'appelle un *point de vue épistémologique suicidaire* où le savoir sur la suicidalité s'élabore sur la base de l'autorité des personnes qui la vivent. Améry affirme que la mort volontaire contredit ce qu'il appelle « la logique de la vie » : « Celui qui recherche délibérément la mort échappe totalement à la logique de la vie. […] La logique de la vie nous est prescrite ou, si l'on veut, "programmée" dans toute réaction de la vie quotidienne. Et elle est passée dans la langue de tous les jours. "Il faut bien vivre", disent les gens […] Mais *faut-il vraiment vivre ?* » (1999, 26 ; souligné dans l'original). Il vaut la peine de mentionner qu'aucune des philosophes ou des postures philosophiques que j'ai consultées dans mes dix années de formation en philosophie, même la défense libertarienne du droit à mourir par le suicide, n'a théorisé le suicidisme. Ce qui s'en rapproche le plus est la dénonciation de la « logique de la vie » décrite ici par Améry, mais sa théorisation reste sur le plan individuel et personnel. Il est aussi important de noter, comme le fait Cholbi (2011, 2017), qu'à l'exception de celle des libertariennes, toutes les autres positions sur le suicide suggèrent d'intervenir, au moins minimalement, auprès des personnes suicidaires pour empêcher le suicide. Si certaines de ces positions proposent des méthodes d'intervention non coercitives, comme encourager les personnes suicidaires à changer d'avis, d'autres sont assez coercitives.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Mon objectif dans la discussion qui suit sur les conceptualisations alternatives de la suicidalité n'est pas de présenter un portrait exhaustif des activistes et chercheureuses qui les soutiennent, une tâche allant au-delà du cadre de ce chapitre, mais d'introduire des auteurices clés présentant des visions alternatives du suicide, dont je critique ensuite les positions [62]. Comme je le démontre, malgré leurs idées radicales sur la suicidalité et même, dans certains cas, leur dénonciation des mauvais traitements imposés aux personnes suicidaires, aucune n'a jusqu'à maintenant théorisé, comme je le fais, l'oppression subie par les personnes suicidaires, et ce, à partir d'une perspective antioppression, ou proposé un droit positif au suicide assisté pour les personnes suicidaires (par opposition à un droit négatif ou une liberté de se suicider). Néanmoins, j'affirme que, si l'on reconnaît que les personnes suicidaires sont systématiquement maltraitées, nous devons aussi reconnaître qu'elles constituent un groupe marginalisé. Si cela est exact, leur accorder la liberté d'agir comme elles le souhaitent sans les soutenir ne combat en rien l'oppression qu'elles subissent.

### 1.3.2. Thomas Szasz et la liberté radicale du suicide

Le psychiatre et philosophe libertarien Thomas Szasz (1999, 2008) estime que les personnes suicidaires sont discriminées par la société, la psychiatrie, la loi et l'État. Il affirme que le suicide constitue un acte fondamental de la liberté individuelle, qui est bafouée par l'État et ses mesures de prévention du suicide : « L'option de se tuer est intrinsèque à la vie humaine […]. Nous sommes nés involontairement. La religion, la psychiatrie et l'État insistent pour que nous mourions de la même manière. *C'est ce qui fait de la mort volontaire la liberté ultime.* Nous avons tout autant le droit et la responsabilité de réguler comment nous mourrons que de réguler comment nous vivons » (Szasz 1999, 130 ; souligné dans l'original). Connu pour ses critiques véhémentes de la psychiatrie, Szasz espère extraire la suicidalité des mains des psychiatres et des médecins, comme il ne croit pas que la suicidalité est une maladie mentale [63]. Bien que Szasz élabore une thèse similaire à la mienne — précisément, que le suicide peut être une option —, il le fait depuis un point de vue libertarien et néolibéral (capitaliste) avec lequel je suis profondément en désaccord. Ainsi, même si nous partons d'une même thèse, nous arrivons à des conclusions différentes, car mon approche antioppression du suicide entreprend une critique des systèmes dominants, comme le néolibéralisme, le classisme, le validisme, le sanisme et l'âgisme. En outre, tandis que Szasz s'oppose fortement à ce que le système médical ou l'État offrent toute forme de soutien aux personnes suicidaires, je suggère, à travers l'approche antioppression élaborée dans le chapitre 5, que les souhaits des personnes suicidaires devraient être soutenus par le système médical et l'État.

Alors que le suicide n'est plus considéré comme un crime, Szasz maintient que tout ce qui a trait à la suicidalité demeure criminalisé et punissable sur la base de conceptions morales. Szasz (1999, 19–20) aborde la distinction entre

62. J'aborde aussi d'autres conceptualisations alternatives de la suicidalité dans le chapitre 4, mais en lien avec le suicide assisté.

63. Burstow (1992), une cheffe de file du mouvement et des études antipsychiatrie, partage beaucoup des arguments de Szasz sur le suicide.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

l'égalité *de jure* et l'égalité *de facto* : tandis que la première réfère à l'aspect légal de l'égalité, la seconde réfère à sa matérialisation. Comme le démontrent Szasz et ce chapitre jusqu'à présent, dans plusieurs pays, les personnes suicidaires jouissent d'une égalité *de jure*, mais pas *de facto*. Szasz avance que la meilleure preuve de cette iniquité est que, si le suicide était vraiment légal *de facto*, les stratégies de prévention qui enfreignent des droits humains fondamentaux ne seraient pas considérées comme des traitements : elles seraient illégales. Szasz suggère que nous vivons « dans un État thérapeutique » (1999, 34) où la psychiatrie et ses agents ont trop de pouvoir.

Non seulement Szasz croit que la prévention du suicide est inefficace, mais il estime qu'elle est contreproductive et qu'elle constitue une forme de violence exercée contre les personnes suicidaires. Szasz maintient que les individus devraient avoir la liberté de mettre fin à leur vie sans interférence. Il s'oppose néanmoins fortement à toute intervention médicale ou étatique qui fournirait une assistance au suicide, car ces mesures constitueraient une interférence et donneraient trop de pouvoir aux médecins, aux psychiatres et à l'État. En somme, Szasz dénonce les traitements coercitifs imposés aux personnes suicidaires, mais n'approuve aucune forme de soutien pouvant les aider à accomplir leur but. Dans des termes philosophiques, cette posture illustre la différence entre un droit positif et un droit négatif. Comme l'explique Szasz (1999, 108 ) :

> J'entends par là [un droit négatif au suicide] que le gouvernement doit être obligé par la loi […] de laisser læ citoyenne, *comme* personne suicidaire, tranquille. Brièvement, la différence entre un droit positif et un droit négatif est la suivante : un droit positif est une réclamation envers autrui pour des biens ou des services ; autrement dit, c'est un euphémisme pour un droit qui nous est dû [*entitlement*]. Vu que la notion d'un *droit au suicide* (ou d'un suicide médicalement assisté) implique une obligation par les autres de remplir les *devoirs* mutuels qu'il implique, je rejette la notion d'un « droit au suicide ». Toutefois, j'estime que nous avons — et qu'il faut nous accorder — un « droit naturel » d'être laissé·es tranquilles pour nous suicider. Une société vraiment humaine reconnaîtrait cette option comme un droit civique respecté[64] [souligné dans l'original].

Basé sur des conceptions libérales du choix, de la liberté et de l'autonomie, Szasz appuie la division entre les sphères publique et privée et approuve le suicide seulement quand il s'agit d'une affaire « privée ». Il s'oppose donc fortement au suicide assisté, qui ramènerait dans la sphère publique une affaire privée qui devrait être traitée individuellement ou avec l'aide de la famille et des proches. Sa perspective sur le suicide le situe aussi dans une logique de calcul capitaliste néolibérale, où les suicides qui n'affectent pas la productivité sociale sont permis et perçus comme des gestes ultimes de liberté, tandis que les suicides qui sont potentiellement dommageables et coûteux pour la société devraient être condamnés et prévenus. Szasz (1999, 113) écrit :

64. D'autres philosophes ont défendu une position similaire, tel Ogien (2009). Sur la distinction entre les droits positifs et négatifs, lire aussi Campbell (2017).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> La mort volontaire d'une personne spécifique peut faire sauver des coûts, ne rien coûter ou coûter beaucoup (à la famille et la société). Quand le suicide fait sauver des coûts ou ne coûte rien, il n'y a aucun prétexte de prudence pour l'empêcher ou le condamner. Quand il est coûteux, il peut être justifiable de condamner le suicide et d'utiliser la persuasion pour le prévenir, mais il est injustifiable d'utiliser la coercition pour interférer avec lui.

Promoteur d'un libre marché basé sur des conceptions néolibérales et capitalistes, Szasz (1999, 2008) ne croit pas en un système universel de santé. Il maintient que des soins de santé gratuits et universellement accessibles sont néfastes aux patientes et aux personnes suicidaires. Un système médical fort, selon Szasz (1999), est celui où les individus paient pour leurs services. Mobilisant une comparaison avec l'avortement, il estime que la meilleure manière de servir les intérêts des patientes est de dissocier la médecine de ce qu'il considère comme des choix individuels. Ainsi, tandis que Szasz propose l'une des premières réflexions critiques sur la violence que l'État et le système psychiatrique font vivre aux personnes suicidaires, sa perspective libertarienne, néolibérale et capitaliste sur le suicide n'offre qu'un faible appui pour la théorisation de l'oppression des personnes suicidaires dans une approche antioppression. En plus de ses perspectives libertariennes et néolibérales problématiques, Szasz reproduit certains discours validistes et âgistes dans son travail. Il croit, par exemple, qu'il vaut mieux mourir que vivre avec un handicap, renforçant la longue tradition de préjugés contre les personnes handicapées, malades, ou souffrantes : « Si nous ne voulons pas mourir d'une mort lente après une période prolongée de handicap pathétique, nous devons nous tuer alors que nous en sommes capables, peut-être plus tôt que nous ne nous sentirions prêtes à le faire » (Szasz 1999, 129). Le validisme est aussi apparent dans le vocabulaire qu'il emploie dans son livre, quand, par exemple, il utilise des termes offensants pour décrire certaines personnes handicapées. À travers sa lunette antipsychiatrie niant l'existence de la maladie mentale, Szasz invalide du même coup la réalité des gens qui vivent des enjeux de santé mentale comme une forme de maladie mentale ou de handicap (Mollow 2006 ; Nicki 2001). Ainsi, au lieu d'être théorisées d'un point de vue positif et dans des perspectives antivalidistes et antisanistes, les notions de maladie et de souffrance sont présentées comme négatives.

### 1.3.3. Susan Stefan et la discrimination des personnes suicidaires

Connue pour son expertise légale comme avocate et professeure de droit, Susan Stefan a publié deux monographies sur la loi et les handicaps mentaux avant de publier son livre *Rational Suicide, Irrational Laws* en 2016. Malgré son intérêt pour le handicap et la discrimination, et même si son livre sur le suicide a influencé mes réflexions sur la suicidalité, je trouve parfois que les travaux de Stefan manquent d'un vrai dialogue avec les études du handicap/*Mad*. Par exemple, dans une monographie de plus de 500 pages, elle n'utilise jamais des termes comme *validisme*, *handicapisme*, *sanisme* ou *mentalisme*, et elle utilise parfois certaines expressions problématiques comme *retard mental* (Stefan 2016, 80). De plus, malgré une démonstration convaincante de la discrimina-

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

tion vécue par les personnes suicidaires à travers l'étude de cas juridiques pertinents et des centaines d'entretiens (et plus de 240 sondages en ligne) avec des personnes anciennement ou actuellement suicidaires, Stefan attribue paradoxalement une négativité à la maladie et la souffrance. Tout en tentant de démêler et de dissocier la plupart des suicides de la maladie mentale, elle présente la maladie mentale comme négative (177). Comme Szasz, Stefan ne fait pas que négliger de conceptualiser l'expérience vécue des personnes suicidaires comme partie d'une *oppression systématique*, mais elle remarginalise aussi souvent les personnes handicapées, malades ou souffrantes, comme le font beaucoup d'activistes/chercheureuses dans les mouvements sociaux en réclamant la dépathologisation de certains groupes marginalisés (Baril 2015).

Comme Szasz, Stefan ne tend pas vers un droit positif au suicide. Au lieu de soutenir les personnes suicidaires dans leur quête, elle soutient que la société n'est pas responsable de les aider à mourir, mais suggère que si elles veulent mourir, elles devraient pouvoir le faire sans interférence (474–475, 486). La position de Stefan (240) est claire : elle ne pense pas que nous devrions autoriser le suicide assisté pour les personnes suicidaires ou pour celles qui vivent avec des handicaps mentaux ou une souffrance émotionnelle insoutenable, ce qui donnerait trop de pouvoir aux médecins et enverrait un mauvais message à ces populations sur la valeur de leurs vies (487). Elle s'oppose à toute implication d'un tiers parti dans le suicide (245). Abordant les points de vue de plusieurs personnes suicidaires avec lesquelles elle s'est entretenue, Stefan explique que « la décision de mettre fin à sa vie, comme les décisions de refuser des traitements ou des décisions sur la reproduction, est un droit civique, une question de liberté fondamentale, une décision personnelle, intime et privée qui appartient à la personne seule et ne devrait pas être soumise à l'intervention de l'État » (xxiv). Le livre de Stefan interprète le suicide comme un *choix* et une *décision individuelle*, *autonome*, *personnelle* et *privée*, termes qu'elle utilise abondamment dans son livre[65]. Comme Szasz, elle adopte une approche (néo)libérale et individualiste[66], malgré ses appels répétés à une approche systémique et à des initiatives menées par les communautés en matière de prévention du suicide. À l'instar de Szasz, elle fait une analogie avec l'avortement et privilégie les droits négatifs et les actions privées et individuelles plutôt qu'un accès universel à l'avortement (85, 246–247). Stefan croit que, comme l'avortement, le suicide ne devrait pas être médicalisé, mais plutôt constituer un choix individuel. Mais contrairement à sa conviction qu'il faudrait faciliter l'accès à l'avortement, Stefan croit que nous devrions limiter l'accès aux ressources pour mettre fin à sa vie.

Ainsi, tout en insistant sur l'importance de déstigmatiser le suicide et de réduire les craintes entourant les discussions sur la suicidalité, Stefan (240) affirme paradoxalement que l'un des facteurs les plus efficaces dans la prévention du suicide reste la peur. Faciliter le suicide reviendrait à encourager le suicide, le rendant trop facile à accomplir. Elle argumente parfois même en faveur de certaines formes de criminalisation : « Cela [la position de l'autrice] n'empêcherait pas une société de bannir ou de criminaliser le suicide, les

65. Pour quelques exemples, lire Stefan (2016), p. 7, 9, 51, 57, 81–82, 88–89, 122–23, 246 et 269.

66. Son livre véhicule une tension continuelle entre une perspective individualiste et libertarienne et une approche plus systémique de la suicidalité.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

tentatives de suicide ou le suicide assisté. […] Pas plus que cela n'empêche les hospitalisations involontaires pour cause de suicidalité » (51). Pour prévenir autant de suicides que possible, Stefan critique l'inefficacité des stratégies de prévention coercitives actuelles et appelle à élaborer une « approche basée sur la santé publique » (468) comprenant diverses politiques sociales et stratégies multisectorielles. Elle soutient que les stratégies de prévention actuelles produisent probablement plus de morts par suicide qu'elles n'en préviennent, étant donné qu'elles font taire les personnes suicidaires au lieu de les inviter à parler ouvertement. Elle espère qu'en déstigmatisant le suicide et en diminuant les formes de discrimination auxquelles les personnes suicidaires font face, nous pourrions créer des espaces plus sûrs pour leur permettre de partager leurs sentiments. Elle insiste sur le fait que les stratégies de prévention, qui pourraient inclure une variété de méthodes comme l'intervention spirituelle, le soutien par les pairs et l'accès limité aux moyens de se suicider, devraient se baser sur « les rapports humains et une persévérance patiente et bienveillante » (451).

Dans « la théorie unifiée du champ du suicide » qu'elle propose dans sa conclusion, Stefan soutient que l'aide à mourir ou à compléter le suicide devrait être illégale (496) et qu'il faudrait aider les gens à vivre plutôt qu'à mourir :

> Il faut respecter les décisions que prennent les personnes sur leur propre vie et mort, et elles devraient être aidées aussi — pas à mourir, mais à changer leur vie pour qu'elle vaille la peine d'être vécue. Pour la plupart, [les personnes suicidaires] savent ce dont elles ont besoin : rester à l'école, obtenir du soutien pour prendre soin de leurs enfants, qu'on leur enseigne une nouvelle perspective pour comprendre leurs problèmes et les résoudre, prendre une petite pause et du repos, et avoir une communauté qui reste à leur côté dans leur long, long parcours, avoir quelqu'un qui les écoute. Elles savent ce dont elles n'ont pas besoin : des hospitalisations involontaires, être blessées ou tuées par la police, des jugements moralisateurs de personnes qui n'ont aucune idée de ce qu'elles ont vécu, et qu'on ne leur permette jamais de vraiment articuler à quel point elles se sentent mal sans que leur dosage de médicaments ne soit augmenté (495).

Selon Stefan, si nous devons transformer les méthodes de prévention du suicide et cesser la discrimination des personnes suicidaires, il faut maintenir le *statu quo* quand il s'agit de tentatives de suicide. Nous ne devrions pas soutenir activement les personnes suicidaires à compléter leur suicide, et elles devraient mourir seules, en utilisant les moyens réguliers (violents) de se tuer ou des grèves de la faim si elles choisissent d'exercer leur autonomie individuelle pour ce faire (497).

Contrairement aux positions de Szasz et de Stefan, j'estime que les personnes suicidaires ont le droit de recevoir un soutien et une assistance (c'est-à-dire qu'elles devraient avoir des droits positifs), comme les autres groupes marginalisés. Pour revenir à l'exemple de l'avortement, Szasz et Stefan, dans leur critique du système médical, privilégient le désengagement de l'État. Même si je ne veux pas insinuer que l'avortement et le suicide sont des pratiques comparables, l'exemple de l'avortement illustre que tous les droits, comme ceux qui concernent la reproduction, sont ineffectifs sans la mise en œuvre de droits positifs à travers des mesures et politiques concrètes.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Décriminaliser l'avortement et accorder aux personnes un « droit négatif » d'avorter sans mettre en place des politiques sociales fortes, un soutien et des services institutionnels qui permettent un réel accès universel à l'avortement, n'appuient pas la justice reproductive. L'État devrait avoir une obligation et un devoir de faire tout ce qui est possible pour faciliter l'accès à ces services tout en fournissant aux personnes une éducation sexuelle positive et des mesures contraceptives.

*Similairement, je crois que décriminaliser et dépathologiser le suicide, réduire la stigmatisation et demander à l'État et à ses institutions médicales et légales d'arrêter d'imposer des traitements déshumanisants ne suffisent pas pour appuyer les droits des personnes suicidaires et favoriser la justice sociale pour ce groupe marginalisé.* En tant que chercheur/activiste féministe, trans, handicapé et détraqué, j'adhère à la même logique pour tous les groupes marginalisés. Je crois que travailler à une équité forte et effective pour les groupes marginalisés, incluant les personnes suicidaires, ne se limite pas à prévenir le contrôle de l'État ou les formes directes de violence, mais doit inclure la création de conditions où les groupes marginalisés ont accès aux mêmes opportunités et ressources et reçoivent la même reconnaissance sociale, culturelle, politique et légale que les autres. Sans encourager le suicide ou proposer aux personnes suicidaires une façon rapide et non réflexive de mettre fin à leur vie, l'État devrait offrir le suicide assisté comme une option potentielle parmi beaucoup d'autres, guidant et conseillant soigneusement les personnes qui envisagent cette possibilité, comme je le propose dans le chapitre 5. *Dans cette optique, ma thèse diffère radicalement des positions dont j'ai traité pour l'instant dans ce chapitre. La notion de suicidisme que j'élabore ici à partir d'une approche antioppression ne vise pas seulement à critiquer et à dénoncer l'oppression subie par les personnes suicidaires, mais aussi à mettre fin à leur oppression à travers des solutions systémiques et des transformations sociopolitiques, légales, médicales, économiques et épistémiques.*

### 1.3.4. Perspectives alternatives additionnelles

Le chercheur et psychologue James L. Werth Jr. (1996, 1998, 1999) a fourni des contributions importantes sur le « suicide rationnel ». Dans l'ouvrage collectif *Contemporary Perspectives on Rational Suicide* (1999), Werth distingue le suicide rationnel du suicide assisté, soutenant que le *suicide rationnel* désigne un processus rationnel de prise de décision, tandis que le *suicide assisté* désigne une aide ou une assistance dans la mise en œuvre de cette décision. Werth et plusieurs autres chercheureuses contribuant à son ouvrage collectif abordent la notion de suicide rationnel dans le contexte de la maladie, de la souffrance, du handicap et (parfois, mais pas toujours) de la fin de vie. Ainsi, iels s'intéressent moins aux débats sur le suicide en tant que tel qu'aux débats sur le suicide assisté. Comme je le démontre dans le chapitre 4 en critiquant les positions actuelles en faveur du suicide assisté, la « rationalité » d'un individu suicidaire semble être évaluée différemment si cette personne est âgée, mourante, handicapée ou malade, plutôt qu'un individu jeune, en santé et potentiellement un citoyen productif. Autrement dit, la position de Werth sur le suicide rationnel serait vraisemblablement différente s'il considérait la rationalité d'un homme en santé de vingt ans qui est déprimé et qui veut mourir

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

à cause de difficultés financières ou de problèmes amoureux. En plus d'établir des critères caractérisant un suicide rationnel (1996, 62), dans d'autres travaux, Werth espère distinguer les suicides rationnels des suicides irrationnels pour prévenir les derniers (1998). Il croit aussi que qualifier certains suicides de rationnels aiderait à créer une relation plus forte entre les personnes qui travaillent dans le système de santé et leurs patientes pour empêcher les suicides irrationnels. Selon Werth (1998, 186), la prévention peut aliéner certains sujets suicidaires. Ainsi, reconnaître que le suicide peut être une option sensée dans certaines circonstances à travers une approche sans jugement du suicide rationnel pourrait aider à consolider la relation de confiance entre les patientes et les cliniciennes, en encourageant l'empouvoirement [*empowerment*] des sujets suicidaires. Comme l'explique Werth (1998, 186), se sentir empouvoirées diminue les idéations suicidaires. Or, l'objectif ultime de Werth demeure la prévention du suicide et la logique d'un suicide rationnel reste ancrée dans ce que j'appelle dans le chapitre 4 l'*ontologie du suicide assisté* validiste, saniste, âgiste et suicidiste, caractérisant les suicides comme rationnels seulement dans le contexte d'une condition sans espoir, qu'elle soit physique ou psychologique. Werth (1998, 187) énonce clairement que la seule chose qu'il suggère est un processus amélioré pour trier et distinguer différents types de personnes suicidaires pour améliorer les stratégies de prévention actuelles.

Dans un autre ordre d'idées, dans un billet sur la plateforme maintenant fermée des contributions au HuffPost, intitulé « How Being Black & Queer Made Me Unapologetically Suicidal », l'activiste/chercheureuse T. Anansi Wilson (2016) situe sa dépression et son désir de mort comme résultant de formes de violence et d'oppression systémiques comme le racisme, le classisme et l'hétérosexisme. Wilson affirme que le fait de vivre, ou de vivre dans des conditions suffisamment décentes, constitue un privilège dont sont privés les groupes marginalisés. Comme les chercheureuses qui abordent le suicide sous l'angle de la justice sociale, Wilson présente le suicide comme une forme de meurtre de soi-même résultant de la mort lente imposée aux groupes marginalisés. Or, contrairement à beaucoup de personnes qui défendent le modèle de justice sociale et qui inscrivent leurs travaux dans un script préventionniste, Wilson (2016, § 7) affirme que le suicide pourrait devenir l'action queer par excellence, un geste révolutionnaire de rébellion contre les systèmes oppressifs :

> Le suicide pourrait donc être révolutionnaire. La vie ne peut être préconisée que lorsqu'elle dépasse la simple survie. Ceci n'est pas un appel à ce que les personnes qui luttent avec la dépression se tuent. C'est un appel à un examen critique de ce que le suicide signifie, ou ne signifie pas, selon les expériences. C'est un appel à réfléchir à la façon dont la vie est instrumentalisée comme manière infaillible de surveiller, de monétiser et d'avoir accès aux corps opprimés.

Wilson nous invite à penser à la façon dont le suicide pourrait être conceptualisé, dans cette culture colonialiste, raciste et capitaliste où certains corps sont jetables, comme une forme de résistance individuelle et collective à la marchandisation et à l'exploitation des corps et des vies des groupes marginalisés. Comme nous le voyons dans cet extrait, la personne qui a écrit ce billet ne romantise pas le suicide, mais offre plutôt une vision alternative de ce

dernier allant au-delà des conceptualisations dominantes le présentant comme un mauvais choix pour les sujets marginalisés. Même si Wilson adopte une approche antioppression, la conceptualisation du suicide comme geste révolutionnaire repose encore partiellement sur une notion individualiste du choix. Les travaux de Wilson ne sont pas apolitiques — bien au contraire — mais dans son texte, le suicide demeure une action privée qui n'implique pas de droits positifs pour les personnes suicidaires. Dans l'esprit de la tradition féministe, j'estime que le privé est politique et que le geste du suicide ne devrait jamais être vu comme une décision individuelle à accomplir en solitaire. Il doit plutôt être collectivisé et politisé — non seulement pour révéler les liens entre la suicidalité et les structures politiques, mais aussi pour élaborer des réponses aux personnes suicidaires qui soient collectives et responsables, comme j'espère le faire ici.

Dans son billet de blog « Learning to Live with Wanting to Die » (2018), l'activiste et organisateurice communautaire Cortez Wright propose une perspective similaire à celle de Wilson. Wright aborde également son combat avec la dépression comme résultant de formes d'oppression qu'iel a vécues en grandissant : taillisme, sexisme, racisme, hétérosexisme et cisgenrisme. Wright dénonce l'inefficacité des stratégies actuelles de prise en charge de la dépression et de la suicidalité, qui se basent principalement sur des solutions médicales et individuelles. S'engageant dans une approche antioppression, Wright questionne le double standard concernant la célébration de la diversité pour une grande variété de groupes marginalisés et le silence qui semble prévaloir au sujet des personnes malades mentalement. Wright souligne l'importance de lutter contre la stigmatisation de la suicidalité, car le silence est plus dangereux que les idéations suicidaires elles-mêmes. Wright soutient aussi des discours alternatifs sur la suicidalité qui vont au-delà de l'idéologie curative et du rétablissement, appelant à accepter les idéations suicidaires, même s'iel ne pousse pas la réflexion au point de suggérer qu'il faudrait soutenir les personnes suicidaires grâce à des droits positifs[67].

Si les auteurices qui adoptent des conceptualisations alternatives du suicide que je présente dans cette section proposent certaines contributions inestimables, leurs théorisations ne proposent pas de cadre exhaustif pour théoriser et dénoncer le suicidisme. Bien que certaines personnes insistent sur les avantages de permettre aux personnes suicidaires de parler plus librement pour sauver plus de vies, elles ne remettent pas en question l'injonction à la vie et à la futurité qui sous-tend les stratégies de prévention du suicide qu'elles cherchent à réformer ou à transformer. De plus, personne ne défend la nécessité d'un droit positif au suicide impliquant un devoir de soutenir les gens dans leur quête vers la mort. Malgré leur dénonciation des traitements cruels réservés aux personnes suicidaires, leur appel à mettre fin à la marginalisation vécue par les personnes suicidaires et leur théorisation du suicide comme un choix, aucune d'entre elleux ne revendique de droits positifs pour les personnes suicidaires ou une plus grande responsabilité dans la manière dont on répond à

67. Pour des perspectives critiques sur la prévention, lire aussi : Tack (2019) et Krebs (2022). Pour des perspectives queers, antivalidistes et antisanistes sur la suicidalité appelant à déstigmatiser les personnes suicidaires et à mieux écouter leurs besoins, lire également : Horncastle (2018) ; Froese et Greensmith (2019) ; et LeMaster (2022).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

leur désir de mourir. En somme, si la déstigmatisation de la suicidalité est nécessaire, elle ne va pas assez loin pour surmonter le suicidisme et soutenir activement les personnes suicidaires.

### 1.4. Le suicidisme comme violence épistémique

Une longue tradition d'épistémologies féministes, queers, postcoloniales et Noires, qu'on appelle parfois des « épistémologies insurrectionnelles » (Medina 2012, 2017) ou des « épistémologies libératoires » (Tuana 2017), a démontré comment les connaissances de certains groupes marginalisés sont dévaluées et discréditées en comparaison avec le savoir des groupes dominants, et comment la revalorisation et la relégitimation de ces connaissances pourraient enrichir et rectifier les savoirs actuels[68]. Spivak (1988) élabore la notion de « violence épistémique », qui renvoie aux formes de violence perpétrées sur les sujets colonisés en les empêchant de parler ou d'être entendus, ou encore en délégitimant leurs voix et leurs connaissances quand ils sont entendus. En s'appuyant sur Spivak, la philosophe Kristie Dotson (2011, 236) propose la définition suivante de la violence épistémique : « Une méthode d'exécution de la violence épistémique est d'endommager la capacité que possède un groupe donné de parler et d'être entendu. » Depuis lors, un riche appareil de concepts, de théories et de notions a été mis en avant pour analyser, décrire et critiquer diverses formes de violence exercées sur le plan épistémique ou en lien avec le savoir. On se réfère à l'« oppression épistémique », aux « blessures épistémiques », à la « mort épistémique », aux « communautés épistémiques » (Medina 2012, 2017), à la « résistance épistémique », aux « habiletés épistémiques », à l'« insurrection épistémique » et à la « désobéissance épistémique » (Medina 2012, 2017 ; Tuana 2017), pour ne nommer que certaines de ces notions en rapide évolution. Dans sa réflexion sur le racisme, le philosophe et chercheur en études critiques de la race José Medina démontre comment la violence épistémique est transversale et liée à des formes de violence variées, qu'elles soient politiques, légales, sociales ou physiques, soulignant que ne pas reconnaître ces diverses sortes de violence représente en soi une forme de violence épistémique.

Je soutiens que le suicidisme constitue un système oppressif qui comprend plusieurs types de violence (sociale, culturelle, politique, médicale, légale, religieuse, économique et normative), notamment la violence épistémique qui affecte la vie des sujets suicidaires en interagissant avec les autres formes de violence. Seule une poignée de chercheureuses dans le domaine de la suicidologie critique ont mobilisé des notions et des concepts liés à la violence épistémique pour théoriser la suicidalité, et ces rares contributions ont commencé à paraître en 2020[69] (Baril 2020c ; Chandler 2020a). Par exemple, malgré la tendance actuelle à mobiliser des connaissances expérientielles dans des projets de recherche en suicidologie, Fitzpatrick (2020) montre comment

68. Lire, par exemple : Spivak (1988) ; Mills (1997) ; Hill Collins (2000) ; Sullivan et Tuana (2007) ; Medina (2013) ; et Hall (2017b).

69. On trouve une brève allusion à la violence épistémique chez Jaworski et Marsh (2020) ainsi que chez White (2020b). Dans un article plus ancien, Fitzpatrick (2016) démontre comment certains discours et récits sur le suicide se font accorder plus de crédibilité et de légitimité que d'autres.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

les discours et les récits des (ex-)personnes suicidaires sont souvent utilisés de façon strictement symbolique et comment leur expertise est souvent confinée à une fonction de consultation plutôt que de prise de décision. Fitzpatrick considère cette approche comme une forme de violence épistémique et critique l'ignorance active sous-jacente aux formes de marginalisation épistémique qui en découlent. La discussion qui suit nous aidera à comprendre ces formes de violence épistémique aussi bien que ses mécanismes d'ignorance active.

### 1.4.1. Le suicidisme comme une épistémologie de l'ignorance

Comme nous le rappelle Medina (2017, 247), l'épistémologie de l'ignorance a été théorisée, sans être nommée comme telle, par plusieurs personnes dans le champ des études critiques de la race : « Même si l'on n'a commencé que récemment à discuter des épistémologies de l'ignorance en utilisant ce terme, […] elles ont toujours été un thème clé dans les théories de la race et ont occupé une place prépondérante dans les philosophies de la race d'auteurices classiques comme Sojourner Truth, Anna J. Cooper, W.E.B. Du Bois, Alain Locke et Frantz Fanon, pour n'en nommer que quelques-uns. » Le philosophe Charles W. Mills a inventé l'expression épistémologie de l'ignorance en 1997 dans son livre *Le contrat racial*. Il utilise cette expression pour décrire le processus à travers lequel les groupes dominants — dans ce cas, les blanches — ignorent activement le racisme et le privilège blanc et le rôle qu'ils jouent dans la reproduction de cette idéologie et ce système matériel. Dans son livre de 2012, *The Epistemology of Resistance: Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and Resistant Imaginations*, Medina explore cette idée plus en profondeur en proposant de réagir à cette épistémologie de l'ignorance avec une « épistémologie de la résistance ». Comme il l'explique, l'épistémologie de l'ignorance va main dans la main avec les pratiques de silenciation. En effaçant les voix marginalisées des personnes racisées, les personnes blanches restent activement ignorantes du racisme, de ses ramifications, ses manifestations, ses mécanismes et ses impacts — d'où l'importance de résister à cet effacement par divers moyens.

Comme idéologie et comme système matériel, le suicidisme se base sur une épistémologie de l'ignorance. Les personnes non suicidaires, les chercheureuses en suicidologie traditionnelle (et parfois en suicidologie critique), les professionnelles de la santé et plusieurs autres personnes (incluant les proches et les amies des personnes suicidaires) reproduisent une ignorance active concernant les perspectives, les demandes et les réalités des personnes suicidaires et ont le privilège de rester dans l'ignorance en ce qui a trait au suicidisme, à ses ramifications, manifestations, mécanismes et impacts sur les personnes suicidaires. La plupart des personnes non suicidaires ne réalisent pas que leur compréhension de la suicidalité est incomplète et problématique. Elles peuvent ignorer les voix des personnes suicidaires qui n'adhèrent pas au script suicidiste préventionniste et les rejeter comme irrationnelles ou aliénées politiquement — étant donné que la société entière et ses normes, institutions, lois et règlements soutiennent la vision selon laquelle le suicide ne devrait jamais être une option pour les personnes suicidaires. Si l'on applique les mots de Medina (2017, 250) aux personnes suicidaires, les personnes non suicidaires sont « cognitivement et affectivement insensibilisées vis-à-vis des vies de ces

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Autres racisés [et suicidaires], sont inattentives et indifférentes à leurs expériences, leurs problèmes et leurs aspirations, et sont incapables d'entrer en relation avec elles et de comprendre leurs actions et leurs discours. » Medina (2017, 249) démontre à quel point il est difficile de démanteler l'épistémologie de l'ignorance à cause de ce qu'on considère comme le sens commun, de l'omniprésence d'idées et de jugements préconçus ainsi que de normes et d'idéologies tenaces imprégnées dans les discours scientifiques :

> Il n'est pas facile de confronter des interprétations qui vous amènent à repenser radicalement vos expériences les plus familières. Il peut être assez bouleversant d'entendre que des choses que vous pensiez bien connaître — des gestes bien intentionnés de charité envers des gens moins bien nantis, par exemple — peuvent être vécues de façon très différente par d'autres subjectivités impliquées — comme une forme subtile de racisme ou des gestes passifs-agressifs qui maintiennent des personnes dans des positions subordonnées tout en exigeant leur gratitude et leur conformité.

Pour aller encore plus loin, je suggérerais que les « gestes bien intentionnés » envers les personnes suicidaires, qu'il s'agisse de théoriser la suicidalité, de la prévenir ou d'aider les personnes suicidaires — peu importe le modèle de la suicidalité utilisé — constituent souvent des formes subtiles (et parfois pas tellement subtiles) de suicidisme, un type de violence profondément enraciné ayant des conséquences négatives sur les vies des personnes suicidaires. Pour le dire autrement, en paraphrasant Medina, il pourrait être bouleversant d'entendre que la prévention du suicide est souvent inefficace et contreproductive, vu qu'elle est en réalité la source du problème qu'elle tente d'éradiquer. Dans une perspective suicidiste, il n'est pas aisé de comprendre que les gestes bien intentionnés visant à empêcher les personnes suicidaires de s'enlever la vie sont vécus par ces dernières comme traumatiques et violents. Quand je discute de ma thèse et de mes arguments sur la suicidalité avec divers publics, je suis souvent confronté à la réalité suivante : si les gens adhèrent rapidement et presque unanimement à mon argument de départ critiquant la manière dont les modèles de la suicidalité et les stratégies de prévention actuelles laissent tomber les personnes suicidaires, beaucoup résistent à mon argument selon lequel il faut soutenir les personnes suicidaires dans leur quête de mort. En effet, beaucoup de gens sont stupéfaits du traitement cruel et des formes de discrimination que subissent les personnes suicidaires et sont outrés d'apprendre la difficile réalité d'être suicidaire dans une société suicidiste. En ce sens, *la majorité des gens avec qui je parle acceptent facilement mon argument sur l'existence du suicidisme*. Mon cadre théorique sur le suicidisme a récemment attiré l'attention de plusieurs chercheureuses[70], organisations, associations et groupes reconnus travaillant dans le domaine de la prévention du suicide, démontrant qu'une partie de ma thèse est de plus en plus reconnue, même par les gens qui adhèrent à une position préventionniste. *Cependant, les gens sont plutôt réticents quant à mon argument subséquent selon lequel il faut élaborer une réponse responsable pour mettre fin au suicidisme, y compris à travers des*

70. Lire, par exemple : Wedlake (2020) ; Benkhelifa *et al.* (2021) ; Camier-Lemoine et Leaune (2021) ; Corriveau *et al.* (2021) ; Fitzpatrick *et al.* (2021) ; Marsh, Winter et Marzano (2021) ; Fitzpatrick (2022) ; Krebs (2022) ; et LeMaster (2022).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

*droits positifs, des politiques sociales, des mesures d'accompagnement et un soutien pour les personnes suicidaires.* Souvent des gens viennent me voir après des conférences pour me dire que même s'ils adhèrent à ma théorie et croient qu'il serait cohérent et logique qu'ils soutiennent les personnes suicidaires de la même façon qu'ils soutiennent d'autres groupes marginalisés, ils sont « bloqués » au niveau affectif. L'expérience d'avoir eux-mêmes eu des idées suicidaires, d'avoir une proche qui est morte du suicide ou de réfléchir à accompagner une personne proche dans un suicide les gêne. Une reconnaissance de l'oppression subie par les personnes suicidaires a commencé à émerger dans la sphère publique, mais on voit en même temps une réticence émotionnelle et affective profonde à changer le *statu quo* concernant le type de soutien et d'accompagnement offerts aux personnes suicidaires et l'autodétermination qu'on leur accorde. Dans l'esprit de Medina (2017, 249), qui nous invite à « repenser radicalement [nos] expériences les plus familières », je nous invite ici à penser hors des sentiers battus en ce qui concerne notre relation à la suicidalité et aux personnes suicidaires, ainsi qu'à une épistémologie de la résistance pour les personnes suicidaires — comme je la décris dans les chapitres qui suivent. Pour mieux comprendre cette épistémologie de la résistance, les dernières pages de ce chapitre sont consacrées à expliquer comment fonctionne l'épistémologie de l'ignorance à travers diverses formes d'injustice épistémique.

### 1.4.2. La suicidalité et l'injustice épistémique : injustice testimoniale et injustice herméneutique

Un concept important ayant émergé dans le sillage de la notion de violence épistémique chez Spivak est celui d'« injustice épistémique », inventé par la philosophe Miranda Fricker[71] (2007). Cette première sous-section explique les deux types d'injustices épistémiques que Fricker identifie dans son travail, l'injustice testimoniale et l'injustice herméneutique, qui ont servi de fondement à des notions connexes apparues ultérieurement. Si le premier type renvoie au manque de crédibilité de la voix de certaines personnes aux yeux des groupes dominants du simple fait qu'elles appartiennent à des communautés marginalisées, le second fait référence à l'idée que les individus marginalisés n'ont pas facilement accès aux outils théoriques nécessaires pour comprendre et expliquer leur oppression :

> L'injustice testimoniale survient lorsqu'un préjugé amène une interlocuteurice à accorder un niveau de crédibilité moindre aux mots d'une personne ; l'injustice herméneutique arrive à un stade antérieur, quand un vide dans les ressources collectives d'interprétation place une personne dans une position désavantagée lorsqu'il s'agit de donner un sens à ses expériences sociales. Un exemple de la première serait de n'être pas crue par la police parce que vous êtes [N]oire ; un

71. Si Fricker (2007) a inventé l'expression *injustice épistémique*, cette forme d'injustice avait été théorisée par des activistes/chercheureuses racisées la précédant, dont Spivak (1988) et Hill Collins (2000). Il est important de reconnaître les contributions souvent effacées de ces chercheureuses racisées.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> exemple de la seconde serait de subir du harcèlement sexuel dans une culture qui est encore dépourvue de ce concept critique (Fricker 2007, 1).

Dans un article ultérieur coécrit avec Katharine Jenkins, Fricker aborde la marginalisation herméneutique, théorisée dans ses travaux antérieurs et conceptualisée comme une condition de possibilité de l'injustice herméneutique (Fricker et Jenkins 2017). Fricker et Jenkins expliquent qu'une personne « est dite herméneutiquement marginalisée dans la mesure où elle appartient à un groupe social qui sous-contribue au bassin commun de concepts et de significations sociales » (268). Autrement dit, la marginalisation herméneutique a lieu quand une personne — par exemple, une personne handicapée — n'a pas la même possibilité de construire des savoirs sur le handicap car elle est exclue (ou ses opinions et ses idées sont moins valorisées) de certaines formes d'emplois et de communautés de construction des savoirs, comme les milieux universitaires ou les instances de prises de décision et/ou d'élaboration de politiques publiques.

Les personnes suicidaires subissent ces deux types d'injustice épistémique ainsi qu'une marginalisation herméneutique. Premièrement, l'injustice testimoniale est produite par l'enchevêtrement de conceptions sanistes, suicidistes et paternalistes percevant le jugement des personnes suicidaires comme irrationnel, incompétent, illégitime ou aliéné, détruisant la crédibilité et l'agentivité du sujet suicidaire. En ce sens, les voix des personnes suicidaires sont invalidées. Autrement dit, les sujets suicidaires sont rarement perçus comme aussi connaissants que les autres personnes à propos de la suicidalité (que ces autres personnes soient suicidologues, suicidologues critiques, professionnelles de la santé ou activistes/chercheuses dans les mouvements sociaux/champs d'études antioppression), puisque leurs perspectives sur la vie et la mort sont invalidées, discréditées et considérées comme biaisées par la maladie mentale, l'oppression sociale ou l'aliénation politique. Deuxièmement, en tant que groupe, les personnes suicidaires ne disposent pas des outils conceptuels nécessaires pour comprendre leurs expériences hors des cadres dominants curatifs et suicidistes préventionnistes, et pour les rendre intelligibles aux autres. Cette expérience constitue une forme d'injustice herméneutique. Comme nous l'avons vu précédemment, peu importe le modèle utilisé pour théoriser la suicidalité, le suicide n'est jamais considéré comme une option valable pour les personnes suicidaires et il n'est donc pas rendu intelligible ou rationnel. Cette limite ne signifie pas que les personnes suicidaires sont incapables d'élaborer des outils analytiques pour interpréter la suicidalité depuis une autre perspective, ou qu'elles n'ont pas l'habileté ou l'agentivité pour ce faire ; elle illustre simplement la rareté des théories, des notions et des concepts pouvant les aider à conceptualiser leur expérience comme faisant partie d'un système d'oppression plus large plutôt que comme un problème individuel. Par exemple, le fait que les personnes suicidaires considèrent qu'il est difficile, voire impossible de faire appel aux services de prévention ou à leurs proches pour aborder leur suicidalité — et qu'elles estiment qu'il est de leur responsabilité de le faire — démontre notre difficulté collective à conceptualiser leurs expériences personnelles comme faisant partie d'un système oppressif suicidiste plus large, produisant une violence et une discrimination envers les sujets suicidaires quand ils s'expriment ouvertement. Similairement aux victimes de harcèlement sexuel dans l'exemple de Fricker,

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

qui sont des personnes conscientes de la violence qu'elles subissent et qui la comprennent sans toutefois avoir accès aux concepts officiels qui nomment cette expérience, les personnes suicidaires ont (ou pourraient développer) un langage et un savoir sur leur réalité, mais leur savoir expérientiel est simplement rejeté, étiqueté comme non scientifique ou inintelligible, comme le démontrent leurs témoignages (Krebs 2022). Jusqu'à récemment, des concepts comme le suicidisme et la contrainte à la vie n'étaient pas disponibles pour aider à donner un sens à l'expérience suicidaire en dehors du script préventionniste. Même quand les personnes suicidaires parviennent à théoriser leurs réalités hors du cadre suicidiste dominant, les personnes non suicidaires, les professionnelles de la santé et une variété d'activistes/chercheureuses pratiquent « l'ignorance herméneutique volontaire » (Pohlhaus 2012, 715), qui consiste à rejeter les nouvelles idées, perspectives et outils conceptuels élaborés par les personnes suicidaires. Dans ce cas, l'ignorance herméneutique volontaire implique de nier ou de rejeter l'importance du suicidisme systémique et de ses impacts négatifs sur les personnes suicidaires. Elle pourrait aussi consister à délégitimer les demandes de certaines personnes suicidaires — par exemple, des soins de santé affirmatifs du suicide — au prétexte qu'elles sont trop incompétentes mentalement ou aliénées par les systèmes oppressifs pour prendre leurs propres décisions. Troisièmement, l'injustice herméneutique se fonde en partie sur l'expérience de la marginalisation herméneutique par les personnes suicidaires. Comme je l'ai démontré précédemment, les personnes suicidaires ne sont pas (ou rarement) invitées à contribuer à l'élaboration des savoirs sur la suicidalité, aussi bien en suicidologie qu'en suicidologie critique. Cette marginalisation rend la théorisation de l'oppression suicidiste encore plus difficile pour les personnes suicidaires, qui sont exclues des espaces et des lieux où l'on réfléchit à la suicidalité de manière critique. La marginalisation herméneutique nourrit l'injustice herméneutique et cette dernière accentue la marginalisation herméneutique.

### 1.4.3. Les sujets suicidaires, l'injustice testimoniale préemptive et l'étouffement testimonial

Fricker et Jenkins (2017) développent aussi une notion élaborée par Fricker dix ans plus tôt : une « forme préemptive d'injustice testimoniale » (272), définie comme « un déficit de crédibilité préalable suffisant à s'assurer que votre parole ne sera pas même sollicitée » (273). Dans le cas des personnes handicapées, par exemple, les médias les sollicitent rarement et s'ils le font, ce n'est que pour confirmer des scripts et des récits validistes les dépeignant comme des figures tragiques ou comme des *supercrips* qui ont surmonté leur handicap (Clare 2009 ; Kafer 2013 ; McRuer 2006, 2018). D'une façon similaire, les personnes suicidaires subissent une injustice testimoniale préemptive quand leurs témoignages, en plus d'être rejetés entièrement, ne sont souvent sollicités que pour présenter un récit tragique ou triomphal. Par conséquent, on ne nous expose qu'à un « sous-groupe restreint » (Fricker et Jenkins 2017, 273) d'expériences, comprenant principalement celles des *ex-personnes suicidaires*, qui adoptent un script suicidiste préventionniste cherchant à montrer qu'une fois qu'elles ont obtenu l'aide dont elles avaient besoin — qu'elle soit chimique, psychologique, sociale ou politique —, elles ont réévalué leur désir de mourir.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Bref, notamment en raison de la marginalisation herméneutique, très peu de discours de personnes suicidaires existent dans la sphère publique. En outre, considérant la prégnance de l'injustice testimoniale préemptive, quand nous permettons collectivement aux témoignages de ces personnes d'émerger, les voix qui sont sollicitées sont celles d'ex-personnes suicidaires qui reproduisent les discours dominants sur la suicidalité pour donner aux personnes qui envisageraient le suicide l'espoir de surmonter celui-ci.

De plus, une grande variété de récits suicidaires sont aussi tus par ce que Dotson (2011, 237) appelle « l'étouffement testimonial ». Quand les groupes marginalisés témoignent publiquement de leurs expériences, l'étouffement testimonial les pousse à cacher volontairement une partie de leur récit ou à transformer leur message pour le rendre plus digeste pour certains publics. L'étouffement testimonial est une forme d'« autosilenciation » (Medina 2017, 257) ou d'autocensure qui a lieu lorsqu'on fait face à un environnement peu ou pas accueillant. Par exemple, certaines personnes handicapées pourraient être tentées d'adoucir leurs critiques du validisme dans les médias pour convaincre les auditeurices de l'importance de l'accessibilité. Dans le cas de discours suicidaires, la plupart des témoignages sont, sans surprise, narrés au *passé* et expriment ce que Borges (2019) appelle les idéations suicidaires *passives*, comme si révéler des idéations suicidaires *actuelles et actives* était si menaçant pour les conceptualisations dominantes du suicide et impliquait des conséquences si dommageables pour les personnes suicidaires que les sujets suicidaires actuels et actifs se voient nier la chance de partager leur vérité. Critchley (2019), qui se déclare suicidaire dans son essai sur le suicide, rassure son lectorat qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter pour lui et que son texte n'est pas une lettre de suicide. Cet exemple n'est qu'une illustration parmi d'autres de forme d'étouffement testimonial montrant le fardeau que portent les personnes suicidaires de rassurer leur lectorat, leur public et leurs proches quand elles parlent de leur suicidalité. Qui plus est, les travaux de la suicidologie traditionnelle et critique sont remplis d'énoncés sur la normalité des idéations suicidaires (suicidalité « passive ») et sur la nature problématique des gestes ou tentatives suicidaires (suicidalité « active »). En effet, dans la documentation abondante que j'ai consultée, plusieurs chercheureuses s'accordaient sur l'idée d'encourager l'expression de sentiments suicidaires, mais pas l'expression d'un désir d'agir sur ces sentiments, ce qui devrait être empêché. En ce sens, je me demande si certains témoignages sur le suicide que nous lisons ou entendons dans la sphère publique sont étouffés pour présenter un récit *passé* ou *passif* de la suicidalité au lieu d'un récit actuel et actif pour rendre un sujet difficile plus acceptable pour un public non suicidaire.

Je peux témoigner que l'étouffement testimonial est à l'œuvre dans mon cas. Tandis que j'utilise généralement une méthodologie autoethnographique dans la plupart de mes travaux sur les enjeux trans et du handicap, en mobilisant mes expériences personnelles comme homme trans et handicapé/détraqué pour théoriser des enjeux sociaux et politiques, je ne me suis pas automatiquement tourné vers des expériences suicidaires subjectives dans mes travaux antérieurs sur la suicidalité. Même si j'avais publié plusieurs articles et chapitres à ce sujet, ce n'est qu'après avoir travaillé dans ce domaine pendant quelques années et avoir obtenu un poste permanent à l'université que j'ai décidé de « révéler » que j'étais suicidaire dans un de mes articles (Baril 2020c), et encore, seulement dans une note en bas de page et après avoir été

questionné sur ma positionnalité par une des personnes ayant évalué l'article. Autrement dit, dans mes publications antérieures, j'ai volontairement caché des informations à mon propos et sur mon expérience de la suicidalité pour rendre ma thèse et mes arguments plus crédibles auprès de mon lectorat et pour éviter de générer une réaction de « panique » chez mes collègues et les personnes qui éditent, évaluent et lisent mes travaux si je révélais être actuellement suicidaire. En somme, l'injustice testimoniale préemptive et l'étouffement testimonial contribuent à l'ignorance et à l'ignorance herméneutique volontaire relative aux expériences des personnes suicidaires, étant donné que certains témoignages ne sont simplement pas recueillis, ne circulent pas dans la sphère publique ou sont transformés pour correspondre aux scripts suicidistes. Ainsi se perpétue le cercle létal du silence et de la violence épistémique.

### 1.4.4. Le suicidisme, la silenciation épistémique et la mort épistémique

La silenciation épistémique vécue par certains groupes marginalisés, comme les personnes racisées ou, tel que je le soutiens, par les personnes suicidaires, peut être si envahissante qu'elle mène à une mort épistémique. Cette notion, inventée par Medina (2017), s'inspire de la notion de « mort sociale » théorisée en 1982 par le sociologue Orlando Patterson concernant les gens qui ne peuvent pas obtenir le statut de sujet méritant des droits et libertés [72]. Suivant Patterson, plusieurs chercheureuses ont théorisé la notion de mort sociale. Par exemple, la chercheuse Lisa Marie Cacho (2013) raconte la mort historique, culturelle et politique des personnes racisées, particulièrement celles qui sont vulnérables à diverses formes d'expulsion, de déportation, de confinement ou d'incarcération. Sur la mort sociale des personnes détenues en isolement cellulaire, la philosophe Lisa Guenther (2013, xxiii) écrit : « Ce qui rend la mort sociale différente des formes plus discrètes d'exclusion est son intensité, son omniprésence et sa permanence. » Similairement, je conçois la mort sociale comme la désignation de certaines personnes comme n'ayant pas une citoyenneté à part entière, laquelle mène à la violation de leurs droits humains les plus fondamentaux (confinement et hospitalisation forcée, contraintes physiques, etc.) et à leur délégitimation, marginalisation, exclusion ou stigmatisation généralisée. La mort sociale permet d'exercer de la violence contre ces individus et peut constituer une condition d'extrême vulnérabilité, comme c'est le cas avec les personnes suicidaires.

Medina (2017, 254) soutient que la mort épistémique « se produit quand les capacités épistémiques d'un sujet ne sont pas reconnues et qu'on ne lui accorde aucun statut, ou un statut diminué, dans les communautés et les activités épistémiques existantes ». Élargissant la distinction originale de Fricker entre l'injustice testimoniale et herméneutique, Medina (2017, 255) élabore davantage l'idée de la mort épistémique en opérant une distinction entre la mort testimoniale et la mort herméneutique. La *mort testimoniale*

72. Cette discussion sur la notion de mort sociale s'inspire de certains passages d'un texte intitulé « Voluntary HIV Acquisition as Social "Death Sentence" » coprésenté avec Victoria Pitts-Taylor à la Conférence internationale de la National Women's Studies Association en 2014. Je remercie William Hébert pour les références sur la mort sociale et Victoria Pitts-Taylor pour ses réflexions et ses contributions cruciales à ce sujet, qui sont reflétées dans ce paragraphe.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

réfère à l'impossibilité de s'exprimer parce que la voix d'une personne est totalement discréditée. La *mort herméneutique* renvoie à l'absence d'outils théoriques ou conceptuels nécessaires pour que les gens donnent un sens à leurs réalités et rendent ces réalités intelligibles aux autres. Je soutiens que les notions de mort épistémique, testimoniale et herméneutique, telles que théorisées par Medina dans le contexte du racisme, sont utiles pour réfléchir à la suicidalité. Comme je l'ai montré dans ce chapitre, les sujets suicidaires font l'expérience d'une silenciation épistémique telle qu'elle mène à la mort épistémique. En effet, le suicidisme environnant condamne la plupart des personnes suicidaires au silence et les pousse à compléter leur suicide sans avoir tenté de rejoindre qui que ce soit. Comme je le montre dans les chapitres 2 et 3, c'est particulièrement le cas des personnes racisées et des autres groupes marginalisés, incluant les personnes queers et trans, ainsi que les personnes handicapées/détraquées, pour qui le contact avec une ligne d'écoute en prévention du suicide et le déploiement de services d'urgence impliquent souvent des niveaux élevés de violence de la part des forces policières et du personnel paramédical. Pour les personnes suicidaires, la mort épistémique est souvent suivie d'une mort concrète. Quand les personnes suicidaires discutent ouvertement de leur désir de mourir du suicide, le script suicidiste préventionniste, combiné à l'injonction à la vie et à la futurité, présente leurs discours comme fous, irrationnels, aliénés ou simplement inacceptables. Leur vision du suicide comme option possible se voit refuser ne serait-ce qu'« un minimum de crédibilité », pour reprendre les mots de Medina (2017, 255), et à moins qu'elles n'adoptent le script suicidiste préventionniste (« je ne le ferai pas, je veux de l'aide pour surmonter mes idéations suicidaires »), elles ne sont pas considérées comme des sujets dans les témoignages et les échanges communicationnels sur la suicidalité. En ce sens, les personnes suicidaires font l'expérience d'une forme particulièrement prononcée de mort testimoniale. De plus, elles font l'expérience d'une mort herméneutique car, comme le décrit Medina (2017, 255), elles sont « empêchées de participer à l'élaboration du sens et des pratiques de partage du sens ». Dans ma perspective, l'absence d'une théorisation du suicidisme et de ses conséquences négatives sur les personnes suicidaires est la preuve la plus puissante que les personnes suicidaires expérimentent une forme de mort herméneutique. Proposer le suicidisme comme cadre théorique vise à combattre cette mort herméneutique et à offrir une justice herméneutique aux sujets suicidaires.

## 1.5. Mot de la fin

Ce chapitre s'appuie sur diverses tendances dans les articles scientifiques et la littérature grise sur la suicidalité venant de la suicidologie dominante ou critique, incluant des récits sociologiques/sociaux de la suicidalité et des considérations philosophiques. Après avoir passé en revue quatre modèles clés de la suicidalité — le modèle médical, le modèle de santé publique, le modèle social et le modèle de justice sociale — qui voient tous la suicidalité comme un problème à éliminer, j'ai identifié des limites de ces modèles et des stratégies de prévention du suicide qu'ils avancent, limites qui incluent des formes de sanisme et de suicidisme. Alors que les conceptualisations alternatives que j'ai présentées proposent des pistes intéressantes pour questionner la négativité,

l'irrationalité et l'inintelligibilité habituellement associées au suicide, et même pour interroger, dans certains cas, l'injonction à la vie et à la futurité en concevant le suicide comme une option potentiellement valable dans certaines circonstances, j'ai démontré que ces conceptualisations alternatives de la suicidalité ont aussi des squelettes dans leurs placards. En théorisant le suicide principalement comme une décision individuelle, personnelle et privée, et en pensant aux droits des personnes suicidaires comme des droits négatifs plutôt que positifs, ces théories pourtant innovantes reproduisent encore passivement des formes de suicidisme, étant donné que l'oppression vécue par les personnes suicidaires et le soutien qu'elles méritent pour mettre fin à la criminalisation, à la marginalisation, à l'incarcération et à la pathologisation auxquelles elles font face restent sous-théorisés depuis une approche antioppression. Bref, malgré le grand nombre d'activistes et de chercheureuses qui ont consacré beaucoup de réflexions à la suicidalité, personne n'a nommé la violence suicidiste systémique que les personnes suicidaires subissent chaque jour ou le genre d'aide et de soutien par lesquels nous pourrions leur offrir de mettre fin à la violence systémique, idéologique et matérielle qu'elles subissent. Je soutiens que développer une plus grande responsabilité vis-à-vis des personnes suicidaires et tenir compte de l'oppression qu'elles subissent enrichiraient et élargiraient sans aucun doute nos analyses intersectionnelles et antioppression. Comme le statut racisé, l'identité de genre, la classe, l'âge et l'in/capacité, la suicidalité est une composante de l'identité qui est interreliée avec les autres. De plus, le suicidisme est profondément imbriqué aux autres systèmes oppressifs, comme je le montre dans ce chapitre. Ainsi, une meilleure compréhension du suicidisme en conjonction avec le validisme, le sanisme, l'âgisme, le racisme, le classisme et le cisgenrisme, pour ne nommer que quelques oppressions, éclairerait certainement davantage les expériences difficiles vécues par les personnes les plus marginalisées dans nos sociétés, comme les personnes LGBTQ, qui sont souvent surreprésentées dans les statistiques concernant les idéations suicidaires, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

## Chapitre 2. Queeriser et transer le suicide : repenser la suicidalité LGBTQ

> *Je suis déjà assez triste, je n'ai pas besoin que ma vie empire. Les gens disent « ça ira mieux », mais ce n'est pas vrai dans mon cas. Ça empire […]. Voilà le point essentiel, la raison pour laquelle je veux me tuer. Pardonnez-moi si ce n'est pas une raison suffisante pour vous, ça l'est pour moi. […] Ma mort doit signifier quelque chose. Ma mort doit compter parmi le nombre des personnes transgenres qui se suicident cette année. Je veux qu'une personne voit ces chiffres et dise « ça ne va pas » et y remédie. Réparez la société. Je vous en prie. Au revoir.*
> — Leelah Alcorn, lettre de suicide

La mort de Leelah Alcorn, une jeune fille trans étasunienne, et sa poignante lettre de suicide citée plus haut, ont provoqué de nombreuses réactions dans les communautés queers (ou LGBQ) et trans (ou T)[73]. Sa mort a radicalisé les programmes de prévention du suicide visant les personnes LGBTQ qui, comme

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

beaucoup d'études l'ont montré, sont surreprésentées dans les statistiques sur les idéations suicidaires et les tentatives de suicide[74]. Si les taux de suicide chez les personnes LGBQ sont très élevés comparés à ceux de leurs homologues hétérosexuelles (Centre for Suicide Prevention 2019 ; Lytle *et al*. 2018), les statistiques comparant les individus cis et trans sont encore plus frappantes (Centre for Suicide Prevention 2020b ; McNeil, Ellis et Eccles 2017 ; Trujillo *et al*. 2017). Une étude auprès de plus de 27 000 personnes trans aux États-Unis et publiée en 2016 montre que « 40 % ont tenté de se suicider au cours de leur vie » et « 7 % ont tenté de se suicider l'année dernière, près de douze fois le taux de la population étasunienne (0,6 %) » (James *et al*. 2016, 10). Une étude canadienne menée par Jaimie F. Veale et ses collègues (2017, 8) auprès de 923 jeunes personnes trans indique que les « personnes transgenres qui ont entre dix-neuf et vingt-cinq ans présentent un risque presque huit fois plus élevé d'avoir des idées suicidaires sérieuses ». En 2013, l'étude menée par Greta R. Bauer et ses collègues (2013, 39) auprès de 433 personnes trans en Ontario, au Canada, conclut que « 77 % des personnes trans de plus de seize ans en Ontario ont déjà sérieusement songé à se suicider […]. Une proportion très élevée (43 %) avait déjà tenté de se suicider. » L'équipe de Trans PULSE Canada a mené un projet de recherche pancanadien en 2020, collectant des données sur la population canadienne trans et non-binaire de plus de quatorze ans. L'étude incluait 2 873 répondantes et montrait une fois de plus la forte prévalence de la suicidalité : « Une personne sur trois a envisagé de se suicider l'année précédente, et une sur vingt dit avoir tenté de se suicider l'année précédente » (Trans PULSE Canada 2020, 8). Ces statistiques nord-américaines sont assez représentatives de celles qui portent sur les populations LGBTQ dans d'autres contextes géographiques[75]. Les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont bel et bien plus fréquentes chez les personnes LGBTQ que dans le reste de la population. Cependant, les données quantitatives manquent pour déterminer si elles sont surreprésentées dans les taux de suicides complétés, car l'orientation sexuelle et l'identité de genre ne sont pas incluses dans les certificats de décès[76] (Dyck 2015 ; McNeil, Ellis et Eccles 2017). S'il ne faut pas sous-estimer l'importance des idéations suicidaires et des tentatives de suicide, les données ne semblent pas appuyer la « panique morale » au sujet du suicide chez les jeunes et les jeunes personnes LGBTQ. Les statistiques indiquent que la plupart des suicides complétés en Amérique du Nord concernent des personnes de plus de quarante ans (Beattie et Devitt 2015 ;

73. Si je préfère utiliser les expressions *communautés queers* et *trans*, dans ce chapitre j'utilise parfois l'abréviation LGBTQ pour refléter le langage qu'utilisent les auteurices dans leurs textes pour désigner ces communautés.

74. Voir, par exemple, Dyck (2015) et Adams et Vincent (2019).

75. Lire, par exemple, Cover (2012), Jaworski (2014), McDermott et Roen (2016) et Rhodanthe, Wishart et Martin (2019).

76. D'une façon similaire, Yue (2021, 71) soutient que les certificats de décès au Royaume-Uni n'identifient pas l'ethnicité ni le statut migratoire en raison de « l'amnésie coloniale et sa citoyenneté universelle blanche fictive » reflétées dans les discours sur le suicide (lire aussi Adams et Vincent 2019). De même, Froese et Greensmith (2019) soutiennent que la prévention du suicide est biaisée parle sexisme, l'hétérosexisme et le racisme. Je crois également que l'absence d'information sur l'identité de genre et l'orientation sexuelle dans les certificats de décès dénote l'existence de préjugés hétéronormatifs et cisnormatifs dans l'étude des morts et des suicides.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Canetto 1992 ; OMS 2014b ; Stefan 2016, Wray, Colen et Pescosolido 2011). Même si l'enjeu de la suicidalité des jeunes personnes LGBTQ est certainement sérieux, les jeunes sont sous-représentées dans les statistiques de suicides complétés, tandis que les adultes plus âgées sont surreprésentées. Mon but ici est de mettre en garde contre les discours alarmistes qui évoquent une « épidémie » de suicides chez les jeunes personnes LGBTQ, car l'accent âgiste mis sur les morts tragiques des jeunes peut potentiellement éclipser les taux de suicide élevés chez les personnes plus âgées (Canetto 1992 ; Centre for Suicide Prevention 2020a). Cela dit, la suicidalité demeure avec raison une préoccupation majeure quand il s'agit des populations LGBTQ.

Après la mort d'Alcorn, l'activiste/chercheur Jake Pyne (2015, dernier paragraphe) a écrit :

> Leelah nous a demandé de réparer son monde. Nous n'avons pas pu le faire à temps. […] « Ne soyez pas tristes », nous dit Leelah […]. Mais il est trop tard pour cela. Nous sommes tristes, Leelah. Et beaucoup d'entre nous sommes en colère aussi. La mort de Leelah Alcorn est un signal de réveil appelant à cesser de réparer les jeunes trans, et à commencer à réparer leurs mondes brisés à la place.

En tant qu'homme trans, bisexuel, détraqué, handicapé et suicidaire vivant dans une société qui cherche à « réparer » mon identité et ma corpomentalité au lieu de s'en prendre à l'hétérosexisme, au cisgenrisme, au validisme, au sanisme et au suicidisme, j'appuie entièrement l'appel à l'action politique et sociale de Pyne et sa critique des thérapies de conversion, qui pourraient pousser certaines personnes trans comme Leelah Alcorn à se suicider. Bien que je sois d'accord avec les activistes et chercheureuses des cercles queers et trans qui adhèrent au modèle de justice sociale de la suicidalité — lequel insiste sur les facteurs sociaux, culturels, politiques, médicaux, économiques, religieux et légaux influençant les idéations et les tentatives de suicide dans les communautés queers et trans —, et bien que j'applaudisse leurs contributions à nos communautés, je questionne aussi ce qui est en jeu dans l'adhésion sans réserve au script suicidiste préventionniste dont il est question dans le chapitre 1. Dénoncer l'hétérosexisme et le cisgenrisme pour éradiquer la suicidalité dans les communautés LGBTQ est une autre itération du discours préventionniste avancé par les autres modèles de la suicidalité, mais cette fois depuis un angle de justice sociale. Au lieu de dénoncer les problèmes potentiels des discours sur la suicidalité LGBTQ, et vu que je crois en la pertinence de ces études et de leurs impacts positifs, je voudrais poser les questions suivantes : qu'est-ce qui manque, qui est absente dans les conceptualisations de la suicidalité LGBTQ basées sur la justice sociale ? Qu'avons-nous à apprendre de ces absences ? Comment de nouvelles compréhensions de la suicidalité adoptant un cadre antisuicidiste pourraient-elles nous aider à éviter de reproduire des formes d'oppression envers les personnes suicidaires dans les cercles queers et trans ?

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Ce chapitre appelle à queeriser et à transer la suicidalité [77]. Contrairement aux travaux d'autres chercheureuses, qui disent queeriser le suicide mais qui limitent leurs analyses aux communautés queers et trans, ce chapitre entend aller un peu plus loin pour queeriser et transer le suicide dans un sens plus large, c'est-à-dire en queerisant et en transant les méthodes, théories, épistémologies et stratégies de prévention liées à la suicidalité. Queeriser signifie refuser les normes, l'assimilation et les jugements relatifs à ce qu'on considère comme (a)normal. Queeriser consiste à se réapproprier, à réencoder et à resignifier certains termes, identités, interprétations ou événements. Queeriser, c'est questionner, brouiller les frontières et réfuter les catégories binaires. D'une manière similaire à la transformation du nom *queer* en un verbe, *queeriser* (ou *queerisant*), le nom et l'adjectif *trans* est aussi utilisé comme un verbe : *transer*[78] (ou *transant*). Susan Stryker, Paisley Currah et Lisa Jean Moore (2008, 13) ont été les premières personnes à proposer d'élargir le mot *trans-* avec un trait d'union pour étendre sa signification au-delà du sens lié aux catégories de sexe/genre. Leur texte appelle à transer les catégories et les frontières : « En bref, "transer" est une pratique qui a lieu à l'intérieur des espaces genrés, aussi bien qu'entre et à travers eux. C'est une pratique qui assemble le genre dans des structures contingentes d'association avec d'autres attributs de l'être corporel, et qui permet leur réassemblage. Il [nous] est devenu familier […] de queeriser les choses ; comment pouvons-nous de même commencer à transer notre monde de manière critique ? » Comme la queerisation, le transement [*transing*] implique une transgression et une désobéissance vis-à-vis des sentiers normatifs et linéaires traditionnellement tracés pour nous.

À mes yeux, queeriser et transer la suicidalité signifient permettre aux personnes suicidaires de changer les discours normatifs sur la suicidalité en se basant sur leurs propres perspectives, besoins et objectifs. Queeriser et transer la suicidalité brouillent les frontières entre les bonnes et les mauvaises décisions sur la vie et la mort, entre la rationalité et l'irrationalité de certaines actions, entre les affects et sentiments positifs et négatifs — y compris en remettant complètement en question l'utilité de ces catégories binaires. Queeriser et transer la suicidalité permettent de resignifier les sens négatifs qui lui sont automatiquement attribués pour que des récits différents puissent émerger. Qu'une position comme la mienne ne soit pas présentée dans la recherche sur la suicidalité est le signe que ces récits différents n'existent pas ou sont censurés (ou étouffés) dans l'espace public. Queeriser et transer la suicidalité offrent des voies de remplacement et des « imaginaires résistants » (Medina 2012) aux injustices et à la mort épistémiques auxquelles sont condamnées les personnes suicidaires. Queeriser et transer la suicidalité signifient aussi atténuer l'importance habituellement accordée à la sexualité et à l'identité de genre dans les recherches sur le suicide LGBTQ. Comme l'ont démontré de façon brillante

77. Si les sous-champs des études de la santé queer et trans abordent le suicide, les études queers et trans évitent généralement de théoriser la suicidalité elle-même. Les ouvrages collectifs clés dans ces domaines effleurent à peine le sujet (par exemple : Edelman 2004 ; Stryker et Whittle 2006 ; Halberstam 2011 ; Stryker et Azura 2013 ; Raj et Irving 2014 ; Stryker 2017).

78. Sur la notion de *queeriser*, lire Halperin (2003) ; Sandahl (2003) ; McRuer (2006, 2018) ; Halberstam (2008, 2011) ; et Kafer (2013). Sur la notion de *transer*, lire Sullivan (2009) et DiPietro (2016).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

quelques auteurices en suicidologie critique comme Rob Cover (2012, 2016a, 2016b, 2020), Katrina Jaworski (2014, 2015) et Katrina Roen (2019), même dans une perspective antihétérosexiste et anticisgenriste, le fait de (sur)associer continuellement les communautés LGBTQ à la suicidalité comporte le risque de piéger les personnes LGBTQ dans un discours pathologique avec des effets potentiellement performatifs et constitutifs. Comme l'indique avec justesse Jaworski (2014, 146), « l'accent mis sur les sexualités [auxquelles j'ajouterais l'identité de genre] est normalisé quand il s'agit du suicide des jeunes queers [et trans] ».

Dans ce chapitre, j'illustre le fait que les discours sur la suicidalité LGBTQ avancés par des activistes/chercheureuses antioppression adhérant au modèle de justice sociale de la suicidalité peuvent être compris comme des formes de *somatechnologies de vie*, une terminologie utilisée dans mes recherches antérieures. Suivant les travaux de Michel Foucault, la définition des « technologies » par Teresa de Lauretis (1987, 40) comme comprenant « les discours institutionnalisés, les épistémologies et les pratiques critiques ainsi que les pratiques de la vie quotidienne » et les notions de « somatechniques » et de « somatechnologies » chez Nikki Sullivan (2007, 2009) et Susan Stryker (Stryker et Currah 2014, 187–190), je conçois les dispositifs institutionnels, les politiques sociales, les lois, les pratiques, les théories et les discours gouvernant le suicide et sa prévention comme des somatechnologies de vie construisant des sujets suicidaires morts et vivants (Baril 2017). Comme le souligne Sullivan (2009 ; Sullivan et Murray 2009), les somatechniques impliquent que les corps sont intrinsèquement transformés et constitués par diverses formes de technologies. Autrement dit, les technologies ne sont pas imposées sur un corps préexistant ou utilisées par des sujets préexistants, mais les corps et les technologies sont toujours enchevêtrés. La notion de somatechniques brise les frontières entre les corps et les technologies, qu'elle interprète comme interdépendants. De plus, les somatechnologies ne sont pas intrinsèquement oppressives ; elles peuvent aussi être libératrices, et de nouvelles formes de somatechnologies peuvent être déployées pour contrecarrer et résister à d'autres formes de somatechnologies. En somme, elles peuvent avoir des impacts positifs comme négatifs sur les groupes marginalisés. Comme je l'explique dans le chapitre 1, l'aspect normatif du système suicidiste, la contrainte à la vie de même que ses mécanismes variés, comme l'injonction à la vie et à la futurité, sont des éléments constitutifs de ces somatechnologies de vie. En effet, la contrainte à la vie n'est pas simplement le résultat d'un instinct de protection de la vie, mais quelque chose qui se forme à travers le biopouvoir et une large gamme de normes, de discours, de techniques, de lois et de pratiques — en somme, des *technologies* qui construisent la vie comme une chose qu'il faut protéger à tout prix [79]. Par conséquent, la contrainte de vivre et l'inintelligibilité du suicide sont encadrées par ces somatechnologies de vie et sont rarement reconnues ou questionnées. Des chercheureuses comme Ian Marsh (2010) et Katrina Jaworski (2014) ont démontré les aspects performatifs des discours sur la suicidalité, qui n'assument pas seulement des fonctions descriptives, mais construisent les sujets suicidaires. J'abonde dans le même sens lorsque je soutiens que ces sujets construits performativement sont aussi visés par des somatechnologies visant à les garder en vie. Incitées à vivre ou

79. Sur la manière dont certaines institutions comme les asiles cherchent à préserver la vie, lire aussi Tack (2019) et Brian (2016).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

ramenées à la vie de force par les systèmes légaux, médicaux, institutionnels et sociaux, les subjectivités/corporéités suicidaires, qu'elles soient queers, trans, ou pas, sont construites comme des vies à préserver[80].

En mobilisant librement un éventail d'outils conceptuels provenant de la théorie queer, comme la logique du « futurisme reproductif » (Edelman 2004, 9), « l'injonction morale » au bonheur (Ahmed 2010, 35), « l'art queer de l'échec » (Halberstam 2011), « l'optimisme cruel » (Berlant 2011) et « l'injonction à rester en vie » (Cvetkovich 2012, 206), et en les appliquant au sujet de la suicidalité dans une perspective de suicidologie critique, je parviens à indiquer quelques-unes des limites de certains récits antioppression sur la suicidalité LGBTQ et à souligner la valeur heuristique sous-exploitée de concepts des théories queers et trans qui pourraient nous aider à penser la suicidalité différemment. Tout comme la pression à atteindre le bonheur que soulève Sara Ahmed, laquelle a des impacts négatifs accrus sur les communautés marginalisées, la contrainte à la vie entraîne des obstacles spécifiques dans les vies des groupes marginalisés, y compris les communautés LGBTQ. Comme je l'explore dans ce chapitre, les somatechnologies de vie instituées par certains discours sur la suicidalité LGBTQ représentent des formes d'optimisme cruel dans un système suicidiste, par leur promesse d'un meilleur avenir découlant d'interventions qui aggravent souvent la vie des sujets marginalisés.

Ce chapitre se divise en trois sections principales. La première cherche à présenter les discours académiques et activistes antioppression sur la suicidalité LGBTQ, en portant une attention particulière à la suicidalité trans, étant donné que les recherches sur les communautés LGBTQ tendent trop souvent à utiliser le T comme faire-valoir en effaçant sa spécificité (Namaste 2000 ; Serano 2007). Après avoir analysé la manière dont ces discours constituent des somatechnologies de vie dans un système suicidiste, je me tourne dans la deuxième section vers certaines voix radicales qui refusent de s'appuyer uniquement sur les pratiques de prévention et qui ont été avancées par des groupes et organisations trans travaillant avec des individus trans suicidaires. L'examen de leurs arguments, en opposition aux « sauvetages » non consentis, montre à quel point il nous faut repenser (ou queeriser et transer) notre approche de la suicidalité, particulièrement en ce qui concerne les communautés marginalisées qui subissent davantage les impacts négatifs des stratégies de prévention coercitives. Cependant, comme je le démontre, même ces initiatives innovatrices ne font pas la promotion de droits positifs pour les

80. Paradoxalement, les mouvements LGBQ ont généralement soutenu le suicide assisté pour les personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées, particulièrement celles qui vivent avec le VIH/sida. Dans les sondages, la plupart des communautés LGBQ appuient la légalisation du suicide assisté (Batavia 1997 ; Magnusson 2004). Cela dit, un silence surprenant demeure au sujet du suicide assisté, et la documentation à ce sujet est rare dans les cercles queers. La gérontologue Tarynn M. Witten (2014) est une des rares auteurices à faire une brève allusion au suicide et au suicide assisté en se basant sur les commentaires de personnes ayant participé à ses études, lesquelles craignent d'être discriminées à cause de leur âge et voient la mort comme une échappatoire à la violence. Après avoir effectué des recherches sur des douzaines de sites Web d'organisations trans aux États-Unis (National Resource Center on LGBT Aging, Trans Lifeline, TransOhio, PFLAG, FORGE, Gender Justice League Washington, etc.), y compris dans les États où le suicide assisté est légalisé, j'ai constaté un manque général d'informations sur la transitude et le suicide assisté.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

personnes suicidaires. Dans la troisième section, je propose de queeriser et de transer la suicidalité en mobilisant des outils conceptuels queers, montrant comment leur potentiel reste sous-utilisé dans les discussions sur la suicidalité.

### 2.1. Les discours sur la suicidalité LGBTQ comme somatechnologies de vie

Ambrose Kirby, un activiste communautaire qui s'intéresse aux intersections entre le cisgenrisme et le validisme, illustre la position adoptée par beaucoup d'activistes/chercheureuses dans les mouvements/champs d'études queers et trans concernant la suicidalité. Comme l'explique Kirby (2014, 174–175) :

> En tant que personnes trans, nous nous faisons dire de façon disproportionnée que quelque chose ne va pas avec nous. Et la plupart d'entre nous finissons par entrer en relation avec la psychiatrie. Quand les chiffres sont si élevés, c'est qu'il y a quelque chose d'extrêmement préoccupant. Que le suicide soit une option à ce point viable n'est pas seulement triste ou tragique ; c'est le signe d'un problème politique et social plus large. Comme les jeunes autochtones, les personnes trans ne sont pas nées en voulant mourir — nous vivons dans un monde qui résiste activement à notre existence et cherche à nous contrôler et à nous contenir. Nous n'avons pas besoin de la psychiatrie, mais de la solidarité et de la justice. Nous avons besoin d'espace pour vivre.

Je suis d'accord qu'il est absolument nécessaire de créer de meilleures conditions de vie pour les personnes trans afin de réduire la suicidalité dans les communautés trans, mais contrairement à Kirby, j'affirme dans ce chapitre que le suicide *n'est pas considéré comme une option viable* par la plupart des personnes LGBTQ ou par les organisations, activistes ou chercheureuses LGBTQ, qui soutiennent fortement la prévention. Dans la documentation scientifique et non scientifique sur la suicidalité LGBTQ, les activistes/chercheureuses identifient les oppressions hétérosexistes et cisgenristes comme coupables des taux de suicidalité élevés dans les communautés LGBTQ et cherchent à prévenir la suicidalité par des changements sociopolitiques. En réaction au modèle médical de la suicidalité, qui identifiait historiquement l'orientation sexuelle et l'identité de genre comme des facteurs de risque de la suicidalité, plusieurs équipes de recherche adoptent aujourd'hui d'autres modèles pour expliquer la suicidalité LGBTQ, y compris le modèle social et le modèle de santé publique. Certaines équipes s'appuient sur les déterminants sociaux de la santé pour expliquer les taux élevés d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide, utilisant la théorie du stress minoritaire (King *et al*. 2018 ; Seelman *et al*. 2017 ; Trujillo *et al*. 2017). D'autres équipes de recherche adoptent une approche plus politique en utilisant le modèle de justice sociale de la suicidalité pour illustrer la manière dont l'hétérosexisme et le cisgenrisme affectent les communautés LGBTQ et dont les niveaux de suicidalité élevés ne peuvent être contrés qu'avec des changements sociaux, politiques, légaux et culturels (Bauer *et al*. 2015 ; Dyck 2015 ; McDermott et Roen 2016). Bauer et ses collègues (2013) identifient une série de mesures conçues pour réduire certains des facteurs pouvant augmenter la suicidalité des personnes trans — à

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

savoir des formes de violence, d'effacement, de stigmatisation et d'exclusion. L'adoption d'une perspective de justice sociale chez les activistes/chercheureuses queers et trans qui examinent la suicidalité est devenue le nouvel étalon-or. Les pages qui suivent présentent une sélection d'activistes et de chercheureuses ayant écrit sur la suicidalité queer ou trans depuis le début des années 2000 jusqu'à aujourd'hui et de textes publiés dans des livres sur les enjeux LGBTQ, la suicidalité, ou les deux. Je les présente en ordre chronologique pour montrer que, malgré une littérature croissante qui critique l'angle réductionniste sous lequel les personnes LGBTQ sont vues comme une population « à risque », soulevant les conséquences négatives de ces discours de risque sur les individus LGBTQ[81], certaines activistes et chercheureuses rejettent cette littérature critique et continuent d'adopter un discours sur le risque où l'hétérosexisme et le cisgenrisme, parmi d'autres oppressions, sont vus comme les seules *causes*, ou les causes primaires, de la suicidalité.

Le livre *Mort ou fif, la face cachée du suicide chez les garçons* , des chercheurs Michel Dorais et Simon L. Lajeunesse (2004), est un bon exemple des réflexions sur la suicidalité et les enjeux queers. Les auteurs présentent les systèmes oppressifs tels que l'hétérosexisme comme une forme de « cancer social » (14) menant à des taux de suicidalité plus élevés chez les personnes queers : « Ils ont souffert d'un cancer social méconnu mais combien destructeur, qui amène l'individu à ne plus croire ni en lui-même ni en les autres et à perdre toute envie de vivre : l'intolérance » (14). Comme Kirby, Dorais et Lajeunesse (80) soulignent que les suicides queers matérialisent l'animosité, la violence, les abus et l'effacement imposés aux sujets queers :

> Leur suicide, complété ou non, est le châtiment qu'ils s'infligent en raison de la honte qu'ils éprouvent ou qu'on leur fait ressentir de « ne pas être comme les autres ». Le suicide chez les jeunes homosexuels ou bisexuels est la conséquence directe et prévisible de l'absence de place qu'ils ont dans notre société. Tout, ou presque, concourt à leur passer le même message : on préférerait qu'ils n'existent pas. Certains d'entre eux ne comprennent que trop bien le message…

La suicidalité est conceptualisée comme une forme d'oppression intériorisée devant être éradiquée à l'aide de remèdes systémiques. Ces auteurs adhèrent sans réserve au script suicidiste préventionniste dont je traite dans le chapitre 1. Dorais et Lajeunesse soutiennent que « presque tout reste à faire pour améliorer le sort de ces jeunes et prévenir ainsi les tentatives de suicide » (103). Même si j'admire beaucoup le travail important de Dorais sur les enjeux queers au Québec et même si je reconnais qu'il a écrit cet ouvrage il y a plus de vingt ans, j'estime que les discours et les stratégies sur la suicidalité qu'il propose sont des formes de somatechnologies de vie visant à maintenir les sujets suicidaires en vie à tout prix. Ces discours sont assez représentatifs de ceux qu'on retrouve encore aujourd'hui expliquant la suicidalité par l'hétérosexisme et le cisgenrisme. Permettez-moi d'être clair : le problème de ces interprétations n'est pas qu'elles insistent sur le rôle clé de ces systèmes oppressifs dans la

81. Lire les travaux de ces auteurices critiquant ces discours sur le risque : Cover (2012, 2016a, 2016b) ; Jaworski (2014) ; Bryan et Mayock (2017) ; et Roen (2019).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

suicidalité LGBTQ, mais bien qu'elles adoptent une position causale expliquant la suicidalité par un facteur unidimensionnel : l'hétérosexisme et/ou le cisgenrisme.

Kate Bornstein (elle/iel[82]), auteurice, activiste et artiste trans, a écrit un livre consacré à la suicidalité, *Hello, monde cruel : 101 alternatives au suicide pour les ados, les freaks et autres rebelles*, en 2006. Ce livre a été le premier à proposer le slogan désormais célèbre « ça ira mieux » [*It gets better*] en lien avec la suicidalité LGBTQ[83]. Quoique le titre du livre suggère qu'il s'adresse aux jeunes, les choix de substitution au suicide qu'il propose pourraient s'appliquer aux adultes aussi ; c'est pourquoi j'ai choisi de l'analyser ici, même si mon livre se penche exclusivement sur les adultes. Mon examen de son ouvrage ne critique pas ses contributions inestimables à nos communautés queers et trans ; je cherche plutôt à mettre le doigt sur un certain nombre d'héritages invisibles concernant les personnes suicidaires. Dans ce livre, Bornstein n'essaie pas de convaincre son lectorat que le suicide est un mauvais choix, mais propose plutôt des solutions pour contrer le désir de mourir. Or, malgré l'avertissement dans les premières pages qui dit ne pas présenter le suicide comme un mauvais choix, dans le reste du livre, Bornstein présente implicitement le suicide comme une chose à éviter ou comme une non-possibilité, proposant plus d'une centaine d'options autres que la mort. Bornstein (2006, 84) répète à plusieurs endroits que les idéations suicidaires sont normales : « Au fil du temps, j'ai appris que l'envie de me suicider n'était ni mauvaise ni néfaste. » Toutefois, je suggère qu'en présentant le suicide comme une solution non viable et en exhortant les sujets suicidaires à tout faire pour éviter de se tuer, Bornstein reproduit la dynamique de silenciation dont je traite dans le chapitre 1. Effectivement, alors que de plus en plus de chercheureuses soutiennent, comme le fait Bornstein dans son livre, qu'il faut dépathologiser les idéations suicidaires et les tentatives de suicide et promouvoir les conversations honnêtes à propos de la suicidalité, cette dépathologisation et ces conversations sur la suicidalité s'accompagnent simultanément d'une forme subtile de condamnation du suicide. Comme Bornstein, plusieurs chercheureuses montrent une attitude paradoxale similaire, y compris Elizabeth McDermott et Katrina Roen, qui réussissent brillamment à dépathologiser les idéations suicidaires et les atteintes auto-infligées dans leur livre de 2016, *Queer Youth, Suicide and Self-Harm: Troubled Subjects, Troubling Norms*, mais qui persistent à refuser le suicide comme option valable. Dans de tels discours le suicide est souvent présenté comme un geste négatif de violence tournée contre soi-même :

> Et de plus en plus d'ados finissent par avoir recours à la violence contre eux·elles-mêmes ou contre les autres. Les voilà, les *freaks* de la classe qui, après des années de harcèlement, de solitude, de rejet et

82. Lorsque je me réfère à des personnes aux pronoms multiples, comme Kate Bornstein, qui utilise les pronoms elle et iel, j'inclus d'abord les pronoms multiples entre parenthèses après le nom de la personne, puis j'alterne entre les pronoms.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> d'humiliation, réagissent avec la même violence que celle avec laquelle on les a traitées. Des *outsiders* ont contre-attaqué violemment et de manière inexcusable, par exemple lors de la fusillade dans les lycées de Columbine et de Parkland ou contre le Pentagone et les tours du World Trade Center. En ne laissant aucun autre choix aux *outsiders* dans ce monde, la culture du harcèlement crée son autodestruction (Bornstein 2006, 59).

Il est intéressant de noter que Bornstein ne présente pas seulement le suicide comme un geste autodestructeur, mais établit aussi des liens avec d'autres formes de meurtre, comme les tueries de masse. Elle n'est pas la seule personne ayant souligné des similitudes entre le suicide et le meurtre (voir, par exemple, Kalish et Kimmel 2010 ; McCloskey et Ammerman 2018). Je crois que cet alignement entre le suicide et le meurtre, présentés comme deux formes de violence sur un même *continuum*, l'une tournée contre soi-même et l'autre tournée contre les autres, est préjudiciable, car il nourrit des idées fausses et des préjugés sur les personnes suicidaires (par exemple : impulsivité, irrationalité, égoïsme ou dangerosité), ce qui mène à encore plus de stigmatisation et de surveillance visant à contrôler ces individus « dangereux ». Ce discours sur le risque, le danger et la violence entourant le suicide nourrit le régime suicidiste, qui s'efforce de justifier des formes d'incarcération et des traitements inhumains infligés aux personnes suicidaires sous prétexte qu'elles sont incontrôlables. Bref, s'iel offre des conseils inestimables aux personnes suicidaires qui veulent faire face à leurs idéations suicidaires à travers une approche de réduction des risques, Bornstein présente malgré tout le suicide (et donc les personnes suicidaires) sous un jour négatif. Par conséquent, à travers son exhortation à tout essayer *sauf* le suicide, son livre *101 alternatives au suicide* agit comme une puissante somatechnologie de vie.

Dans un chapitre sur la suicidalité LGBTQ dans un ouvrage de suicidologie critique, Vikki Reynolds (2016) situe son travail au sein du modèle de justice sociale de la suicidalité, et croit que *suicide* est un terme trompeur, car il occulte le fait que les suicides sont des formes de meurtre fondées sur la haine. Comme d'autres auteurices que j'aborde ici, Reynolds (2016, 184) présente le suicide comme une forme de violence destructive tournée contre soi-même et dépeint la suicidalité comme une intériorisation du désir qu'a la société de se débarrasser des sujets indésirables, comme les personnes LGBTQ : « Comme agentes de changement, je crois que nous devons faire "appartenir" les gens à qui la haine dicte qu'ils n'appartiennent pas à ce monde, et aussi contribuer à rendre justice à ces gens et à nous toustes. […] L'injustice sociale, la haine, la stigmatisation et l'oppression créent les conditions de possibilité des horreurs du suicide. » Une fois de plus, après avoir présenté le suicide comme le résultat de systèmes oppressifs et suggéré que les populations LGBTQ sont particulièrement à risque et vulnérables, Reynolds utilise une terminologie négative (par exemple « horreurs du suicide ») qui présente la suicidalité comme unilatérale-

83. Pour une histoire et une analyse de la campagne *It Gets Better*, lire Halberstam (2010), Puar (2007, 2013), et Froese et Greensmith (2019). Cette campagne a été critiquée pour avoir individualisé des enjeux systémiques et pour avoir imposé aux jeunes LGBTQ le fardeau d'attendre un meilleur avenir, en plus d'avoir promis une meilleure vie seulement aux personnes qui peuvent être assimilées dans des cadres blancs, validistes, capitalistes et hétéroou homonormatifs.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

ment négative. En invitant les activistes/chercheureuses à mobiliser leur énergie collective pour transformer les contextes sociaux, politiques, légaux, culturels et économiques où vivent les personnes suicidaires, et ce, afin d'éradiquer la suicidalité, son discours est une somatechnologie de vie exhortant les individus suicidaires à rester en vie en attendant qu'une révolution sociopolitique crée un monde meilleur.

Dans une optique similaire, Kai Cheng Thom, une célèbre activiste, écrivaine et travailleuse sociale canadienne, propose une révolution sociale pour abolir la suicidalité. Thom a publié de nombreux textes qui abordent la suicidalité des groupes marginalisés, particulièrement des femmes trans racisées. L'importance de ses écrits sur la suicidalité justifie que je les aborde en détail dans ce chapitre. La contribution de Thom à l'amélioration des vies des communautés trans et racisées est certes inestimable, toutefois j'estime qu'à l'instar des autres auteurices que je présente dans cette section, sa position sur la suicidalité s'ancre dans une logique de la contrainte à la vie. Elle contribue ainsi, possiblement involontairement, à une plus grande marginalisation des sujets suicidaires. Pour les fins de cette analyse, je me concentre sur son livre de 2019, *I Hope We Choose Love: A Trans Girl's Notes from the End of the World*, et sur son billet de 2015 sur le blog *Everyday Feminism*, intitulé « 8 Tips for Trans Women of Color Who Are Considering Suicide ».

Dans *I Hope We Choose Love*, Thom consacre quatre chapitres à la suicidalité. Révélant sa propre relation complexe à la suicidalité en tant que femme trans racisée, Thom fait un retour critique sur ses propres discours antérieurs sur la suicidalité et sur l'évolution de ses pensées, passant d'une forme de résignation et d'acceptation à un refus radical de la suicidalité. Comme d'autres auteurices dont je traite ici, Thom (2019, 142) insiste sur le fait que, pour les communautés marginalisées, « ce monde est un lieu terrible et douloureux où vivre », et suggère que ce sont ces « environnements sociaux qui nous rendent suicidaires » (39). Cet ouvrage inclut un essai datant de 2014 dans lequel elle commentait la mort par suicide de Robin Williams, un texte vis-à-vis duquel elle prend maintenant une distance radicale. Cet ancien texte proposait une conversation nuancée sur la « réalité complexe du suicide » (37) et exprimait le besoin de mieux soutenir les voix des personnes suicidaires, trop souvent effacées par les personnes vivantes à travers les formes de sanisme et les interprétations de la suicidalité qu'elles imposent aux personnes suicidaires après leur mort. Thom dénonçait le fait qu'on présente les personnes suicidaires comme « anormales » et « folles » (38) et questionnait l'envie profonde qu'a la société de les guérir. Sans affirmer explicitement, comme je le fais ici, qu'il faut soutenir les personnes suicidaires, elle insistait sur le fait qu'il faut cesser d'individualiser, de pathologiser et de réduire la suicidalité à une maladie mentale, invitant ses lecteurices à respecter les décisions des personnes suicidaires (39) :

> Continuons donc à raconter des histoires sur le suicide — mais au lieu de saisir les histoires des autres pour leur imposer une compréhension préconçue, écoutons leur complexité, leur tension et le désordre horriblement humain qu'elles portent. Écoutons-les donc toustes, en acceptant que nous ne pourrons jamais entièrement comprendre les forces qui poussent une personne à vivre ou à mourir. Honorons et respectons les choix des personnes qui luttent et de celles qui sont désormais passées au-delà de la lutte — même si ces choix les ont

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> entraînées loin de nous. Et continuons à travailler, à écouter, à aimer, à rire […] dans l'espoir qu'un jour personne ne devra plus jamais faire ces choix.

Comme l'illustre ce passage, même si l'objectif final de Thom était alors d'améliorer les structures politiques et sociales qui créent et qui accentuent la suicidalité des groupes marginalisés, elle appelait à accepter le « choix » en regard de la mort au lieu d'imposer nos visions aux personnes suicidaires décédées, une position partageant des ressemblances avec celle que je défends dans *Défaire le suicidisme*. Un an après avoir publié son essai de 2014, Thom publie un billet de blog donnant un aperçu de la position qu'elle adoptera plus tard — insistant sur le soutien, l'amour et l'espoir des personnes suicidaires et sur la nécessité de ne pas les abandonner dans une société qui tente de s'en débarrasser. Thom (2015, § 14) demande : « Où peut-on trouver de l'espoir dans un monde qui essaie de nous tuer ? » Elle pointe du doigt le « monde brisé » sexiste, raciste, cisgenriste et validiste où nous vivons, qui rend les femmes trans racisées « plus à risque que la population générale » (§ 24) sur le plan de la suicidalité et de la santé mentale. Dans un cri du cœur poignant, elle exhorte les femmes trans racisées à rester en vie car elles ont besoin de s'entraider pour survivre dans un contexte si hostile. Le reste du texte est consacré à partager huit conseils pour rester en vie.

Ce tournant vers le soin, l'amour, le soutien et l'espoir est au cœur du chapitre « Stop Letting Trans Girls Kill Ourselves », où Thom (2019) critique sa position initiale sur le suicide. Elle questionne sa perspective précédente et les effets de celle-ci sur les communautés trans, et elle aborde ce qu'elle appelle un « thème récurrent » dans les communautés LGBTQ au sujet du soutien au suicide (42) :

> J'ai remarqué un thème récurrent qu'articulent aussi bien les individus suicidaires que certaines des communautés qui les entourent, que je trouve effrayant et perturbant : l'idée que le suicide serait un geste d'agentivité personnelle que « la communauté » devrait soutenir et défendre. Par exemple, si une fille trans veut se tuer, qu'elle y a bien pensé, qu'elle dit ne voir aucune autre option et que telle est sa décision, alors nous devrions nous abstenir d'intervenir d'une quelconque manière. Et que si elle demande de l'aide pour rendre son plan de suicide plus efficace, moins douloureux ou plus plaisant esthétiquement, alors nous devrions lui fournir cette aide.

Ayant étudié en profondeur la littérature existante en anglais et en français sur le suicide LGBTQ, je n'ai pas rencontré cette tendance qu'identifie Thom dans les articles scientifiques ou la littérature grise LGBTQ. À quelques exceptions près, comme dans les travaux de Bee Scherer (2020), dont je traite brièvement dans la prochaine section, ou encore dans ceux de T. Anansi Wilson (2016) que j'ai abordés dans le chapitre 1, *je n'ai trouvé aucune autre activiste/chercheureuse dans les cercles LGBTQ qui ait publiquement défendu le suicide comme un choix radical possible ou qui ait proposé de soutenir activement les personnes suicidaires pour les aider à poursuivre leur quête de mort, comme je le propose dans ce livre*. Comme je le démontre dans *Défaire le suicidisme*, tandis que beaucoup d'auteurices écrivant notamment sur les communautés queers et trans insistent sur l'importance de déstigmatiser les conversations sur

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

la suicidalité et même de dénoncer les traitements discriminatoires réservés aux personnes suicidaires (par exemple : Piepzna-Samarasinha 2018 ; Wright 2018), personne ne semble défendre la position que décrit Thom.

Thom (2019, 45) préconise une approche interventionniste forte, fondée sur l'espoir et l'amour, pour empêcher les gens d'accomplir leur suicide :

> Ce n'est pas une chose [continuer à aider] en laquelle on m'a appris à croire dans la communauté queer — que l'amour et le soin peuvent impliquer de suivre une personne, même après qu'elle nous a rejetée. Cela pourrait vouloir dire de continuer de chercher à rejoindre une personne après avoir échoué, puis de la contacter encore et d'échouer, encore et encore. Cet abandon et ce rejet par une personne souffrante […] peuvent être pour elle une manière de découvrir à quel point certaines personnes sont prêtes à travailler dur pour l'aider non seulement à rester en vie, mais à changer sa vie pour le mieux.

Les somatechnologies de vie à l'œuvre dans le livre de Thom sur le suicide peuvent être comprises comme faisant partie de la contrainte à la vie, la composante normative du système suicidiste, opérant par le biais d'une série d'injonctions sociales, politiques et morales, comme l'injonction à la vie et à la futurité. Thom (2019, 46) exhorte les gens à « ne jamais cesser d'essayer, ne jamais cesser de se soucier, ne jamais cesser d'aimer » et compte sur le fait que les choses s'amélioreront pour ses sœurs et elle. Grâce au pouvoir de l'amour et de l'optimisme, elle croit « que les choses iront mieux et que nous vivrons des vies longues et heureuses » (142). À l'instar de la lettre de suicide d'Alcorn, la perspective de Thom défend l'investissement de temps et de ressources considérables dans la transformation sociale. Même si je ne saurais être plus d'accord, je veux aussi insister sur le fait qu'Alcorn demande de respecter sa décision et ses raisons — une demande qui reste trop souvent inintelligible ou occultée dans les cercles queers et trans, et qui ne se traduit pas en soutien concret, comme on le voit dans les travaux de Thom, qui semble rejeter un tel soutien. Même si Alcorn nous a demandé de « réparer la société », elle ne nous a pas demandé de la forcer à rester en vie alors que nous menons une révolution pour le changement social.

Avant d'approfondir mes critiques des somatechnologies de vie intégrées dans les discours sur la suicidalité LGBTQ, je voudrais emprunter les paroles de l'activiste Leah Lakshmi Piepzna-Samarasinha (2018, 235), qui travaille sur la justice transformatrice à l'intersection des perspectives queers, trans, antiracistes et antivalidistes : « Et si certaines choses ne pouvaient pas être réparées ? […] Croire que certaines choses ne peuvent tout simplement pas être guéries est un anathème pour la plupart des gens, radicaux ou pas. Nous croyons qu'avec assez d'amour et de merveilleuses techniques et prières, tout peut se transformer. Mais se pourrait-il que certaines choses ne le puissent pas ? » C'est dans cette perspective pragmatique et réaliste que j'aborde la suicidalité. Dans un monde idéal, personne ne voudrait mourir ou se faire du mal à cause de systèmes oppressifs, et je m'accorde sur ce point avec Thom et beaucoup d'autres auteurices dont je traite dans ce chapitre. Mais nous ne vivons pas, et ne vivrons peut-être jamais, dans un tel monde. Entre-temps, nous devons trouver des solutions plus efficaces que d'attendre la révolution car, comme le remarque Piepzna-Samarasinha (2018), se battre pour changer le monde ne nous amène pas magiquement à se sentir moins suicidaires — à tout

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

le moins, ce n'est pas mon cas ni celui de toutes les personnes suicidaires que je connais. Évidemment, les solidarités et les amitiés vécues dans l'activisme peuvent nous aider à briser l'isolement, nous aider à vivre avec nos traumatismes ou nous donner assez de force pour affronter un monde aride. Mais pour certaines personnes, ces relations sociales ne sont pas suffisantes pour éradiquer le désir ou le besoin de mourir. Si nous voulons rendre le monde responsable vis-à-vis des personnes queers, trans et d'autres groupes marginalisés, nous devons faire le même travail pour les personnes suicidaires — une tâche qui n'a pas encore été accomplie dans les cercles queers et trans. Pour commencer ce travail, les quatre sous-sections qui suivent proposent des critiques des discours sur la suicidalité LGBTQ.

### 2.1.1. Les stéréotypes sur les personnes LGBTQ suicidaires

Les chercheuses Audrey Bryan et Paula Mayock (2017, 66) montrent comment les recherches sur la suicidalité LGBTQ, malgré leurs meilleures intentions visant à identifier les structures sociales contribuant à la suicidalité, adoptent paradoxalement un certain « consensus sur le suicide » au sujet des populations dites à risque, comme les personnes LGBTQ. Ces deux autrices ne contestent pas seulement les statistiques sur les suicides LGBTQ qu'utilisent régulièrement les activistes/chercheureuses pour dénoncer les facteurs systémiques en jeu dans la suicidalité, mais elles soutiennent aussi que ces statistiques contribuent à présenter les individus LGBTQ comme des victimes vulnérables. La représentation stéréotypée des personnes LGBTQ par rapport à la suicidalité peut avoir des conséquences préjudiciables. En effet, présenter les personnes LGBTQ comme vulnérables au lieu de se concentrer sur les systèmes hétérosexiste et cisgenriste peut *produire* de la vulnérabilité chez ces sujets, comme l'ont démontré des suicidologues critiques comme Cover (2012, 2016a, 2020), Jaworski (2014), McDermott et Roen (2016) et Roen (2019). Quand les concepts de désespoir, de solitude, de victime, de souffrance, de douleur, d'isolement, de misère et de stress minoritaire sont associés aux personnes LGBTQ, il reste peu de place pour conceptualiser d'autres caractéristiques de ces identités, comme la résilience, les stratégies d'adaptation ou la solidarité.

En plus de réitérer des stéréotypes associés aux personnes LGBTQ, ces discours explicatifs de la suicidalité LGBTQ tendent à reproduire certaines formes de violence hétérosexiste et cisgenriste, comme de réduire les personnes LGBQ à leur sexualité et les personnes trans à leur transitude. Les personnes membres des communautés queers et trans sont souvent réduites à un aspect unidimensionnel de leur identité sur la base des normes et structures dominantes — à savoir leur identité sexuelle et genrée —, effaçant ainsi la complexité de leurs identités et leurs expériences à l'intersection de plusieurs oppressions. Interpréter la suicidalité queer et trans à travers le prisme de l'hétérosexisme et du cisgenrisme se base donc sur une lecture non intersectionnelle des identités et des oppressions. En effet, même si les personnes queers et trans peuvent subir de la violence à cause de leur sexualité et leur identité de genre, les difficultés qui influencent le plus puissamment leur suicidalité peuvent être liées à des discriminations racistes, colonialistes, classistes, validistes ou âgistes. Qui plus est, les individus suicidaires queers et trans appartenant à des groupes plus privilégiés peuvent aussi subir une

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

violence systémique limitée (la blancheur et d'autres privilèges atténuent la violence hétérosexiste et cisgenriste), auquel cas leur désir de mort peut entièrement s'expliquer par d'autres facteurs. Par ailleurs, le rôle du suicidisme est un facteur crucial apparemment oublié dans la suicidalité queer et trans. Quand des activistes/chercheureuses qui adhèrent au modèle de justice sociale de la suicidalité insistent sur le fait que les personnes LGBTQ restent silencieuses et ne contactent personne à cause de l'hétérosexisme et du cisgenrisme des services de prévention du suicide, et lorsqu'iels interprètent la crainte qu'ont les personnes LGBTQ de parler comme résultant du fait qu'elles ne correspondent pas aux normes sexuelles ou de genre, ces activistes/chercheureuses négligent le fait que ces formes d'autosilenciation et d'étouffement testimonial peuvent parfois être davantage liées à l'oppression suicidiste qu'à l'hétérosexisme ou au cisgenrisme. Réduire la suicidalité des personnes queers et trans à leur queeritude ou à leur transitude n'efface pas seulement une bonne partie de leurs vies et de leurs identités, mais fournit une explication unidimensionnelle à un phénomène multidimensionnel.

### 2.1.2. Les explications simplistes de la suicidalité LGBTQ

Dans l'esprit de Cover (2016b, 97), qui critique le « portrait simpliste de "l'oppression", lequel aborde de manière problématique le suicide à partir d'une causalité unique et linéaire (même si elle est sociale) », je crois que les discours qui se basent sur l'idée que la haine tue, qu'il s'agisse d'une violence hétérosexiste, cisgenriste, colonialiste, raciste ou validiste, utilisent des explications réductrices de la suicidalité, qui n'ont pas été remises en question. Comme le démontrent d'autres auteurices, la plupart des personnes LGBTQ ne sont pas suicidaires (Bryan et Mayock 2017 ; Cover 2020). Ainsi, en se concentrant sur les dimensions sociopolitiques de la suicidalité queer et trans, ces discours tendent à négliger la complexité inhérente à la suicidalité. Alors que les structures sociales, politiques, économiques, légales et normatives peuvent jouer des rôles importants dans l'état émotionnel et psychologique d'un individu, les structures sociales ne peuvent entièrement expliquer la suicidalité. Si c'était le cas, la grande majorité des personnes queers et trans seraient suicidaires. Ainsi, des raisons individuelles et subjectives (liées néanmoins à des structures sociales) mènent certaines personnes à songer au suicide plus que d'autres. En somme, identifier les systèmes hétérosexiste et cisgenriste comme seules causes ou causes principales du suicide est réducteur et néglige d'autres facteurs. Comme l'indique le chercheur Jack Halberstam dans son analyse critique de la campagne *It Gets Better*, « le simple fait qu'un adolescent est gay et qu'il s'enlève la vie ne signifie pas qu'il s'est tué parce qu'il était gay » (2010). L'étude de Bryan et Mayock (2017, 73) montre que beaucoup de tentatives de suicide chez les personnes LGBTQ ne sont pas liées à la sexualité ou à l'identité de genre :

> Les données de l'enquête révèlent que moins de la moitié (46,7 %) des personnes qui ont tenté de se suicider à au moins une occasion sentaient que leur première tentative de suicide était liée de manière directe ou principale (« très liée » ou « liée en grande partie ») à leur

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

identification LGBT (n = 92). Cela suggère l'implication d'une constellation complexe de facteurs, incluant souvent l'identification LGBT d'une personne, sans s'y limiter.

En somme, tandis que l'hétérosexisme et le cisgenrisme peuvent *déclencher* des idéations suicidaires, la majorité des personnes queers ou trans ne se suicident pas et ne tentent pas de le faire ; interpréter leur suicidalité comme étant *causée* par des structures et des idéologies oppressives néglige donc la complexité de ce phénomène multifactoriel. Cette interprétation est également le résultat d'une analyse non intersectionnelle des identités et des oppressions. Ces faits nous invitent à user de prudence dans nos conclusions et à élargir nos manières de penser la suicidalité, ainsi que les stratégies et recommandations d'interventions à son égard.

### 2.1.3. Les solutions incomplètes pour aider les personnes suicidaires

Les activistes/chercheureuses qui adhèrent au modèle de justice sociale comprennent souvent la suicidalité comme une réaction « horrible » à l'oppression. Une des conséquences de cette focale sur l'oppression est que les recommandations qui en résultent se basent principalement, voire entièrement, sur l'éradication ou la « résistance à la haine, la pratique de la solidarité et la transformation de la société pour qu'elle soit inclusive » des personnes LGBTQ (Reynolds 2016, 184). Je donne ici trois exemples de recommandations centrées sur l'identité LGBTQ et l'hétérosexisme/cisgenrisme au lieu de la suicidalité elle-même et du suicidisme. Premièrement, tandis que Bauer et ses collègues (2015, 12) font preuve de nuance dans leur conceptualisation de la suicidalité trans et évitent l'erreur de fournir une explication *causale* basée sur le cisgenrisme et la cisnormativité, iels insistent toutefois sur l'importance d'agir sur ce qu'iels appellent les « facteurs susceptibles d'intervention » [*intervenable factors*] dans la suicidalité trans : « Nos découvertes fournissent des données probantes montrant que l'inclusion sociale (soutien social, soutien des parents spécifique au genre, documents d'identité), la protection contre la transphobie (violence interpersonnelle) et les transitions médicales peuvent avoir des effets potentiellement considérables sur les taux élevés d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide dans les communautés trans. » La même équipe présente des statistiques projetées de réduction des idéations suicidaires et des tentatives de suicide si les personnes trans étaient, par exemple, moins ciblées par la violence administrative (à travers les documents officiels d'identification) ou par la violence cisgeniste, ou si elles avaient accès à des soins de santé ou à un soutien social transaffirmatifs. Deuxièmement, le chapitre « Quelques pistes de prévention » du livre de Dorais et Lajeunesse (2004, 71–80) offre des recommandations pour la prévention du suicide en trois axes : (1) offrir un soutien accru pour briser l'isolement des personnes queers, (2) en finir avec la honte des personnes queers en défendant des droits égaux et une reconnaissance sociale, et (3) contrecarrer la stigmatisation des identités queers en célébrant la diversité. Troisièmement, un autre exemple provient d'un rapport issu d'un sommet sur le suicide chez les jeunes LGBTQ (Dyck 2015). Il est frappant que l'intégralité ou presque de ses vingt recommandations se concentrent sur les enjeux LGBTQ, que ce soit la mise en œuvre de politiques

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

sociales spécifiques aux personnes LGBTQ (recommandation n° 2), le développement des connaissances et des compétences culturelles LGBTQ (recommandation n° 3), les *curriculums* LGBTQ dans les écoles (recommandation n° 7) ou les guides de prévention du suicide pour les personnes LGBTQ (recommandation n° 18). Si les recommandations avancées dans ce rapport sont inestimables, elles tendent à ignorer d'autres solutions qui vont au-delà de l'identité sexuelle ou de genre, ou de l'hétérosexisme et du cisgenrisme. Certes, je souscris aux mesures pertinentes dans ces trois exemples visant à éradiquer l'hétérosexisme et le cisgenrisme, cependant je me demande encore ce qu'elles ont à offrir aux personnes suicidaires LBGTQ dont la sexualité ou l'identité de genre ne sont pas au cœur de leurs idéations suicidaires. Ces recommandations offrent également peu d'outils concrets pour les personnes suicidaires sur le plan individuel. Tenter de changer le monde par l'activisme peut assurément aider de plusieurs manières, mais cela ne garantit pas la disparition des idéations suicidaires et ne facilite pas nécessairement la vie quotidienne pour les personnes suicidaires. En somme, si ces solutions sont pertinentes et révolutionnaires pour les communautés queers et trans, elles sont insuffisantes pour les personnes suicidaires dans une perspective antisuicidiste.

En plus de ces recommandations, nous devons entreprendre une analyse du suicidisme en nous concentrant sur les voix des personnes suicidaires, quelle que soit leur sexualité ou leur identité de genre, pour mieux comprendre la suicidalité. Une telle analyse pourrait révéler l'importance significative d'autres facteurs qui sont sous-théorisés dans les conceptualisations courantes de la suicidalité LGBTQ. Comme dans d'autres modèles de la suicidalité, beaucoup d'activistes/chercheureuses qui adhèrent au modèle de justice sociale semblent présumer savoir ce qui est le mieux pour les personnes suicidaires et assument que leurs solutions et recommandations pour diminuer les taux de suicide sont celles qui servent le mieux ces personnes, alors que cette présomption n'est peut-être pas exacte. Malgré de nombreuses initiatives ciblant les personnes suicidaires queers et trans, ces dernières continuent à *ne pas chercher d'aide*, même auprès des organisations LGBTQ qui travaillent en prévention du suicide. Une étude de Megan C. Lytle et de ses collègues (2018, 1923) montre que, « parmi les personnes participantes ayant rapporté des idéations ou des comportements suicidaires, une grande portion d'entre elles ne cherchaient pas d'aide (73,1 % des hommes gays, 33,3 % des hommes bisexuels, 42,9 % des femmes bisexuelles, 14,3 % des femmes lesbiennes, 41,2 % des individus queers) quand elles considéraient le suicide ou tentaient de se suicider. Les personnes qui cherchent de l'aide contactent le plus souvent une amie. » Ces chiffres sont choquants, mais ils confirment les résultats d'autres recherches sur la suicidalité dans divers groupes, et pas uniquement chez les personnes queers et trans. Comme je le note dans le chapitre 1, les personnes suicidaires dans leur ensemble tendent à ne pas chercher d'aide, particulièrement quand elles souhaitent compléter leur suicide. Nul doute que les communautés queers et trans bénéficieraient des recommandations propres à la suicidalité LGBTQ, comme celles-ci proposent des transformations systémiques nécessaires pour améliorer les conditions de vie des groupes marginalisés, mais je ne suis pas convaincu que ces changements diminueraient les taux de suicide des personnes LGBTQ ou qu'ils augmenteraient significativement le nombre de personnes qui cherchent de l'aide avant de mener à bien leurs plans suicidaires, comme ces recommandations ignorent le rôle clé du suicidisme. En résumé,

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

nous devons consacrer plus d'énergie à écouter les individus suicidaires, à leur demander quels services ils trouveraient utiles pour voir quelles initiatives sociales, politiques, culturelles, médicales, spirituelles et légales pourraient être mises en place pour les soutenir. Toute recommandation sur la suicidalité devrait se baser principalement sur les besoins des personnes suicidaires et tenir compte des régimes suicidistes. D'excellents exemples d'interventions centrées sur les besoins et les voix des personnes suicidaires, comme des interventions communautaires et des groupes de soutien par les pairs, sont présentés plus loin dans ce chapitre.

### 2.1.4. Le traitement saniste et suicidiste des personnes LGBTQ suicidaires

Malgré leurs bonnes intentions et leurs contributions inestimables soulignant le rôle des systèmes d'oppression dans la suicidalité, les activistes/chercheureuses queers et trans reproduisent parfois des formes de sanisme et de suicidisme. Comme je l'ai montré dans le passé, les communautés queers et trans ont mobilisé des récits validistes et sanistes dans leur quête légitime de reconnaissance et de dépathologisation (Baril 2015). Des slogans comme « les queers ne sont pas malades » ou « les personnes trans ne sont pas des malades mentaux » sont utilisés abondamment dans l'activisme et dans la recherche queers et trans pour dépsychiatriser la diversité sexuelle et de genre, mais ce langage a pour effet de marginaliser les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées. De plus, la pathologisation de la maladie, de la souffrance et du handicap reste peu questionnée. Alors qu'il existe de plus en plus de recherches à l'intersection des études queers et du handicap [84] ou des études trans et du handicap [85], plusieurs discours sur les enjeux queers et trans demeurent teintés par des formes de validisme et de sanisme, y compris lorsqu'ils abordent la suicidalité. À cause d'une absence d'analyse issue des perspectives critiques du handicap/*Mad*, la maladie mentale est diabolisée et est souvent présentée comme une réalité de laquelle les personnes queers et trans devraient se dissocier. Par exemple, McDermott et Roen (2016, 11) écrivent qu'« il est crucial de trouver d'autres manières de réfléchir à la détresse émotionnelle, au suicide et aux atteintes auto-infligées pour éviter d'associer directement les identités sexuelles et de genre marginalisées à la maladie mentale ». Cet exemple n'en est qu'un parmi plusieurs dans les recherches sur la suicidalité LGBTQ. En réalité, dans une perspective de justice sociale, il est presque impossible de trouver des références qui ne dissocient pas clairement la suicidalité LGBTQ de la maladie mentale, comme si cette dernière était en soi si mauvaise qu'il faudrait en purger les communautés LGBTQ.

En plus du validisme et du sanisme, certaines activistes/chercheureuses traitant de la suicidalité LGBTQ reproduisent aussi des formes de suicidisme. Le suicidisme se présente dans ces écrits sous trois formes principales, que j'ai abordées dans le chapitre 1 : (1) présenter une image négative des gens suicidaires, (2) réduire au silence les personnes suicidaires, et (3) appuyer des stratégies coercitives de prévention du suicide. Premièrement, l'image négative

84. Lire, par exemple, McRuer (2006, 2018), McRuer et Mollow (2012), et Piepzna-Samarasinha (2018).

85. Lire, par exemple, Clare (2009, 2017) ; Baril (2015) ; Baril, Pullen Sansfaçon et Gelly (2020) ; Baril *et al.* (2020) ; et Obourn (2020).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

des personnes suicidaires apparaît sous une forme subtile où le suicide est présenté comme un « problème à régler », dépeignant ainsi les personnes suicidaires comme des personnes brisées ayant besoin d'être réparées. Le vocabulaire péjoratif entourant la suicidalité et les stéréotypes associés aux personnes suicidaires (des personnes lâches, égoïstes ou choisissant une sortie facile) sont présents implicitement ou explicitement. Par exemple, quand Thom (2019, 142) estime qu'« il serait si facile d'aller là-bas » (c'est-à-dire de se suicider), elle sous-entend que la suicidalité est un choix facile et que continuer à vivre est l'option la plus courageuse. L'idée selon laquelle vivre une vie en tant que personne queer ou trans dans le contexte actuel de violence serait brave et révolutionnaire traverse beaucoup de sources que j'analyse dans ce chapitre. Thom (2015) estime que « chaque respiration que nous prenons est un autre pas vers la révolution ». Bornstein (2006, 54) utilise le terme *brave* pour décrire les gens qui résistent à l'envie de se suicider. Ce qui est encore plus inquiétant que ces messages implicites est le fait d'attribuer certaines caractéristiques aux personnes qui confrontent les systèmes oppressifs et qui refusent le suicide, et de les opposer à celles qui « échouent » à le faire et qui intériorisent et retournent les messages haineux contre elles-mêmes. Par exemple, Dorais et Lajeunesse (2004, 45) introduisent quatre « scénarios adaptatifs au rejet [hétérosexiste]. […] Il s'agit des scénarios du *parfait garçon*, du *fif de service*, du *caméléon*, et du *rebelle.* » Les auteurs associent les deux premiers types au refus de l'orientation sexuelle, le troisième à une réponse mitigée à l'orientation sexuelle, et le quatrième type à l'acceptation de la queeritude et au refus de l'hétérosexisme. Ces personnes queers rebelles sont dépeintes comme combatives et possédant des mécanismes d'adaptation sains, de bonnes compétences pour survivre, un grand sens de l'humour et la créativité de trouver des solutions autres que de se faire du mal et de s'autodétruire. Permettez-moi d'être clair : ces multiples auteurices ne décrivent jamais explicitement les personnes suicidaires comme lâches ou pathologiques. Néanmoins, en lisant leurs descriptions des personnes qui décident de rester en vie, qui rejettent le suicide et qui combattent les systèmes d'oppression comme des survivantes courageuses, je me demande jusqu'à quel point les personnes suicidaires qui tentent de se suicider ou qui y parviennent sont implicitement dépeintes comme l'opposé de ces personnes queers et trans rebelles et en santé.

Deuxièmement, les discours sur la suicidalité LGBTQ contribuent à réduire au silence les individus suicidaires. Les projets de recherche analysant les discours des personnes LGBTQ suicidaires citent souvent ces dernières en train de partager leurs craintes et les difficultés et les écueils qu'elles rencontrent quand il s'agit de parler de la suicidalité et des atteintes auto-infligées (par exemple Dorais et Lajeunesse 2004 ; McDermott et Roen 2016). Les personnes LGBTQ ne se sentent clairement pas confortables et en sûreté lorsqu'elles abordent ces sujets. Néanmoins, au lieu de percevoir cet inconfort et cette crainte comme participant d'un système suicidiste, beaucoup d'auteurices concluent que d'autres structures idéologiques et matérielles, comme l'hétérosexisme et le cisgenrisme, empêchent les personnes suicidaires de parler. Ces conclusions ratent l'opportunité de mettre en lumière la violence suicidiste qui influence ces formes d'autosilenciation. Qui plus est, elles représentent elles-mêmes des formes de silenciation, vu qu'elles n'explorent pas

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

en détail les causes de la crainte de s'exprimer qu'éprouvent les personnes suicidaires. À la place, elles présument simplement que la cause se trouve dans d'autres systèmes d'oppression que le suicidisme.

Troisièmement, beaucoup d'activistes/chercheureuses qui théorisent la suicidalité queer et trans adhèrent à l'idée qu'il faut tout essayer pour sauver les vies des personnes suicidaires, entérinant ainsi explicitement ou implicitement les stratégies coercitives de prévention du suicide. Comme le note Thom (2019), nous ne pouvons jamais abandonner les personnes suicidaires. McDermott et Roen (2016, 147) insistent aussi sur l'importance de dépathologiser la suicidalité, tout en s'abstenant de la soutenir : « Nous ne défendons en aucun cas les atteintes auto-infligées ou le suicide comme des stratégies valables pour affronter les problèmes de la vie. » Il ne s'agit que de deux exemples d'activistes/chercheureuses qui, tout en accomplissant un travail important pour déstigmatiser et dépathologiser la suicidalité queer et trans, continuent dans une certaine mesure de souscrire au script suicidiste préventionniste. De plus, il faudrait laisser les sujets suicidaires qui ne peuvent pas être sauvés par la prévention se débrouiller tout seuls, comme le suggère Thom (2019, 46) : « Si une femme trans décide de mourir, c'est sa décision et je ne vais pas la couvrir de honte ou la pathologiser. Mais il y a une énorme différence entre le fait de ne pas pathologiser ou culpabiliser le suicide et le fait d'en être complice. » En somme, rares sont les activistes/chercheureuses étudiant la suicidalité LGBTQ qui dénoncent les impacts négatifs des mesures coercitives de prévention du suicide, la plupart appuyant plutôt le script préventionniste pour sauver des vies LGBTQ. La section qui suit met en lumière deux discours alternatifs sur la suicidalité ayant été avancés par des organisations par et pour les personnes trans.

### 2.2. Les approches alternatives de la suicidalité trans : Trans Lifeline et DISCHARGED

Au niveau international, les auteurices et les organisations qui proposent de repenser radicalement (ou, peut-on dire, de transer ou de queeriser) les stratégies de prévention du suicide se comptent sur les doigts de la main. Certaines de ces approches alternatives visent à accompagner les individus suicidaires plutôt qu'à sauver des vies. C'est notamment le cas de mon « approche des soins de santé affirmatifs du suicide » (Baril 2020c, 25) et de l'approche basée sur l'« accompagnement à la mort » [*death counselling*] de Scherer (2020, 148). Fait intéressant à noter : iel et moi nous identifions également comme trans et suicidaires[86]. Dans une perspective intersectionnelle, queer, trans et féministe, Scherer évoque la possibilité que le suicide soit une option dans certains cas et prône des stratégies de prévention non coercitives. Tout en endossant le discours critiqué plus haut selon lequel « les normes-scripts sociaux tuent » (Scherer 2020, 143) et l'argument selon lequel les formes systémiques de violence mènent à la suicidalité comme « meurtre

86. C'est le cas de LeMaster (2022, 2) (elle/iel), qui s'identifie aussi comme trans et suicidaire et qui appelle à « communiquer une suicidalité libérée de toute stigmatisation, honte et oppression » en adoptant mon cadre antisuicidiste. S. Corr, une personne suicidaire non-binaire que je cite dans l'introduction, adhère aussi au cadre que je propose, tout comme plusieurs autres personnes trans et non-binaires qui m'ont contacté au fil des ans.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

différé » (144), Scherer aboutit néanmoins à une conclusion différente des auteurices que j'aborde plus haut, proposant d'écouter les individus suicidaires avec un esprit ouvert au lieu d'essayer de les sauver à tout prix. Iel écrit (148) :

> Je propose de repenser la « prévention du suicide » en termes d'accompagnement [*counselling*] : l'exploration de blessures sans jugement et avec des résultats flexibles. […] Nous pourrions appeler de tels services des « accompagnements de fin de route » ou des « accompagnements à la (résolution de la) mort ». Ainsi, nous prendrions au sérieux à la fois l'autonomie et l'agentivité des personnes vivant avec un désir de mort et/ou de résolution par la mort à cause de meurtres différés ou de délibérations éthiques, et la souffrance des êtres chers survivant aux morts autoaccomplies, dont on peut comprendre qu'ils puissent être troublés par le recadrage de la « prévention » en un processus d'accompagnement dont les résultats sont flexibles.

Scherer soutient que ces « accompagnements à la (résolution de la) mort » chercheraient à distinguer les actions basées sur la délibération autonome des « désirs de mort pseudo-agentifs » (149). Iel estime que, dans certains contextes, la mort par suicide pourrait constituer une « décision éthiquement acceptable » (149). Comme je le proposais dans mes travaux antérieurs (Baril 2017, 2018, 2020a, 2020b, 2020c), Scherer suggère qu'une approche moins centrée sur un programme de prévention pourrait étonnamment sauver plus de vies en déstigmatisant véritablement la suicidalité et en permettant des conversations honnêtes d'avoir lieu.

Parmi les rares initiatives qui repensent radicalement les approches de prévention du suicide, figurent deux projets menés par des personnes trans sur la base du principe de soutien par les pairs : le projet DISCHARGED et Trans Lifeline[87]. Dans leur rapport intitulé « "All I Need Is Someone to Talk To": Evaluating DISCHARGED Suicide Peer Support », Leo Rhodanthe, Emery Wishart et Robyn Martin (2019) se penchent sur une initiative australienne basée sur le soutien par les pairs des personnes trans vivant avec la suicidalité. Il est intéressant de noter, une fois de plus, que deux des auteurices du rapport (Rhodanthe et Wishart) ont une expérience vécue de la suicidalité. Ancré dans les valeurs d'Alternatives to Suicide, une approche de soutien par les pairs élaborée aux États-Unis et fermement opposée à l'intervention coercitive sur les individus suicidaires, le projet DISCHARGEDfootnote:discharged est un acronyme de « *Deserving of Inclusion, Support, Community, Hope, Authenticity, Respect, Growth, Empathy, and Determination* » (méritant l'inclusion, le soutien, la communauté, l'espoir, l'authenticité, le respect, la croissance, l'empathie et la détermination).] a été lancé en 2018 avec l'intention spécifique de répondre aux besoins des communautés trans (Rhodanthe, Wishart et Martin 2019, 11). Comme le soulignent les auteurices, l'objectif d'Alternatives to Suicide et de DISCHARGED est d'offrir un espace sûr où parler. *Sauver des vies est un but secondaire.* Rhodanthe, Wishart et Martin (2019, 9) expliquent :

87. Sur les groupes de soutien par les pairs, lire également Lundström (2018) et Marsh, Winter et Marzano (2021).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> Dans les groupes d'Alternatives to Suicide, les pairs écoutent attentivement les histoires des gens au lieu d'essayer de « réparer » ou de diagnostiquer ces derniers. Ces groupes diffèrent des autres initiatives de prévention du suicide du fait que l'objectif n'est pas de forcer les gens à rester en vie à chaque moment, mais de les soutenir à créer une vie pleine de sens qu'ils souhaitent vivre. Ne pas s'enlever la vie n'en est qu'un effet secondaire.

Ces chercheureuses ont mené des entretiens avec des personnes trans suicidaires et des personnes trans pairs aidantes et concluent que toutes ces personnes s'accordaient pour dire que ce qui est le plus désespérément nécessaire est de cesser les interventions forcées, de mettre en place des espaces plus sûrs où parler de la suicidalité sans jugement, et que les individus suicidaires soient accompagnés sans craindre des interventions cliniques et les conséquences négatives du fait de dévoiler des plans et idéations suicidaires (voir aussi Krebs 2022). Autrement dit, elles insistent sur le besoin de démanteler les mécanismes suicidistes présents dans les interventions sur le suicide. Rhodanthe, Wishart et Martin (2016, 3–4) écrivent :

> Le besoin des participantes est simple — qu'une personne digne de confiance puisse les écouter en profondeur et être à leurs côtés. L'incapacité ou la réticence qu'ont les services en santé mentale à écouter et à accepter la détresse des participantes, ce qu'on appelle une réaction « réflexe », les réduisent au silence et à l'impuissance, érodant leur autonomie. Finalement, ces réponses influencent ce que les participantes disent aux cliniciennes, menant souvent à la non-divulgation des idées suicidaires et servant à isoler davantage les gens en détresse. Les participantes ont aussi évoqué des expériences déshumanisantes et punitives avec les services en santé mentale. Tout particulièrement, les participantes ont rapporté avoir été mal comprises et considérées comme incapables de savoir ce dont iels ont besoin. Cela signifie que les soins cliniques se déploient dans un contexte de peur qu'une hospitalisation volontaire devienne involontaire, menant les personnes à censurer ce qu'elles divulguent par peur de perdre leur autonomie. À l'inverse, DISCHARGED procure un espace sûr et de confiance où explorer leurs expériences et leurs idées sans rencontrer de réaction réflexe ou avoir besoin de censurer leurs propos. Avoir un espace où parler, où être entendues et affirmées a créé des conditions pour que les gens fassent l'expérience d'une autodétermination, d'un contrôle, d'un sentiment de pouvoir et d'une production de sens accrues. Le pouvoir d'avoir un espace où partager librement avec des témoins permettait de libérer les émotions accablantes et aidait les participantes à mieux comprendre pourquoi et comment certains événements les troublent.

La relation de confiance entre les personnes suicidaires et les pairs facilitateurices est au cœur de cette approche. Les individus suicidaires sont vus comme des experts de leur réalité et de la manière d'aider et de soutenir les autres personnes suicidaires. Cette approche est transformative et renforce l'autonomie des participantes et des pairs facilitateurices trans. Tandis que l'échantillon restreint du rapport ne permet pas de faire des généralisations sur

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

son efficacité, les auteurices concluent que cette approche radicale de soutien par les pairs présente des bénéfices et avantages clairs, et j'appuie incontestablement leurs conclusions.

Similairement, l'organisation communautaire Trans Lifeline offre un service de ligne d'écoute pour les personnes trans aux États-Unis et au Canada depuis 2014. Dans sa puissante contribution à l'ouvrage *Beyond Survival: Strategies and Stories from the Transformative Justice Movement* (Dixon et Piepzna-Samarasinha 2020), intitulée « Why No Non-Consensual Active Rescue ? », l'organisation répond à une question qu'elle reçoit fréquemment du public et des milieux d'intervention de crise, demandant pourquoi ses bénévoles choisissent de ne pas appeler les autorités (police, ambulance, etc.), même quand une personne est activement suicidaire, sauf si cette dernière y consent. Cette décision constitue l'une des trois valeurs fondamentales de l'organisation : n'avoir que des téléphonistes trans, promouvoir le soutien pas les pairs et ne jamais contacter les services d'urgence sans le consentement de la personne suicidaire[88]. Trans Lifeline (2020, 136) affirme que ce dernier principe entre radicalement en opposition avec les valeurs des autres lignes d'écoute en prévention du suicide, qui s'appuient sur l'intervention des services d'urgence quand cela semble nécessaire pour la prévention. L'organisation croit fortement que « le sauvetage actif non consenti » engendre davantage de risques pour les personnes suicidaires et que ces risques sont plus élevés et plus sévères pour les groupes marginalisés, comme les communautés racisées ou trans (136) :

> En octobre 2015, Trans Lifeline a interrogé environ 800 personnes trans aux États-Unis sur leurs expériences d'utilisation des lignes d'écoute en prévention du suicide. Environ 70 % des répondantes ont déclaré n'avoir jamais contacté une ligne d'écoute en prévention du suicide. Environ la moitié des personnes ont souligné qu'elles avaient vécu une crise, mais qu'elles ne se sentaient pas en sécurité de contacter une ligne d'écoute. Environ un quart des répondantes ont déclaré avoir interagi avec les forces de l'ordre ou le personnel d'urgence à la suite d'un appel de crise, alors qu'une personne sur cinq avait été placée involontairement en isolement psychiatrique. […] Encore et encore, les membres de notre communauté — y compris nos propres bénévoles — nous disent qu'un des facteurs les plus décisifs dans la recherche d'aide est le fait d'avoir ou non à subir un sauvetage actif.

Trans Lifeline soutient que les sauvetages non consentis augmentent la suicidalité à cause des traitements violents, dommageables et inhumains imposés aux sujets trans suicidaires par la police, le personnel médical et d'autres intervenantes. En effet, des études quantitatives montrent que les communautés trans subissent des formes de discrimination, de violence et de stigmatisation sévères par la police et les systèmes de santé et de services sociaux[89]. Trans Lifeline indique avec raison que, si nous reconnaissons que les

88. Le site Web de Trans Lifeline partage aussi dix principes, comprenant la réduction des risques, le consentement éclairé, l'autonomie et l'autodétermination. L'approche queercrip du suicide que je présente dans le chapitre 5 inclut certains de ces principes. Voir aussi Martin (2011) sur l'importance de la confiance dans les interventions sur le suicide.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

interactions avec la police ou le système de soins de santé constituent des situations dans lesquelles les communautés trans subissent une violence considérable, nous avons tendance à oublier, au regard des stratégies de prévention du suicide LGBTQ, que ces institutions et leurs services ne sont pas les mieux placées pour répondre à la détresse des personnes trans suicidaires. En plus de leur suicidalité, les personnes trans, et particulièrement celles qui sont racisées, pauvres, sans-abri, handicapées, détraquées ou neurodivergentes, seront plus sujettes à subir une détresse accrue ou d'autres dommages causés par l'interaction avec ces services. Selon Trans Lifeline, « le risque de dommages ou de l'usage d'une force létale augmente de manière prévisible lorsque la personne en crise est racisée ou handicapée » (137). Finalement, Trans Lifeline estime comme moi que le recours à des mesures coercitives pour sauver des vies avec des sauvetages non consentis « augmente les facteurs de risque de la suicidalité chez les personnes qui appellent des lignes d'écoute » (138). Dans le même esprit que le projet DISCHARGED, Trans Lifeline insiste sur l'importance de développer des relations de confiance, de soutien par les pairs et des conversations ouvertes sur la suicidalité, rappelant que les résultats positifs de leur approche sont trop souvent ignorés par les milieux d'intervention de crise et les suicidologues (critiques), malgré la valeur heuristique de cette approche pour les personnes trans et les personnes suicidaires en général. Néanmoins, contrairement au projet DISCHARGED, Trans Lifeline affirme qu'« ultimement, nous servons la mission de sauver des vies » (139).

Trans Lifeline (2020, 138) identifie une série de conséquences négatives des sauvetages non consentis affectant particulièrement les groupes marginalisés comme les communautés trans. Encore une fois, ces impacts négatifs sont plus sévères pour les personnes trans qui vivent à l'intersection de multiples oppressions. Je résume ces impacts négatifs en cinq points : (1) les sauvetages coercitifs dévoilent souvent l'identité de genre des jeunes trans à leur famille et à leurs proches, ce qui peut mener à un rejet supplémentaire, incluant une expulsion du foyer, et à de la violence ; (2) les sauvetages coercitifs engendrent des frais (ambulance, hospitalisation) pour les personnes trans, qui sont déjà surreprésentées dans les statistiques sur la pauvreté ; (3) les hospitalisations involontaires et les historiques d'enjeux de santé mentale peuvent affecter négativement l'accès à des soins de santé transaffirmatifs en le différant ou en le bloquant ; (4) les interactions avec le système de santé et les services sociaux engendrent souvent de la stigmatisation, de la violence et de l'aliénation ; et (5) les sauvetages coercitifs brisent la confiance des personnes pouvant potentiellement utiliser des lignes d'écoute en prévention du suicide, craignant que les téléphonistes déclenchent un sauvetage actif non consenti. Autrement dit, les lignes d'écoute en prévention du suicide qui souscrivent aux mesures coercitives de prévention (presque toutes les lignes d'écoute en Amérique du Nord) ne suscitent pas la confiance ou le partage honnête de la part des personnes suicidaires (voir aussi Krebs 2022 ; Martin 2011).

Rhodanthe, Wishart et Martin (2019) confirment les impacts négatifs liés à l'utilisation de mesures coercitives lorsque des personnes trans interagissent avec les services de prévention du suicide. Une personne trans ayant participé à l'étude raconte :

89. Lire, par exemple, James *et al.* (2016) et l'équipe de Trans PULSE Canada (2020).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> Je n'ai pas eu de bonnes expériences avec eux [les services sociaux], et particulièrement avec une personne […] qui a appelé la police car j'avais mentionné que je me sentais suicidaire. Ça ne s'est pas bien terminé pour moi parce que […] le fait que la police débarque chez soi peut être bouleversant […] et c'est arrivé devant mes enfants aussi […] la police ne voulait pas m'écouter, même quand j'ai tenté de leur expliquer […]. Je n'avais pas de plan, je n'avais rien chez moi que je pouvais utiliser, mais iels m'ont quand même menottée et jetée dans un fourgon de police et j'ai passé 24 « fantastiques » heures sous les verrous — eh bien, pour me protéger. (Lane, citée par Rhodanthe, Wishart et Martin 2019, 19)

Qui plus est, comme le montrent les statistiques d'une enquête de Trans PULSE Canada, les personnes trans racisées craignent à juste titre d'avoir affaire à la police et aux services d'urgence : « Une proportion surprenante de 33 % des répondantes racisées ont évité d'appeler le 911 pour des services de police dans les dernières cinq années, tandis que 24 % ont évité d'appeler le 911 pour des services médicaux d'urgence » (Chih *et al*. 2020, 8). En fait, certaines personnes trans ayant participé au projet DISCHARGED sont si traumatisées par leurs interactions avec les services d'urgence qu'elles « préféreraient mourir que de les utiliser » (Rhodanthe, Wishart et Martin 2019, 21). D'ailleurs, les impacts négatifs de la stigmatisation de la suicidalité et des enjeux de santé mentale sur les personnes trans ont été soulignés par plusieurs auteurices (Kirby 2014). Par exemple, dans un des projets de recherche empiriques sur les jeunes trans auxquels j'ai participé, plusieurs répondantes ont expliqué qu'on leur avait refusé des soins de santé transaffirmatifs à cause de leur détresse émotionnelle et de leurs enjeux de santé/handicap mental (Baril, Pullen Sansfaçon et Gelly 2020). En somme, les études confirment que les handicaps et maladies mentales sont utilisées par le personnel médical pour augmenter son contrôle [*gatekeeping*] des personnes trans et de leur transition. Ainsi, il est particulièrement pertinent de considérer les impacts négatifs des mesures de prévention coercitives sur les personnes trans dans une approche transaffirmative.

Si j'approuve sans réserve l'approche d'intervention non coercitive sur le suicide que proposent des chercheureuses comme Scherer (2020) ou les groupes et organisations comme DISCHARGED et Trans Lifeline, et si j'estime que ces alternatives représentent un pas significatif dans la bonne direction pour queeriser et transer la suicidalité, j'estime également que ces approches bénéficieraient du fait de soutenir pleinement les personnes suicidaires en leur reconnaissant des droits positifs, comme je le propose dans cet ouvrage. Les auteurices et les groupes que j'aborde ici concentrent leurs critiques sur les sauvetages actifs non consentis et leurs effets délétères sur les groupes marginalisés, y compris les personnes trans qui vivent à l'intersection d'autres oppressions. Sans utiliser le terme *suicidisme*, iels dénoncent à leur façon des formes de suicidisme et proposent des droits négatifs pour les personnes suicidaires. Toutefois, iels n'endossent pas un agenda incluant des droits positifs pour les personnes suicidaires, impliquant de les soutenir concrètement sur les plans social, légal, médical, économique et politique dans leur quête potentielle de mort. J'espère que mon analyse donnera lieu à des dialogues avec ces auteurices, activistes et organisations pour avancer vers une reconnaissance

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

pleine et entière des personnes suicidaires. La mobilisation d'outils théoriques queers pour analyser la suicidalité pourrait être une manière d'évoluer vers une posture responsable vis-à-vis des personnes suicidaires.

### 2.3. L'échec d'un véritable échec : théorie queer, suicidalité et (non-)futurité

Si certaines auteurices d'avant-garde en suicidologie critique comme Katrina Roen (2019), Elizabeth McDermott (McDermott et Roen 2016) et Amy Chandler (2020a) ont commencé à mobiliser des concepts provenant des études queers, comme les notions d'échec et d'affect négatif que je propose d'aborder ici, leurs travaux brillants et inspirants se concentrent habituellement sur les atteintes auto-infligées, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, *sans appliquer ces notions au suicide en tant que tel* . Cette nouvelle tendance dans la recherche contribue cependant à transformer radicalement notre perception des atteintes auto-infligées et des idéations suicidaires et s'approprie la notion d'échec à se conformer aux normes oppressives, au bonheur, au succès et à la productivité. Les impératifs moraux de s'améliorer, de « guérir » et de retourner rapidement à une vie productive et heureuse alignée sur les attentes normatives sont un fardeau pour les sujets marginalisés qui ne correspondent pas aux normes et dont la situation ne s'améliore apparemment pas avec le temps, à cause de barrières systémiques. Autrement dit, l'injonction à se sentir bien et le « devoir de bonheur » (Ahmed 2010, 59) contribuent au sentiment d'échec des personnes suicidaires ou ayant recours à des atteintes auto-infligées. Au lieu de répudier le manquement aux normes, ces auteurices et quelques suicidologues critiques que je mentionnais plus tôt célèbrent la valeur heuristique et politique de l'échec et des affects négatifs ainsi que l'agentivité qui s'en dégage. Dans l'esprit de leurs travaux, mes réflexions constituent une invitation à mobiliser ces concepts queers non seulement pour théoriser les atteintes auto-infligées et les états suicidaires, *mais aussi pour les appliquer directement au suicide*.

En outre, le champ en croissance des études queers de la mort propose de queeriser la mort, les processus de mort et le deuil (Radomska, Mehrabi et Lykke 2019). Si ce nouveau champ prometteur n'a que très peu permis de théoriser directement la suicidalité à ce jour, plusieurs liens intéressants peuvent être établis. Par exemple, il y a des similitudes évidentes entre l'expérience de la sortie du placard chez les personnes queers et trans et chez les personnes suicidaires, vu la crainte du jugement, de la stigmatisation et de la discrimination qu'elle implique. Des similitudes existent aussi dans les discours dominants sur les identités ou les « choix ». En effet, les discours présentant les sexualités et les identités de genre non conformistes comme étant « seulement une phase » qui passera lorsque la personne sera remise sur les rails ressemblent aux discours décrivant la suicidalité comme une phase d'où l'on émergera. De même, les discours évoquant le risque de contagion et la panique morale entourant la « propagation » de l'homosexualité ou de la transitude ressemblent aux discours sur la « propagation » des idéations suicidaires. Les similitudes entre ces discours sur la contagion de la queeritude/transitude et de la suicidalité n'ont cependant toujours pas été théorisées. La théorie queer (comme les études queers de la mort) est restée relativement silencieuse au sujet de la suicidalité elle-même, hormis l'étude des suicides chez

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

les jeunes queers. Si presque tout a commencé à être queerisé, des paradigmes théoriques aux méthodologies, concepts et enjeux sociaux, aucune queerisation du suicide n'a encore eu lieu dans le sens proposé ici. Le désir de mort qui est au cœur du tournant antisocial queer (Edelman 2004 ; Halberstam 2008, 2011) est resté plutôt figuratif. Si l'on peut décrire le suicide comme le geste antisocial *par excellence*[90] vu qu'il incarne une politique négative radicale de la non-futurité, un refus de la temporalité reproductive hétéronormative centrée sur la socialité, la stabilité et la longévité, et un refus de l'injonction normative au bonheur, les auteurices queers n'ont pas conceptualisé le suicide dans ces termes. Le suicide continue trop souvent d'être dépeint comme un geste unilatéralement négatif qui ne saurait représenter une solution à des problèmes systémiques. À certains égards, les personnes LGBTQ suicidaires sont présentées comme de « mauvaises queers » qui échouent à participer à la révolution contre l'oppression qu'elles subissent.

Cependant, certaines auteurices dans les études queers et les études critiques de la race ont commencé à remettre en question certains postulats dans les discussions sur le suicide LGBTQ et sur leurs effets délétères dans certaines populations. Par exemple, Jasbir K. Puar (2013, 2017) se demande avec raison pourquoi nous accordons tant d'importance à des suicides exceptionnels au lieu de réfléchir de manière critique aux nombreuses « morts lentes » (Berlant 2011) qui ont lieu chaque jour dans les systèmes racistes, capitalistes et néolibéraux, qui condamnent des populations entières à disparaître graduellement par des processus de débilitation. L'accent mis sur les suicides spectaculaires nourrit une forme d'exceptionnalisme qui invisibilise les autres morts dans le contexte des « nécropolitiques queers » (Puar 2007, 32). En demandant « pourquoi le suicide est-il représenté comme l'ultime perte de vie ? », Puar (2013, 179) souligne l'exceptionnalisme entourant les suicides queers, qui efface les morts lentes causées par le racisme, le capitalisme et d'autres systèmes d'oppression. Comme beaucoup d'activistes/chercheureuses que j'analyse dans ce chapitre, Puar conçoit la suicidalité comme le résultat de facteurs systémiques qui tuent les personnes suicidaires lentement mais sûrement, tout en insistant sur le fait que l'attention accordée aux suicides nous empêche de nous pencher plus attentivement sur les contextes dans lesquels ils ont lieu. En indiquant la manière dont certains sujets LGBTQ sont intégrés dans les discours, normes et structures dominantes, alors que d'autres sont « abandonnés à la mort » dans les environnements nécropolitiques du capitalisme racial, la théorisation brillante de Puar est pleine de potentiel pour critiquer le suicide depuis une perspective antisuicidiste. Néanmoins, cette tâche n'a pas encore été entreprise par les théoricien·nes queers. Pourtant, comme elle nous met en garde par rapport au cadre néolibéral qui guide le mouvement pour les droits des personnes handicapées, il importe de se demander « ce qui arrive après l'octroi de certains droits libéraux » (Puar 2017, xviii), et la même chose s'applique au contexte des revendications formulées ici pour les personnes suicidaires. Loin de poursuivre des droits individuels pour les personnes suicidaires par l'accès à un droit libéral à mourir qui inclurait la mort de certains sujets improductifs tout en omettant de questionner la nécropolitique qui rend certaines vies invivables, les réflexions de *Défaire le suicidisme* nous invitent à agir simultanément pour un changement systémique et pour de meilleurs soins et un soutien pour les personnes suicidaires issues de

90. En français dans l'original.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

groupes marginalisés. Lorsqu'on l'applique au droit à mourir, la question cruciale de Puar (2017, 13), à savoir « quels corps débilités peuvent être revigorés pour le néolibéralisme et considérés comme assez précieux et disponibles pour être réhabilités, et quels corps ne le peuvent pas ? », nous aide à mettre en lumière la disparité entre les sujets suicidaires vus comme ayant une valeur suffisante pour la capacitation et ceux qu'on destine à la mort, comme les personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées, parmi d'autres populations visées par la nécropolitique.

Dans une veine similaire, sans queeriser la suicidalité en soi, l'analyse incisive des explications réductrices du suicide chez les jeunes LGBTQ chez Halberstam (2010) est pleine de potentiel. Ce dernier critique la campagne *It Gets Better* en indiquant que les choses *ne vont pas mieux* pour tant de personnes queers dépourvues de divers privilèges (par exemple : privilège blanc ou privilège de classe). En fait, Halberstam suggère qu'elles s'aggravent [91]. Dans *The Queer Art of Failure*, ce même auteur (2011, 1) demande : « Qu'est-ce qui vient après l'espoir ? », et propose une politique de l'échec célébrant nos limites, nos pertes ainsi que nos émotions et affects négatifs. Cette « logique de l'échec » (106) permet d'explorer et de déconstruire la « logique du succès » (2) nourrie par des standards hétéronormatifs, classistes, capitalistes ou racistes. Pour Halberstam, accepter l'échec au lieu de le rejeter permet de meilleures relations et interactions basées sur la coopération, la créativité et l'acceptation, plutôt que sur la compétition, l'exclusion et la conformité aux normes dominantes. Embrasser l'échec permet aux sujets marginalisés de porter un regard critique sur « la positivité toxique de la vie contemporaine » (3). Selon moi, la contrainte à la vie est entrelacée avec cette positivité toxique. En effet, l'injonction à la vie et à la futurité repose sur l'espoir que les choses iront mieux à un moment donné et sur la croyance que les personnes suicidaires devraient rester optimistes quant à la possibilité de sortir d'un état ou d'une phase suicidaire. Néanmoins, si Halberstam suggère « l'échec comme mode de vie » (23), l'échec ultime de la vie — le suicide — reste sous-théorisé dans son travail. Ce manque d'analyse représente une opportunité manquée dans une perspective de suicidologie critique. La même réflexion pourrait s'étendre à la critique de la longévité chez Halberstam (2005, 4), où il suggère intelligemment que « nous créons la longévité comme l'avenir le plus désirable, nous célébrons la poursuite d'une longue vie (dans toutes les circonstances) et nous pathologisons les modes de vie qui ne se préoccupent pas ou peu de la longévité ». Cette citation comprend certes des énoncés problématiques sur les communautés handicapées, comme l'indique justement Alison Kafer (2013, 40–44), mais en appréhendant cette critique de la longévité dans une perspective crip, on saisit la dénonciation de la dévalorisation des personnes ayant une espérance de vie plus courte. Cette critique de la longévité pourrait aussi s'appliquer à la suicidalité. À travers une hypervalorisation des vies plus longues s'inscrivant dans le dispositif du biopouvoir, les normes suicidistes actuelles pathologisent les individus qui valorisent la qualité de vie plutôt que la quantité (et je ne confonds *pas* la qualité avec l'absence de handicap). L'importance accordée à une longue vie pourrait ne pas faire partie des valeurs fondamentales des personnes suicidaires, mais leur perspective est invalidée par des récits sur la longévité. En somme, la critique de la longévité chez

91. Ahmed (2010), qui questionne l'injonction au bonheur, ne questionne pas non plus l'injonction à la vie.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Halberstam et son exploration de la notion d'échec ont un potentiel énorme pour faire basculer notre compréhension de la suicidalité, mais elles n'ont pas été suffisamment développées jusqu'à maintenant dans son travail et chez les autres chercheureuses queers et suicidologues critiques.

C'est dans une brève section de l'ouvrage publié par Ann Cvetkovich en 2012, *Depression: A Public Feeling*, que j'ai vu ce qui s'approche le plus d'une queerisation de la suicidalité. L'autrice souhaite dépasser, comme je le fais ici, les vieux débats et les discussions étriquées entre les perspectives queers antisociales et utopistes. Alors que son livre se penche sur les affects négatifs, particulièrement la dépression, la question de la suicidalité est brièvement abordée. Commentant la campagne *It Gets Better*, Cvetkovich insiste sur le fait qu'il n'y a pas toujours de « fin heureuse » et propose d'accepter le chaos complexe des divers affects, incluant aussi bien les bons que les mauvais. Au-delà d'accepter de vivre avec des affects négatifs plutôt que d'essayer de s'en purger, Cvetkovich (2012, 206–207) suggère aussi qu'il est compréhensible que certaines personnes ne veuillent pas attendre d'être « réparées » par une « cure » médicale, sociale, politique ou révolutionnaire :

> Ordonner à une personne de rester en vie n'est malheureusement pas un énoncé performatif, quand bien même on voudrait qu'il en soit autrement, et les expressions d'amour ne se traduisent pas nécessairement, sinon par accident, en une cure contre l'habitude insidieuse de la haine de soi ou se sentir mal vis-à-vis de soi-même […]. Beaucoup d'entre nous avons sans aucun doute essayé d'encourager une personne […] à continuer de vivre ou à seulement se rappeler qu'elle est aimée. Mais étant donné que le savoir et la reconnaissance ne sont pas la même chose, et que rester en vie est une pratique et non seulement un sentiment momentané, ces moments rassurants peuvent être éphémères […]. Même si, comme l'ont noté des critiques queers, le désir d'aider les personnes plus jeunes émerge souvent de la croyance parfois sentimentale et paternaliste selon laquelle il faudrait protéger l'enfance et l'adolescence, il peut aussi être motivé par le pendant sinistre et parfois secret de nos propres expériences de désirs et de désespoirs suicidaires. En plus d'être porteur d'une inquiétude pour les jeunes queers qui n'ont jamais vécu autant d'anxiété, ce livre est hanté par la mémoire de plusieurs personnes pour qui grandir n'a pas nécessairement signifié qu'elles iraient mieux, de personnes qui n'ont pas pu trouver comment attendre jusqu'à ce que les choses aillent mieux, de personnes qui ne sont pas très différentes de moi.

Cvetkovich souligne ici que l'injonction à la vie et à la futurité n'est pas toujours efficace. Malgré tous nos efforts pour rejoindre, espérer ou aimer (pour reprendre les mots de Thom) des personnes, certaines décideront de mourir. Certains questionnements au cœur de *Défaire le suicidisme* demandent : Que pouvons-nous faire pour ces personnes, ici et maintenant ? Comment pouvons-nous mobiliser les valeurs de l'empouvoirement, du consentement éclairé, de l'autodétermination, de l'autonomie corporelle et de la réduction des risques qu'avancent si souvent les études et organisations queers et trans, afin de théoriser la suicidalité et intervenir auprès des personnes suicidaires ? Dans l'esprit de Cvetkovich, qui cherche à extraire les affects négatifs et la dépression du domaine médical pour les politiser, comment pouvons-nous étendre cette

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

politisation à la suicidalité d'une façon qui n'insiste pas seulement sur les aspects sociaux et politiques de la suicidalité, mais qui voit aussi le suicide lui-même et le soutien aux personnes suicidaires comme des gestes politiques et relationnels ?

Dans une perspective queer antisociale, le suicide pourrait être théorisé comme le geste figuratif queer *par excellence*. En effet, le sujet suicidaire refuse de reproduire l'ordre social ou d'investir dans la futurité et ses normes dominantes. Le « futurisme reproductif », théorisé en 2004 par le chercheur Lee Edelman dans *Merde au futur : théorie queer et pulsion de mort*, suggère que l'organisation idéologique et matérielle des sociétés se base sur l'idée figurative de l'enfant à venir et la nécessité de protéger cet enfant et son avenir. Cette idée du futurisme reproductif pourrait être interprétée parallèlement à la contrainte à la vie et à l'injonction à la vie et à la futurité. En fait, la contrainte à la vie se nourrit du futurisme reproductif : pour produire la vie [*aliveness*], il faut qu'existe un futurisme reproductif, ou la promesse d'un avenir. Similaire au biopouvoir et à la biopolitique chez Foucault (1997, 2004a, 2004b) qui visent la vie de la population elle-même, Edelman (2004, 9) conçoit la figure de l'enfant comme le point focal de « toute intervention politique » nourrissant cette logique du futurisme reproductif. Du point de vue dominant du futurisme reproductif, la queeritude et son association avec la négativité et le désir de mort (dans un sens psychanalytique) sont présentées comme des menaces et des espaces de résistance contestant les normes hétéronormatives orientées vers la futurité. Même si Edelman ne théorise pas la suicidalité en soi, je soutiens que, dans un contexte suicidiste, la suicidalité et son désir littéral de mort représentent similairement des menaces et des espaces de résistance à la contrainte à la vie et à ses mécanismes, comme l'injonction à la vie et à la futurité. En ce sens, elle est aussi un affront au futurisme reproductif. Refuser la vie, comme refuser l'enfant, selon la théorie d'Edelman, devrait être vu comme un geste hautement politique. Tout comme queeriser la temporalité, queeriser la suicidalité permet d'ouvrir des possibilités et d'imaginer des perspectives de substitution à la temporalité et à la futurité reproductrices conformistes, qui valorisent les histoires linéaires constituées d'emplois, de relations, de familles et de longues vies de bonheur normatif. En effet, le suicide peut être vu comme une manière de refuser la mort lente, cruelle et insoutenable qui est imposée aux communautés marginalisées (Greensmith et Froese 2021), comme une manière de dire : « Merde à l'injonction à la vie et à la futurité, merde à aller mieux et merde à la productivité », de la même façon qu'Edelman (2004, 29) dit : « Merde à l'ordre social et à l'enfant ». Le « merde au futur » dans le titre du livre d'Edelman revêt un nouveau sens quand on pense au refus de continuer à vivre chez les personnes suicidaires. Utilisant les mots d'Ahmed, nous pourrions comprendre la suicidalité comme un refus radical de se conformer aux objets « joyeux » pour imaginer le potentiel politique de ce que j'appelle læ *rabat-joie suicidaire.* Le suicide pourrait être vu comme un geste ultime de rabat-joie féministe (c'est-à-dire le geste rabat-joie d'une personne marginalisée qui refuse de sourire et de se soumettre en silence à l'oppression qu'elle subit). En somme, queeriser la suicidalité pourrait nous aider à réimaginer la mort au-delà du script habituel de la vieillesse, des maladies terminales ou des accidents involontaires, contestant les conceptualisations normatives qui voient la mort comme nécessairement involontaire et indésirable.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Cependant, un des dangers de théoriser la suicidalité à travers le prisme des concepts queers, comme les notions de futurisme antireproductif, d'échec ou de geste rabat-joie féministe/suicidaire, serait de romantiser l'expérience suicidaire ou de l'utiliser comme un exemple figuratif qui appuie un programme politique queer contestant les normes dominantes sur le succès, le bonheur, la productivité, la reproduction et l'intelligibilité, sans considérer la gravité de la détresse vécue par les personnes suicidaires. *Défaire le suicidisme* tente de maintenir l'équilibre fragile entre, d'un côté, la présentation de la suicidalité comme un geste rebelle ou un rejet radical des normes dominantes dans une perspective queer antisociale et, de l'autre côté, sa représentation comme l'échec ultime, même si cet échec est compris comme social et non personnel. Pour élaborer cet argument nuancé, les travaux d'auteurices qui ont critiqué certains aspects de la perspective antisociale dans la théorie queer pourraient être éclairants. Par exemple, le chercheur José Esteban Muñoz (2009, 12) critique Edelman et d'autres chercheureuses queers qui défendent le tournant antisocial avec une « certaine romance de la négativité » et propose à la place d'imaginer ce à quoi pourrait ressembler une futurité queer pour les personnes vivant à l'intersection de multiples oppressions. Dans la même lignée, dans sa critique féministe crip de l'échec chez Halberstam, la chercheuse Merri Lisa Johnson (2015) soutient que l'échec n'ouvre pas seulement la porte à des imaginaires politiques alternatifs, mais aussi à des expériences réelles, concrètes et vécues impliquant de la détresse, de la tristesse et du désespoir. Il est important de reconnaître cet échec, et j'ajouterais ici que la suicidalité représente parfois, voire presque toujours chez plusieurs personnes suicidaires, une expérience extrêmement difficile et atroce. Autrement dit, il importe de se rappeler que certaines expériences de l'échec sont horribles. Les expériences suicidaires peuvent ne pas être vécues (et ne sont fort probablement pas vécues par la majorité) comme une révolution queer contre le futurisme reproductif, comme une contestation de la contrainte à la vie, comme une critique de l'injonction à la vie et à la futurité ou comme un échec ouvrant des manières alternatives de penser et d'être au monde ; elles sont simplement des solutions tragiques et inéluctables à des situations désespérées. Mobiliser les politiques de la négativité avancées par des théoriciennes queers pourrait faire courir le risque d'invisibiliser la réalité cruelle que vivent beaucoup de personnes suicidaires — d'où l'importance de ne pas romantiser la suicidalité et les affects et sentiments négatifs dans une perspective queer antisociale. Bien qu'elle s'ancre dans une critique de l'espoir même, la question de Halberstam (2011, 1), « qu'est-ce qui vient après l'espoir ? », s'appuie encore sur une forme d'espoir, ou sur ce que Muñoz (2009, 13) appelle « l'utopisme queer », ancré dans une relationalité. Parfois, pour certains sujets suicidaires, rien n'arrive après l'espoir : abandonner l'espoir mène à abandonner la vie elle-même, et aucune autre option n'est imaginée. Dans l'esprit de Cvetkovich (2012, 2), qui soutient au début de son ouvrage qu'« il n'existe pas de solution miracle, qu'elle soit médicale ou politique, il n'y a que le travail lent et constant de la survie et de la résilience », j'estime qu'il n'existe pas de solution miracle pour certaines personnes suicidaires. Le choix qui reste peut être simplement d'« apprendre à vivre avec l'envie de mourir », comme l'affirme Cortez Wright (2018, § 1). Queeriser la suicidalité pourrait nous aider à voir la tension productive entre ces différentes tendances de la théorie queer, entre le tournant antisocial et l'utopisme queer, et entre les affects positifs et négatifs, au lieu de

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

voir ces affects à travers une opposition binaire et un filtre qui les présente comme mutuellement exclusifs (Ahmed 2010). Cvetkovich nous met en garde quant au fait que politiser la dépression et les affects et sentiments négatifs ne devrait pas signifier de simplement les réinterpréter d'une manière positive, en romantisant des expériences vécues difficiles et ardues. La même chose peut être dite de la suicidalité : si nous pouvons envisager ses aspects fondamentalement relationnels, sociaux et politiques ainsi que souligner sa valeur heuristique dans le démantèlement des normes et des injonctions imposées aux sujets marginalisés de même que son refus des morts lentes et sinistres, il faut se rappeler que, pour beaucoup de personnes suicidaires, la suicidalité représente le dernier recours, la meilleure de deux « mauvaises » possibilités. Il faut réconcilier et valoriser ces différents discours et expériences.

Cvetkovich souligne également que la dépression peut évoquer simultanément une grande variété d'affects négatifs et de types de socialité alternatifs. Elle peut rassembler les gens et mener à des transformations politiques. J'estime que la même chose pourrait être vraie de la suicidalité, pour autant que nous abandonnions le suicidisme. Tout comme nous avons commencé à discuter des enjeux de santé mentale plus ouvertement dans la sphère publique en créant des réseaux de services et de soutien pour les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale, un cadre antisuicidiste nous aiderait à percevoir la suicidalité comme un terrain pour des transformations relationnelles et politiques. La mort et la préparation à la mort pourraient rassembler les gens d'une manière radicale ; la famille, les proches ou les amies qui ont été déchirées et éloignées pendant des années pourraient peut-être se réunir pour réfléchir à la mort ou pour assister à cet ultime passage entre la vie et la mort, et trouver une résolution à de vieux conflits. Qu'elle soit naturelle ou provoquée (par un suicide assisté, par exemple), il semble que la mort soulève souvent le sentiment qu'il faut résoudre d'urgence tous les enjeux encore en suspens avant qu'il ne soit trop tard. L'approche affirmative du suicide dont je discute au chapitre 5 accorderait aux personnes suicidaires le même soutien dont bénéficient les autres personnes dans leur processus de mort. Surtout, elle pourrait nous permettre de remplacer l'isolement et le silence qui précèdent les gestes suicidaires par davantage de relationalité et de conversations ouvertes, un processus qui sauverait probablement plus de vies que les mesures coercitives actuelles en prévention. Je ne veux pas seulement élaborer une politique de la négativité, de l'antisocialité, de l'antifuturité ou de l'échec, comme Halberstam ou Edelman. Suivant les théories de l'affect avancées entre autres par Ahmed et Cvetkovich, je veux aussi conceptualiser la suicidalité comme un état profondément social et relationnel. Queeriser et transer notre approche de la suicidalité, comme je le propose ici, soulignent l'importance d'un tournant affectif et relationnel à propos de la suicidalité. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, nous devons commencer à penser à la (non-)futurité des personnes suicidaires pour maximiser ce que nous pouvons leur offrir pendant qu'elles sont encore en vie. Quand nous conceptualisons les personnes suicidaires comme un groupe dont les voix sont ignorées, dont les pensées sont délégitimées et dont les demandes sont présentées comme irrationnelles ou inintelligibles — en somme, comme un groupe vivant des formes significatives d'injustice épistémique —, il devient urgent de théoriser et de concrétiser un avenir viable pour ces personnes, y compris un soutien affirmatif du suicide, qui pourrait être affirmatif *à la fois* de la vie et de la mort.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

À l'instar de la manière dont Ahmed (2010, 13) met en suspens le postulat selon lequel le bonheur serait nécessairement une bonne chose, je me demande quel nouveau rapport à la suicidalité et aux personnes suicidaires pourrait émerger si nous abandonnions l'injonction à la vie et à la futurité en mettant en suspens notre adhésion à la contrainte à la vie. Comme le fait Ahmed avec le bonheur, je voudrais retracer les effets délétères de la présence spectrale de la contrainte à la vie sur les groupes marginalisés, y compris chez les personnes suicidaires : comme le devoir de bonheur, la contrainte à la vie est utilisée pour justifier l'oppression aussi bien dans les politiques sociales que dans la santé publique, les lois et les règlements, les stratégies d'intervention et les initiatives communautaires. Ahmed note judicieusement comment les « indicateurs du bonheur » (6) sont utilisés pour comparer et contraster les États-nations. D'une façon similaire, les taux de suicide sont utilisés pour évaluer la santé des États-nations du point de vue du biopouvoir. En effet, depuis le développement des premières conceptualisations sociales de la suicidalité, « le déséquilibre entre les taux de suicide (débits) et les taux de naissance (crédits) sert de signal d'alarme d'une crise nationale et du besoin urgent d'actions sociales et politiques » (BayatRizi 2008, 115). Laissant le soin aux suicidologues critiques férues d'histoire d'accomplir cette tâche, je voudrais seulement indiquer que les taux de suicide sont toujours instrumentalisés par des agendas nationalistes, colonialistes, racistes et capitalistes. La guerre contre le suicide dans les discours de santé publique est implicitement une guerre pour une nation forte, en santé et saine d'esprit, basée sur plusieurs *-ismes*. Dans ce contexte, que signifie le fait d'avoir non seulement un devoir de bonheur, mais aussi un « devoir de vie » mis en œuvre par un large éventail de mécanismes, tels que l'injonction à la vie et à la futurité intégrée dans la médecine, la psychiatrie, la psychologie, la loi, l'économie, les institutions et ainsi de suite ? Ahmed estime que, dans un monde centré sur le bonheur, le mécontentement devient, d'une certaine manière, un droit. D'une façon similaire, dans les sociétés suicidistes imposant la vie à travers diverses formes de violences infligées aux sujets suicidaires, la mort par le suicide devrait devenir un droit, et un droit positif. Pour faire écho à Ahmed, qui souligne la manière dont le bonheur devient un fardeau et une responsabilité pour les sujets marginalisés, le bonheur d'autrui devient le fardeau des personnes suicidaires. L'injonction à la vie et à la futurité se base sur l'idée de rester en vie pour faire plaisir aux autres, qui ne veulent pas laisser une personne suicidaire partir. L'injonction à la vie et à la futurité est aussi nourrie par les idéologies et les structures capitalistes et néolibérales, qui cherchent à sauver un individu de plus pour le réintégrer dans l'économie productive. Autrement dit, le bonheur d'autrui et la satisfaction de l'État-nation sont les fondements au nom desquels nous imposons la vie et la futurité à certains sujets, mais pas à d'autres.

J'affirme donc que les divers récits composant la contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité ne constituent pas seulement des somatechnologies de vie, mais aussi des formes d'« optimisme cruel », tel que défini par Lauren Berlant (2011, 1) :

> Une relation d'optimisme cruel existe quand une chose qu'on désire constitue en réalité un obstacle à notre épanouissement. Il peut s'agir de nourriture ou d'une sorte d'amour, du fantasme d'une bonne vie ou d'un projet politique. Cela peut reposer sur quelque chose de plus simple aussi, comme une nouvelle habitude promettant de nous intro-

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> duire à un mode de vie amélioré. Les relations optimistes de ce genre ne sont pas intrinsèquement cruelles. Elles ne le deviennent que lorsque l'objet qui suscite notre attachement bloque activement le but qui nous avait attirées vers lui au départ.

Autrement dit, l'optimisme cruel se matérialise quand le but qu'on désire atteindre devient, par l'impossibilité de le réaliser, ce qui nous fait souffrir cruellement. Le désir de vivre et le désir de futurité promus par le script suicidiste préventionniste qu'endossent beaucoup d'activistes/chercheureuses queers et trans abordant l'enjeu de la suicidalité pourraient être interprétés comme des désirs qui sont « un obstacle à notre épanouissement », pour citer Berlant, étant donné que cette promesse d'une bonne vie, d'un meilleur avenir ou d'une cure (médicale ou politique) à la suicidalité empêche spécifiquement les personnes suicidaires de pouvoir exprimer leurs besoins et les construit ainsi comme des sujets épistémiquement morts. En d'autres mots, la prévention du suicide est un optimisme cruel car elle est un fantasme ayant l'apparence de libérer les sujets suicidaires d'un fardeau — la suicidalité —, mais renforce en réalité le contrôle, la surveillance, la régulation et la normalisation. Les stratégies de prévention du suicide constituent une forme d'optimisme cruel car elles préservent « un attachement à un objet significativement problématique » (Berlant 2011, 24), qu'il s'agisse d'une longue vie de bonheur, d'un meilleur avenir ou d'un sentiment de bien-être. Elles le sont aussi du fait que les promesses d'aide, de compassion et de soutien sont le plus souvent inatteignables et se transforment en violence ainsi qu'en une marginalisation et un isolement accrus, particulièrement chez les sujets marginalisés. Berlant (11) considère que son livre *Cruel Optimism* parle de « l'érosion d'un fantasme, d'une forme de vie investie collectivement, la bonne vie ». *Défaire le suicidisme* propose également « l'érosion d'un fantasme » à propos de certaines formes de « bonnes morts » excluant les personnes suicidaires. D'un point de vue suicidiste, les bonnes morts sont celles qu'on perçoit et qu'on construit comme naturelles et involontaires. Mourir de vieillesse, d'une maladie ou même d'un accident tragique est présenté comme normal, même si c'est malheureux. Les morts volontaires ou choisies par le suicide et le suicide assisté (comme en témoignent les débats sociaux et éthiques qui font rage) sont souvent présentées comme anormales et indésirables. L'érosion du fantasme de la bonne mort devient possible en queerisant et en transant la suicidalité. Berlant nous invite à porter un regard critique sur toutes les formes d'optimisme cruel qui tuent les populations marginalisées à petit feu, en les attachant à l'espoir d'un meilleur avenir. C'est exactement ce qui se passe avec les personnes suicidaires : lentement mais sûrement, les scripts suicidistes préventionnistes causent plus de mal que de bien, et provoquent éventuellement plus de morts, en forçant ces personnes à rester silencieuses avant d'accomplir leur suicide. Ces formes d'optimisme cruel[92] représentent donc des « "technologies de la patience" qui permettent à un concept du futur de suspendre les questions sur la cruauté du maintenant » (28). En ce sens, les discours des activistes/chercheureuses queers et trans sur la suicidalité LGBTQ sont des somatechnologies de la « patience » qui promettent l'espoir d'un meilleur avenir tout en effaçant « la cruauté du maintenant » produite par les normes et les structures suicidistes.

92. Sur la notion d'« optimisme cruel », la violence sexiste et hétérosexiste et le suicide, lire l'excellent article de Greensmith et Froese (2021).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

## 2.4. Mot de la fin

Le chapitre 2 démontre que la manière dont les activistes/chercheureuses conceptualisent la suicidalité des personnes LGBTQ produit des somatechnologies de vie qui imposent un fardeau du bonheur, de l'espoir, du futur et de la vie sur les personnes suicidaires. Malgré toutes leurs bonnes intentions de soutenir et d'aider les personnes suicidaires, les réflexions et les interventions qu'iels proposent reproduisent parfois par inadvertance des formes d'oppression, comme le sanisme et le suicidisme. Malgré les contributions inestimables des discours sur la suicidalité LGBTQ pour améliorer les expériences vécues quotidiennement par les personnes queers et trans, ceux-ci échouent souvent à expliquer la complexité de la suicidalité et à offrir des solutions véritablement responsables envers les personnes suicidaires. En effet, les stratégies actuelles de prévention du suicide centrées sur les personnes LGBTQ comptent souvent sur l'évaluation des risques chez les personnes suicidaires, sur leur surveillance, sur le recours aux services d'urgence et sur la prévention du suicide par diverses mesures (coercitives). De telles mesures ne sont pas seulement suicidistes, comme je le démontre dans le chapitre 1, infligeant un vaste éventail de violences inhumaines, mais elles renforcent aussi, comme je le montre dans le chapitre 2, le racisme, le colonialisme, le classisme, le validisme, le sanisme et le cisgenrisme, car les personnes suicidaires qui appartiennent à plusieurs communautés marginalisées sont généralement affectées plus négativement par les mesures de prévention coercitives. Une approche queerisant et transant le suicide dans une perspective intersectionnelle et de justice sociale nous permettrait d'évaluer comment les stratégies d'intervention sur le suicide devraient tenir compte non seulement du suicidisme et de son rôle dans la manière dont les personnes suicidaires sont maltraitées dans une perspective préventionniste, mais aussi de la manière dont tous les *-ismes* sont renforcés par les interventions axées sur la prévention. Des approches alternatives, comme celles de DISCHARGED ou de Trans Lifeline, ont commencé à proposer des analyses intersectionnelles dans leurs critiques des sauvetages non consentis, mais il leur reste encore à inclure le suicidisme parmi les oppressions examinées. Pour revenir à Alcorn et à sa lettre de suicide introduite au début de ce chapitre, et qui nous demandait de réparer la société, je voudrais réinterpréter cette demande non seulement à l'aune de l'hétérosexisme et du cisgenrisme, mais aussi des autres *-ismes*, y compris du suicidisme qui est au cœur de l'expérience quotidienne des personnes suicidaires (LGBTQ).

L'intention de ce chapitre est aussi d'encourager les suicidologues (critiques) et les activistes/chercheureuses queers et trans à déployer la valeur heuristique des affects et sentiments négatifs, de la pulsion de mort et des notions d'échec et d'optimisme cruel pour repenser la suicidalité. C'est une invitation à queeriser et à transer non seulement les atteintes auto-infligées, les idéations suicidaires ou les tentatives de suicide, mais aussi le suicide en soi. En effet, ces réflexions et ces concepts queers offrent une excellente base pour commencer à problématiser et à dénoncer l'imposition d'un fardeau du bonheur et de la futurité aux personnes suicidaires et l'optimisme cruel dans lequel elles sont enfermées par le biais du script suicidiste préventionniste. La même chose peut être dite de la théorie trans et de la possibilité de transer la suicidalité. Tout comme la théorie trans permet de déconstruire un certain nombre de

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

fantasmes et de fictions régulatrices, comme la contrainte à la cissexualité, transer la suicidalité nous permet de comprendre, par extension, d'autres fictions régulatrices, comme la contrainte à la vie, qu'il nous reste encore à dévoiler et à critiquer. De ce point de vue, combattre la logique suicidiste et son injonction à la vie et à la futurité implique de combattre la logique cisnormative de la vie dans un sens large, qui postule que la seule option normale, valable et saine serait de mourir de la même manière dont on vient au monde — c'est-à-dire sans le choisir. Néanmoins, comme je l'ai démontré, ce potentiel de la théorie trans et queer reste sous-développé dans ces champs d'études ainsi que dans la suicidologie critique, qui n'ont toujours pas théorisé le suicidisme. Comme je le montre au chapitre 3, cette omission s'applique aussi aux activistes/chercheureuses du handicap qui, tout en discutant de diverses formes de suicide assisté, n'ont pas ou peu abordé le suicidisme et les personnes suicidaires.

## Chapitre 3. Cripper et détraquer le suicide : repenser la suicidalité handicapée/détraquée

> *Bear, cela fait plus de dix ans que tu t'es tué·e et je veux encore hurler. […] Une fois par semaine, peut-être une fois par mois, j'entends parler d'un autre suicide. […] Ce sont des personnes queers, trans, handicapées, avec des maladies chroniques, des jeunes, des personnes racisées, pauvres, survivantes d'abus et de violence, sans-abri. […] Bear, je ferais presque tout pour t'avoir en vie, ici et maintenant, tout pour repousser ta mort. Mais de quoi avais-tu besoin alors ? De médicaments qui fonctionnent ? De psys qui t'écoutent et qui acceptent de négocier les termes de ton confinement ? D'un système de soutien plus efficace ? De mettre fin à la honte et au secret ? De quoi avais-tu besoin, alors que la souffrance et l'injustice se tordaient dans ta corpomentalité ? J'aurais pu presque accepter la cure, sans ambivalence, si cela avait soutenu ta vie. Mais qu'est-ce que j'en sais ? Peut-être que tes démons, les montagnes russes de ton monde émotionnel et spirituel, faisaient tellement partie de toi qu'une cure n'aurait pas eu de sens.*
> — Eli Clare, *Brilliant Imperfection: Grappling with Cure*

Eli Clare, activiste et écrivain trans, queer et handicapé, capture avec éloquence les affects, questions, doutes et réflexions complexes avec lesquelles luttent les gens quand une proche ou une amie·e se suicide. Dans son livre *Brilliant Imperfection*, Clare explore la complexité entourant la notion de cure pour les corpomentalités différant des normes validistes/sanistes. Selon lui, il ne faut pas voir les cures d'une manière réductrice mais dans toute leur complexité. Clare (2017, xvi) affirme que les cures sont de vrais « nœuds de contradictions ». S'il prend garde de ne pas étiqueter toutes les interventions curatives comme violentes afin de ne pas condamner certaines personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées cherchant une cure, il nous rappelle comment l'insistance sur cette dernière et sur la normalisation des corpomentalités handicapées situe déjà d'une certaine manière la cure dans un horizon de violence. Dans son livre, Clare utilise la même approche sensible

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

lorsqu'il aborde brièvement le suicide et le suicide assisté. Il partage avec humilité sa tristesse, son sentiment de perte et son incompréhension après le suicide de son amie. Les défis qu'implique le fait de perdre des amies et des connaissances ciblées par le cisgenrisme, le racisme, le classisme et le validisme ont amené Clare à admettre qu'il « ferait presque tout » (64) pour sauver la vie de Bear, y compris ce qui est presque inconcevable de son point de vue, c'est-à-dire de « presque accepter la cure, sans ambivalence » (64). Cette citation illustre les sentiments difficiles qui émergent après un suicide. De telles émotions ont le pouvoir de nous entraîner, à l'instar de Clare, vers des positions que nous éviterions autrement. Alors que Clare nous invite à réfléchir de façon nuancée à ses côtés aux enjeux complexes sur le sujet de la cure, des débats houleux ont lieu entre activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* sur la question du suicide et du suicide assisté.

En vérité, ces disputes sont liées plus précisément au *suicide assisté*, vu que le suicide lui-même est rarement abordé ou considéré comme une option par une majorité écrasante d'activistes/chercheureuses du handicap/*Mad*. Aussi surprenant que cela puisse paraître, la suicidalité reste sous-théorisée dans les études critiques du handicap et les études *Mad*. Par exemple, la quatrième édition de l'ouvrage canonique *Disability Studies Reader* (Davis 2013b) inclut pour la première fois un texte abordant directement le suicide (Puar 2013). Ce silence au sujet des personnes suicidaires est aussi à l'œuvre dans la plupart des monographies clés des études du handicap/crips que je cite dans ce livre. Encore plus surprenant est le fait que la plupart des ouvrages des études *Mad* n'abordent pas directement la question du suicide[93]. Par exemple, parmi les presque quarante contributions à l'ouvrage collectif récent *Routledge International Handbook of Mad Studies* (Beresford et Russo 2022), un seul chapitre aborde la suicidalité, présentant des extraits de la thèse de doctorat de David Webb (suicidologue dont je traite au chapitre 1) écrite au début des années 2000. Dans l'ouvrage *Psychiatry Disrupted* (Burstow, LeFrançois et Diamond 2014, 10–13), le collectif éditorial note sept groupes (personnes trans, autochtones, âgées, etc.) qui ne sont pas abordés exhaustivement dans leur ouvrage, mais omet de mentionner les personnes suicidaires. Malgré le fait qu'elles sont souvent psychiatrisées, pathologisées, hospitalisées de force ou traitées comme les personnes détraquées, les personnes suicidaires ne font pas partie des groupes analysés dans l'ouvrage, et le mot *suicide* n'apparaît pas dans l'index[94]. Un autre exemple se trouve dans le livre brillant de Liat Ben-Moshe (2020) sur le handicap, la folie et l'incarcération. Alors que Ben-Moshe se penche d'un point de vue abolitionniste sur l'expérience des personnes handicapées/détraquées vivant diverses formes d'incarcération, il est surprenant que la suicidalité ne soit mentionnée qu'à deux reprises dans le livre. Quand l'autrice en parle, elle aborde la suicidalité comme un repoussoir dans la lutte

93. Voir, par exemple, LeFrançois, Menzies et Reaume (2013) et Kilty et Dej (2018). Si deux chapitres du livre de Daley, Costa et Beresford (2019) abordent des histoires de personnes mortes du suicide, le sujet du suicide n'y est pas abordé en détail. Burstow (1992) représente une exception à cet égard.

94. Ces deux dernières phrases ont d'abord paru dans Alexandre Baril, « Theorizing the Intersections of Ableism, Sanism, Ageism and Suicidism in Suicide and Physician-Assisted Death Debates », dans *The Disability Bioethics Reader*, dirigé par J. M. Reynolds et C. Wieseler (New York : Routledge, 2022), 221–231. Reproduit avec la permission du concédant via PLSclear.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

contre la logique carcérale : la prison et l'incarcération causent la suicidalité. Ce ne sont que quelques exemples parmi beaucoup d'autres qui montrent comment les réalités et les oppressions intersectionnelles des personnes suicidaires sont effacées ou oubliées quand il est temps de discuter des sujets qui leur sont pertinents, comme le handicap et la folie.

Contrairement aux activistes/chercheureuses queers et trans qui discutent beaucoup de la suicidalité LGBTQ mais qui n'abordent pas la question du suicide assisté, les activistes/chercheureuses du handicap/Mad ne discutent presque pas de suicidalité mais s'engagent beaucoup au sujet du suicide assisté en réaction aux lois validistes/sanistes des gouvernements néolibéraux sur la mort assistée, l'euthanasie, l'aide médicale à mourir ou des pratiques auxquelles je réfère dans ce livre comme des formes de suicide assisté. Des activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* ont réagi avec véhémence au fait que beaucoup de bioéthiciennes endossent de façon acritique des préjugés validistes/sanistes qui dévalorisent les vies des personnes handicapées/détraquées pour libéraliser la règlementation de diverses formes de suicide assisté (Reynolds 2017 ; Wieseler 2016, 2020). Leur réaction vise la logique eugéniste qui prône l'extermination des personnes handicapées/détraquées avant qu'elles naissent à l'aide de tests génétiques, et une fois qu'elles sont en vie, avec des lois encourageant leur mort. Comme je le démontre dans ce chapitre, la plupart des activistes/chercheureuses du handicap/*Mad*, avec qui je suis complètement d'accord, voient le fait que le suicide assisté soit seulement disponible pour les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées comme la pire manifestation possible du validisme et du sanisme. J'ajouterais que c'est aussi profondément suicidiste, comme je le montrerai dans les deux prochains chapitres.

Avant de poursuivre cette discussion, j'aimerais faire trois remarques. Premièrement, si je combine les études du handicap/crips et les études *Mad*, ce n'est pas pour confondre ces mouvements sociaux/champs d'études ou pour minimiser les débats entre eux et les formes d'oppression qu'ils reproduisent les uns vis-à-vis des autres (Thorneycroft 2020). En effet, dans leurs efforts légitimes pour dépathologiser la folie, le mouvement *Mad* et le mouvement antipsychiatrie (qui sont eux-mêmes distincts à plusieurs niveaux, comme nous le rappelle Burstow [2015]) ont souvent réutilisé des logiques et des arguments validistes, comme l'idée que les traitements psychiatriques imposés aux personnes détraquées les handicapent physiquement. De façon similaire, en se concentrant sur les handicaps physiques, les mouvements pour les droits des personnes handicapées ont souvent exclu les personnes détraquées et véhiculé des préjugés sanistes. Néanmoins, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 par rapport aux mouvements/champs d'études queers et trans, j'estime qu'il y a une valeur heuristique au fait de les théoriser ensemble en lien avec la suicidalité, vu les similarités entre les analyses des activistes/chercheureuses du handicap et *Mad*.

Deuxièmement, j'utilise des mots comme *handicap* et *folie* comme termes parapluie, cherchant à inclure un large éventail de réalités, y compris les handicaps physiques et sensoriels, les conditions ou les maladies chroniques, et ce qu'on appelle parfois les « handicaps mentaux » (Price 2011). Mon usage du terme *handicap mental*, suivant des auteurices dans les études critiques du handicap et les études crips, réfère à une diversité de réalités : handicaps cognitifs, troubles d'apprentissage, neurodiversité et plusieurs enjeux

psychologiques et émotionnels qu'on appelle parfois maladies mentales (par exemple : schizophrénie, psychose, anxiété ou dépression ; Mollow 2006 ; Nicki 2001 ; Price 2011). Je considère donc la souffrance psychologique et émotionnelle comme une forme de handicap mental, et je réfère souvent au *handicap mental* comme à la folie ou à un *détraquement*, dans l'esprit des études *Mad*. Je suis conscient que la classification de la dépression et d'autres formes de souffrance émotionnelle comme des formes de handicap ou de maladie fait l'objet de beaucoup de débats dans les communautés handicapées/détraquées. Malgré ces débats, les études sur les personnes suicidaires s'entendent sur un point : les souffrances psychologiques et émotionnelles qui prennent la forme du désespoir, de la détresse et de la tristesse caractérisent la majorité des expériences suicidaires, peu importe l'origine de cette souffrance (individuelle, sociale ou les deux). Même si l'on ne saurait confondre les réalités des personnes ayant des malades chroniques avec celles des personnes handicapées en bonne santé ou celles des personnes détraquées (comprenant les personnes suicidaires), regrouper ces différentes personnes dans la grande catégorie des personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées possède une valeur heuristique permettant d'analyser certaines formes communes de violence, d'exclusion, d'incarcération et de délégitimation auxquelles ces personnes font face.

Troisièmement, ce chapitre est consacré au suicide et non au suicide assisté, que j'explore dans les chapitres 4 et 5. Néanmoins, la recherche sur le suicide dans une perspective de justice sociale dans les cercles d'études du handicap/*Mad* est rare et s'accompagne dans la plupart des cas de commentaires sur le suicide assisté. La suicidalité demeure souvent dans l'ombre, dissimulée derrière les débats sur le suicide assisté. Parmi ces recherches, un nombre disproportionné d'auteurices se positionnent contre le suicide assisté (et du même coup contre le suicide lui-même [95]), évoquant sa logique eugéniste. Une minorité endosse le suicide assisté pour les personnes handicapées, malades ou souffrantes sur la base d'arguments fondés sur l'autonomie et l'autodétermination[96], tandis que quelques autres essaient de dépasser ce débat binaire[97]. Malgré des désaccords profonds au sujet du suicide assisté, l'ensemble de ces auteurices ne remettent pas en question le script suicidiste préventionniste au sujet du suicide lui-même. En effet, qu'iels soient pour ou contre certaines formes de suicide assisté pour les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées, iels continuent d'affirmer la nécessité de prévenir le suicide, adhérant à l'injonction à la vie et à la futurité et contribuant à des somatechnologies de vie affectant les individus suicidaires.

Dans ce chapitre, je propose de cripper [*cripping*] et de détraquer [*maddening*] la suicidalité. Initialement utilisés comme insultes pour les personnes handicapées et détraquées, les mots *crip* (de *crippled*, infirme) et *détraqué* (*mad*) ont été réclamés par ces communautés et sont devenus les vecteurs d'une resignification positive. Dans ce passage d'un usage péjoratif à une affirmation

95. Voir, par exemple, Ackerman (1998) ; Gill (1999, 2000, 2004) ; Longmore (2003) ; Amundson et Taira (2005) ; Coleman (2010, 2018, 2020) ; Kolářová (2015) ; Frazee (2016, 2020) ; et Ben-Moshe (2020).

96. Voir, par exemple, Batavia (1997) ; Hwang (1999) ; Shakespeare (2006) ; Shildrick (2008) et Davis (2013b).

97. Voir, par exemple, Ouellette (2011) et Braswell (2018).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

fière, *cripper* et *détraquer* sont devenus des verbes[98]. Dans un texte pionnier, à l'intersection des études queers et crips, la chercheuse Carrie Sandahl (2003, 137) avait proposé d'utiliser *queer* et *crip* de la façon suivante :

> Pour résister aux interpellations négatives venant du fait d'être queer ou handicapée [*crippled*] […], des membres des deux groupes ont développé une critique ironique des normes hégémoniques. Dans les communautés queers, l'application de cette critique a reçu son propre verbe : *queeriser*. […] Similairement, certaines personnes handicapées pratiquent le « crippement » [*cripping*]. Cripper détourne les représentations ou les pratiques dominantes pour mettre en lumière les présupposés validistes et leurs effets d'exclusion. Queeriser et cripper exposent tous deux la séparation arbitraire entre la normalité et la déficience, ainsi que les ramifications sociales négatives des tentatives d'homogénéiser l'humanité, et les deux désarment ce qui est blessant à l'aide d'un humour mordant, y compris l'humour kitsch.

Comme nous le rappelle Robert McRuer (2006, 31–32), la théorie crip, comme la théorie queer, joue un rôle d'opposition ou de confrontation des normes dominantes — dans ce cas, les normes validistes et sanistes. Elle ouvre des imaginaires et des possibilités sur le handicap qui auraient autrement été bloquées par les idéologies et structures validistes et sanistes. Cripper nous permet d'intégrer une perspective critique handicapée et crip dans notre lecture de certains phénomènes, comme je le fais ici avec la suicidalité. McRuer (2018, 23–24) suggère que « *cripper* expose aussi les manières dont la validité et la sanité [*able-bodiedness and able-mindedness*] sont naturalisées et comment les corps, les esprits et les incapacités qui devraient être absolument au cœur d'un espace, d'un enjeu ou d'une discussion sont éliminés de cet espace, de cet enjeu ou de cette discussion » (souligné dans l'original). Je crois que le handicap et le détraquement devraient être « absolument au cœur » des discussions et des réflexions en suicidologie critique, vu que les personnes suicidaires sont dites « malades », « souffrantes », « folles », « détraquées », « aliénées » et « irrationnelles » dans leur désir de mourir. Cependant, le handicap et le détraquement sont « éliminés de cet espace » disciplinaire par un mouvement de quasi-répulsion vis-à-vis des explications de la suicidalité qui ne se basent pas sur un cadre strictement sociopolitique. *Handicap/maladie* et *folie* sont des termes qui ont été supprimés de la suicidologie critique, et quand des auteurices les utilisent, c'est presque toujours pour dissocier la suicidalité du handicap/de la maladie mentale et de la folie. En ce sens, cripper la suicidologie critique est une invitation à repenser l'espace accordé au handicap, à la maladie, à la souffrance et à la folie dans ce domaine, ainsi que la relation conflictuelle qu'entretiennent les suicidologues critiques avec le handicap et la folie. Comme je l'ai noté dans mes travaux antérieurs sur la distanciation des activistes/chercheureuses trans au regard du handicap, « j'estime que le

98. Pour des explications sur l'usage de *crip* comme un verbe, voir McRuer (2006, 2018), McRuer et Johnson (2014), Fritsch (2016), Hall (2017a), et Thorneycroft (2020). McRuer (2018, 23–24) mentionne que « *cripper* implique toujours d'être attentif à la manière dont des espaces, des enjeux et des discussions sont "redressées" [*straightened*]. Je soutiens que, comme geste critique, cripper résiste à ce "redressement" dans un sens relativement plus large que ce que nous pourrions penser comme redressement en ce moment dans les études, l'activisme ou l'art queers » (souligné dans l'original).

problème réside non pas dans le concept de transitude comme handicap, mais dans les conceptions individualistes, validistes et pathologisantes du handicap » (Baril 2015, 66). La même chose s'applique à la suicidalité : le problème ne réside pas dans le fait de conceptualiser la suicidalité à travers la maladie mentale, le handicap mental ou la folie/le détraquement, mais dans les conceptions individualistes, validistes/sanistes, médicales/psychologiques et pathologisantes du handicap/de la maladie mentale et de la folie/du détraquement. Cripper, et surtout détraquer la suicidologie critique nous permet d'aborder les intersections entre la suicidalité, le détraquement et le handicap/la maladie mentale avec des perspectives critiques renouvelées, au lieu d'adopter une conception individualiste problématique de la suicidalité comme dérivant de la maladie mentale, à l'instar du modèle médical.

S'il est utilisé dans le champ des études *Mad*, le verbe *détraquer* reste encore à être théorisé plus systématiquement. Ryan Thorneycroft (2020, 249) discute de l'usage émergent du verbe :

> Alors que le *cripping* est entré dans le discours sur le handicap, le *maddening* est une pratique peu explorée et théorisée. Le *maddening* mobilise aussi des processus qui exigent de se détacher du « connu » et du normatif, et par lesquels les personnes folles adoptent des pratiques qui visent à exposer et critiquer les hypothèses, les attentes, les pratiques et les effets sanistes […]. Le *cripping* et le *maddening* supposent de perturber et de subvertir le capacitisme et le sanisme.

Cripper et détraquer la suicidalité permettent de souligner des formes de validisme/sanisme dans la recherche en suicidologie critique qui, même lorsqu'elle adopte une approche intersectionnelle et basée sur la justice sociale, n'a toujours pas déconstruit certains préjugés liés au handicap, à la maladie, à la souffrance et à la folie. Cripper et détraquer la suicidalité signifient aussi de pousser les études critiques du handicap/crip/*Mad* à adopter une posture critique vis-à-vis de la suicidalité au lieu de la présenter comme un sous-produit d'idéologies et de structures validistes/sanistes et carcérales. C'est dans l'esprit des *cripistémologies*, un terme inventé par Merri Lisa Johnson[99], qui valorise la centralité des savoirs des personnes handicapées/détraquées, que j'écris ce chapitre.

Ce chapitre se divise en trois sections. La première passe en revue les discours sur la suicidalité des personnes handicapées/détraquées en explorant les débats sur le suicide assisté chez les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* qui s'opposent au suicide assisté ou qui le défendent. Après avoir démontré que tous ces discours, peu importe leurs perspectives, représentent des formes de somatechnologies de vie perpétuant le suicidisme et la contrainte à la vie, je critique certains de leurs effets les plus délétères sur les personnes suicidaires. Cette première section analyse aussi les réflexions de suicidologues critiques sur la suicidalité des sujets handicapés/détraqués. La deuxième section explore deux plateformes qui permettent d'avancer des discours alternatifs sur la suicidalité : le webzine *Mad in America* et plusieurs de ses contributions, ainsi que le mouvement pour la justice pour toutes les personnes handicapées [*disability justice movement*]. La dernière section adopte une

99. Sur la cripistémologie, voir McRuer et Johnson (2014) ; Patsavas (2014) ; Johnson (2015) ; et Hall (2017a, 2017b).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

cripistémologie permettant de cripper et de détraquer la suicidalité. Inspiré par des activistes chercheureuses du handicap, crips et *Mad* qui critiquent les modèles médical et social du handicap et qui ont proposé un troisième modèle que j'appelle le modèle sociosubjectif du handicap, j'utilise ce modèle pour repenser la suicidalité.

### 3.1. Les discours sur la suicidalité handicapée/détraquée comme somatechnologies de vie

Leah Lakshmi Piepzna-Samarasinha (elle/iel), une *fem* non-binaire, queer, racisée et handicapée qui est une artiste, écrivaine et éducateurice sur les questions de justice pour toutes les personnes handicapées, montre de façon puissante comment la suicidalité demeure taboue, même dans les cercles antioppression (2018, 174–175) :

> Si une personne venait me demander AS-TU SONGÉ À TE TUER RÉCEMMENT ?, je mentirais automatiquement en lui disant bien sûr que non. De la même façon que je l'ai fait avec chaque médecin, travailleureuse sociale et la plupart des thérapeutes dans ma vie. Comme toute personne détraquée et futée, je ne veux rien que je ne puisse pas supprimer dans mon dossier permanent, et je ne veux définitivement pas d'un Danger pour Soi-même ou pour les Autres. C'est ce contre quoi j'ai lutté toute ma vie, et j'ai vu l'oppression et la difficulté qu'implique cette étiquette pour les gens. Mais si vous normalisez ça. Car c'est normal. Ce secret. Que tant de nous luttons avec la suicidalité. Alors peut-être, peut-être, peut-être seulement que je vous dirai où j'en étais [souligné dans l'original].

Piepzna-Samarasinha identifie des formes de validisme/sanisme comme des obstacles dans les mouvements sociaux empêchant les conversations honnêtes sur la suicidalité. L'inconfort qu'elle exprime à propos du fait de révéler sa suicidalité montre que des somatechnologies de vie sont à l'œuvre, non seulement à travers des canaux formels de prévention du suicide, mais aussi au sein des milieux antioppression, et elles prennent la forme de discours et de pratiques suicidistes et sanistes interreliées. Ce chapitre analyse les somatechnologies de vie produites par les discours sur la suicidalité des personnes handicapées/détraquées.

S'il existe un corpus de recherche important sur la santé mentale et le suicide, il est rare que ces recherches adoptent une perspective handicapée/détraquée. Quelques études empiriques ont analysé les taux de suicidalité chez les personnes handicapées/détraquées. Par exemple, David McConnell et ses collègues (2016) rapportent que les personnes qui s'identifient comme handicapées parmi les 19 740 Canadiennes de leur étude — c'est-à-dire 25 % de leur échantillon — avaient trois fois et demie plus de chances d'avoir eu des idéations suicidaires l'année précédente que les personnes valides. Parmi d'autres facteurs, la suicidalité était expliquée par des obstacles validistes, comme la marginalisation, la pauvreté et la stigmatisation. Ce risque était plus important quand il y avait une « morbidité psychiatrique » (anxiété ou « troubles » de comportement), comme le décrivent les auteurices (521).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

McConnell et ses collègues concluent que les personnes handicapées sont plus à risque de suicidalité et que les personnes qui s'identifient comme ayant des « troubles psychiatriques » le sont encore davantage, comparées à d'autres personnes handicapées. Néanmoins, les chercheureuses réitèrent que les suicides restent rares dans les communautés handicapées, comme c'est le cas dans le reste de la population. Une autre étude quantitative d'Emily M. Lund et de ses collègues (2016) a permis de sonder 500 Étasuniennes, leur présentant des vignettes de personnes potentiellement suicidaires pour évaluer si le statut de personne handicapée menait les personnes interrogées à accepter davantage la suicidalité. Parmi celles-ci, 19 % s'identifiaient comme handicapées. Bien que l'équipe de recherche ait émis l'hypothèse que le fait d'être handicapée ou d'avoir une personne handicapée dans son entourage pouvait diminuer l'acceptation du suicide, leur étude n'a pas permis de le confirmer. Dans toutes les vignettes présentées, quand les cas hypothétiques impliquaient une personne handicapée, le suicide était vu comme un choix plus acceptable par les personnes handicapées et non handicapées (Lund *et al*. 2016, 32). De plus, l'acceptation du suicide était plus importante quand le handicap était visible. Lund et ses collègues (2016, 33) concluent que leur découverte a des impacts sur la prévention du suicide :

> Cette étude établit que le suicide était généralement vu comme plus acceptable quand la personne hypothétiquement suicidaire avait un handicap que lorsqu'elle n'en avait pas. […] Si les individus ayant un handicap qui vivent avec des idéations suicidaires reçoivent un message social suggérant que leur handicap rend le suicide plus acceptable ou compréhensible, ils peuvent sentir qu'ils ont implicitement la permission sociale de se suicider. Autrement dit, le message « le suicide n'est pas une option » pourrait plutôt être remplacé par « le suicide n'est pas une option pour tout le monde, mais elle l'est pour vous ». Une plus grande acceptabilité de la suicidalité chez les personnes ayant des handicaps pourrait suggérer à des individus handicapés qui sont suicidaires et qui cherchent de l'aide que leurs sentiments de désespoir sont justifiés et même rationnels.

La conclusion de cette étude confirme les craintes exprimées depuis plusieurs années dans les communautés handicapées/détraquées. L'aphorisme « mieux vaut être mortes qu'handicapées » est souvent évoqué dans les cercles handicapés/*Mad* pour dénoncer les jugements et les préjugés négatifs résultant de biais validistes/sanistes à propos de la qualité de vie des personnes handicapées/détraquées, qui mènent à approuver des formes de suicide assisté pour elles, mais pas pour le reste de la population (Coleman 2010 ; Kafer 2013 ; Reynolds 2017 ; Wieseler 2016, 2020). Les pages qui suivent explorent les réflexions d'activistes/chercheureuses du handicap sur ce double standard concernant la prévention de la suicidalité.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### 3.1.1. Handicap et suicide assisté : exceptionnalisme de la prévention du suicide ou droit à l'autonomie ?

Selon l'activiste pour les droits des personnes handicapées Diane Coleman (2020, § 3), le validisme des personnes qui prônent le suicide assisté est « si extrême qu'elles veulent soustraire un segment vaguement défini de personnes âgées, malades et handicapées de la prévention du suicide, impliquer notre système de santé pour qu'il facilite notre chemin vers la mort et immuniser toutes les personnes impliquées de toute conséquence légale, nous privant ainsi du droit à une protection égale par la loi [100] ». L'exception du droit à mourir concernant la suicidalité des personnes handicapées, malades ou souffrantes, en comparaison avec celles perçues comme corporellement valides et en bonne santé, a forgé l'opposition binaire entre le suicide et le suicide assisté, quelque soit la manière dont ce dernier est nommé et cadré (mort assistée par un médecin, assistance à la mort, aide médicale à mourir, mort médicalement assistée ou euthanasie volontaire). Catherine Frazee (2020), une activiste/chercheuse handicapée active dans les débats sur l'aide médicale à mourir (AMM) au Canada, note le double standard dans la loi, qui ne vise que les personnes handicapées, malades ou souffrantes. Elle demande : « Pourquoi nous ? Pourquoi seulement nous ? » (2020, § 5). Frazee se demande pourquoi la même « mort sur demande » (§ 8) n'est pas offerte à tout le monde et identifie le validisme comme coupable de cet exceptionnalisme. Elle implore les Canadiennes de réagir à cette forme si extrême de discrimination envers un groupe et à agir contre cette violence institutionnalisée. Frazee n'est pas la seule à dénoncer la disponibilité du suicide assisté exclusivement pour certains groupes de personnes marginalisées. Cet exceptionnalisme est critiqué depuis longtemps par des activistes/chercheureuses du handicap, et je suis tout à fait d'accord avec elleux sur ce point. Les lois actuelles dans divers contextes nationaux sont bâties sur des doubles standards et sur des formes profondes de validisme et d'âgisme [101]. Comme l'exprimait au début de cette section Coleman (2018, § 1), qui s'implique aux États-Unis dans le groupe de défense de droits des personnes handicapées Not Dead Yet, le suicide assisté est perçu par la plupart des activistes/chercheureuses du handicap comme la forme ultime du validisme, traitant les personnes handicapées comme étant « jetables ». La culture validiste de la sacrifiabilité est comparée, dans certains cas, aux exterminations nazies et est vue par l'activiste/chercheur handicapé Paul K. Longmore comme « le geste d'oppression ultime » (2003, 168).

Carol J. Gill a consacré plusieurs articles à ce qu'elle appelle les interventions « sélectives » sur le suicide, qui marginalisent les personnes handicapées. L'importance de ses travaux sur le sujet justifie la place que je lui accorde dans ce chapitre. Dans un de ses premiers articles sur le handicap et le

100. Certaines phrases dans la section 3.1.1 ont déjà paru dans Baril, « Theorizing the Intersections of Ableism, Sanism, Ageism and Suicidism in Suicide and Physician-Assisted Death Debates », dans *The Disability Bioethics Reader*, dirigé par J. M. Reynolds et C. Wieseler (New York: Routledge, 2022), 221–231. Reproduit avec la permission du concédant via PLSclear.

101. Voir, par exemple, Gill (1992, 1999, 2000, 2004), Ackerman (1998), Longmore (2003), Amundson et Taira (2005), Coleman (2010, 2018, 2020), Kolářová (2015) et Ben-Moshe (2020).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

suicide, Gill notait les doubles standards sur la suicidalité basés sur le statut d'incapacité, qui existent dans la société et chez les professionnelles de la santé. Quand un individu physiquement valide exprime le désir de mourir, on le caractérise comme suicidaire et il devient la cible d'interventions de prévention du suicide ; mais quand cet individu est handicapé, son désir de mourir est reformulé comme normal, rationnel, « naturel » ou « raisonnable » (Gill 1992, 39), une catégorisation qui représente, selon Gill (1999, 180), « la forme la plus dangereuse de discrimination à laquelle nous avons été confrontées ». Gill (2004, 178–179) soutient aussi que les personnes qui défendent le suicide assisté adhèrent à trois postulats qui contribuent à cette dévalorisation des vies handicapées : (1) le handicap cause le désespoir et la dépression, (2) ce désespoir est irréversible et irrémédiable, et (3) il ne faudrait pas poursuivre la prévention du suicide quand le désespoir se fonde sur le handicap, la maladie ou la souffrance. Comme l'affirme Gill (2004, 179) :

> Ces présupposés ont déclenché l'accusation, chez les activistes pour les droits des personnes handicapées, selon laquelle le suicide assisté est manifestement discriminatoire. Iels indiquent que cette pratique n'est pas offerte universellement à toustes les citoyennes adultes, mais seulement aux personnes qui ont des déficiences biologiques incurables. De plus, la pratique appelle à une réponse en deux temps du personnel médical : si l'individu a une condition handicapante incurable, le désir de mourir peut être jugé rationnel et on peut aider l'individu à mourir, tandis que les individus « en santé » qui veulent mourir sont l'objet d'interventions sur le suicide pour sauver leurs vies.

Dans le même esprit, j'ai proposé qu'il existe une « ontologie du suicide assisté » (Baril 2022) — c'est-à-dire une définition de ce que le suicide assisté est, son ancrage dans des formes généralisées de validisme/sanisme (parmi d'autres systèmes d'oppression) et dans l'invalidation systémique de la qualité de vie des personnes handicapées, malades ou souffrantes (un argument que j'approfondis dans le chapitre 4). Cette ontologie crée « deux classes de sujets suicidaires en considérant les personnes physiquement handicapées ou malades comme des sujets légitimes qui devraient recevoir de l'aide à mourir et les personnes suicidaires comme des sujets illégitimes qui devraient être gardés en vie » (Baril 2017, 201). Même si des activistes/chercheureuses du handicap dénoncent le double standard et l'exceptionnalisme relatifs à la suicidalité des personnes handicapées, malades ou souffrantes, iels ne questionnent pas le postulat selon lequel la seconde classe de sujets suicidaires est ciblée par l'injonction à la vie et à la futurité.

Généralement, les activistes/chercheureuses du handicap ont approché le suicide et le suicide assisté depuis une perspective antivalidiste, considérant que les incapacités ne sont pas la source première ou la seule source de souffrance ; le désespoir et le désir de mourir résultent d'une oppression validiste qui pathologise et discrimine les personnes handicapées, malades ou souffrantes. Iels affirment que l'oppression validiste façonne la suicidalité et que le remède à ce désespoir ne devrait pas se trouver dans la recherche de solutions individuelles comme le suicide ou le suicide assisté, mais dans le fait de confronter les conditions sociales, politiques, médicales, légales et économiques qui sont à la racine du problème [102]. S'il n'existe pas de consensus

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

absolu dans les communautés handicapées, malades ou souffrantes, le suicide et les requêtes de suicide assisté sont généralement critiquées. Les activistes/chercheureuses du handicap insistent sur le fait que la notion d'autonomie avancée par les gens qui prônent le suicide assisté est individualiste et ne tient pas compte des contextes, structures et oppressions qui influencent les choix des personnes (Braswell 2018 ; Ho 2014). Comme le défendent plusieurs auteurices, les décisions de mourir chez les personnes handicapées, malades ou souffrantes reposent sur une fausse notion d'autonomie (Coleman 2010 ; Gill 1992, 1999, 2004 ; Longmore 2003). Le suicide n'est pas vu comme un libre choix, mais comme le résultat de cultures validistes/sanistes et carcérales invivables (Ben-Moshe 2020).

De la même manière que les activistes/chercheureuses queers et trans présentent le suicide comme une forme d'hétérosexisme et de cisgenrisme intériorisés, beaucoup d'activistes/chercheureuses du handicap conceptualisent la suicidalité comme une forme de haine et de violence retournées contre soi-même. Gill (1999, 174) soutient : « Entourées par l'invalidation, il est difficile de ne pas apprendre à se détester soi-même. La haine du soi handicapé est une pression interne intense entraînant certains individus vers l'auto-annihilation. » En ce sens, le suicide est vu comme une forme de meurtre de soi-même. Plusieurs auteurices abordent la façon dont les stéréotypes validistes au sujet des personnes handicapées, qui les présentent comme étant un fardeau pour les autres ou en perte de leur dignité, sont intériorisés et nourrissent un désir de mourir, que ce soit par le suicide ou le suicide assisté (Amundson et Taira 2005 ; Coleman 2010, 2020). Selon ces auteurices, en plus de cette oppression intériorisée, il existe des formes d'« épuisement du handicap » [*disability burn-out*], comme l'explique Gill (2004, 180) :

> L'oppression des personnes handicapées peut entraîner des répercussions sur elles. Après avoir lutté contre les préjugés en milieu de travail, la pauvreté, l'accès bloqué à la communauté et à ses ressources, des soins de santé peu adaptés et sélectifs, le manque de logements accessibles et abordables, des politiques d'assistance sociale pénalisantes et le manque de transport adapté, certaines peuvent vivre ce qu'on connaît dans la communauté handicapée comme « l'épuisement du handicap ». Ce terme réfère au désespoir émotionnel engendré par les opportunités manquées et les objectifs bloqués. Il est aggravé et intensifié par des années d'exposition aux préjugés et à la dévalorisation en regard des handicaps. En fait, un thème répété fréquemment dans les entretiens de recherche avec des personnes ayant des handicaps et des maladies est : « Je peux vivre avec ma condition physique, mais je suis fatiguée de lutter contre la manière dont on me traite. »

Gill distingue clairement le désespoir apparemment causé par des incapacités de celui causé par les obstacles systémiques auxquels font face les personnes handicapées, d'où son endossement d'un modèle social du handicap (sur lequel je reviendrai plus tard). Comme beaucoup d'autres activistes/chercheureuses,

102. Voir, par exemple, Gill (1992, 1999, 2000, 2004) ; Ackerman (1998) ; Longmore (2003) ; Amundson et Taira (2005) ; Coleman (2010, 2018, 2020) ; Wardlaw (2010) ; et Kolářová (2015).

Gill (2000, 536) suggère de travailler sur le plan systémique pour éliminer ces obstacles et améliorer les expériences vécues par les personnes handicapées : « Il s'agit de problèmes médiés socialement, demandant une intervention sociale plutôt qu'une aide à mourir. »

Se dissociant des personnes qui s'opposent au suicide assisté pour les personnes handicapées, d'autres activistes/chercheureuses du handicap, que nous pourrions considérer comme les voix « dissidentes » du mouvement, adoptent la perspective opposée[103]. Par exemple, Andrew Batavia, qui s'est positionné en faveur du droit pour les personnes handicapées d'avoir accès au suicide assisté dans les années 1990, insiste sur le fait que ce débat présente moins d'homogénéité dans les communautés handicapées qu'il n'y paraît de prime abord. Selon Batavia (1997, 1672), certains sondages indiquent que la plupart des personnes handicapées approuvent le suicide assisté avec des arguments basés sur l'autonomie et la liberté de choix : « Beaucoup de gens ayant des handicaps, moi inclus, sont en profond désaccord avec les arguments de nos opposantes. Nous croyons que le mouvement pour les droits des personnes handicapées dans ce pays défend notre droit à l'autodétermination — c'est-à-dire, notre droit fondamental de contrôler nos vies, y compris nos décisions sur l'échéancier et les moyens d'une mort imminente venant d'une maladie terminale. » Contrairement à la plupart des personnes handicapées, Batavia ne croit pas que les lois sur le suicide assisté reposent sur des fondements validistes : « Nous ne croyons pas que le droit au suicide assisté se base sur la perception erronée, répandue dans notre société, selon laquelle les personnes avec des handicaps ont une qualité de vie moindre. Il se base sur le respect de l'autonomie » (1672). D'autres chercheureuses de renom dans les études du handicap, comme Lennard J. Davis, adoptent une perspective similaire à propos des lois sur le suicide assisté. Davis (2013b, 107) soutient que bannir le suicide médicalement assisté « s'oppose au genre de monde où les études du handicap souhaitent que nous vivions. De plus, je crois que le suicide médicalement assisté fait partie d'un programme progressiste soutenu par les gens qui ont élaboré des conceptions justes et responsables de la justice, des droits et de la citoyenneté dans les démocraties. » Comme je le démontre dans le chapitre 4, j'estime, contrairement à Batavia et Davis, que les lois sur le suicide assisté s'enracinent dans des formes de validisme, de sanisme, d'âgisme, de classisme, de capitalisme et/ou de racisme, et qu'il serait irréaliste de penser que certaines institutions, lois, règlements ou politiques sociales pourraient être exemptes de validisme et d'autres *-ismes*.

Karen Hwang (1999) adopte une position semblable, mais suggère une réflexion plus nuancée. Étant elle-même handicapée, elle ne s'identifie pas comme une activiste du handicap, mais prend une posture ferme dans les débats sur le suicide assisté. Hwang insiste sur la diversité de personnes comprises dans la catégorie large du handicap. Si certaines personnes handicapées sont en santé et ne souffrent pas, d'autres vivent avec des maladies chroniques et des conditions douloureuses qui rendent leur vie difficile. Dans ce dernier cas, Hwang affirme que ces gens devraient avoir droit au suicide assisté ; les empêcher de prendre cette décision ne fait que renforcer l'idée selon laquelle les personnes handicapées sont faibles, vulnérables et trop incompé-

103. Je remercie l'activiste du handicap Elizabeth Hopkins, qui a partagé avec moi ses réflexions en faveur du suicide assisté pour les personnes handicapées ainsi que des références à ce sujet.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

tentes pour prendre des décisions à leur propos. Sans nier l'oppression systémique, Hwang introduit dans la conversation la question de la douleur, de la souffrance et de la subjectivité — des réalités souvent écartées du revers de la main par les personnes qui adhèrent à un modèle social du handicap. Sans nier le fait qu'un validisme systémique puisse déterminer en partie la décision que prend un individu de se tourner vers le suicide assisté, Hwang (1999, 184) défend que les activistes qui s'y opposent reproduisent paradoxalement des formes de validisme : « Loin d'affirmer la dignité et la valeur de l'autodétermination individuelle, les gens qui défendent cette position préféreraient que nous abandonnions le contrôle de nos esprits, de nos corps et de nos vies à des gens qui veulent nous protéger de nous-mêmes. Néanmoins, vu ce dilemme, la plupart des personnes handicapées avec qui j'ai parlé préféreraient l'autodétermination à ce type de protection. »

Un autre activiste/chercheur de renom ayant une voix dissidente dans le débat sur le suicide assisté est Tom Shakespeare[104] (2006). Connu pour sa critique des limites du modèle social du handicap, que j'aborde plus loin dans ce chapitre, Shakespeare estime que la prédominance du modèle social dans les études du handicap empêche de se pencher sur la douleur et la souffrance. Il reconnaît l'importance du validisme systémique et de ses impacts sur les décisions des personnes handicapées, mais estime que le fait de présenter ces dernières comme des individus vulnérables ayant besoin d'une protection spéciale en ce qui concerne leurs choix de fin de vie a des effets pernicieux. Shakespeare soutient que diverses pratiques, comme l'euthanasie volontaire — par opposition à l'euthanasie involontaire — ou le retrait de traitements de maintien en vie, sont confondues lorsque les activistes/chercheureuses du handicap discutent du suicide assisté. Au lieu d'une condamnation universelle de ces pratiques, il convient d'examiner soigneusement chaque cas. Selon lui, les personnes handicapées ont le droit d'être soutenues pour toutes leurs autres activités, comme manger, s'habiller ou se laver. Il argumente que les priver de soutien lorsqu'il s'agit de mettre à exécution un désir de mourir constitue une exception discriminatoire : « Donner accès à une aide à mourir pour les personnes handicapées éliminerait donc une iniquité, plaçant celles-ci dans la même position qu'une personne non handicapée » (Shakespeare 2006, 124). Shakespeare fonde son argument de soutien au suicide assisté sur les notions de libre choix, de liberté, d'autodétermination et d'autonomie. Comme Hwang, il insiste sur le fait qu'appuyer le suicide assisté implique d'adhérer à des règles et des dispositifs stricts déterminant pour qui, comment et quand ces gestes sont autorisés. Il soutient aussi qu'il faut à la fois défendre le suicide assisté et agir pour promouvoir des changements systémiques pouvant améliorer les conditions de vie des personnes handicapées. Je critiquerai plus loin dans ce chapitre la manière dont beaucoup d'auteurices abordées jusqu'à maintenant, y compris celleux qui défendent le droit au suicide assisté pour les personnes handicapées, malades ou souffrantes, reproduisent malgré tout certaines formes de sanisme et de suicidisme. En effet, les personnes qui défendent le suicide assisté recréent souvent deux classes de sujets suicidaires : une classe méritant l'aide à mourir et une autre qui devrait être sauvée pour l'empêcher de commettre l'irréparable. Par exemple, Shakespeare (2006) reproduit certaines formes de

104. Pour une position différente sur le suicide assisté, voir aussi Shildrick (2008) et Wicks (2016).

sanisme et de suicidisme en faisant valoir un dépistage rigoureux visant à s'assurer que les personnes qui veulent accéder au suicide assisté ne soient pas déprimées, malades mentalement ou suicidaires.

Des bioéthiciennes comme Harold Braswell (2018) suggèrent d'abandonner les débats improductifs en refusant de prendre position sur le suicide assisté, pour plutôt s'intéresser aux enjeux plus urgents qui affectent les communautés handicapées[105]. Même si je suis d'accord que nous devons mettre l'accent sur ce qui compte dans la vie quotidienne de la plupart des personnes handicapées, malades ou souffrantes — comme l'indépendance dans la vie quotidienne, les logements abordables, et un accès approprié aux soins de santé, à l'emploi et à un soutien social, légal et économique —, j'estime que les questions entourant la mort représentent aussi des enjeux pressants, et je conteste l'idée que les chercheureuses ne devraient pas se positionner dans le débat sur le suicide assisté. Au contraire, ne pas prendre position revient à affirmer une position. Alors que ce débat est complexe et exige de faire preuve de nuance pour éviter le dogmatisme, il est clair pour moi et pour la vaste majorité des activistes/chercheureuses du handicap que l'ontologie du suicide assisté s'enracine dans des formes profondes de validisme, de sanisme, d'âgisme, de capitalisme et d'autres oppressions (Baril 2017, 2022). Quand il s'agit du suicide assisté, s'allier aux communautés handicapées, malades, souffrantes, détraquées et âgées doit impliquer de dénoncer la violence validiste, saniste et âgiste qui a structuré et qui continue de façonner les discussions, les réglementations, les lois et les politiques sociales sur le suicide assisté. Éviter de prendre position ou, pire encore, nier que cette violence est au cœur de l'ontologie du suicide assisté, a pour effet de reproduire des (micro-)agressions envers les personnes handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées. Je veux être clair : *je dénonce fermement les aspects ontologiques, sociaux, politiques et légaux du suicide assisté dans sa forme actuelle. En même temps, j'adhère fermement au droit positif à mourir, non spécifiquement pour les personnes handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées, mais pour toutes les personnes suicidaires, qu'elles soient handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées ou non.* Comme je l'ai écrit au sujet de l'AMM en 2017 (212) :

> Les lois, politiques publiques, stratégies de prévention et modèles/discours actuels sur le suicide ne constituent pas des réponses responsables, pragmatiques ou compatissantes envers les personnes suicidaires. Depuis une approche de réduction des risques centrée sur les voix et le bien-être des personnes suicidaires, *mon but n'est pas de réformer la loi sur l'aide médicale à mourir pour inclure les personnes suicidaires, mais de proposer un projet sociopolitico-légal entièrement différent. Je suggère d'abroger la loi, car elle est doublement validiste* , et je propose à la place que toutes les personnes qui veulent mourir, y compris les personnes suicidaires, devraient avoir accès à l'aide médicale à mourir, peu importe leur condition physique ou leur mort imminente [italique ajouté].

Ma position est souvent confondue avec celle des défenseures du droit à mourir qui veulent étendre le suicide assisté aux personnes vivant avec une souffrance psychologique (ou d'autres formes de souffrance), mais qui continuent d'adhérer

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

au script ontologique validiste, saniste et âgiste au sujet du suicide assisté. Comme je le démontre dans les chapitres 4 et 5, ma posture diffère radicalement de ce qui a été proposé jusqu'à maintenant, car elle se base sur la création de nouvelles formes antivalidistes, antisanistes et antiâgistes de soutien au suicide assisté pour les personnes suicidaires.

### 3.1.2. Redéfinir la folie… sauf pour les personnes suicidaires

Les activistes/chercheureuses *Mad*, tout comme les activistes/chercheureuses du mouvement antipsychiatrie, ont dénoncé les mauvais traitements, la violence et la cruauté exercées contre les personnes détraquées et la communauté c/s/x, « un acronyme pour consommateurice, survivante, ex-patiente, désignant toustes des politiques identitaires ou des relations spécifiques au système psychiatrique » (LeFrançois, Menzies et Reaume 2013, 335). Iels veulent élaborer une autre relation à un large éventail de réalités, incluant la dépression, l'anxiété, la psychose, la schizophrénie ou la manie, relation qui ne serait pas gouvernée par l'idée que ces différentes manières d'être au monde doivent être corrigées[106]. Alors qu'un nombre croissant d'auteurices traitent de la violence épistémique subie par les personnes détraquées lorsque leurs voix et leur crédibilité comme sujets connaissants sont délégitimées[107], l'effacement des personnes suicidaires n'est pas expliqué comme une forme de violence épistémique dans l'activisme et la recherche *Mad*. Les voix des personnes suicidaires ont été effacées des conversations sur la médicalisation et la psychiatrisation, l'hospitalisation ou l'incarcération forcées et les traitements inhumains (contraintes chimiques ou physiques) infligés aux personnes détraquées. Les personnes suicidaires sont écartées de ces conversations et la suicidalité comme thème n'apparaît presque pas dans les textes sur la folie. En outre, la suicidalité est souvent réduite à être comprise comme un résultat de la violence saniste (Lee 2013 ; The Icarus Project 2015) ou comme un effet secondaire des médicaments imposés aux sujets détraqués (Whitaker 2018).

À mon avis, cette omission est une opportunité manquée pour les activistes/chercheureuses *Mad*, parce qu'être suicidaire et être handicapée, malade, souffrante et/ou détraquée ne sont pas mutuellement exclusifs, et parce que le validisme, le sanisme et le suicidisme sont imbriqués. Analyser une forme d'oppression en oubliant les autres (ainsi que les autres systèmes d'oppression) ne saurait fournir qu'un aperçu partiel des enjeux que vivent les personnes handicapées/détraquées. Pour ne donner qu'un exemple parmi beaucoup d'autres, plusieurs « traitements » médicaux et psychiatriques comme l'hospitalisation forcée et les contraintes physiques ou chimiques sont imposés aux personnes considérées comme « folles » et « détraquées » qui représentent (peut-être) un danger pour elles-mêmes, un danger qu'on associe souvent à la suicidalité. Autrement dit, une personne est souvent hospitalisée/incarcérée de force, contrainte physiquement ou médicamentée contre son gré parce qu'elle

105. Pour des auteurices qui passent en revue les deux côtés du débat, voir aussi Ho (2014) et Ouellette (2011).

106. Voir, par exemple, Lewis (2013) ; Burstow, LeFrançois et Diamond (2014) ; Burstow (2015) ; Kilty et Dej (2018) ; Daley, Costa et Beresford (2019) ; Thorneycroft (2020) ; et Beresford et Russo (2022).

107. Voir, par exemple, Liegghio (2013) ; Leblanc et Kinsella (2016) ; et Wieseler (2020).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

est considérée en même temps comme « folle » et suicidaire. Le « danger » du suicide est aussi souvent utilisé comme un argument ultime par le personnel médical pour imposer des traitements forcés aux personnes détraquées (Kious et Battin 2019). *Il devient presque impossible de distinguer les différents systèmes d'oppression dans ces cas : être suicidaire suffit pour être étiquetée comme une personne « folle » ou « détraquée » ; avoir une « maladie mentale » exige une « cure » médicale/psychiatrique et les traitements coercitifs sont vus comme la norme quand il s'agit de personnes qui représentent un « danger pour elles-mêmes ».* Alors que le désir de guérir les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées est vivement critiqué dans les mouvements sociaux/champs d'études du handicap/*Mad*, le besoin de guérir les individus suicidaires, un désir qui émerge des mêmes systèmes médicaux et psychiatriques validistes/sanistes et qui mobilise les mêmes types de discours curatifs et d'outils coercitifs, est rarement questionné. Même chez les abolitionnistes qui s'opposent le plus radicalement aux lois sur la santé mentale, il n'y a pas de consensus sur la pertinence de l'abolition de ces lois en ce qui concerne les personnes suicidaires[108] (Ben-Moshe 2020 ; Wilson 2018).

Un exemple concret de l'exceptionnalisme appliqué aux personnes suicidaires dans les cercles *Mad* se trouve dans les travaux du Fireweed Collective, initialement connu comme The Icarus Project, une organisation étasunienne de promotion de la santé mentale dans une perspective intersectionnelle et de justice réparatrice. Connu pour son travail inestimable au service des groupes les plus marginalisés qui vivent à l'intersection de la folie, de la maladie/du handicap mentale et d'autres identités stigmatisées, le collectif cherche à aborder les crises de santé mentale de manière à éviter de reproduire l'oppression des personnes en détresse. Par exemple, dans son texte de 2020, « When It All Comes Crashing Down: Navigating Crisis », le Fireweed Collective offre plus d'une douzaine de suggestions d'interventions pour prévenir des dommages supplémentaires dans les épisodes de crises de santé mentale, incluant le fait de ne pas appeler automatiquement les services d'urgence, car ces services peuvent causer plus de mal que de bien. Néanmoins, l'organisation affirme l'importance d'utiliser ces services si la crise atteint un certain niveau de « dangerosité », expliquant que, « parfois, une intervention forte et rapide est nécessaire si la situation est véritablement dangereuse et que la vie d'une personne s'écroule vraiment » (129). Selon le collectif, appeler les services d'urgence devient une solution, particulièrement quand une personne est suicidaire, afin de sauver sa vie (130) : « *Appeler la police ou l'hôpital ne devrait pas être la réponse automatique*. La police et les hôpitaux ne sont pas des sauveurs. Ils peuvent aggraver les choses. Cependant, quand vous n'avez plus d'autres options, vous ne devez pas les écarter. […] Soyez réalistes, quand votre communauté a épuisé sa capacité d'aider et qu'il existe un réel danger. […] Le plus important est de garder la personne en vie » (souligné dans l'original). Pour ce collectif, ce qui est valable pour les personnes détraquées en crise ne semble pas s'appliquer aux personnes suicidaires en crise. Il soutient que les vies des personnes suicidaires doivent être préservées, d'où le fait qu'il

108. Certaines phrases dans ce paragraphe ont d'abord paru dans Baril, « Theorizing the Intersections of Ableism, Sanism, Ageism and Suicidism in Suicide and Physician-Assisted Death Debates », dans *The Disability Bioethics Reader*, dirigé par J. M. Reynolds et C. Wieseler (New York: Routledge, 2022), p. 221–231. Reproduit avec la permission du concédant via PLSclear.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

serait justifié d'appeler les services d'urgence, un geste vu comme néfaste quand il s'agit d'autres personnes marginalisées. Néanmoins, comme le démontre Trans Lifeline (2020) dans le chapitre 2, les personnes suicidaires qui subissent des sauvetages non consentis souffrent souvent de violence et de mauvais traitements, et c'est particulièrement le cas quand elles appartiennent à des groupes marginalisés, y compris les personnes handicapées, détraquées ou neurodivergentes. Je me demande donc ce qui justifie cet exceptionnalisme envers les personnes suicidaires. Tout en offrant habituellement des solutions créatives pour les personnes vivant de la détresse mentale, le Fireweed Collective semble revenir à une approche traditionnelle quand il s'agit de personnes détraquées suicidaires. Le collectif tente de trouver de bonnes raisons pour les personnes suicidaires de continuer à vivre et, dans une certaine mesure, impose la honte à celles qui pourraient envisager le suicide comme une option potentielle : « Il y a des manières de faire en sorte que vos sentiments changent et que votre tête fonctionne mieux. Si vous vous tuez, rien dans votre vie ne changera jamais. Vous nous manquerez. Vous ne saurez jamais ce qui aurait pu arriver. Vos problèmes sont très réels, mais il y a d'autres façons de les affronter » (The Icarus Project s.d., 3). Bien que je sois d'accord avec les activistes/chercheureuses *Mad* qui dénoncent le traitement terrible que subissent les personnes détraquées, je ne peux m'empêcher de penser que le suicidisme est probablement l'un des aspects les plus importants que ces auteurices oublient dans leur activisme et leur production intellectuelle très riches. Un cadre théorique combinant le sanisme au suicidisme et à la contrainte à la vie pour comprendre les réalités difficiles que vivent les personnes détraquées dans diverses institutions et contextes (carcéraux) a le potentiel de fournir une meilleure compréhension de leurs réalités complexes.

### 3.1.3. Suicidologie critique, handicap et folie

Alors que les activistes/chercheureuses du handicap entretiennent un certain silence à propos de la suicidalité, les suicidologues critiques font généralement la même chose à l'égard du handicap et de la folie. Les perspectives handicapées/*Mad* sont étonnamment absentes de la suicidologie critique, à quelques exceptions près, dont le travail de China Mills (2017, 2018, 2020), que j'aborderai plus loin. Par exemple, deux ouvrages collectifs clés de la suicidologie critique que j'ai abordés dans le chapitre 1, *Suicide and Social Justice* et *Critical Suicidology*, ne comprennent qu'un texte (de Mills) sur le handicap et aucune entrée d'index sur le handicap et la folie. Cet effacement révèle une relation problématique entre la suicidologie critique et les études du handicap/*Mad* : soit le handicap/la folie sont mis de côté comme des sujets négatifs à dissocier de la suicidalité, soit ils ne sont tout simplement pas mentionnés. En fait, à ma connaissance, il n'y a que deux auteurices dans le domaine de la suicidologie critique qui explorent explicitement le handicap, soit Mark E. Button (2016) et China Mills[109] (2015, 2017, 2018, 2020).

109. Sans se concentrer sur le handicap en soi, Froese et Greensmith (2019) mobilisent de manière brillante les études *Mad* comme cadre théorique dans leur analyse culturelle de la violence sexiste et raciste dans les séries télévisées qui traitent de la suicidalité.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Button, un chercheur important en suicidologie critique qui a contribué à mettre en avant le modèle de justice sociale qui politise la suicidalité, aborde brièvement dans un de ses textes la question du handicap. Dans cet article, il endosse sans explication l'exceptionnalisme du suicide assisté pour les personnes handicapées, malades ou souffrantes (Button 2016, 271) :

> À mon avis, il n'y a pas de devoir catégorique de garder quelqu'une en vie […] de sorte que le suicide puisse être considéré comme un tort moral absolu, et ce point est particulièrement important dans le contexte des maladies terminales et de la mort médicalement assistée. Je crois cependant qu'il y a une obligation collective impérieuse, fondée sur l'équité morale et la dignité des personnes, d'améliorer les conditions sociales, économiques et matérielles corrélées aux taux de suicide élevés (hors du contexte médical des décisions sur la fin de vie).

Ce passage pourrait être interprété vaguement si ce n'était d'autres passages du texte de Button, où il distingue également les suicides rationnels des personnes handicapées, malades ou souffrantes des suicides illégitimes basés sur une souffrance sociale et politique. Il semble effectivement adopter un point de vue selon lequel il est naturel que les personnes handicapées, souffrantes, malades ou en fin de vie optent pour le suicide. Ainsi, s'il y a un besoin urgent de politiser toutes les « subjectivités suicidaires », celles des personnes qui sont handicapées, malades, souffrantes ou en fin de vie sont exclues de cette analyse politique : « Hors du contexte des décisions sur la fin de vie et des cas associés où des individus cherchent à mettre fin à une maladie terminale et/ou à une douleur physique irrémédiable, le suicide, et plus spécifiquement la distribution des subjectivités suicidaires, est un sujet approprié de réflexion politique » (278). Button mobilise aussi des analogies ou des métaphores qui pourraient être interprétées comme validistes/sanistes, même s'il réclame l'utilisation d'une perspective de justice sociale qui cherche à répondre à toutes les inégalités, y compris celles liées au statut de personne handicapée (276). Il présente souvent le suicide comme une maladie à combattre : « Le suicide (hors du contexte de la maladie terminale et de la mort assistée) appartient proprement aux maux [*ills*] qu'une théorie politique socialement responsable devrait affronter » (272).

Dans son désir de combattre toutes les formes de suicide sauf celles des personnes handicapées, malades ou souffrantes, Button (271) évoque un « droit à la vie » qui pourrait constituer la base d'un nouveau mouvement social ou même de coalitions avec d'autres groupes pro-vie (de droite). Button (2020) mentionne la possibilité de faire des alliances avec des groupes religieux et conservateurs pour protéger le caractère sacré de la vie. Ici, l'injonction à la vie et à la futurité prend une forme concrète et se manifeste dans l'endossement de mesures de prévention du suicide qui briment les droits fondamentaux avec des mesures et des règles coercitives (Button 2020, 99). Comme les activistes/chercheureuses *Mad* l'ont démontré, une position qui légitime les hospitalisations, les traitements forcés et les détentions pour les personnes qui représentent des « dangers pour elles-mêmes » est néfaste pour les personnes détraquées et, comme je le défends, pour les personnes suicidaires. Autrement dit, malgré sa contribution inestimable à la suicidologie critique, la position de Button sur le suicide et le suicide assisté ne gagnerait certainement pas la faveur des

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

activistes/chercheureuses du handicap/*Mad*. Nous pouvons cependant reconnaître la manière dont Button politise la suicidalité, ouvrant la voie à d'autres analyses de la « psychopolitique du suicide », comme celle de Mills.

Dans ses travaux, Mills (2015, 2017, 2018, 2020) propose des réflexions innovantes sur la suicidalité et le handicap, adoptant clairement un éthos handicapé/détraqué. Mills nous met en garde de ne pas reproduire une conception pathologisante et stigmatisante des personnes handicapées/détraquées quand nous discutons des conséquences négatives de différents systèmes oppressifs (2020, 80). En outre, Mills (2020, 78) propose une « psychopolitique du suicide » comme cadre analytique visant à souligner les liens entre les affects négatifs et les conditions sociopolitiques dans lesquelles vivent les personnes : « Ici la détresse mentale est utilisée politiquement pour attirer l'attention vers les manières dont les environnements et les systèmes peuvent être conçus pour induire la suicidalité. Cela évoque l'intérêt que je manifeste depuis longtemps pour la psychopolitique comme cadre analytique visant à mieux comprendre les enchevêtrements anxieux entre les phénomènes systémiques et politiques et la vie psychique (Mills 2017) ». Dans ce texte, Mills traite de la psychopolitique à l'œuvre derrière les mesures d'austérité au Royaume-Uni et des transformations des politiques relatives aux frontières et à l'assistance sociale affectant les personnes migrantes, pauvres et handicapées [110]. Elle établit des liens entre l'expérience que font les personnes migrantes du renforcement des frontières au Royaume-Uni et celle des personnes pauvres et handicapées quant aux lois qui gouvernent l'assistance sociale. Elle affirme, à l'instar de quelques activistes/chercheureuses que j'aborde dans le chapitre 2, que c'est la haine qui tue les personnes migrantes et handicapées. Les mesures d'austérité engendrent une mort lente (et pas-si-lente), banale et non spectaculaire ciblant les personnes racisées, migrantes, pauvres et handicapées par le biais d'un ensemble de méthodes, incluant la violence administrative et financière. Mills affirme que les mesures d'austérité au Royaume-Uni, basées sur des systèmes d'oppression comme le validisme et le capitalisme, sont responsables des morts par suicide : « La logique sous-jacente à ces systèmes crée les conditions d'une dévaluation de la vie de certaines personnes et tue des gens, entre autres en les incitant à se tuer » (Mills 2020, 83). Ainsi, selon Mills, la suicidalité des personnes handicapées/détraquées est le résultat de formes imbriquées de racisme, de colonialisme, de classisme, de capitalisme, de validisme et de sanisme. Bien que je sois entièrement d'accord avec l'analyse astucieuse de Mills, je suis en désaccord avec sa conclusion selon laquelle le suicide constitue la forme ultime de l'oppression car le désespoir suicidaire résulte de conditions sociopolitiques, et qu'accepter le suicide signifierait d'accepter la culture de sacrifiabilité que subissent les sujets marginalisés. D'un point de vue de la justice sociale, cette conclusion demeure incomplète si elle n'intègre pas le suicidisme et les perspectives des personnes suicidaires. De la même manière que Mills nous encourage à penser à la coconstitution du

110. Voir aussi son article analysant « la psychopolitique de l'austérité » (Mills 2018). Mills (2015, 2017, 2020) propose un programme intersectionnel et une perspective de justice pour toutes les personnes handicapées qui critiquent certains aspects des études du handicap, et tout particulièrement leurs préjugés racistes et colonialistes. Voir aussi Yue (2021) sur la suicidalité et l'immigration.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

validisme, du sanisme, du capitalisme, du colonialisme et du racisme, je propose une perspective qui comprend ces formes d'oppression comme coconstitutives *du suicidisme*.

En somme, si elles sont inestimables sur plusieurs plans, les contributions des activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* sur le suicide et le suicide assisté et celles des suicidologues critiques sur le handicap/la folie adhèrent néanmoins au script préventionniste et nourrissent involontairement la contrainte à la vie et les régimes suicidistes. Ce faisant, elles constituent des somatechnologies de vie affectant les personnes suicidaires. Même s'il est difficile de rassembler des discours si variés et disparates sur la suicidalité handicapée/détraquée, beaucoup d'entre eux produisent des effets similaires sur les personnes suicidaires, dont je traite dans la section qui suit.

### 3.1.4. Le traitement saniste et suicidiste des personnes suicidaires handicapées/ détraquées

Les discours sur la suicidalité handicapée/détraquée ont plusieurs impacts négatifs sur les personnes suicidaires. Les représentations du suicide ou des requêtes de suicide assisté chez les personnes handicapées/détraquées ne constituent pas seulement des explications simplistes en ce qui a trait aux pressions externes validistes/sanistes et à l'intériorisation de la haine, mais elles reproduisent aussi des stéréotypes à propos des personnes handicapées/ détraquées (présentées comme vulnérables et passives, réduites à un seul aspect de leur identité, c'est-à-dire le handicap/la folie) ainsi que certaines formes de sanisme et de suicidisme.

Des recherches en études du handicap/*Mad* montrent qu'il existe des formes de sanisme chez les chercheureuses et activistes du handicap [111]. Ainsi, sans surprise, les activistes/chercheureuses voient souvent la suicidalité à travers une lunette saniste, comme une maladie mentale à « corriger ». Pour ne donner qu'un exemple, Shakespeare (2006, 124), tout en justifiant le suicide assisté pour les personnes handicapées avec des maladies terminales, insiste sur le fait que les personnes ayant des maladies mentales qui veulent mourir devraient être empêchées de le faire : « Par exemple, la dépression et d'autres maladies mentales pourraient brouiller le jugement et empêcher une personne vivant avec une maladie terminale de prendre adéquatement la décision de demander la mort. » Les personnes avec des maladies mentales sont présentées comme irrationnelles et incompétentes pour prendre ces décisions. Shakespeare ajoute que la prévention du suicide est essentielle dans toutes les circonstances, sauf dans de rares cas de maladies terminales (40) : « Même si le suicide a été décriminalisé, les tierces parties ont un devoir moral de tenter de dissuader une personne de se suicider. Il ne serait donc pas juste qu'une société aide toute personne handicapée ou non handicapée à se suicider en invoquant l'autonomie. Le seul cas socialement approuvé où le suicide devient un choix légitime est celui d'une maladie en phase terminale. »

Le script suicidiste préventionniste et le modèle curatif de la suicidalité, endossés aussi bien par les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* qui prônent le suicide assisté que par celleux qui s'y opposent, nourrissent

111. Sur ces formes de sanisme, voir, par exemple, Nicki (2001) ; Lewis (2013) ; LeFrançois, Menzies, et Reaume (2013) ; et Burstow, LeFrançois et Diamond (2014)

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

paradoxalement le trope curatif validiste relatif à certains sujets considérés comme « brisés » et ayant besoin d'être « réparés ». Outre les formes de validisme/sanisme intégrées dans certaines analyses de la suicidalité handicapée/détraquée, comme dans les exemples qui précèdent, des formes de suicidisme sont aussi à l'œuvre. Par exemple, le Fireweed Collective (The Icarus Project s.d., 1) insiste sur le fait que « se sentir suicidaire n'est pas abandonner la vie » et adhère à la contrainte à la vie, selon laquelle une « meilleure vie » est toujours possible. L'injonction à rester en vie et à se tourner vers un meilleur avenir est un thème qui traverse presque tous les discours sur la suicidalité handicapée/détraquée. J'affirme que le validisme/sanisme et le suicidisme fonctionnent de manière concomitante de sorte qu'ils nuisent aux personnes suicidaires, et ce, de trois manières : (1) en créant une image pathologique et négative des personnes suicidaires, (2) en réduisant au silence les personnes suicidaires et (3) en endossant des stratégies coercitives de prévention du suicide.

Premièrement, une image pathologique et négative des personnes suicidaires (handicapées/détraquées ou pas) prévaut dans la recherche. Par exemple, Gill (1992, 42) adopte une vision pathologisante des personnes handicapées qui veulent mourir, affirmant que leurs demandes de suicide assisté « sont clairement pathologiques ». En se basant sur une interprétation individualiste et psychologique, Gill dépeint les personnes suicidaires comme « affligées par une vision étroite » (46). Gill (1999, 174) questionne même la compétence légale des personnes handicapées étant donné leur oppression généralisée : « Si les libertés individuelles sont limitées et distordues par les caprices des politiques sociales, il est difficile de soutenir que ces individus agissent librement comme des adultes matures. De plus, l'isolement social à long terme et la douleur d'une existence imposée et vide de sens […] peuvent éroder la capacité individuelle à prendre des décisions raisonnées. » Plus tard dans sa carrière, Gill (2004, 185) continuera d'adhérer à cette conceptualisation pathologique de la suicidalité, réitérant que le « suicide est déclenché par un sentiment de désespoir lié à des troubles psychiatriques, à une vulnérabilité émotionnelle et/ou à des facteurs de stress psychosociaux démoralisants ». S'il est peut-être compréhensible que Gill, qui travaille dans le champ de la psychologie, soit tentée d'adopter des explications psychiatriques de la suicidalité, une conceptualisation similaire semble incohérente venant d'activistes comme Coleman, qui reste par ailleurs critique de la pathologisation individuelle. Coleman (2010, 41) se réfère à des études qui soulignent la « détresse psychologique » et les « perturbations psychologiques » pour montrer que les requêtes de suicide assisté des personnes handicapées ne sont pas fondées ou raisonnables et devraient être prévenues, comme elles le sont pour le reste de la population. Ces positions dans les études du handicap/*Mad* s'ancrent habituellement dans une reconceptualisation de l'autonomie qui favorise une perspective relationnelle aussi bien qu'une reconceptualisation de la compétence, vue comme biaisée par des formes intériorisées de validisme/sanisme. Bien que je sois d'accord avec les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* sur la nécessité d'avoir conscience des impacts profonds des conditions systémiques sur nos subjectivités, je suis fasciné par l'adhésion parfois acritique aux explications psychopathologiques qui ont cours quand il est question de suicidalité. En effet, les affirmations comme celles de Gill ou de Coleman illustrent que, si les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* sont normalement opposées aux explications

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

pathologiques et individualistes, iels tendent à les redéployer assez rapidement quand il s'agit d'individus suicidaires. Alors que l'empouvoirement et l'agentivité sont encouragés pour les autres groupes marginalisés, ils sont déniés quand il s'agit des personnes suicidaires, qui peuvent être considérées comme trop « folles » ou « détraquées » pour prendre des décisions importantes sur leur vie et leur mort. Ici, le sanisme et le suicidisme fonctionnent ensemble pour délégitimer les personnes suicidaires, qui peuvent être disqualifiées comme « irrationnelles » et « perturbées ». De plus, l'image négative des personnes suicidaires handicapées/détraquées qui est avancée par certaines activistes/chercheureuses nourrit les stéréotypes suicidistes sur les personnes suicidaires, qui les présentent comme dangereuses, impulsives, menteuses et manipulatrices. Pour ne donner qu'un exemple parmi d'autres, Gill (1992, 41) écrit : « Les personnes ayant des handicaps sévères sont typiquement expertes dans la survie. Par la force des choses, elles apprennent comment influencer les autres de sorte qu'iels les aident. C'est une habileté créative et essentielle qui peut malheureusement être appliquée consciemment ou inconsciemment à l'autodestruction. »

Deuxièmement, le sanisme et le suicidisme travaillent de concert pour réduire au silence les personnes suicidaires handicapées/détraquées. Beaucoup d'activistes/chercheureuses dont j'ai traité jusqu'à maintenant, particulièrement celleux qui s'opposent au suicide assisté, abordent certains cas médiatiquement célèbres de personnes handicapées ayant défié le système de justice pour accéder au suicide assisté (par exemple Elizabeth Bouvia) aux États-Unis et au Canada[112]. Leur conclusion principale est que les personnes handicapées sont victimes de l'oppression validiste et que, si leurs conditions de vie étaient différentes, elles ne voudraient plus avoir accès au suicide assisté. J'ai deux critiques à formuler à propos de cette interprétation réductrice, qui réduit au silence les personnes suicidaires handicapées/détraquées. Premièrement, réécrire les histoires des gens en prétendant savoir mieux qu'eux pourquoi ils veulent mourir est paternaliste et constitue une forme de violence épistémique. Deuxièmement, cette réinterprétation ne tient pas compte pas de « l'habileté créative » des personnes « expertes dans la survie », pour reprendre les mots de Gill. En effet, les personnes suicidaires handicapées/détraquées peuvent être créatives dans la poursuite de leurs objectifs, y compris dans leur désir de mourir. Comme nous l'avons vu au chapitre 1, il semble qu'il existe des formes d'étouffement testimonial parmi les personnes suicidaires qui connaissent les conséquences potentiellement sérieuses du fait de prendre la parole pour partager leur vérité, ce qui les dépouillera de leur légitimité comme interlocutrices.

En tant que personne suicidaire, j'ai songé à la possibilité d'accomplir mon suicide à plusieurs moments de ma vie. Je suis toujours ambivalent en ce qui concerne mon désir de rester en vie ou de mourir. *Même si je m'identifie comme un homme handicapé/détraqué et même si j'estime que les lois sur le suicide assisté se basent sur des formes violentes de validisme/sanisme et de suicidisme, je n'hésiterais pas à recadrer mon discours pour qu'il réponde aux critères validistes, sanistes et suicidistes de la loi si je voulais mettre fin à mes jours par le suicide assisté à un certain moment.* Le contexte canadien dans lequel je vis, selon la législation actuelle, exigerait que je dissimule ma

112. Voir, par exemple, Gill (1999) ; Longmore (2003) ; Coleman (2010) ; et Frazee (2016, 2020).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

dépression, le fait que je suis suicidaire et que j'ai certaines convictions politiques à propos du suicide. Il faudrait que je souligne que je suis affecté par l'« indignité » de mes handicaps et que ma souffrance est invivable et insoutenable. J'adopterais ce discours non pas parce que j'y crois, mais parce qu'il me permettrait d'accéder à une mort paisible, entouré des personnes que j'aime, et à un espace et un temps pour conclure ce dernier chapitre de ma vie. Je suis assez certain que, si je meurs d'un suicide à un certain moment, ce sera par un suicide assisté, car l'idée de mourir seul par le biais de moyens violents — une solution actuellement imposée aux personnes suicidaires dans le contexte suicidiste — me semble extrêmement effrayante. Mobiliser un discours validiste sur la souffrance liée à mes incapacités ne constituerait pas seulement une forme d'étouffement testimonial, mais endosserait un discours opposé à ce que j'ai affirmé toute ma vie — simplement pour accéder à ce que je considère comme une mort décente. Le fait que je sois prêt à modifier mon discours et à mentir pour atteindre ce but pourrait aussi être une stratégie utilisée par d'autres personnes suicidaires handicapées/détraquées pour obtenir ce dont elles ont besoin. Pour paraphraser Clare, je pourrais presque accepter sans hésitation une cure et un discours validiste si cela pouvait m'épargner une mort horrible par un suicide sans assistance. Les explications qui réduisent les personnes handicapées/détraquées réclamant le suicide assisté à des sujets aliénés ayant besoin de protection ne sauraient être plus erronées, à tout le moins en ce qui me concerne. Je ne suis probablement pas le seul. Comme nous le rappellent des chercheureuses du handicap/crips/*Mad* comme Ally Day (2021), personne ne devrait imposer ses discours aux autres. En plus d'être potentiellement erronés, ces discours causent des dommages en privant certaines personnes du statut de sujets connaissants et en renforçant des formes de silenciation.

Troisièmement, l'imposition de certaines interprétations de la suicidalité des personnes handicapées/détraquées comme résultant d'une oppression validiste/saniste mène à des solutions qui ne sont pas seulement incomplètes, mais franchement problématiques et violentes. Beaucoup d'activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* ne questionnent pas la violence suicidiste subie par les personnes suicidaires handicapées/détraquées et souhaitent appliquer les méthodes traditionnelles de prévention du suicide pour empêcher leur mort (Shakespeare 2006). Par exemple, Gill (2004, 178–179) souligne la nécessité de stratégies coercitives de prévention du suicide, dont « la psychothérapie, la dissuasion, l'hospitalisation ou des formes de vigilance protectrice ». Un autre exemple se trouve dans la discussion sur le suicide et le suicide assisté chez Frazee (2020, 3), qui insiste sur la nécessité d'appliquer les mêmes mesures coercitives à toutes les personnes suicidaires peu importe leur statut de personnes handicapées, en appelant les services d'urgence et en ayant recours à l'hospitalisation, à l'incarcération et aux traitements forcés si nécessaire : « Nous appellerons le 911, nous vous retirerons du bord du précipice et, oui, nous allons vous contraindre lors de votre crise. Au diable l'autonomie. » Le même constat s'applique à l'organisation Not Dead Yet, qui reconnaît que le suicide exige des « méthodes déplaisantes », mais appelle tout de même à « appliquer les lois qui requièrent du personnel médical qu'il protège les individus qui représentent un danger pour eux-mêmes » (Coleman 2010, 44). Non seulement Coleman, une activiste de Not Dead Yet, n'interroge pas certaines pratiques dommageables avancées dans le script suicidiste

préventionniste, comme l'hospitalisation involontaire, mais elle ajoute que les personnes suicidaires, qu'elles soient handicapées ou non, devraient être laissées à elles-mêmes dans leur quête de mort : « La loi devrait les laisser à leur propre sort. Toute personne compétente, même handicapée, peut se suicider en refusant de s'hydrater et de se nourrir » (49). Cette solution traduit de l'insensibilité envers les personnes suicidaires, les forçant à mourir par des moyens solitaires et violents comme la famine, l'empoisonnement, les armes à feu ou la pendaison. En outre, cette attitude de laisser-faire appliquée à un groupe marginalisé comme les personnes suicidaires, qui sont souvent criminalisées, hospitalisées involontairement ou stigmatisées sur la base de leur handicap/maladie mentale perçue ou réelle, semble en contradiction avec les analyses systémiques avancées dans les études du handicap/*Mad*[113].

Comme je le soutiens dans le chapitre 5, j'estime que mon approche affirmative du suicide et basée sur la réduction des risques sauverait plus de vies que les méthodes coercitives actuelles (même si sauver des vies n'est pas mon but principal) et offrirait l'option d'une mort moins traumatique ou solitaire, une meilleure préparation pour cette phase de la vie, un meilleur processus de deuil et de préparation avec la famille et les proches, et moins de conséquences négatives résultant de tentatives de suicide non fatales. Sans chercher à reproduire un trope validiste sur la peur du handicap, il est important de mentionner que les tentatives de suicide qui ne se soldent pas par un suicide complété (et il y a beaucoup plus de tentatives que de suicides complétés) produisent souvent des traumatismes physiques et émotionnels importants chez les personnes suicidaires[114]. Une approche basée sur la réduction des risques permettrait aux personnes qui choisissent cette voie d'éviter les conséquences et les traumatismes de leurs tentatives non fatales. En somme, les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* offrent des solutions incomplètes sur la base d'explications simplistes des raisons pour lesquelles les personnes handicapées/détraquées sont suicidaires, et reproduisent des formes de suicidisme en appuyant les méthodes de prévention coercitives ou en ignorant les dures réalités des personnes suicidaires. Ces formes de suicidisme sont profondément imbriquées avec des formes de validisme/sanisme. Je crois que prendre en compte le suicidisme aiderait les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* à proposer des analyses plus riches du fonctionnement du validisme et du sanisme.

### 3.2. Les approches alternatives de la suicidalité handicapée/détraquée

Considérant que les suicidologues critiques abordent rarement les réalités vécues des personnes handicapées/détraquées par rapport à la suicidalité et que les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* traitent principalement du suicide assisté et non du suicide en soi, les approches alternatives de la

113. Certaines phrases dans ce paragraphe ont d'abord paru dans Baril, « Theorizing the Intersections of Ableism, Sanism, Ageism and Suicidism in Suicide and Physician-Assisted Death Debates », dans *The Disability Bioethics Reader*, dirigé par J. M. Reynolds et C. Wieseler (New York: Routledge, 2022), 221–231. Reproduit avec la permission du concédant via PLSclear.

114. Sur ces traumas, voir Paperny (2019a).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

suicidalité pour les personnes handicapées/détraquées sont rares. Bonnie Burstow, une figure importante dans les mouvements antipsychiatrie et handicapé/*Mad*, a proposé des réflexions brillantes et innovantes sur la suicidalité au début des années 1990, dénonçant les traitements psychiatriques imposés aux personnes suicidaires[115]. Si sa position sur le suicide constitue une approche alternative de la suicidalité handicapée/détraquée, je me penche ici sur des réflexions plus récentes. Celles-ci se trouvent dans deux des rares plateformes proposant une approche non coercitive de la suicidalité dans une perspective handicapée/*Mad* : le webzine *Mad in America* et certaines des personnes qui y contribuent, ainsi que le mouvement pour la justice pour toutes les personnes handicapées et certaines de ses figures de proue.

En 2012, Robert Whitaker, un auteur américain connu pour ses écrits sur la folie, a fondé le webzine *Mad in America*. Dans l'esprit des mouvements *Mad* et antipsychiatrie, ce webzine est une plateforme où des auteurices écrivent sur la manière dont les systèmes médicaux/psychiatriques échouent à servir les communautés détraquées. Certaines contributions adoptent un regard critique sur les traitements réservés aux personnes détraquées suicidaires. Whitaker (2018) questionne lui-même l'approche médicale du suicide, souvent axée sur les médicaments et les solutions individuelles, qui peut causer davantage de suicides plutôt que de les prévenir. Il estime que les antidépresseurs peuvent être une cause potentielle de suicidalité, une possibilité également suggérée par d'autres auteurices antipsychiatrie comme Burstow (1992, 2015). D'autres contributions, comme celles de Rob Wipond (2020), insistent sur la nécessité de délaisser les interventions individuelles au profit de stratégies qui reconnaissent les contextes sociopolitiques où la suicidalité se produit et illustrent la manière dont les stratégies actuelles de prévention qu'utilisent beaucoup de lignes d'écoute en prévention du suicide causent souvent plus de tort que de bien. En se basant sur les témoignages de personnes suicidaires, Wipond (2020) révèle la façon dont la pratique courante des lignes d'écoute en prévention du suicide, qui consiste à appeler les services d'urgence sans le consentement des appelantes, peut être violente et pénible pour les personnes suicidaires : « Pourtant, un fait rarement rapporté ou examiné est que les appels à la National Suicide Prevention Lifeline (NSPL) — qui s'affiche visiblement comme service "confidentiel" — sont souvent retracés en secret. Les personnes qui appellent sont sujettes à des interventions policières et à des hospitalisations psychiatriques forcées. Beaucoup d'entre elles décrivent leurs expériences comme terrifiantes et traumatisantes. » Megan Wildhood (2018), une collaboratrice neurodivergente de *Mad in America*, a écrit sur les dommages causés aux personnes détraquées et suicidaires en détresse lorsqu'elles font appel aux services actuellement disponibles quand elles vivent des crises de santé mentale. Comme Wipond, elle croit que les lignes d'écoute en prévention du suicide et leurs protocoles par défaut — c'est-à-dire d'appeler les services d'urgence quand une personne envisage une tentative de suicide — font du tort

115. Voir le dernier chapitre du livre *Radical Feminist Therapy: Working in the Context of Violence*, publié par Burstow en 1992. Tout en s'opposant aux interventions coercitives pour les personnes suicidaires, Burstow n'est pas allée plus loin pour promouvoir un droit positif au suicide. Dans une perspective *Mad*, Froese et Greensmith (2019) ont aussi avancé des analyses intéressantes de la suicidalité qui vont au-delà du script préventionniste.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

aux personnes détraquées. Les interactions avec la police finissent souvent par violenter la personne au lieu de lui fournir du soutien et une connexion humaine.

Une autre collaboratrice de *Mad in America* est Jess Stohlmann-Rainey (2018, 2019), qui adopte une approche antisaniste du suicide et s'auto-identifie comme handicapée, détraquée et grosse. Stohlmann-Rainey (2018, § 12) dénonce la « sanité hégémonique » qui divise les personnes suicidaires en deux catégories : celles qui acceptent les interventions médicales/psychiatriques et désirent être réparées et sauvées par les traitements dominants (les « bonnes » personnes suicidaires), et celles qui résistent aux différentes interventions et qui persistent dans leurs idéations suicidaires, même après des tentatives de suicide non fatales (les « mauvaises » personnes suicidaires). Selon Stohlmann-Rainey (§ 17), une perspective antisaniste pourrait contribuer à traiter les personnes suicidaires de manière plus respectueuse :

> Quand nous commençons à décortiquer l'idéologie de la sanité hégémonique, il est possible d'aborder le suicide de façon plus pertinente. L'approche antisaniste du suicide crée un espace pour la folie. Elle n'exclut jamais le suicide et protège le droit qu'ont les personnes de prendre des décisions sur leur vie et leur mort sans intervention forcée. Mettre en œuvre une approche antisaniste du suicide […] exige que nous passions d'une démarche de triage et d'évaluation à l'exploration et à la compréhension. […] Nous pouvons leur demander quels sont leurs besoins. Et nous pouvons ultimement leur faire confiance et considérer qu'elles connaissent et prennent la meilleure décision pour elles-mêmes.

Comme moi, Stohlmann-Rainey (2019, § 4) soutient que le sanisme et le suicidisme (même si elle n'utilise pas ce dernier terme) fonctionnent de pair : « La sanité est construite autour de la volonté de vivre, la folie autour de la volonté de mourir. Dans ce paradigme, on ne peut jamais faire confiance aux personnes suicidaires, qui sont toujours déjà détraquées [*insane*]. » Utilisant des arguments similaires à ceux que j'ai soulevés par le passé (Baril 2017, 2018), elle soutient que les expériences des personnes suicidaires sont définies par les personnes non suicidaires et que les discours des personnes suicidaires sont façonnés par ce que les personnes non suicidaires veulent entendre. Si les personnes suicidaires ne se conforment pas au script préventionniste de la volonté d'être réparées et sauvées, elles sont considérées comme d'autant plus « folles » et « détraquées ». Comme d'autres auteurices qui adoptent des approches alternatives de la suicidalité, Stohlmann-Rainey espère créer des espaces plus sûrs pour que les personnes suicidaires puissent discuter de leurs idéations suicidaires sans honte, culpabilité ou conséquences négatives.

Un autre milieu faisant la promotion d'approches alternatives de la suicidalité est le mouvement pour la justice pour toutes les personnes handicapées. Ce dernier se penche sur l'imbrication entre les différents systèmes d'oppression, comme le racisme, l'hétérosexisme ou le cisgenrisme, pour analyser les réalités des personnes handicapées/détraquées. Il représente à certains égards une version plus radicale et intersectionnelle du mouvement pour les droits des personnes handicapées, et se concentre moins sur les droits

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

formels que sur la justice en général pour toutes les personnes handicapées/détraquées qui sont racisées, trans et queers. Piepzna-Samarasinha (2018, 15), une figure importante du mouvement, raconte son histoire :

> La « justice pour toutes les personnes handicapées » [*disability justice*] est un terme inventé par les membres fondateurices Noires et brunes queers et trans du Disability Justice Collective, fondé en 2005 par Patty Berne, Mia Mingus, Leroy Moore, Eli Clare et Sebastian Margaret. Ces activistes et artistes handicapées queers et trans Noires, asiatiques et blanches rêvaient de construire un mouvement centré sur les vies, les besoins et les stratégies d'organisation des personnes handicapées queers et trans et/ou Noires et brunes, qui étaient marginalisées du mouvement pour les droits des personnes handicapées focalisé sur un seul enjeu et dominé par des personnes blanches.

Il est impossible d'affirmer que toutes les personnes qui prônent la justice pour toutes les personnes handicapées adoptent des visions alternatives de la suicidalité. En fait, beaucoup reproduisent simplement le suicidisme. Cependant, quelques personnes qui s'identifient publiquement comme ayant des pensées suicidaires, comme Piepzna-Samarasinha, ne défendent pas les interventions qui pourraient blesser, criminaliser, stigmatiser ou isoler les personnes suicidaires, et proposent donc des approches alternatives qui prônent une meilleure justice pour les personnes suicidaires. Dans « Two or Three Things I Know for Sure about Femmes and Suicide », un chapitre de son livre publié en 2018, Piepzna-Samarasinha dénonce le double standard dans la perception de la suicidalité des personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées, souvent considérées comme rationnelles, courageuses et saines d'esprit dans leur quête de mort, tandis que les personnes non handicapées qui sont suicidaires sont vues comme anormales et irrationnelles. Iel note que cette perception est particulièrement vraie quand ces personnes handicapées/détraquées vivent également à l'intersection d'autres systèmes d'oppression, comme le classisme, le racisme ou le colonialisme. Elle estime aussi que le validisme et le sanisme jouent un rôle clé dans la manière dont on réagit à la suicidalité, non seulement dans la société, mais dans les communautés antioppression. Des formes de validisme/sanisme empêchent les personnes suicidaires de parler ou de chercher de l'aide, car elles craignent d'être vues comme « folles » ou « excessives » (Piepzna-Samarasinha 2018, 178). Ainsi, la prévention du suicide ne devrait pas se limiter à inviter les personnes à chercher de l'aide, mais devrait aussi impliquer de déconstruire des formes de validisme/sanisme qui créent de la honte et qui érigent des barrières empêchant de parler de la suicidalité (199) :

> *Quand une personne meurt, beaucoup de personnes disent « je n'en avais aucune idée ». Je pense que nous devons nous demander pourquoi c'est le cas.* De quoi pouvons-nous parler dans ces lieux que nous appelons la communauté queer ? De quoi ne pouvons-nous pas parler ? Il ne suffit pas de dire « vous n'avez qu'à nous contacter ». Je pense que nous pourrions utiliser les morts par suicide dans nos communautés pour interroger en profondeur comment le sanisme et le validisme sont diffusés dans la communauté queer. Dans beaucoup de

> communautés queers branchées qui ne sont pas explicitement handicapées, il n'est pas bien vu de dire que nous n'allons pas bien [l'emphase est en caractères gras dans l'original].

Comme moi, Piepzna-Samarasinha estime que « la promesse d'une cure » (230) issue du système validiste/saniste est imbriquée dans notre conceptualisation de la suicidalité. Elle indique que les personnes suicidaires sont présentées comme de bonnes ou de mauvaises survivantes selon qu'elles adhèrent ou non à l'idéologie curative. Iel suggère que ce modèle validiste/saniste, avec ses catégories binaires comme « brisée » et « réparée », représente l'un des seuls modèles disponibles pour penser la douleur, la détresse et le traumatisme (231). Elle affirme que nous devons commencer à accepter tout le désordre, la complexité et la diversité humaines, qui comprennent les idéations et la détresse suicidaires, ainsi que les affects négatifs (239) : « Je ne veux pas qu'on me répare, si être réparée signifie effacer ma mémoire et désapprendre ce que j'ai appris au long du miracle de ma survie. Ma survie n'est pas un problème individuel. […] Je ne veux pas qu'on me répare. Je veux changer le monde. Je veux être vivante, éveillée, en deuil et pleine de joie. »

De plusieurs manières, les approches alternatives esquissées plus haut sont compatibles avec la mienne. Beaucoup de ces auteurices adoptent une approche intersectionnelle similaire à la mienne et dénoncent l'oppression des personnes suicidaires à partir d'une posture antivalidiste et antisaniste, même s'iels n'appellent pas cette oppression « suicidisme ». Leurs approches sont humaines et respectueuses, et leurs critiques des stratégies de prévention actuelles sont innovantes. Néanmoins, s'iels critiquent les formes de silenciation vécues par les personnes suicidaires à cause du validisme/sanisme, iels ne promeuvent pas des droits positifs et des actions visant à soutenir les personnes suicidaires dans leur quête de mort, exception faite de la lutte contre le validisme/sanisme et les formes de stigmatisation, de pathologisation et d'interventions coercitives. Mon travail s'appuie sur leurs réflexions inestimables, les prolonge et constitue une invitation à mobiliser leurs idées critiques pour théoriser le suicidisme et ses interactions profondes avec d'autres systèmes d'oppression, tout en avançant un programme politique travaillant à la libération et à l'autodétermination des personnes suicidaires. Inspiré par les chercheureuses du handicap/*Mad* proposant des modèles alternatifs du handicap allant au-delà des modèles médical et social, je propose dans la prochaine section l'adoption d'un modèle alternatif du handicap pour repenser la suicidalité.

### 3.3. La suicidalité comme handicap : repenser la suicidalité avec la cripistémologie

Dans mon article « Transness as Debility: Rethinking Intersections between Trans and Disabled Embodiments » (Baril 2015), j'ai mobilisé les outils conceptuels des études du handicap pour repenser les corps/identités trans. Beaucoup considéraient que c'était une publication risquée, vu que la psychiatrisation et la pathologisation historiques des corps/identités trans ont mené les activistes/chercheureuses trans à se dissocier non seulement des perspectives médicales et psychiatriques, mais aussi du handicap, de la maladie et de la souffrance. Dans cet article, je soutenais que la quête légitime d'une dépatholo-

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

gisation des identités trans a malheureusement été menée au détriment des communautés handicapées/détraquées, reproduisant des formes de validisme/sanisme. J'identifiais en même temps certaines formes de cisgenrisme et de cisnormativité dans les cercles du handicap/*Mad*. En outre, je soutenais qu'à l'instar du handicap, la transitude a été conceptualisée à partir de deux principaux modèles, médical et social. Or, les modèles alternatifs élaborés dans les études du handicap pour surmonter les limites des modèles médical et social n'avaient pas encore été explorés dans les études trans. Mon but dans cet article était donc d'utiliser ces modèles alternatifs pour repenser la transitude depuis la perspective du handicap, ce qu'on aurait pu appeler cripper la transitude.

De façon similaire, comme je l'ai montré dans le chapitre 1, la suicidalité a été conceptualisée par le biais de divers modèles, dont les modèles médical, social et de justice sociale de la suicidalité. Les conceptualisations médicales et sociales de la suicidalité sont limitées, car elles laissent certaines personnes de côté et reproduisent même des oppressions, y compris la violence validiste, saniste et suicidiste. Je crois donc nécessaire d'adopter une cripistémologie crippant et détraquant la suicidalité afin d'élaborer un modèle de suicidalité inspiré par des approches similaires développées dans les études du handicap/crips/*Mad*, cherchant à dépasser les modèles médical et social (Crow 1996 ; Hall 2017a ; Kafer 2013 ; Nicki 2001 ; Siebers 2008). En effet, de la même manière qu'un modèle social de la transitude avancé par des activistes/chercheureuses trans en réaction à la conceptualisation médicale des identités trans, l'adoption d'un modèle de justice sociale de la suicidalité par la suicidologie critique a émergé en réaction au modèle médical. Comme je le démontre dans le chapitre 1, le modèle de justice sociale de la suicidalité tend à rejeter les explications physiques, psychiatriques et psychologiques de la suicidalité. Ce faisant, les suicidologues critiques ne font pas qu'involontairement reproduire une logique validiste/saniste, mais se privent aussi d'outils développés dans les études du handicap/crips/*Mad* qui pourraient être utiles pour repenser la suicidalité. Avant d'explorer la manière dont ces outils pourraient être mobilisés en lien avec la suicidalité, je voudrais offrir une courte description des modèles médical et social du handicap, ainsi que les modèles alternatifs qui ont été proposés pour surmonter leurs limites[116].

Le modèle médical comprend le handicap/la folie comme des pathologies individuelles à guérir. Ce modèle cherche à « réparer » les personnes handicapées et détraquées en supposant que leur souffrance résulte directement de leur handicap ou de leur folie. Critiqué car il se concentre sur la prévention et l'élimination du handicap/de la folie et sur l'assimilation des personnes handicapées et détraquées dans des sociétés conçues pour les personnes physiquement et mentalement valides, le modèle médical est souvent considéré comme réducteur et validiste/saniste par les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad*, car il ne tient pas compte de l'expérience vécue d'oppression systémique par les personnes handicapées/détraquées (Clare 2009 ; Lewis 2010 ; Wendell 1996). Ces activistes/chercheureuses proposent un modèle social du handicap, distinguant la « déficience » [*impairment*], définie comme une condition physique ou mentale, du handicap lui-même [*disability*], qui résulte de l'interaction entre la déficience et l'environnement validiste (Crow 1996 ; Shakespeare 2010 ; Siebers 2008). Ici, le handicap est le produit d'une société et d'un environnement insuffisamment adaptés aux personnes ayant

116. Ce résumé des modèles s'inspire de celui proposé dans Baril (2015, 64–66).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

diverses in/capacités. Autrement dit, les institutions, les méthodes de communication et l'architecture, pour ne nommer que certains exemples, se basent sur les besoins des personnes valides physiquement et mentalement, marginalisant ainsi les personnes handicapées/détraquées. À quelques exceptions près, plusieurs auteurices dont j'ai traité dans ce chapitre adhèrent au modèle social du handicap. Par exemple, Ron Amundson et Gayle Taira (2005, 54), qui discutent du suicide et du suicide assisté, appliquent le modèle social du handicap au désir de mourir : « Il était évident que ces personnes voulaient mourir à cause de leur situation sociale, pas à cause de leurs déficiences. »

Malgré de nombreux avantages, le modèle social n'est pas sans failles [117]. Comme le modèle médical, le modèle social produit ses propres formes de violence, de stigmatisation et d'exclusion en rejetant certaines réalités vécues par les personnes handicapées/détraquées ou en jugeant leur désir d'une cure. Basé sur la croyance qu'une société universellement accessible éradiquerait le handicap, le modèle social néglige souvent les expériences subjectives des personnes handicapées. Vu que la déficience est souvent considérée dans ce modèle comme neutre et ne causant pas directement de souffrance, l'élimination de l'oppression validiste est vue comme suffisante pour libérer les personnes handicapées. L'artiste/activiste Liz Crow (1996, 57) écrit : « Au lieu d'affronter frontalement les contradictions et les complexités de nos expériences, nous avons choisi dans nos campagnes de présenter la déficience comme non pertinente, neutre et parfois positive, mais jamais comme le dilemme qu'elle est vraiment. » Le modèle social est aussi critiqué parce qu'il se concentre sur des handicaps typiques. Pour les gens qui vivent avec des enjeux de santé ou dont les handicaps sont mentaux, émotionnels, chroniques, invisibles ou difficiles à mesurer objectivement, les solutions du modèle social consistant à ne cibler que les normes et structures validistes sont incomplètes. Selon Alison Kafer (2013, 7) :

> Avec sa distinction déficience/handicap, le modèle social efface la déficience comme réalité vécue. En se concentrant, avec de bonnes intentions, sur les effets handicapants de la société, ce modèle néglige les effets souvent handicapants de nos corps. Les personnes vivant avec une maladie, une douleur ou une fatigue chroniques ont été parmi les plus critiques de cet aspect du modèle social, soulignant à juste titre que les changements sociaux et systémiques ne suffiront pas pour atténuer la douleur des articulations ou du dos d'une personne. […] Se pencher exclusivement sur les barrières handicapantes, comme semble le faire un modèle strictement social, rend la douleur et la fatigue non pertinentes dans le projet d'une politique des handicaps. Par conséquent, le modèle social peut marginaliser les personnes handicapées qui montrent de l'intérêt pour les interventions ou les cures médicales.

117. Sur ces failles, voir Nicki (2001) ; Wendell (2001) ; Mollow (2006) ; Siebers (2008) ; Shakespeare (2010) ; Kafer (2013) ; Baril (2015) ; et Hall (2017a).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

En somme, le modèle social tend à favoriser une perspective désincarnée sur le handicap qui néglige les difficultés causées par les déficiences physiques et mentales/émotionnelles, au lieu de considérer ces difficultés en combinaison avec l'oppression sociale.

Pour contourner les pièges de ces deux modèles, quelques auteurices des études du handicap/crips/*Mad* ont adopté un modèle alternatif théorisant les structures et idéologies validistes en lien avec l'expérience subjective du handicap et des déficiences (Hall 2017a). La plupart de ces auteurices (Mollow 2006 ; Nicki 2001 ; Wendell 2001) ne nomment pas leur modèle. D'autres, comme Crow (1996, 70), présentent un modèle social dit amélioré ou « renouvelé ». D'autres encore désignent leur approche comme une « théorie de l'incarnation complexe [*theory of complex embodiment*] » (Siebers 2008, 22), un « modèle hybride politique/relationnel » (Kafer 2013, 4) ou un « modèle composite du handicap » (Baril 2015, 59). Dans un autre article (Baril 2018), j'ai modifié le nom de mon modèle pour le désigner comme *modèle sociosubjectif du handicap*, qui semble plus intuitif pour décrire la complexité des aspects sociaux, politiques et systémiques propres aux handicaps et déficiences aussi bien que les expériences subjectives et phénoménologiques. Critiquant les modèles médical et social du handicap, ces modèles alternatifs reconnaissent l'expérience complexe du handicap tout en incluant les dimensions subjectives/personnelles et sociales/politiques. Ces modèles, comme le modèle sociosubjectif que je propose, semblent particulièrement appropriés pour examiner la suicidalité qui résulte d'une potentielle douleur psychologique/émotionnelle et d'une dépression, des aspects de la souffrance qui, même s'ils sont liés à des facteurs sociopolitiques, sont trop souvent négligés par le modèle social et le modèle de justice sociale de la suicidalité. Malgré leur potentiel heuristique pour examiner l'expérience sociosubjective des sujets suicidaires, ces modèles alternatifs du handicap, souvent associés avec les perspectives queercrips, demeurent inexplorés en suicidologie critique, même s'ils sont de plus en plus populaires dans les cercles du handicap, crip et *Mad*. En effet, les modèles social et de justice sociale prédominent encore quand il s'agit d'adopter une approche antioppression du suicide. Shakespeare (2006, 43) indique comment la prédominance du modèle social du handicap empêche les communautés handicapées de réfléchir de manière critique au suicide assisté pour les personnes ayant une maladie terminale :

> Il est tentant d'interpréter une partie de l'opposition au suicide assisté de la communauté de défense des droits des personnes handicapées comme résultant de l'hégémonie des perspectives fondées sur le modèle social. Pour les personnes qui clament que le handicap n'a rien à voir avec la déficience, ou que le handicap ne devrait pas être médicalisé, il est simplement inapproprié de parler en termes de maladie, de souffrance et de mort, car la solution au problème du handicap n'est pas de porter attention à la déficience, mais de retirer les barrières sociales et de favoriser l'autonomie, l'inclusion sociale et le respect. La puissance des approches basées sur le modèle social a sans doute compliqué la possibilité qu'a la communauté de défense des droits des personnes handicapées à s'engager dans les débats sur la maladie, la déficience et la fin de vie.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Si je m'accorde avec Shakespeare sur l'hégémonie du modèle social, comme je l'ai démontré, il n'applique pas cette critique du modèle social du handicap à la suicidalité des personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées qui ne sont pas en fin de vie et qui sont suicidaires. Je soutiens que la domination des modèles social et de justice sociale de la suicidalité qu'endossent les activistes/chercheureuses des mouvements sociaux/champs d'études antioppression nous a empêchées d'aborder des enjeux cruciaux relatifs aux personnes suicidaires, dont leur lutte avec le handicap/la maladie mentale.

Pour être clair, je ne veux pas m'engager dans des débats sur les causes de la suicidalité, qu'elles soient physiques, neurologiques, psychologiques, psychosociales ou sociopolitiques. Alors que le fait d'établir les causes de la suicidalité est souvent vu comme crucial pour informer les pratiques d'intervention sur le suicide, j'estime qu'il est moins important de déterminer les causes de la suicidalité que de mettre en relief les expériences vécues des personnes suicidaires. Autrement dit, peu importe si la détresse et le désespoir vécus par les personnes suicidaires proviennent d'un débalancement chimique neurologique, d'un traumatisme psychologique dans l'enfance ou d'une détresse existentielle causée par une oppression sociopolitique, le résultat demeure que les personnes suicidaires veulent mettre fin à leur vie et qu'elles subissent une large gamme de violences suicidistes. Évidemment, déterminer les causes pourrait aider à cibler des solutions spécifiques ; s'il était déterminé que la suicidalité dérivait de « troubles neurologiques », le problème serait facilement réglé par quelques « cures ». De la même façon, si elle était un phénomène exclusivement sociopolitique, les solutions proposées par les activistes/chercheureuses de divers mouvements sociaux/champs d'études antioppression seraient adéquates. Néanmoins, malgré des décennies de recherche, les causes de la suicidalité demeurent incertaines et nous pourrions ne jamais savoir avec certitude ce qui pousse certains individus plutôt que d'autres à se suicider (Bryan 2022). Ainsi, je suis davantage préoccupé par les conditions de vie et de mort des personnes suicidaires que par la course visant à trouver *la cause de la suicidalité et sa solution*. Dans leur recherche de causes et de solutions, les modèles médical, social et de justice sociale de la suicidalité tiennent pour acquis que toutes les personnes suicidaires cherchent à être « sauvées » et veulent un meilleur avenir ou, pour le dire autrement, une solution (autre que mourir). Écrivant sur le handicap, Kafer (2013, 29) critique cette idéologie curative :

> En nous concentrant toujours sur un meilleur avenir, nous détournons notre attention de l'ici et maintenant […]. Ce report, ce focus rigide sur l'avenir, est souvent exprimé en termes de cure et de réhabilitation, et s'enferme donc dans des approches normatives de la corpomentalité. Les activistes du handicap protestent depuis longtemps contre une politique du report infini qui verse des ressources financières et culturelles dans une « cure » pour les personnes handicapées à venir (en les empêchant de voir le jour), tout en ignorant les besoins et les expériences des personnes handicapées dans le présent.

Bien que le modèle social du handicap prenne ses distances vis-à-vis de cette perspective curative et se concentre sur l'« ici et maintenant » des vies des personnes handicapées, les modèles social et de justice sociale de la suicidalité restent malheureusement ancrés dans une idéologie curative qui repousse les

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

préoccupations de l'ici et maintenant en faveur de l'attachement à un « meilleur avenir » pour les personnes suicidaires, matérialisé par des transformations sociopolitiques. Les ressources financières et culturelles sont investies dans la recherche des causes de la suicidalité et des solutions pour la « guérir », peu importe que ces cures soient médicales ou sociopolitiques. Cet investissement dans l'avenir des personnes suicidaires masque leurs besoins et leurs expériences actuelles, informées par le suicidisme.

Un modèle sociosubjectif du handicap appliqué au suicide reconnaît l'implication des systèmes d'oppression dans la formation des subjectivités suicidaires, mais situe également les enjeux de santé mentale et ces subjectivités (par exemple : les visions, expériences, discours et demandes des personnes suicidaires) au cœur de l'analyse (Baril 2018). Autrement dit, l'ici et maintenant de leurs conditions de vie et de mort est prioritaire sur leur « meilleur avenir » potentiel, où la suicidalité pourrait être « guérie ». Ce modèle facilite la création d'espaces plus sûrs où les voix des personnes suicidaires peuvent être entendues sans être insérées de force dans le script suicidiste préventionniste. Appliqué à la suicidalité, le modèle sociosubjectif du handicap nous permet d'échapper au dilemme des explications et des solutions entièrement fondées soit dans les problèmes individuels, soit dans les structures sociopolitiques. Surtout, ce modèle n'ignore pas les déficiences/incapacités, les maladies, les souffrances et la folie liées à la suicidalité, trop souvent balayées du revers de la main dans les modèles social et de justice sociale de la suicidalité. Bien que je ne prétende pas représenter les expériences de toutes les personnes suicidaires, puisqu'il en existe une large variété, un point commun des témoignages que j'ai lus et entendus (et j'ai recueilli et consulté plus de 1 700 références sur le suicide pour écrire ce livre) est l'élément de la souffrance émotionnelle et psychologique. À l'instar de Tobin Siebers (2008), Alyson Patsavas[118] (2014) et China Mills (2017, 2018, 2020), je crois en une psychopolitique des émotions et en l'impossibilité d'isoler la souffrance émotionnelle des conditions sociales de la vie, d'où l'importance de théoriser l'entrelacement entre les aspects sociaux et subjectifs de la suicidalité. Néanmoins, reconnaître cet enchevêtrement entre les contextes émotionnels et sociopolitiques ne signifie pas nier, rejeter ou oublier l'importance du handicap/de la maladie mentale (dépression, anxiété, etc.) dans la vie de certaines personnes suicidaires. Dans une perspective cripistémologique, cripper et détraquer la suicidalité impliquent d'accepter le handicap mental, la souffrance/maladie mentales et la folie, comme nous le faisons dans les mouvements du handicap/crips/*Mad*, au lieu de les rejeter, comme c'est trop souvent le cas dans le modèle de justice sociale de la suicidalité.

Comme l'affirme la chercheuse féministe du handicap Susan Wendell (2001, 18) dans sa critique du modèle social du handicap et de l'accent qu'il met sur les barrières sociales, « certaines personnes handicapées qui ne sont pas en santé, tout comme certaines personnes en santé ayant des handicaps, vivent avec un fardeau physique ou psychologique qu'aucune mesure de justice sociale ne saurait éliminer. Par conséquent, certaines d'entre elles voudraient vraiment une cure pour leur corps, non en tant que substitut à une cure contre le validisme, mais en complément à celle-ci. » Ce désir s'applique aussi aux

118. Patsavas (2014, 205) propose une « cripistémologie de la douleur ». Elle est l'une des rares personnes chercheuses du handicap qui traitent du suicide, mais j'ai choisi d'exclure son texte vu qu'il se concentre davantage sur la douleur que sur le suicide.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

personnes suicidaires : certaines pourraient continuer à vivre avec une souffrance et des fardeaux significatifs qui ne seraient pas suffisamment ou assez rapidement soulagés par des solutions centrées sur la justice sociale. Vu que la justice sociale est un projet à long terme, toute amélioration individuelle des effets destructeurs que peuvent avoir le capitalisme, le racisme, le cisgenrisme et le validisme/sanisme sur la vie des gens pourrait prendre plusieurs dizaines d'années. Entre-temps, les personnes suicidaires continuent de souffrir en silence et pourraient vouloir accéder au suicide assisté, « non en tant que substitut à une cure [contre les oppressions], mais en complément à celle-ci. » Il se peut que cette situation ait été celle que vivait Leelah Alcorn, abordée dans le chapitre 2, qui nous demandait simultanément de réparer la société *et* de respecter sa décision de mourir. Si je quittais ce monde par un suicide (assisté), mon souhait le plus profond serait que les personnes toujours vivantes continuent de se battre pour la justice sociale pour les groupes marginalisés tout en respectant celles qui étaient trop fatiguées pour continuer à se battre. En somme, si le modèle de justice sociale de la suicidalité qu'adoptent tant d'activistes/chercheureuses est pertinent et juste lorsqu'il s'agit d'identifier les structures sociopolitiques qui influencent la suicidalité, il a des effets déplorables et involontaires de silenciation des personnes suicidaires, similaires aux impacts du modèle social du handicap sur les personnes handicapées/détraquées. Comme l'affirme la chercheuse Anna Mollow (2006, 70) :

> Je suggère donc qu'en examinant les intersections entre différentes formes d'oppression, nous nous protégions contre les dangers d'un « essentialisme du handicap » où l'on présume que les expériences, besoins, désirs et objectifs de toutes les personnes handicapées sont les mêmes et où l'on ne soutient les personnes vivant des expériences « différentes » que si elles ne proposent rien pouvant saper les arguments fondateurs du mouvement. Beaucoup de ces arguments ont été développés principalement en ayant le handicap physique à l'esprit. Même si elles retiennent de plus en plus l'attention, les déficiences cognitives et psychiatriques demeurent marginalisées […].

Utiliser un modèle sociosubjectif du handicap pour commencer à cripper et à détraquer la suicidalité pourrait permettre de créer des espaces plus accueillants et sûrs pour les personnes suicidaires et d'ainsi combattre l'*essentialisme de la suicidalité* fondé sur le script suicidiste préventionniste. Ces espaces devraient être aussi libres que possible de tout jugement, stigmatisation et oppression, y compris de l'oppression suicidiste. Ils devraient offrir un climat accueillant pour que les personnes suicidaires puissent exprimer leurs expériences, leurs réflexions et leurs demandes, même si leurs discours peuvent contredire les interprétations dominantes de la suicidalité handicapée/détraquée.

D'une façon similaire au modèle de santé publique, le modèle sociosubjectif du handicap appliqué à la suicidalité tient compte de multiples facteurs (par exemple : biologiques, environnementaux, sociaux, politiques) contribuant aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide. Pourtant, il aboutit à une conclusion différente. Le suicide reste une possibilité, et le script préventionniste est remis en cause. Le modèle sociosubjectif reconnaît la souffrance subjective causée par le handicap ou la maladie mentale ou physique tout en

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

évitant les formes de sanisme qui invalideraient la compétence qu'ont les personnes suicidaires d'opter pour le suicide à cause de leur handicap/maladie mentale. Il reconnaît que les expériences subjectives ne peuvent pas être vécues hors de leurs contextes sociaux, et s'enracine donc fermement dans les valeurs du modèle de justice sociale de la suicidalité. Ce modèle sociosubjectif évite les explications et les solutions réductrices articulées uniquement en termes médicaux ou sociopolitiques. Il propose de travailler simultanément à de multiples niveaux ; s'il nous faut agir pour transformer les systèmes oppressifs (la pauvreté, le racisme, l'hétérosexisme, le cisgenrisme, le validisme, le sanisme, etc.) qui peuvent créer ou intensifier les idéations suicidaires, nous devons aussi nous attarder à la souffrance individuelle que vivent les personnes suicidaires et respecter leur désir de mourir, comme je le soutiens au chapitre 5. Autrement, nous les prenons en otage dans notre mouvement pour une révolution sociale. Le modèle sociosubjectif accepte la possibilité que les personnes suicidaires mettent fin à leur vie, non pas individuellement comme le veut la vision (néo)libérale de l'autonomie, où toute personne a le droit de se suicider sans interférence, mais plutôt de manière accompagnée (suicide assisté), reconnaissant que, dans le contexte actuel, la liberté et l'autonomie des personnes suicidaires sont compromises par l'oppression suicidiste et les formes de validisme/sanisme affectant leur agentivité. Bref, lutter pour des transformations sociopolitiques et une plus grande justice sociale n'est pas incompatible avec le fait d'être plus responsables vis-à-vis des personnes suicidaires ou de reconnaître la violence qu'elles subissent, y compris dans les perspectives des activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* ou de la suicidologie critique.

### 3.4. Mot de la fin

Contrairement aux activistes/chercheureuses queers et trans, qui traitent souvent de la suicidalité queer et trans tout en gardant le silence sur le suicide assisté, les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* ont exprimé des préoccupations relatives au suicide assisté, mais ne s'expriment que très peu sur la suicidalité elle-même. Néanmoins, à l'instar des activistes/chercheureuses queers et trans, quand les activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* abordent le suicide (assisté), quelle que soit leur position en regard du suicide assisté, iels continuent de voir la suicidalité comme une solution inappropriée qu'il faut éviter — perpétuant ainsi la logique suicidiste et la contrainte à la vie. Leurs discours, cherchant à garder les sujets suicidaires en vie, représentent des somatechnologies de vie qui n'ont toujours pas été explorées par la recherche. Si quelques activistes/chercheureuses proposent des approches alternatives de la suicidalité, soulignant la domination d'idéologies et de structures validistes/sanistes dans leurs critiques des mesures coercitives de prévention du suicide, iels ne défendent cependant aucun droit positif pour les personnes suicidaires. Leurs solutions, comme de cesser le retraçage non consenti des personnes suicidaires par les lignes d'écoute en prévention du suicide pour déployer des services d'urgence, ou d'arrêter les hospitalisations, les incarcérations et les traitements forcés sur les personnes qui vivent des crises de santé mentale, sont certainement un pas dans la bonne direction pour combattre les régimes suicidistes. Mais elles demeurent incomplètes. Une réponse pleinement responsable vis-à-vis des personnes suicidaires ne se contenterait pas de cesser

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

les formes de violence et de discrimination qu'elles subissent, mais défendrait aussi leur pleine citoyenneté, reconnaissant leurs perspectives et leurs besoins, y compris sur la mort. Cette approche implique la reconnaissance de droits positifs pour les personnes suicidaires, des droits qui restent encore inexplorés et impensés — je dirais presque impensables — dans la suicidologie critique et au sein des communautés handicapées/détraquées. Ma position de soutien au suicide assisté pour les personnes suicidaires peut être particulièrement controversée étant donné la posture critique adoptée depuis longtemps par les communautés handicapées/détraquées au sujet du suicide assisté. Cependant, comme l'illustre la deuxième partie de ce livre, ma vision pour le suicide assisté constitue une rupture radicale avec les formes légalisées actuelles de suicide assisté dans divers pays, qui se fondent sur des formes de validisme, de sanisme, d'âgisme et de suicidisme. Mon soutien au suicide assisté, que permet le modèle sociosubjectif du handicap que j'applique ici à la suicidalité, résulte d'une attention portée à la violence suicidiste que subissent les personnes suicidaires et de la conscience de leur souffrance (peu importe ses causes et ses sources). Le modèle sociosubjectif possède une valeur heuristique énorme qui n'a toujours pas été utilisée dans les analyses de la suicidalité des personnes handicapées/détraquées. Surtout, ce modèle qui consiste à cripper et à détraquer la suicidalité évite de marginaliser les personnes vivant avec des handicaps mentaux et des maladies mentales, les plaçant plutôt au centre et au-devant du modèle queercrip de la suicidalité.

# Partie 2. Repenser le suicide assisté

## Chapitre 4. Le mouvement pour le droit à mourir et son ontologie validiste, saniste, âgiste et suicidiste du suicide assisté

*Honnêtement, je me sens comme un monstre, et c'est très difficile de vivre avec ça. Être confronté à ça [référant à sa phalloplastie « non réussie »] chaque fois que tu vas à la salle de bains, chaque fois que tu te laves le matin, c'est juste trop. […] En tant qu'homme, si tu dois mettre une serviette hygiénique dans ton pantalon parce que tu as des fuites urinaires, je ne pense pas que beaucoup d'hommes aimeraient ça. La partie est finie maintenant. Certaines personnes diront : « Nathan est un lâche. » OK, c'est peut-être vrai. Mais personne ne sent ce que je sens. Personne ne sait comment je me sens et à quel point je dois me battre. […] Si tu souffres chaque jour, si tu ressens de la douleur chaque jour, si tu meurs de tristesse sans cesse, je crois que personne ne peut vivre comme ça. Je décide de ma propre vie. Personne n'a à respecter ma décision [sur l'euthanasie]. Si elles le font, tant mieux. Si elles ne le font pas, c'est aussi correct. […] J'avais déjà contacté l'équipe de LEIF [Life End Information Forum] avant mon opération. J'ai été très clair sur le fait que je voulais avoir la possibilité de faire tous les arrangements nécessaires au cas où l'opération serait un échec. Et terminer ma vie dans la dignité. J'ai dû*

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> *lutter avec acharnement plusieurs fois. J'avais assez de médicaments, j'aurais pu concocter le cocktail parfait. […] Mais mon psychologue m'a dit : « N'avez-vous pas peur de survivre si vous tentez de le faire vous-même ? » Et j'ai pensé : j'ai un avantage, je vis seul. Personne n'a la clé de mon appartement. Je n'aurais jamais averti personne.*
> —Nathan Verhelst, dans un entretien dans *Nathan, Free as a Bird* par Roel Nollet

En 2013, suivant ce que la presse internationale a décrit comme une « opération ratée de changement de sexe » (Hamilton 2013) qui l'a transformé en un « monstre » et une « bête de foire » (selon ses propres mots), Nathan Verhelst, 44 ans, a décidé d'avoir recours au suicide assisté, appelé communément euthanasie en Belgique, dans sa quête pour mettre fin à des années de souffrance physique et psychologique. La Belgique permet aux personnes qui vivent une souffrance intolérable, qu'elle soit physique ou psychologique, de recevoir une aide à mourir, même si elles n'ont pas de maladie terminale (Cohen-Almagor 2016). Ayant vécu une enfance traumatisante incluant des abus psychologiques de la part de sa mère et des agressions sexuelles de la part de ses frères, Verhelst portait déjà une longue histoire de dépression et de suicidalité avant même les « échecs » de certains traitements médicaux liés à sa transition, qui ont ensuite été utilisés comme justification pour mettre fin à sa vie (Hamilton 2013). Si son expérience est unique, le témoignage qui ouvre ce chapitre et qui est tiré du documentaire *Nathan, Free as a Bird* (Nollet 2014) rassemble néanmoins tous les thèmes abordés jusqu'à maintenant dans ce livre, notamment les attentes sociales hétérosexistes et cisgenristes, la transitude, le handicap physique, le handicap mental/la folie, la souffrance émotionnelle, le suicide et le suicide assisté. Les mots de Verhelst révèlent la porosité et l'enchevêtrement de ces thèmes, trop souvent pensés en vases clos.

Verhelst personnifiait un ensemble de discours contradictoires et paradoxaux, discours selon lesquels certaines identités, certains corps et certaines pratiques sont considérées (a)normales, (il)légitimes, (in)valides et (in)acceptables. En effet, un homme dont le corps et les parties génitales ne correspondent pas aux critères cisnormatifs et hétéronormatifs, dont les fonctions corporelles sont déficientes (comme l'incontinence) et dont la santé mentale/émotionnelle est instable, constitue, dans une perspective cisgenriste, hétérosexiste, validiste et saniste, un sujet abject pour qui la vie ne semble pas digne d'être vécue. Autrement dit, selon ces perspectives dominantes, ne pas correspondre aux normes sexuelles et de genre, être incontinente et lutter avec des enjeux de santé mentale peut altérer la qualité de vie au point de justifier le suicide assisté. Comme tout le monde, Verhelst avait fort probablement intériorisé ces discours dominants avant sa mort, parlant de lui-même comme étant moins qu'humain, un « monstre » et une « bête de foire ». En ce sens, Verhelst reproduisait ces idéologies et ces structures oppressives au lieu de les subvertir. En même temps, sa transition représente une forme de résistance contre le sexe qui lui avait été assigné à la naissance et contre les structures cisnormatives qui le confinaient à une identité/corporéité avec laquelle il ne se sentait pas confortable. De manière similaire, la légitimité qu'accorde Verhelst à sa souffrance émotionnelle, par la crédibilité qu'il octroie aux témoignages à la première personne (« mais personne ne sent ce que je sens »), souligne la valeur des savoirs désassujettis des personnes détraquées (Foucault 1994) et représente une demande de justice épistémique et testimoniale. De plus, sa

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

requête d'un suicide assisté pour cause de souffrance psychologique offre une interprétation alternative aux discours sanistes par lesquels les personnes qui vivent avec une détresse mentale/émotionnelle importante se voient nier leur compétence mentale et leur capacité à décider de mettre fin à leurs jours. Bien que son point de vue soit individualiste et qu'il ne réclame pas de droits pour les personnes suicidaires en tant que groupe opprimé, Verhelst défait néanmoins, dans ses derniers mots, un ensemble d'idées préconçues et de préjugés sur la santé mentale, le suicide assisté et les personnes suicidaires, comme les stéréotypes selon lesquels elles sont faibles et lâches et qu'elles abandonnent la lutte. Avec son témoignage, Verhelst nous aide à reconnaître ce qui reste trop souvent inintelligible dans la société et dans les mouvements sociaux : le suicide peut être une option viable pour certaines personnes et les suicides continueront d'exister, malgré la surveillance et le contrôle exercés sur les personnes suicidaires et quelles que soient les luttes acharnées des mouvements pour la justice sociale. En effet, Verhelst était si déterminé à mourir que, si l'option de l'euthanasie n'avait pas été disponible, il aurait gardé ses plans secrets pour qu'ils ne soient pas contrecarrés. Alors que certaines personnes pourraient avoir interprété sa mort assistée comme la cristallisation d'une culture de la sacrifiabilité fondée sur l'hétérosexisme, le cisgenrisme, le validisme et le sanisme, et auraient dès lors tout fait pour la prévenir, je crois que Verhelst cherchait à être respecté dans ses besoins et ses décisions plutôt qu'à être « réparé » ou forcé de changer d'idée. Même si je critique le rôle crucial que jouent les systèmes oppressifs dans le fait que des personnes décident d'opter pour le suicide assisté et que certaines d'entre elles y ont accès alors que d'autres non, le rôle joué par ces oppressions ne justifie pas, à mon avis, le fait d'invalider l'agentivité et le témoignage de Verhelst. Comme je le démontre plus loin, alors que le droit à mourir par suicide assisté repose sur des fondements extrêmement problématiques, la capacité de Verhelst d'accéder au suicide assisté lui a permis, comme on le voit dans le documentaire, d'avoir une mort paisible, entouré par les gens qu'il aimait et d'avoir suffisamment de temps pour préparer cette dernière phase de sa vie. Son histoire constitue un puissant témoignage à partir duquel analyser le suicide assisté et les conditions dans lesquelles il est perçu comme (il)légitime.

Comme je l'ai exploré dans le chapitre 3, la suicidologie et la suicidologie critique abordent rarement le suicide assisté et le droit à mourir. Dans ces champs, la question de la suicidalité semble déconnectée des discussions sur le suicide assisté, qui sont reléguées à d'autres champs d'études et domaines relevant des personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées, qui sont elles-mêmes distinguées des personnes suicidaires. Dans les travaux récents, incluant la deuxième édition de *Suicide: An Unnecessary Death* (Wasserman 2016) — qui comprend trente-six chapitres sur une variété de sujets liés à la suicidalité —, la deuxième édition de *The International Handbook of Suicide Prevention* (O'Connor et Pirkis 2016) — avec quarante-quatre chapitres — et les deux principaux ouvrages collectifs en suicidologie critique (Button and Marsh 2020 ; White *et al.* 2016a) — qui ont respectivement onze et treize chapitres —, aucun chapitre ne se penche sur le suicide assisté et le droit à mourir. Ce fait est éclairant : parmi plus de cent chapitres d'ouvrages clés en suicidologie et en suicidologie critique, aucun n'aborde la question du droit à mourir. Les discussions sur le suicide assisté ont lieu dans d'autres disciplines que la suicidologie (critique) et les mouvements sociaux/champs d'études

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

antioppression, exception faite du mouvement pour les droits des personnes handicapées, qui s'oppose souvent vigoureusement au suicide assisté. Les conversations sur le suicide assisté ont lieu dans des disciplines comme la philosophie, la bioéthique, l'anthropologie et la sociologie. Néanmoins, dans cette littérature philosophique, bioéthique et sociologique, aussi bien que dans le mouvement pour le droit à mourir, la question de la suicidalité est souvent écartée et vue comme un sujet complètement différent.

Le chapitre 4 explore le mouvement et les discours pour le droit à mourir qui soutiennent *certaines formes de suicide assisté pour certains individus* . Mon objectif ici n'est pas de fournir une analyse de la documentation abondante à ce sujet ou une histoire du mouvement pour le droit à mourir, car ce travail a déjà été fait [119]. Je m'intéresse davantage au fait de montrer comment le potentiel de soutien du mouvement pour le droit à mourir envers les personnes suicidaires est sous-développé. Aussi surprenant que cela puisse être (considérant que la première chose qui vient à l'esprit quand nous entendons l'expression *droit à mourir* est le fait de soutenir la décision de mourir de toute personne), le mouvement pour le droit à mourir n'a pas seulement exclu les personnes suicidaires, mais il a aussi articulé des discours qui constituent des somatechnologies de vie visant à garder les personnes suicidaires en vie. En effet, malgré la diversité interne des discours sur le droit à mourir, un de leurs thèmes les plus communs est la distinction entre les suicides assistés légitimes, habituellement réservés aux personnes en phase terminale ou aux personnes handicapées, malades ou souffrantes, et les suicides illégitimes des personnes suicidaires prétendument « irrationnelles » et « impulsives ». Alors que les premiers sont au fondement des batailles sociales, politiques et légales du mouvement pour le droit à mourir, les derniers sont vus comme des pratiques à prévenir. Autrement dit, en se concentrant sur la distinction cruciale entre les suicides assistés légitimes et les suicides illégitimes, les discours sur le droit à mourir représentent de puissantes somatechnologies de vie. La justification du suicide assisté se base sur une exclusion fondamentale de la suicidalité, des personnes suicidaires et de leurs besoins. En fin de compte, le mouvement pour le droit à mourir et ses discours endossent paradoxalement le même script suicidiste préventionniste que les divers modèles de la suicidalité abordés dans le chapitre 1. Ils reproduisent aussi directement des formes de suicidisme vis-à-vis des personnes suicidaires. En somme, tandis que la suicidologie (critique) ignore les débats sur le suicide assisté, les conversations sur le suicide assisté en philosophie, en bioéthique et au sein du mouvement pour le droit à mourir se concentrent sur le suicide assisté chez les personnes handicapées, malades ou souffrantes et laissent de côté la question de la suicidalité. Ces effacements semblent être parmi les principaux paradoxes de ces champs d'études et compliquent la possibilité de penser le suicide assisté en utilisant une approche intersectionnelle et antioppression.

Le chapitre 4 se divise en quatre sections. La première présente, dans une perspective critique, les principaux arguments du mouvement pour le droit à mourir, basés sur l'autonomie, la liberté, l'autodétermination, le contrôle de son corps, la dignité et le droit de refuser des traitements [120]. Cette section explore aussi la question controversée de l'extension du droit à mourir par suicide assisté aux personnes dont la seule raison pour en faire la demande est une

119. Voir, par exemple, McInerney (2000) ; BayatRizi (2008) ; McCormick (2011) ; Stefan (2016) ; Campbell (2017) ; Gandsman (2018a, 2018b) ; et Dumsday (2021).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

souffrance mentale ou émotionnelle (personnes vivant avec des maladies mentales ou détraquées). Je démontre que, peu importe si les personnes qui prônent le droit à mourir approuvent ou non l'extension du suicide assisté aux personnes qui ont des maladies mentales, elles adhèrent à une « ontologie du suicide assisté » (Baril 2022). Comme je l'établis dans la deuxième section, cette ontologie se base sur des conceptualisations individualistes et néolibérales du suicide assisté, ainsi que sur des postulats validistes et sanistes. Dans la troisième section, j'examine les présupposés suicidistes dans les discours et le mouvement pour le droit à mourir, selon lesquels les personnes suicidaires sont présentées comme « irrationnelles » et « illégitimes ». Les personnes suicidaires se voient nier leur capacité de prendre des décisions sur la base de conceptualisations validistes et sanistes de la compétence et de la rationalité. Dans la dernière section, je poursuis le travail initié dans les chapitres 2 et 3 pour queeriser, transer, cripper et détraquer la suicidalité en appliquant ces perspectives au suicide assisté. Dans l'esprit des études du handicap/crips/*Mad*, je mobilise des réflexions critiques sur l'adaptation et l'accessibilité pour théoriser le droit à mourir. J'estime que queeriser, transer, cripper et détraquer le suicide assisté impliquent de travailler à créer une vraie accessibilité du suicide assisté pour les personnes suicidaires, notamment par le biais de soins de santé affirmatifs du suicide. Contrairement aux personnes qui promeuvent le droit à mourir mais excluent les personnes suicidaires en défendant le suicide assisté d'un point de vue individualiste, validiste, saniste et âgiste (parmi d'autres *-istes*), je propose une conceptualisation du droit à mourir basée sur une approche antioppression qui reconnaît le rôle central joué par le validisme, le sanisme, l'âgisme et le suicidisme dans la (dé)légitimation de certaines formes de mort.

### 4.1. Les discours sur le droit à mourir comme somatechnologies de vie

Dans son texte « A Complete Treatise on Rational Suicide », le philosophe Al Giwa représente judicieusement la position sur le suicide de la plupart des philosophes, bioéthiciennes et activistes pour le droit à mourir, présenté comme un geste fondamentalement irrationnel, sauf dans certaines circonstances marginales[121]. Parmi les circonstances exceptionnelles pouvant transformer l'irrationalité du suicide en un acte rationnel figurent les handicaps et maladies (physiques ou mentales) sévères ou la vieillesse. Giwa (2019, 118–119) écrit :

120. Je n'aborderai pas les arguments qui s'opposent au droit à mourir. Pour les personnes qui s'intéressent aux critiques des discours sur le droit à mourir, voir Smith (2000), Gorsuch (2006), Campbell (2017) et Dumsday (2021), ainsi que les activistes/chercheureuses qui s'opposent au suicide assisté dont je traite dans le chapitre 3.

121. Certaines phrases de la section 4.1 ont d'abord paru dans Baril, « Theorizing the Intersections of Ableism, Sanism, Ageism and Suicidism in Suicide and Physician-Assisted Death Debates », dans *The Disability Bioethics Reader*, dirigé par J. M. Reynolds et C. Wieseler (New York: Routledge, 2022), 221–231. Reproduit avec la permission du concédant via PLSclear.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> Le suicide rationnel est un sous-ensemble de la suicidalité chez les gens qui détiennent une capacité à prendre des décisions au niveau médical. Ces cas sont parfois entendus devant les tribunaux, qui déterminent souvent que les gestes autonomes d'individus autonomes sont compétents et rationnels. Les individus présentés ainsi ne sont pas ceux qui vivent une détresse mentale ou les personnes souvent intoxiquées [par des drogues ou de l'alcool] qui peuvent réagir à des facteurs récents ou à une série de facteurs de stress dans leur vie, et qui n'ont clairement pas la capacité ou la compétence de prendre des décisions. Ce ne sont pas les patientes impétueuxses qui « agissent de façon émotive » ou qui « cherchent de l'attention » après une rupture avec leur partenaire. Ni les gens qui souffrent d'un véritable trouble de la volonté ou de la cognition. Mes arguments portent sur les personnes qui agissent d'une manière compétente et rationnelle jusqu'au point où elles décident de mettre fin à leur vie. Elles peuvent souffrir d'une maladie incurable ou de souffrances émotionnelles et/ou physiques qu'aucune médication ou thérapie ne peut contrôler, ou elles peuvent tout simplement sentir qu'elles ont vécu assez longtemps et qu'il est temps de mettre fin à leurs jours.

Cette distinction entre le suicide irrationnel et rationnel est souvent mobilisée dans les discussions bioéthiques pour justifier l'aide à mourir dans le dernier cas [122]. Dans les rares occasions où les suicidologues abordent le suicide assisté, la même distinction est réitérée. Par exemple, dans un document de 2017 intitulé « Statement of the American Association of Suicidology: "Suicide" Is Not the Same as "Physician Aid in Dying" », l'American Association of Suicidology (AAS) énumère quinze différences entre le suicide (à prévenir) et le suicide assisté (à soutenir). L'AAS conclut que le langage utilisé pour faire référence à cette dernière pratique — par exemple, « le suicide médicalement assisté, la mort avec dignité, le suicide assisté par médecin ou l'aide médicale à mourir » (Creighton, Cerel, et Battin 2017, § 1) — devrait éviter d'utiliser le terme *suicide* et que les morts résultant de suicides assistés « ne devraient pas être considérées comme des cas de suicide et constituent donc un enjeu externe au focus central de l'AAS ». Ce commentaire sur le vocabulaire utilisé pour décrire le suicide assisté n'est pas anodin ; une des stratégies centrales du mouvement pour le droit à mourir est de trouver des manières alternatives de nommer et de promouvoir le droit au suicide pour *certaines* personnes en évitant la stigmatisation rattachée au mot *suicide* lui-même. Comme le montrent plusieurs études, le public en général, les politiciennes, le personnel médical et beaucoup d'autres personnes tendent à accepter la pratique du suicide assisté plus facilement quand le terme *suicide* n'est pas utilisé, mais qu'elle est réétiquetée comme une aide à mourir et une forme de soutien en fin de vie [123]. Les expressions contenant le mot *suicide* sont désavouées, et les chercheureuses et les activistes qui s'associent au mouvement pour le droit à mourir essaient de prendre leurs distances vis-à-vis de cette terminologie (Gandsman 2018a ; Ogden 2001).

122. Voir, par exemple, Werth (1996, 1998, 1999) ; Hewitt (2010) ; Sumner (2011) ; et Kious et Battin (2019).

123. Sur ce point, voir Cholbi (2011) ; Sumner (2011) ; Stefan (2016) ; et Friesen (2020).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

La multiplicité d'expressions utilisées pour référer au suicide assisté — une expression que j'utilise délibérément pour queeriser et cripper la stigmatisation du terme *suicide* — inclut une variété de pratiques. Qu'il s'agisse de suspendre ou d'arrêter des traitements permettant de maintenir la vie, de prescrire ou de fournir des substances à une personne qui veut mourir pour qu'elle se les administre elle-même, ou encore de provoquer la mort avec des médicaments, les pratiques comprises dans l'expression large *suicide assisté* suscitent des réactions variées, y compris chez les gens qui prônent le droit à mourir [124]. Habituellement, plus les gestes requis pour hâter activement la mort sont nombreux, moins ils font consensus, même quand la personne est en phase terminale. Par exemple, alors que la suspension ou l'arrêt des traitements permettant de maintenir la vie sont considérés comme des pratiques normales dans les pays capitalistes et industrialisés, parallèlement au droit fondamental de refuser des traitements médicaux, l'idée qu'une médecin puisse injecter une substance létale dans le bras d'une patiente est plus controversée (Sumner 2011). La distinction entre les formes volontaires et involontaires de suicide assisté est également digne d'intérêt. Cette distinction au regard de la volonté est souvent abordée dans le contexte de l'euthanasie [125]. S'il serait sans doute dogmatique de qualifier tous les cas d'euthanasie involontaire comme une forme de meurtre ou d'homicide (par exemple, pour une personne dans le coma), car cette position ne tient pas compte de multiples facteurs comme les directives de soin anticipées, je reste prudent au sujet des pratiques *involontaires* d'euthanasie et de mort assistée. Je ne pense pas que les formes involontaires de suicide assisté effectuées sur des sujets non autonomes devraient compter comme des *suicides*, vu que la volonté de mourir, c'est-à-dire la volition et l'agentivité du sujet, est absente de ces instances. Je me concentre donc sur les *formes volontaires de suicide assisté*, incluant toutes les pratiques nommées plus haut [126].

Le suicide assisté a été décriminalisé ou légalisé dans divers contextes nationaux, mais ces pays demeurent minoritaires à l'échelle mondiale. Pour n'en nommer que quelques-uns, la Suisse, la Belgique, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Australie et certains États aux États-Unis (dont l'Oregon, Washington et la Californie) autorisent certaines formes de suicide assisté (Stefan 2016). Dans le contexte canadien, l'affaire Carter, qui a fait couler beaucoup d'encre dans les médias, a poussé le gouvernement fédéral à promulguer le projet de loi C-14 sur l'aide médicale à mourir (AMM) en juin 2016 [127]. Sans exclure les personnes ayant des maladies mentales en tant que telles, cette loi est conçue

124. Voir Chao *et al.* (2016) pour une typologie des pratiques de suicide assisté. Pour des définitions utiles de ces pratiques, voir Downie (2004), Sumner (2011) et Quill et Sussman (2020).

125. Voir, par exemple, Cohen-Almagor (2016), Quill et Sussman (2020) et Young (2020).

126. Downie (2004) adopte une position similaire et défend un système légal plus permissif où l'âge, les maladies terminales et d'autres facteurs similaires ne détermineraient pas le soutien au suicide assisté. Néanmoins, son argument porte sur l'autonomie individuelle, particulièrement dans le contexte de handicaps/maladies (sans égard à leur caractère terminal), et ne prône pas de changements systémiques pour les personnes suicidaires comme je le fais.

127. Au Canada, l'expression *aide médicale à mourir* (AMM) inclut l'euthanasie volontaire et le suicide médicalement assisté. Pour une histoire de l'AMM, voir Downie (2004, 2020) ; Gandsman, Herington et Przybylak-Brouillard (2016) ; Charland, Lemmens et Wada (2018) ; et Dumsday (2021).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

pour exclure les personnes dont la requête pour mourir se baserait *exclusivement* sur la maladie mentale. Malgré des révisions majeures à cette loi en 2021 ayant retiré, entre autres, le critère d'une mort raisonnablement prévisible, l'accès à l'aide médicale à mourir est encore restreint pour les cas où la seule cause de la requête est la maladie mentale [128]. Autrement dit, si vous êtes une personne handicapée, malade ou souffrante au Canada, vous avez accès à ce service, mais si vous êtes une personne détraquée ayant un handicap/une maladie mentale et dont la souffrance est strictement psychologique, vous n'y avez pas accès. Bien que le type de handicap, de maladie ou de souffrance rendant une personne éligible au suicide assisté fasse l'objet de nombreux débats dans plusieurs pays, dont le Canada, les demandes de suicide assisté se basant exclusivement sur la maladie mentale sont les plus controversées, même au sein du mouvement pour le droit à mourir (Gandsman 2018a).

Au-delà des débats sur les populations ou les types de procédures éligibles, un trait qui émerge clairement de la vaste littérature sur le droit à mourir est qu'elle se concentre sur le handicap, la maladie et la souffrance. Les dissensions et les discussions houleuses n'apparaissent que lorsqu'il est question du type ou de la sévérité du handicap, de la maladie ou de la souffrance. Par exemple, les maladies terminales tendent à récolter plus d'appui chez les politiciennes, les activistes, les chercheureuses et la population en général que les maladies non terminales, car certaines personnes croient que le suicide assisté ne fait que devancer la date de la mort plutôt que de l'induire (Braswell 2018 ; Kious et Battin 2019, 32). Je soutiens que le critère de la terminalité pour l'éligibilité au suicide assisté est validiste et âgiste. Premièrement, il s'agit d'un critère validiste car il ne vise que les personnes malades et souffrantes en fin de vie, un point sur lequel je reviendrai plus loin. Deuxièmement, il s'agit d'un critère âgiste, car il justifie le suicide assisté sur la base de la longévité. Effectivement, plus une personne peut vivre longtemps, plus sa vie est valorisée et protégée. Ce n'est pas une coïncidence si les personnes âgées constituent la *seule* population qui se situe hors du cadre des handicaps, des maladies et des souffrances (terminales ou pas) et qui est parfois considérée pour le suicide assisté, car vieillir est souvent associé avec le handicap, la maladie et la souffrance à travers des formes imbriquées d'âgisme, de validisme et de cogniticisme. Alors que le fait même d'imaginer donner accès au suicide assisté aux personnes jeunes ou adultes qui ne sont pas handicapées, malades ou souffrantes soit un anathème, cette possibilité est évoquée pour les adultes plus âgées, même par des gérontologues (Gandsman 2018b ; Palmore 1999 ; Westwood 2021). Comme c'est le cas pour le handicap, la maladie et la souffrance, la vieillesse devient, dans certains cas, un facteur transformant l'irrationalité du suicide en un acte rationnel. Comme l'ont montré plusieurs chercheureuses et activistes, j'estime que l'inclusion des personnes âgées dans les lois sur le suicide assisté est âgiste (Balch 2017 ; Coleman 2020 ; McIntosh 1999). De plus, j'affirme que cette insistance sur la longévité est néfaste pour les personnes handicapées, malades ou souffrantes, qui ont parfois une espérance de vie plus courte, ainsi

128. Le projet de loi révisé en 2021 énonçait clairement que les requêtes basées exclusivement sur la maladie mentale ne seraient pas éligibles avant mars 2023, afin de donner plus de temps au gouvernement pour étudier la question. Au moment où je révisais la dernière version de ce livre, en décembre 2022, le gouvernement canadien a annoncé qu'il souhaitait des délais additionnels avant d'étendre l'AMM aux personnes dont les requêtes reposent uniquement sur la maladie mentale ; aucun autre échéancier n'a été proposé.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

que pour les personnes âgées qui, parce qu'elles se trouvent dans une phase plus tardive de leur vie, ont généralement une espérance de vie moindre que les jeunes. En outre, contrairement à ceux que j'avance dans ce livre, les arguments utilisés pour justifier le suicide assisté pour des groupes « spéciaux », c'est-à-dire les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées et parfois les personnes âgées, ne se basent jamais sur des préoccupations relatives à l'oppression systémique des personnes suicidaires ou handicapées/détraquées. Au contraire : le suicide assisté est conceptualisé en termes de choix, de liberté, d'autodétermination, d'autonomie, de dignité, du contrôle sur son corps et sur sa mort, et du droit de refuser des traitements [129]. Comme je le démontrerai dans les sous-sections qui suivent, ces valeurs centrales intégrées dans les discours pour le droit à mourir sont habituellement conçues comme incompatibles avec le handicap, la maladie, la souffrance, la folie, ou même avec la vieillesse dans certains cas.

### 4.1.1. Le mouvement pour le droit à mourir : un mouvement social comme les autres ?

Quelques auteurices, comme Fran McInerney (2000), identifient les racines du mouvement actuel pour le droit à mourir comme datant de la dernière moitié du XIXe siècle, avec l'émergence des discours et des lois eugénistes cherchant à éliminer les personnes handicapées, ainsi que dans les années 1930, quand ces discours ont été ravivés par la création d'organisations prônant l'euthanasie. D'autres auteurices, comme Margaret Pabst Battin (2005), identifient l'apparition du mouvement pour le droit à mourir dans la même période qui a vu l'émergence d'autres mouvements sociaux, au tournant des années 1960 et 1970. Il est intéressant de remarquer que le « mouvement de revendication de la mort », comme l'appelle McInerney (2000), n'avait aucun lien avec ces autres mouvements, comme celui pour les droits civiques, le mouvement féministe ou gay et lesbien. Cette tendance s'est poursuivie. À notre époque marquée par l'intersectionnalité et le désir des mouvements sociaux d'unir leurs forces pour combattre les effets enchevêtrés des oppressions, il convient de noter que le mouvement pour le droit à mourir n'a pas fait d'alliances avec d'autres mouvements sociaux. Ce manque d'alliances est bidirectionnel, car les mouvements sociaux antioppression, comme les mouvements queers, trans et du handicap/*Mad*, qui sont centraux dans ce livre, n'ont pas intégré les discours sur le droit à mourir, et les mouvements du handicap/*Mad* critiquent même avec justesse le mouvement pour le droit à mourir. Ce dernier n'a pas inclus de perspectives critiques sur les divers *-ismes* auxquels font face les groupes marginalisés, ce qui m'amène à me demander si ce mouvement, au moins dans sa forme actuelle, peut être considéré comme un mouvement social au même titre que les autres. Sans égard aux débats sociologiques sur ce qui constitue un mouvement social, le mouvement pour le droit à mourir n'endosse pas de valeurs semblables à celles des mouvements sociaux antioppression fondés sur des approches intersectionnelles. Le mouvement pour le droit à mourir a été fortement critiqué pour avoir représenté et avoir été composé par des personnes socialement privilégiées, éduquées, aisées et blanches [130] — d'où

129. Voir, par exemple, Dworkin *et al.* (1998) ; Downie (2004) ; Battin (2005) ; Ogien (2009) ; McCormick (2011) ; Braswell (2018) ; Gandsman (2018b) ; et Quill et Sussman (2020).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

l'importance de queeriser et de cripper le droit à mourir, vu que son mouvement et ses discours, au lieu de combattre les divers systèmes d'oppression, les incarnent par le biais d'une logique de la sacrifiabilité des sujets abjects en se basant sur les normes dominantes.

Des auteurices s'étant entretenues avec certaines figures importantes du mouvement pour le droit à mourir, comme la journaliste Katie Engelhart (2021), présentent un portrait plus complexe que le mien. C'est aussi le cas de l'anthropologue Ari Edward Gandsman (2018b), qui a parlé avec des activistes pour le droit à mourir en Amérique du Nord, en Belgique et en Australie, et qui démontre que, malgré son discours centré sur les droits individuels et néolibéraux, le mouvement pour le droit à mourir aide à rassembler les gens et pourrait même incarner une forme d'éthique du soin [*care*]. Gandsman montre, et je suis d'accord avec lui sur ce point, qu'il est impossible de présenter toustes les activistes pour le droit à mourir comme adhérant aux mêmes valeurs individualistes, validistes, sanistes et âgistes. Des activistes lui ont expliqué que beaucoup de personnes dans le mouvement sont motivées par des valeurs de soin, de compassion et de soutien. Gandsman rapporte aussi que le mouvement comprend à la fois des activistes réformistes et radicauxles. Tandis que les réformistes axent leurs revendications uniquement sur les personnes avec des maladies terminales, les radicauxles demandent le droit à mourir des individus n'ayant aucune sorte de maladie, de handicap ou de souffrance, mais qui sont simplement plus âgés et fatigués de la vie. Autrement dit, les radicauxles défendent un droit à mourir qui se base davantage sur l'âge que sur les handicaps, les maladies et les souffrances[131]. Ces activistes radicauxles qualifient leur approche de modèle pour le droit à mourir basé sur les droits, en opposition au modèle médical du droit à mourir.

Exit International (2021), une organisation célèbre pour son activisme radical pour le droit à mourir, prône un « mouvement du suicide rationnel autoaccompli [DIY, *Do It Yourself*] », qui aide les gens partout dans le monde à accéder à des informations sur les manières plus paisibles de mourir. Relatant un entretien avec son fondateur, Philip Nitschke, Engelhart (2021, 266–267) écrit :

> Philip pensait que le mouvement pour le droit à mourir avançait rapidement vers un tournant historique devant lequel il ne pouvait pas et ne devait assurément pas reculer : le passage du modèle médical de l'aide à mourir à un modèle basé sur les droits. « Je vais vous expliquer la différence », dit-il. « Le "modèle médical" voit cela comme un service rendu aux personnes malades. Si une personne devient assez malade et que l'ensemble des médecins sont d'accord, cette personne très malade et qui veut mourir reçoit légalement une aide à mourir. […] Le modèle basé sur les droits, que j'appuie fortement, dit que cela n'a *rien* à voir avec la maladie. L'idée est que mourir en paix est un droit humain. Et en tant que droit, ce n'est pas une chose pour laquelle

130. Voir, par exemple, McCormick (2011) ; Gandsman (2018b) ; Coleman (2020) ; et Engelhart (2021).

131. Engelhart (2021) partage des informations sur la manière dont Exit a changé ses critères à travers les années.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> vous devez demander la permission. Autrement dit, vous y avez accès simplement parce que vous êtes une personne vivant sur cette planète » [souligné dans l'original].

Ce tournant sans précédent qu'identifie Nitschke d'un modèle médical du suicide assisté à un modèle basé sur les droits représente une rupture radicale par rapport au reste du mouvement pour le droit à mourir. Malgré ce pas dans la bonne direction, il reste prématuré d'affirmer, comme Nitschke le fait, que le mouvement pour le droit à mourir avance pleinement dans cette direction, car une lecture attentive des discours ayant cours dans ce mouvement prouve le contraire. De plus, il manque encore certaines composantes clés à ce modèle de suicide assisté basé sur les droits. Premièrement, comme l'affirme Nitschke dans l'extrait cité plus haut, le modèle de suicide assisté basé sur les droits n'implique pas nécessairement l'État, les médecins ou les lois, et prône donc un droit négatif au suicide basé sur la non-interférence des autres, plutôt qu'un droit positif qui impliquerait un devoir moral ou légal d'assister une personne qui veut mourir. Deuxièmement, ce modèle de droits (négatifs) se fonde sur une approche individualiste et (néo)libérale qui ne se traduit pas en changement systémique. En se concentrant sur les droits individuels, cette position fait de l'ombre aux analyses qui ciblent des enjeux plus systémiques, comme le suicidisme systémique. Troisièmement, ce modèle basé sur les droits se fonde sur des perspectives non intersectionnelles. Comme l'ont montré des activistes/chercheureuses trans et pour la justice pour toutes les personnes handicapées (voir les chapitres 2 et 3), les discours fondés sur les droits dans les mouvements sociaux tendent non seulement à prioriser certains sujets — habituellement ceux qui sont plus privilégiés en termes de statut racial, de capacités, de classe, d'éducation et ainsi de suite —, mais relèguent également aux marges les personnes les plus affectées par l'intersection entre plusieurs formes d'oppression (par exemple : Puar 2017 ; Spade 2011).

Selon Gandsman, les activistes radicaux·les comme Nitschke tendent à défendre des pratiques de suicide assisté qui sont clandestines ou intégrées dans des sous-cultures, et qui ne correspondent pas aux critères de la loi fondée sur la maladie, le handicap et la souffrance. Il écrit (2018b, 215) :

> Ces activistes posent un défi aux organisations plus traditionnelles pour le droit à mourir, en critiquant le contrôle médical sur cet enjeu et en empouvoirant les personnes par le partage de renseignements sur les moyens et les méthodes permettant de mettre fin à leur propre vie. Iels organisent des ateliers et publient des documents qui instruisent les gens sur les manières de mettre fin à leurs jours au « moment de leur choix » avec des « sacs de sortie » connectés à des bonbonnes d'azote […] ou par une surdose délibérée de Nembutal importé (un barbiturique).

L'assistance clandestine au suicide assisté a été documentée par des chercheureuses et des journalistes (Engelhart 2021 ; Magnusson 2004 ; Ogden 2001). Certaine·s activistes radicaux·les qui défendent le droit à mourir estiment que toutes les personnes considérées comme « rationnelles » devraient avoir le droit de se suicider, peu importe leur état de santé, et avoir accès à une aide clandestine (Engelhart 2021 ; Gandsman 2018a, 2018b). Or, la promotion du suicide assisté clandestin pour les individus « rationnels » pose plusieurs

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

problèmes, dont les trois suivants. Premièrement, comme je le démontre plus loin dans ce chapitre, le critère de la « rationalité » s'enracine profondément dans des formes de sanisme et de cogniticisme. La compétence et la capacité de prendre des décisions ne sont attribuées qu'à certains individus, et les personnes suicidaires en détresse sont souvent exclues de la catégorie des personnes « saines d'esprit » pouvant prendre des décisions rationnelles. Deuxièmement, fournir une aide individuelle aux gens sans balises ni processus d'accompagnement approprié leur permettant de prendre des décisions éclairées, et sans proposer de programme politique visant à mettre fin aux oppressions systémiques qui contribuent à la détresse de certaines communautés marginalisées, ne semble pas seulement risqué, mais aussi irresponsable. En effet, cela ne fournit aux individus en détresse qu'une solution rapide sans offrir de soutien qui serait affirmatif de la vie, ni effectuer le travail nécessaire pour réduire la souffrance sur le plan systémique, comme je le propose dans cet ouvrage. Autrement dit, même chez les activistes les plus radicaux·les qui défendent le droit à mourir, personne ne semble encore avoir proposé de soutenir les personnes suicidaires avec des mesures sociales, politiques, légales ou médicales, et personne n'a proposé un droit à mourir basé sur des valeurs antioppression. Ces activistes radicaux·les privilégient l'assistance par le biais d'un soutien clandestin et de formes d'aide individuelles. Troisièmement, l'étude de Gandsman (2018a, 181) montre que même les organisations radicales comme Exit International adhèrent officiellement à des critères stricts pour offrir de l'aide à leurs membres, lesquels font écho aux critères promus par des activistes plus réformistes, comme celui d'avoir plus de cinquante ans et de ne pas avoir de maladie mentale[132]. Ainsi, même si Gandsman et Engelhart montrent comment certain·es activistes radicaux·les du droit à mourir acceptent le suicide dans diverses situations allant au-delà de la maladie, de la souffrance, du handicap et de l'âge, la majorité de leurs justifications semblent nourries par la peur de devenir handicapé·e, âgé·e, malade ou souffrant·e et de perdre son autonomie et sa dignité. Ces justifications guident en retour les discours validistes, sanistes, cogniticistes et âgistes dans le mouvement, comme le révèle clairement le résumé qu'offre Engelhart (2021, 18–19) des arguments fondateurs des activistes pour le droit à mourir : « Pour ces gens, planifier la mort signifiait souvent éviter l'indignité, une mort imaginée comme humiliante, dégradante, vaine, contraignante, égoïste, laide, physiquement indécente, financièrement catastrophique, accablante, déraisonnable. »

Les revendications de la majorité des activistes pour le droit à mourir concernant le soutien au suicide assisté pour les personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées sont alignées avec les valeurs promues par les pays capitalistes et industrialisés. Selon plusieurs sondages réalisés au cours des dernières décennies, la population a soutenu l'idée selon laquelle les personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées devraient pouvoir déterminer le moment de leur mort et la manière dont elle se déroule, en recevant un soutien pour mourir avec « dignité » (Engelhart 2021 ; Stefan 2016), bien que les discussions soient plus conflictuelles lorsqu'il s'agit des personnes détraquées, comme je le démontre dans la section qui suit. Comme le note le philosophe Leonard Wayne Sumner (2011, 192) : « Au Canada et au Royaume-Uni, une forte majorité semble favoriser la légalisation [du suicide assisté ou de

132. Engelhart (2021) partage des informations sur la manière dont Exit a changé ses critères à travers les années.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

l'euthanasie], tandis qu'aux États-Unis on ne rencontre une majorité stable que pour le suicide assisté [performé par la personne et non par une médecin]. » Dans le contexte étasunien, les médecins Timothy E. Quill et Bernard Sussman (2020) expliquent : « Dans la plupart des sondages, environ les deux tiers de la population étasunienne approuvent [le suicide médicalement assisté] comme une option pour les patientes en phase terminale avec une souffrance intolérable. » Cette acceptation relative du suicide assisté pour les personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées est confirmée par l'adoption par plusieurs pays de lois soutenant diverses formes de suicide assisté. Cette acceptation se remarque aussi dans l'appui au suicide assisté de la part d'associations professionnelles importantes (par exemple en médecine, travail social, etc.) et chez les praticiennes (Chao *et al.* 2016 ; McCormick 2011). L'appui au mouvement pour le droit à mourir par la majorité des gens et de nombreux gouvernements indique encore une fois que ce mouvement social diffère des autres dont je traite dans ce livre. Alors que les mouvements queers, trans et du handicap/*Mad* bouleversent les normes et appellent à des changements systémiques qui suscitent l'opposition de nombreux groupes dominants et de l'État, le mouvement pour le droit à mourir, malgré l'hostilité de certains groupes conservateurs pro-vie, reçoit beaucoup d'appui, démontrant que ses objectifs ne semblent pas troubler les normes et structures dominantes. Ces dernières, fondées sur l'âge, l'état de santé, la productivité et l'individualisme, sont réitérées par les discours pour le droit à mourir.

### 4.1.2. Un droit à mourir pour les personnes vivant avec des maladies mentales ?

L'histoire tragique d'Adam Maier-Clayton a fait les unes dans les médias canadiens il y a quelques années. Après avoir lutté contre la maladie mentale et de nombreux appels infructueux à changer la loi canadienne sur l'AMM pour inclure les personnes dont la maladie mentale constitue la seule base de leur requête, Maier-Clayton a été forcé de compléter son suicide seul, sans sa famille et ses amies, qui avaient accepté son besoin de mourir. Il écrit (2016, § 2) :

> J'ai fait tout ce que je pouvais. J'ai essayé huit ou neuf médicaments. J'ai entrepris une thérapie freudienne classique, une thérapie cognitivo-comportementale, une thérapie d'exposition avec prévention de la réponse et une thérapie d'acceptation et d'engagement. Dans un monde parfait, j'irais mieux. Mais dans la vraie vie, il est possible que mon progrès continue d'être aussi faible que ces dernières trois années. Je ne vais pas endurer cette agonie indéfiniment.

Les pages des médias sont remplies d'histoires similaires d'activistes pour le droit à mourir et d'autres personnes vivant avec des maladies mentales qui se voient nier l'accès au suicide assisté et qui sont laissées à elles-mêmes. Dans certains cas, ces individus ne remplissent pas les critères stricts d'une mort imminente ou prévisible inclus dans les lois de certains pays. Dans d'autres cas, comme celui de Maier-Clayton, ils sont exclus car les lois interdisent l'assistance à la mort lorsqu'elle se base seulement sur la maladie mentale, comme c'est le cas au Canada et dans la plupart des pays. Même dans les rares

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

pays où le suicide assisté sur la base de souffrances mentales et émotionnelles est autorisé, comme aux Pays-Bas, en Suisse, au Luxembourg et en Belgique, il n'est pas facile d'avoir accès à cette procédure. Contrairement à celles d'autres personnes handicapées, malades ou souffrantes, les requêtes des personnes vivant avec des maladies mentales sont rejetées à répétition. Par exemple, aux Pays-Bas, les deux tiers des demandes de suicide assisté à cause d'une souffrance émotionnelle ont été rejetées[133] (Sumner 2011, 171). Une étude clinique de Lieve Thienpont et ses collègues (2015, 1), qui ont examiné « cent patientes ayant consécutivement demandé l'euthanasie sur la base d'une souffrance psychologique » en Belgique, montre que plus de la moitié des sujets (cinquante-deux) n'ont pas été acceptés. Six personnes se sont suicidées sans assistance, dont certaines qui avaient auparavant noté que la procédure d'autorisation était trop longue et difficile.

Les profils des personnes qui demandent le suicide assisté à cause d'une maladie mentale sont divers, mais dans les différents pays où cette pratique est autorisée, la majorité de ces personnes vivent avec une dépression et ont enduré des années ou des décennies de souffrances mentales/émotionnelles[134]. Thienpont et ses collègues (2015, 5) notent que leur étude incluait entre autres des gens ayant des « troubles de l'humeur résistants aux traitements », des « troubles de la personnalité », des « troubles de stress post-traumatique », une « schizophrénie et d'autres troubles psychotiques », des « troubles anxieux », des « troubles alimentaires », des « troubles de consommation de substances », des « troubles somatoformes », des « troubles du spectre de l'autisme » ou des « troubles obsessionnels-compulsifs ». Il convient de noter que, selon ces auteurices, la plupart de ces personnes avaient des diagnostics multiples et que la majorité des requêtes (77 %) venaient de femmes, un résultat confirmé par d'autres études. En effet, Scott Y. H. Kim, Raymond De Vries et John R. Peteet (2016) ont aussi découvert que 70 % des personnes ayant participé à leur étude aux Pays-Bas et qui avaient demandé le suicide assisté sur la base de maladies mentales étaient des femmes ayant des diagnostics multiples de même qu'une longue histoire de psychiatrisation et, souvent, de multiples tentatives de suicide. Ces chiffres détonnent lorsqu'on les compare aux statistiques sur le suicide non assisté, un geste majoritairement accompli par des hommes (Colucci *et al.* 2013 ; Kim, De Vries et Peteet 2016 ; Stefan 2016 ; Wray, Colen et Pescosolido 2011). Il serait intéressant d'adopter un point de vue intersectionnel dans les recherches futures pour explorer qui formule des demandes de suicide assisté dans divers contextes géographiques, en fonction de l'identité de genre, de la racialisation ou des différences de classe. Certaines personnes qui critiquent le mouvement pour le droit à mourir voient la surreprésentation des personnes blanches, bien éduquées et issues des classes moyenne et supérieure dans ce mouvement comme une preuve qu'il se fonde sur une culture de la sacrifiabilité des individus les plus marginalisés dans nos sociétés, comme les personnes racisées, pauvres et handicapées (Coleman 2018, 2020 ; Kolářová 2015). J'approuve cette critique de la présence d'une culture de la sacrifiabilité dans le mouvement pour le droit à mourir. J'ajouterais toutefois qu'il est

133. Voir aussi Kim, De Vries et Peteet (2016).

134. Voir, par exemple, Thienpont *et al.* (2015) ; Kim, De Vries et Peteet (2016) ; et Pridmore *et al.* (2021). Il est intéressant de constater que la dépression et le désespoir sont aussi des raisons clés données par les personnes demandant le suicide assisté sur la base de maladies, souffrances et handicaps physiques (Cohen-Almagor 2016 ; Friesen 2020 ; Stefan 2016).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

possible de voir cette surreprésentation de personnes privilégiées dans ce mouvement et dans les statistiques des personnes ayant accès au suicide assisté d'un autre point de vue : celui des barrières systémiques, comme le racisme et le classisme, qui empêchent certaines personnes d'accéder à certains soins de santé et d'exercer leurs droits[135]. Nous observons ce phénomène dans l'accès aux soins de santé et aux services sociaux plus généralement[136]. Il ne serait donc pas surprenant que les disparités relatives à l'accès au suicide assisté fassent écho au fait que certains groupes marginalisés sont exclus de nombreuses institutions et services, ainsi que des mouvements sociaux. Autrement dit, il est plus facile pour les personnes blanches, éduquées et des classes moyenne et supérieure de participer aux mouvements sociaux et d'avoir accès à des soins de santé. Je reviendrai sur la question de l'accessibilité dans la dernière partie de ce chapitre. Il semble néanmoins important de souligner, d'un côté, que des disparités existent quant aux personnes pouvant accéder au suicide assisté. D'un autre côté, plusieurs études montrent que les demandes d'accès au suicide assisté des personnes détraquées ou vivant avec des maladies mentales sont plus souvent rejetées que celles des personnes physiquement handicapées, malades ou souffrantes, ce qui reproduit une fois de plus les hiérarchies souvent à l'œuvre entre les handicaps/maladies visibles et mesurables et les handicaps/maladies invisibles et non mesurables. Alors que les formes visibles tendent à susciter une plus grande pitié, dans une perspective validiste, les formes invisibles tendent à ne pas être crues et à plutôt être discréditées[137].

En fonction de ces informations, l'extension de l'accès au suicide assisté pour les personnes vivant avec des maladies mentales est, sans surprise, extrêmement controversée, non seulement du point de vue profane et de la santé publique, mais aussi chez les bioéthiciennes et les activistes pour le droit à mourir[138]. Gandsman (2018a, 177) indique que les activistes avec lesquelles il s'est entretenu ne s'entendaient pas sur l'extension du droit à mourir pour les personnes vivant avec des maladies mentales. Beaucoup trouvent que l'accès au suicide assisté pour cause de maladie mentale est problématique, et les personnes qui seraient prêtes à le considérer ne le feraient que pour « les personnes souffrant grandement de problèmes de santé mentale incurables ». Maier-Clayton (2016, § 17) insiste aussi sur la gravité de la souffrance mentale des personnes qui devraient avoir accès au suicide assisté :

> Quand je parle de l'accès pour les personnes ayant des maladies mentales, je ne pense pas aux personnes qui ont une crise de panique tous les deux ans. Je ne parle pas des gens qui ont tendance à être mélancoliques quand de mauvaises choses leur arrivent ou quand ils ont vécu quelques mois difficiles. Je parle des patientes réfractaires —

135. Sur les barrières qui empêchent certaines personnes d'avoir accès au suicide assisté, voir Downie (2020) et Engelhart (2021).

136. Voir, par exemple, Paperny (2019a) ; Chih *et al.* (2020) ; Trans PULSE Canada Team (2020) ; et Engelhart (2021).

137. Sur ce phénomène, voir Nicki (2001), Mollow (2006) et Hewitt (2010, 2013).

138. Pour des arguments contre l'extension du suicide assisté aux personnes vivant avec des maladies mentales, voir Cholbi (2011) ; Cohen-Almagor (2016) ; Boer (2017) ; CAMH (2017) ; Charland, Lemmens et Wada (2018) ; et Ho et Norman (2019).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> c'est le terme que j'utilise toujours — : les patientes réfractaires ou résistantes aux traitements. Il s'agit des gens que la science moderne ne peut pas aider.

Le lexique de la souffrance, de la douleur irrémédiable et de la maladie incurable est central dans la demande d'étendre le suicide assisté aux personnes vivant avec des maladies mentales. L'argument de la parité, qui dresse un parallèle entre la maladie physique et mentale, est souvent adopté par les chercheureuses et les personnes elles-mêmes vivant avec des maladies mentales [139]. Par exemple, les chercheureuses Brent M. Kious et Margaret P. Battin (2019, 31) mobilisent cet argument de la parité en invoquant la centralité de la souffrance dans les maladies physiques et mentales : « Nous pensons qu'il est clair que la souffrance associée aux maladies mentales peut parfois être aussi sévère, intolérable et prolongée que la souffrance due à des maladies physiques. Par conséquent, il nous semble que si une souffrance sévère peut justifier la mort médicalement assistée pour certaines personnes ayant des maladies physiques terminales, elle devrait également être justifiée pour des personnes ayant des maladies mentales. » Maier-Clayton (2016, § 7) mobilise aussi cet argument de la parité : « La maladie physique et la maladie mentale peuvent effectivement provoquer la même intensité de douleur. La seule différence est que la douleur résultant d'une maladie physique est associée à une pathologie physique. Pour une maladie mentale, la douleur s'appelle une douleur psychosomatique. Pour les patientes, elle est ressentie exactement de la même manière. » Au cœur de tous ces discours se trouve la notion de diagnostic [140]. Les activistes et les chercheureuses qui soutiennent l'inclusion des personnes vivant avec des maladies mentales dans les lois sur le suicide assisté insistent qu'il ne faudrait en aucun cas assister les personnes qui ont le cœur brisé, qui vivent des difficultés temporaires ou qui sont tout simplement déprimées. La gravité de leur condition doit être irrémédiable, et toutes les possibilités devraient avoir été explorées avant de parvenir à cette dernière solution, « incluant la polypharmacie, la thérapie électroconvulsive et la psychochirurgie » (Kious et Battin 2019, 31). Comme nous pouvons le voir, certaines chercheureuses suggèrent d'imposer plusieurs traitements, comme ceux qu'on appelait jadis les thérapies par électrochocs et les lobotomies, des traitements que les activistes/chercheureuses *Mad* décrivent comme extrêmement violents (voir le chapitre 3), avant de permettre aux personnes vivant avec des maladies mentales d'avoir accès au suicide assisté. Beaucoup de personnes vivant avec des maladies mentales qui demandent l'accès au suicide assisté croient aussi qu'il faudrait tout essayer avant de l'autoriser (Bayliss 2016 ; Maier-Clayton 2016 ; Scully 2020). En mettant l'accent sur les maladies mentales irrémédiables, une distinction claire est tracée, une fois de plus, entre le suicide « irrationnel », accompli par une personne dont la souffrance n'est pas

139. Voir, par exemple, Hewitt (2010, 2013), Bayliss (2016) et Scully (2020).

140. Dans certains pays (comme les Pays-Bas), un diagnostic formel n'est pas obligatoire pour avoir accès au suicide assisté. Si un diagnostic n'est pas officiellement requis, le critère d'accès fondé sur une souffrance intolérable et l'absence d'amélioration, ainsi que le processus de demande de suicide assisté en tant que tel, rendent difficile l'accès au suicide assisté pour les personnes sans soutien professionnel.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

irrémédiable ou qui n'a pas tenté tous les traitements possibles, et le suicide « rationnel », qui serait autorisé pour les personnes ayant des diagnostics médicaux/psychiatriques « sérieux ».

La capacité mentale est un des éléments qui fait de l'accès au suicide assisté pour les personnes vivant avec des maladies mentales une question si controversée (Engelhart 2021 ; Gavaghan 2017). D'un point de vue suicidiste, le simple fait d'exprimer des idéations suicidaires peut mener à remettre en question ou à révoquer la capacité mentale d'une personne, l'empêchant ainsi de refuser des traitements coercitifs. Les chercheureuses Louis C. Charland, Trudo Lemmens et Kyoko Wada (2018, 3), qui s'opposent à l'inclusion des personnes vivant avec des maladies mentales dans la loi sur l'AMM au Canada, définissent la capacité mentale comme suit : « Dans des termes techniques médicaux et légaux, la "capacité mentale" concerne dans ce contexte la capacité qu'ont les personnes à prendre la décision de consentir à l'AMM. Cette capacité de prendre des décisions est aussi parfois appelée "compétence mentale[141]". » Dans plusieurs pays, la capacité mentale réfère à la capacité d'assimiler des informations pertinentes, d'exprimer des choix et de comprendre les implications médicales de certaines décisions de traitement (Giwa 2019, 111). En théorie, l'in/compétence mentale n'est pas attribuée de manière générale à un individu, mais est déterminée au cas par cas dans des situations spécifiques, en se basant sur chaque décision prise par un individu (Gavaghan 2017 ; Sumner 2011). En pratique, cependant, certains individus sont considérés globalement comme mentalement incompétents et sont traités comme tels, souvent sur la base de préjugés sanistes et cogniticistes. Autrement dit, il existe une disparité entre la loi et l'application de la loi (Baril *et al.* 2020 ; Bernheim 2019). Avec les personnes vivant avec une démence ou un handicap mental « sévère », les personnes suicidaires sont un des groupes souvent considérés comme mentalement incompétents de manière générale. Dans sa recherche sur les personnes psychiatrisées et leurs relations avec le système légal canadien, Emmanuelle Bernheim (2019, 35) démontre que le fait qu'une personne soit marginalisée (par exemple : pauvre ou vivant avec une maladie mentale) et résiste aux traitements suffit souvent pour justifier qu'elle représenterait un danger pour elle-même et pour les autres, permettant ainsi de la qualifier d'incompétente[142].

Les déclarations d'associations ou d'organisations majeures, comme l'AAS [American Association of Suicidology] (Creighton, Cerel et Battin 2017) ou, dans le contexte canadien, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH 2017), font écho à cette présomption d'incompétence en matière de suicidalité : au lieu d'évaluer les personnes suicidaires individuellement pour déterminer si elles sont mentalement compétentes, les professionnelles assument généralement que leur capacité mentale est « déficiente » à cause de leur suicidalité. Par exemple, dans une déclaration publique sur la possibilité d'étendre le suicide assisté aux personnes vivant avec des maladies mentales, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH 2017, 7–8) déclare que, même si la loi canadienne présume que les personnes ayant une maladie mentale sont mentalement compétentes, en pratique, surtout lorsqu'elles

141. Sur la compétence mentale dans la loi, voir Gavaghan (2017) ; Wilson (2018) ; Bernheim (2019) ; et Del Villar, Willmott et White (2020).

142. Sur ce point, voir aussi Hewitt (2010).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

expriment des idéations suicidaires, ces personnes devraient être globalement traitées comme mentalement incompétentes quand il s'agit d'évaluer leur désir de mort :

> Toutes les personnes, y compris celles qui ont des maladies mentales, sont présumées compétentes jusqu'à preuve du contraire. Une maladie mentale n'empêche pas une personne de prendre des décisions relatives aux soins de santé. Cela dit, dans le cas où une personne ayant une maladie mentale demande l'AAM, […] il n'est pas facile de déterminer si elle possède la capacité de faire cette requête d'AAM. Le souci est que beaucoup d'individus ayant des maladies mentales présentent une altération du discernement ou des déficits dans leur capacité de raisonnement faisant en sorte qu'il leur est difficile de relier leurs symptômes à leur maladie, de comprendre pleinement les risques et les bénéfices des traitements et/ou de prendre des décisions sur les traitements qui soient basées sur leurs objectifs et valeurs personnelles. […] Il n'est pas rare qu'elles aient des croyances erronées à propos d'elles-mêmes, du monde et de leur avenir. Cela peut inclure de croire que la mort serait une option désirable. […] Cette perception déformée soulève des questions sur la capacité de ces individus de demander l'AMM aussi bien durant les phases aigües que les phases moins aigües de leur maladie.

Si nous pouvons penser que seules des institutions, associations et organisations endossant un modèle médical de la suicidalité feraient des déclarations de ce genre, beaucoup d'activistes/chercheureuses antioppression adoptent paradoxalement le même point de vue individualiste et pathologique quant à l'agentivité et la capacité mentale des sujets suicidaires, comme je le montre dans les chapitres 2 et 3. Quand leur capacité mentale n'est pas invalidée d'un point de vue saniste, elle est souvent révoquée sur la base de l'idée que leur compétence est compromise par des oppressions intériorisées. Néanmoins, le fait que des facteurs systémiques forment nos subjectivités et influencent nos choix ne suffit pas pour les invalider. De plus, de la même façon que les activistes/chercheureuses *Mad* ont contesté les conceptualisations sanistes de la rationalité et de la compétence mentale, les personnes vivant avec des maladies mentales qui demandent le suicide assisté ont critiqué les préjugés et les idées fausses qui les privent de leur compétence mentale. Comme le note Graeme Bayliss (2016, § 10), un journaliste canadien qui défend l'extension de l'AMM aux personnes ayant des maladies mentales (en se basant sur sa propre relation à la suicidalité), « plus insidieuse et subtile est l'idée que les personnes ayant des maladies mentales […] sont par définition incapables de décider rationnellement de se tuer ». De façon similaire, le journaliste John Scully (2020, § 6), qui a lutté pendant des années avec la maladie mentale et la suicidalité, affirme que, « même dans la mort, la voix des personnes ayant des maladies mentales est niée au Canada », faisant référence au fait que les personnes vivant avec des maladies mentales ne sont pas invitées à témoigner ou à rejoindre les panels d'expertes délibérant sur leur sort quand il est question de modifier les lois sur le suicide assisté. En somme, les personnes vivant avec des maladies mentales qui se battent pour le droit à mourir dénoncent l'effacement de leurs opinions et de leurs voix dans les débats publics sur le suicide assisté. Elles demandent

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

davantage de responsabilité et de respect pour leurs expériences vécues, et exigent une justice épistémique et testimoniale pour les personnes ayant des maladies mentales dans leur quête vers la mort.

Les activistes/chercheureuses *Mad* ont démontré depuis longtemps que le fait d'associer la maladie mentale à l'incompétence mentale est fondamentalement validiste et saniste (Ben-Moshe 2020 ; Beresford et Russo 2022 ; LeFrançois, Menzies et Reaume 2013). Néanmoins, à quelques rares exceptions près (par exemple : Burstow 1992), ces analyses critiques n'ont pas été étendues aux personnes suicidaires. Hors des études du handicap/*Mad*, beaucoup d'auteurices ont néanmoins travaillé à déconstruire l'association entre la maladie mentale et l'incompétence en ce qui concerne la suicidalité [143]. Si la maladie mentale peut avoir des impacts temporaires sur la capacité mentale et de prise de décisions, elle n'est pas synonyme d'incompétence mentale dans toutes les situations. Susan Stefan (2016, 9) estime que considérer les personnes suicidaires comme mentalement incompétentes porte préjudice à l'efficacité des stratégies de prévention et que les idéations suicidaires ne représentent pas en elles-mêmes un signe d'incompétence mentale :

> La minorité très restreinte de personnes véritablement incompétentes qui tentent de se tuer doit être empêchée de le faire. Mais la vaste majorité de celles qui pensent au suicide, qui tentent de se suicider et qui se suicident sont loin d'être incompétentes selon nos critères légaux actuels. Les meilleures recherches cliniques et sociologiques appuient cette affirmation, et la loi insiste sur cette idée. Traiter les personnes suicidaires comme incompétentes en soi produit de mauvaises législations et interfère avec les meilleures pratiques cliniques. […] L'intention de se suicider, ou une tentative de suicide, ne constituent pas une incompétence en soi.

Certaines auteurices dans les sciences de la santé, comme Jeanette Hewitt, critiquent la délégitimation de l'autonomie, de l'agentivité et de la capacité des personnes vivant avec des maladies mentales de prendre des décisions éclairées sur la mort. Hewitt (2013) distingue l'irrationalité temporaire, qui peut affecter périodiquement les personnes ayant une maladie mentale, de l'irrationalité généralisée et permanente qui s'applique, par exemple, à certaines personnes dans des phases avancées de la maladie d'Alzheimer. Elle affirme que les personnes vivant avec des maladies mentales « sérieuses », comme la psychose ou la schizophrénie, ne sont pas irrationnelles de manière générale, même si elles peuvent l'être durant de courtes périodes. Même si les personnes ayant des maladies mentales qui souhaitent accéder au suicide assisté peuvent vivre des périodes d'irrationalité temporaire, lors desquelles il serait dangereux d'autoriser un suicide assisté, elle explique qu'on ne saurait délégitimer le désir de mourir sur la base d'une irrationalité généralisée. Malgré l'abondance de données probantes montrant que les personnes suicidaires vivant avec des maladies mentales ne sont pas délirantes et que leur désir de mourir n'est pas une réaction spontanée, temporaire ou impulsive, les personnes ayant des

143. Voir, par exemple, Werth (1996, 1998, 1999) ; Szasz (1999, 2008) ; Appel (2007) ; Stefan (2016) ; Borecky, Thomsen et Dubov (2019) ; Kious et Battin (2019) ; et Pridmore *et al.* (2021).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

maladies mentales qui demandent le suicide assisté continuent d'être traitées comme des menaces pour elles-mêmes et comme ayant besoin d'une protection renforcée de la part de l'État.

En somme, il existe deux positions majeures dans les débats sur l'extension du droit à mourir aux personnes vivant avec des maladies mentales. D'un côté, nous trouvons les personnes qui appuient le droit à mourir seulement pour les personnes handicapées, malades ou souffrantes physiquement, suggérant que la suicidalité, qui est causée par la maladie mentale, compromet la capacité de prendre des décisions et annihile l'autonomie. Ainsi, le désir de mourir en l'absence de handicaps, de maladies et de souffrances physiques est présenté comme anormal ou irrationnel [144]. De l'autre côté, nous trouvons les personnes qui soutiennent l'accès au suicide assisté pour les personnes vivant avec des maladies mentales sans condition physique concomitante, et qui mobilisent l'argument de la parité pour défendre que la souffrance mentale peut être aussi vraie et irrémédiable que la souffrance physique [145]. Néanmoins, dans les deux cas, l'ontologie du suicide assisté reste inexaminée.

### 4.1.3. L'ontologie du suicide assisté

J'ai avancé que les discours sur le suicide assisté chez les philosophes, les bioéthiciennes et les activistes pour le droit à mourir sont gouvernés par une « ontologie du suicide assisté » (Baril 2022), c'est-à-dire par une compréhension commune des principaux traits distinctifs du suicide assisté ou, pour le dire autrement, de ce que le suicide assisté *est* et *n'est pas*. Je soutiens que l'ontologie du suicide assisté s'enracine dans des présupposés validistes, sanistes, âgistes et suicidistes. Les discours sur le droit à la mort qui approuvent *certains* suicides — c'est-à-dire ceux qui sont considérés comme « normaux » ou « rationnels », comme celui de Verhelst décrit au début de ce chapitre — omettent d'examiner les doubles standards validistes, sanistes et âgistes qui sous-tendent cet exceptionnalisme qui concerne certains groupes de personnes, ainsi que l'injonction à la vie et à la futurité qui est imposée aux sujets suicidaires. Dans tous ces discours sur le droit à mourir, la centralité des handicaps, des maladies, des souffrances et de la vieillesse sert de fondement aux arguments en faveur du suicide assisté. Même quand il s'agit de l'extension du droit à mourir aux personnes vivant avec des maladies mentales, le rôle de la maladie demeure central. La composante de la maladie/du handicap/de la souffrance et (souvent) de la vieillesse constitue le cœur de l'ontologie du suicide assisté. Mes arguments exposant l'existence de cette ontologie du suicide assisté se fondent sur six observations tirées de mon analyse critique des travaux sur le suicide assisté. Premièrement, l'ontologie du suicide assisté qui s'ancre dans le handicap, la maladie, la souffrance et la vieillesse se trouve dans presque tous les discours sur le droit à mourir [146]. Deuxièmement, cette ontologie du suicide assisté se retrouve dans presque tous les discours philosophiques et bioéthiques sur le suicide assisté [147]. Troisièmement, les clini-

144. Voir, par exemple, Cholbi (2011) ; Sumner (2011) ; Creighton, Cerel et Battin (2017) ; et Giwa (2019).

145. Voir, par exemple, Appel (2007) et Kious et Battin (2019).

146. Par exemple, les entrées d'encyclopédie sur le suicide assisté et l'euthanasie volontaire qui listent les critères habituellement acceptés pour autoriser ces pratiques sont toutes liées aux handicaps, aux maladies, aux souffrances et à la fin de vie (Young 2014).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

ciennes mobilisent cette ontologie du suicide assisté comme critère clé pour distinguer les suicides « rationnels » des suicides « irrationnels » (ou par désespoir). Quatrièmement, les handicaps, les maladies, les souffrances et la vieillesse constituent aussi des critères clés dans divers pays pour autoriser certaines formes de suicide assisté. Cinquièmement, cette ontologie est endossée par plusieurs organisations, associations ou groupes nationaux et locaux, y compris celleux dont je traite plus tôt dans ce chapitre. Sixièmement, cette ontologie est appuyée par le public en général, dont beaucoup de personnes handicapées[148]. Sans l'analyser en tant que telle, mais en utilisant une comparaison, Stefan (2016, 127) démontre à quel point l'ontologie du suicide assisté est puissante, au point de transformer la manière dont la mort est comprise, présentée et consignée officiellement dans les registres publics :

> Si deux personnes en Oregon prennent, le même jour, la même quantité des mêmes médicaments prescrits, avec l'intention identique de mettre fin à leur vie, et si on les découvrait, une personne serait amenée en ambulance aux urgences et il se pourrait qu'on vide son estomac on qu'on l'envoie contre son gré dans un hôpital psychiatrique. On permettrait non seulement à l'autre personne de mourir, mais la mort qu'elle aurait causée et voulue ne serait même pas enregistrée comme un suicide. La seule différence est que, dans un cas, une médecin aurait ratifié la décision, et dans l'autre pas.

Chaque année, des listes de critères déterminant quelles personnes peuvent se qualifier ou non pour un suicide assisté sont rédigées par des partisanes du droit à la mort[149]. Cependant, l'ontologie du suicide assisté fondée sur les handicaps, les maladies, les souffrances et la vieillesse, demeure inexaminée, et le suicidisme est reproduit par l'exclusion systématique des personnes suicidaires.

Certaines auteurices comme Zohreh BayatRizi (2008, 153) semblent croire que les requêtes de mort sont un « moyen de résistance contre la médicalisation excessive de la vie ». D'autres, comme Kateřina Kolářová (2015) et Thomas F. Tierney (2006, 2010, 2021), montrent comment le mouvement pour le droit à mourir et les discours à son sujet renforcent le biopouvoir et la gouvernementalité, dans un sens foucaldien, car « il faut qu'une médecin ou qu'une professionnelle de la santé vérifie que la demande de suicide est raisonnable » (Tierney 2006, 624). Autrement dit, l'ontologie du suicide assisté exige la surveillance, la régulation et le contrôle d'accès [*gatekeeping*]. De plus, ce dernier, comme le contrôle des transitions médicales pour les personnes trans, ne s'accomplit pas seulement avec l'aval de médecins ou de professionnelles de la santé mentale, mais aussi à travers une série d'institutions, dont la famille et la loi. En effet, l'accès au droit à mourir est structuré par une série de procédures visant à valider le diagnostic, la maladie ou la souffrance intolérable d'une personne, comme le temps d'attente au niveau légal, de nombreux formulaires, les autorisations de tiers et des évaluations médicales et

147. Si des auteurices comme Jukka Varelius (2015, 2016) évoquent la possibilité de dépasser cette ontologie du suicide assisté, c'est depuis une position extrêmement problématique, qui propose par exemple de permettre l'*euthanasie involontaire pour les sujets non autonomes*, prétendument dans le meilleur intérêt de la société et de la famille.

148. Voir Lund *et al.* (2016).

149. Voir, par exemple, Werth (1996, 1998, 1999), Young (2020), et Pridmore *et al.* (2021).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

psychologiques. Autrement dit, dans les pays où le suicide assisté est permis, avoir un diagnostic est loin d'être suffisant pour exercer son droit à mourir : un contrôle strict est maintenu à chaque niveau pour s'assurer que la décision est approuvée par divers protagonistes et institutions. Même dans les pays où le suicide assisté est appuyé par des organisations privées et où le rôle de l'État est minimal, comme en Suisse, les personnes qui demandent le suicide assisté doivent remplir un certain nombre de critères et obtenir des prescriptions médicales pour accéder aux médicaments. Par exemple, dans une brochure de Dignitas (2021, 6), une importante organisation suisse fournissant de l'assistance au suicide, les prérequis se fondent sur cette ontologie validiste, saniste, âgiste et suicidiste du suicide assisté :

> Étant donné que, pour obtenir le médicament nécessaire, la participation d'un médecin suisse est indispensable, la personne doit satisfaire aux autres conditions suivantes :
> ▶ être atteinte d'une maladie aboutissant à la mort *et/ou*
> ▶ d'un handicap intolérable *et/ou*
> ▶ de douleurs incoercibles.

La chercheuse Tania Salem (1999, 33) montre comment la légalisation du suicide assisté et sa gestion par l'État et le système médical reposent sur l'idée que le personnel médical connaîtrait mieux que la personne affectée ce qui est bon pour elle : « Une autre personne que celle qui demande l'aide à mourir possède une plus grande expertise pour juger si sa requête est appropriée. On présume que l'autorité médicale est capable de dévoiler la "vérité" qui se dissimule sous la requête de mort. » Salem condamne le paternalisme de cette interférence de l'État dans les droits individuels et la négation de la liberté, de l'autonomie et de l'autodétermination qui est engendrée par la médicalisation du suicide assisté.

Je voudrais condamner le contrôle d'accès au suicide assisté pour une raison additionnelle à celles que proposent Salem et d'autres auteurices. Non seulement ce contrôle d'accès nie les formes d'agentivité, d'autonomie corporelle et d'autodétermination — comme c'est le cas avec les personnes trans et leurs transitions —, mais il repose aussi sur des formes dissimulées de violence systémique, y compris dans les discours des personnes qui dénoncent les pratiques de contrôle d'accès au suicide assisté. Des activistes/chercheureuses trans ont montré comment le cisgenrisme et la cisnormativité sont au cœur de l'ontologie (cis)genrée (ce que le genre *est*) érigeant des barrières aux transitions. La déconstruction de cette ontologie par des chercheureuses/activistes devrait nous inspirer une critique similaire de l'ontologie du suicide assisté. En effet, si l'assistance au suicide est soumise à un processus de contrôle similaire à celui qui s'applique aux personnes trans dans une perspective cisgenriste/cisnormative, nous pouvons penser que les barrières d'accès entourant le suicide assisté reposent sur un système oppressif et sa composante normative : le suicidisme et la contrainte à la vie. *Contrairement aux arguments de plusieurs activistes et chercheureuses qui avancent, comme Salem, que les règlements et les restrictions sur le suicide assisté représentent d'abord et avant tout une violation de la liberté, du choix et de l'autonomie individuelle, je soutiens que cette atteinte aux droits individuels n'existerait pas sans l'existence d'une oppression systémique, le suicidisme, et de ses diverses composantes*

*économiques, sociales, politiques ou normatives.* En outre, cette oppression est enchevêtrée dans plusieurs autres systèmes oppressifs, comme je l'ai démontré dans les chapitres précédents.

Le suicidisme est central dans l'ontologie du suicide assisté, étant donné que les personnes suicidaires ne présentant pas de pathologies diagnostiquées sont exclues et considérées comme « folles » de vouloir mourir d'un point de vue saniste. Le validisme et le sanisme sont aussi centraux, vu que l'ontologie du suicide assisté cible spécifiquement les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées. L'âgisme est également central à cet égard, car dans plusieurs circonstances, la terminalité (et donc la *durée de vie*) est un critère déterminant, et l'âge est parfois évoqué comme une bonne raison d'autoriser le suicide assisté. Le néolibéralisme est tout aussi central, car le programme du mouvement pour le droit à mourir repose sur des valeurs fondamentalement libertariennes, comme la liberté, le choix et l'autonomie individuelle (et non pas relationnelle). Le capitalisme constitue également un aspect important, car beaucoup de discours sur le droit à mourir mobilisent des arguments économiques selon lesquels le suicide assisté allègerait le fardeau économique des sociétés et des familles lié au fait de garder en vie des individus considérés comme non autonomes (Engelhart 2021). L'argument capitaliste est souvent exacerbé par des arguments validistes/sanistes, puisque les personnes handicapées, malades, souffrantes, détraquées et âgées sont souvent perçues comme des sujets non productifs qui sont un fardeau pour l'économie et les institutions sociales (McGuire 2020). Finalement, tous les autres *-ismes* sont aussi déterminants dans l'ontologie du suicide assisté, vu que, comme je l'ai évoqué, le mouvement et les discours sur le droit à mourir sont appuyés par les personnes les plus privilégiées en termes de statut racial, socioéconomique ou d'éducation. Et même si je ne rejette pas la pertinence de certaines stratégies politiques pour soutenir des droits individuels, j'estime qu'il est crucial de maintenir une posture critique vis-à-vis des discours basés sur les droits et libertés individuelles (Puar 2017 ; Spade 2011) et d'insister sur la transformation des structures idéologiques et matérielles qui sous-tendent nos pratiques de suicide assisté[150].

De plus, l'ontologie du suicide assisté sous-tend les conversations des partisanes du droit à mourir à propos du devoir de soutenir les personnes ayant besoin d'assistance dans leurs suicides « légitimes »[151]. Ce devoir de soutenir le suicide assisté détonne radicalement avec le devoir de prévenir le suicide des gens qui ne coïncident pas avec l'ontologie du suicide assisté. Comme je le démontre dans ce livre, on force les personnes suicidaires qui se situent en dehors de cette ontologie du suicide assisté à vivre, symboliquement et littéralement. Selon ce récit ontologique, il y a un devoir, d'un côté, de soutenir les personnes qui veulent mourir si elles correspondent à cette ontologie du suicide assisté, et de l'autre côté, un devoir d'empêcher les personnes suicidaires d'accomplir leur suicide. Des entretiens avec des personnes faisant partie du

150. Certaines phrases dans ce paragraphe ont d'abord paru dans Baril, « Theorizing the Intersections of Ableism, Sanism, Ageism and Suicidism in Suicide and Physician-Assisted Death Debates », dans *The Disability Bioethics Reader*, dirigé par J. M. Reynolds et C. Wieseler (New York: Routledge, 2022), 221–231. Reproduit avec la permission du concédant via PLSclear.

151. Voir, par exemple, Battin (2005), Cholbi (2011, 2017) et Cholbi et Varelius (2015).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

mouvement pour le droit à mourir illustrent ce double devoir de défendre le droit à mourir *et* de protéger les personnes suicidaires d'elles-mêmes. Comme une figure du mouvement l'a expliqué à Engelhart (2021, 154) :

> En plus de travailler comme guide chez Exit [une organisation pour le droit à mourir], Brian a agi comme bénévole pour une ligne d'écoute en prévention du suicide, essayant de maintenir des étrangẽr·ères en vie pour quelques heures de plus, jusqu'à ce que la crise passe et qu'iels « se rendent habituellement compte qu'iels ne veulent pas mourir ». Ces volontés de mort étaient différentes, dit Brian, car elles ne portaient pas sur le contrôle, mais sur le chaos. Des esprits dérangés. Des esprits qui étaient sortis de leurs gonds. Brian savait comment dissuader les gens — et en fait, beaucoup de gens avaient besoin qu'on les dissuade.

Cette ontologie du suicide assisté me rappelle l'ontologie entourant la transitude qui a énormément circulé dans les milieux médicaux, psychiatriques et la culture populaire ces dernières décennies, affectant encore les communautés trans à ce jour. Cette ontologie de la transitude se base sur le discours véhiculant l'idée « d'être enfermé·e dans le mauvais corps[152] » et distingue les « vrais » besoins de transition des « faux ». En analysant dans le passé la hiérarchisation entre ce qu'on considérait et qu'on continue de considérer comme des raisons « légitimes » ou « illégitimes » de procéder à une transition pour les personnes trans et transcapacitaires (personnes souhaitant acquérir un handicap), j'ai remarqué que les raisons identitaires — c'est-à-dire qui s'ancrent dans une forme d'ontologie (ce qu'une personne *est*) — sont souvent perçues comme plus crédibles que d'autres, qu'elles soient esthétiques, politiques, sexuelles, artistiques ou autres :

> Nous soutenons que ces divisions peuvent produire une hiérarchie entre les « vrais » et les « faux » désirs de chirurgie et de modification corporelle — le vrai désir étant construit comme des demandes relatives à l'identité, et le faux désir étant associé à la paraphilie […] [ou à d'autres motifs]. Nous maintenons que certaines recherches contemporaines contribuent à cette distinction entre les vraies et les fausses [raisons] […] et participent aussi à la recherche d'une « cause » de la transsexualité et du désir de modifications corporelles pour acquérir un handicap — une quête qui enferme ces recherches dans un modèle individualiste orienté sur les maladies, qui omet d'examiner les corps cis et normés (Baril et Trevenen 2014, 392).

Cette réflexion peut être appliquée à la transition entre la vie et la mort. L'ontologie du suicide assisté contribue à hiérarchiser les « vraies » et les « fausses » raisons de se suicider, afin d'autoriser les premières et de prévenir les dernières. Comme cela a été historiquement le cas pour la transitude, la centralité du diagnostic ou du « trouble » attesté par le personnel médical est cruciale pour justifier la procédure. Comme les personnes trans transforment souvent leur récit pour que le personnel médical leur donne accès aux soins qu'elles désirent, les personnes suicidaires pourraient être tentées de modifier

152. Sur ce discours, voir Bettcher (2014).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

leurs discours pour que ceux-ci correspondent à l'ontologie du suicide assisté, comme je l'ai évoqué dans le chapitre 1[153]. Comme c'est le cas pour les personnes trans, dont les transitions devraient être permises peu importe leurs motivations, *j'estime qu'il y a plusieurs raisons de vouloir mourir — et qu'elles sont toutes également valables*. Le complexe médico-industriel ne devrait pas déterminer quels motifs et raisons justifient des transitions, y compris celle de la vie vers la mort. Cependant, la pression pour se conformer à ces récits dominants sur le suicide assisté est si puissante que, même dans les discours sur le droit à mourir, il semble impossible de justifier le suicide assisté hors du script ontologique dominant sur les handicaps, les maladies, les souffrances, la folie et la vieillesse[154]. En somme, comme les sujets trans sont forcés de recadrer leur besoin de transition à travers un script cisnormatif et transnormatif, les sujets suicidaires sont forcés de recadrer leur désir de mourir en utilisant un script ontologique validiste, saniste, âgiste et suicidiste, où le handicap et la souffrance doivent être mises en avant, où la sanité et la rationalité doivent être prouvées et où la suicidalité doit être rejetée comme irrationnelle. En outre, plus les personnes sont âgées, plus leur décision a des chances d'être approuvée. Ainsi, l'ontologie du suicide assisté qu'endossent les partisanes du droit à mourir est une somatechnologie de vie puissante visant à garder les personnes suicidaires en vie en omettant d'examiner le validisme, le sanisme, l'âgisme et le suicidisme. Je crois qu'un point de vue intersectionnel sur le suicide et le suicide assisté incluant une perspective antisuicidiste pourrait changer ces conversations centrées sur le droit à mourir (comme devoir) pour les personnes handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées, basées sur une conception individualiste de l'autonomie, en une défense de droits positifs, un meilleur soutien et des changements systémiques (comme devoirs) pour les sujets suicidaires (y compris l'accès au suicide assisté), en nous basant sur une approche antioppression et une perspective de justice sociale.

### 4.2. Les postulats validistes, sanistes et âgistes dans les discours sur le droit à mourir

Mon but dans cette section n'est pas de réitérer mes arguments sur les formes de validisme et de sanisme qui sous-tendent les discours sur le suicide assisté et le droit à mourir[155]. Comme je l'ai exploré dans le chapitre 3, les critiques des activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* révèlent à juste titre le double

153. BayatRizi (2008), Stefan (2016) et Engelhart (2021) discutent d'instances où des personnes suicidaires ont modifié leurs discours pour les faire correspondre aux critères les qualifiant pour l'assistance à la mort.

154. Certaines activistes radicaux·les défendant le droit à mourir proposent d'éradiquer les critères pour justifier le suicide assisté et refusent d'établir de bonnes et de mauvaises raisons de mourir, mais ne proposent pas de légaliser le droit à mourir pour tous les individus (Engelhart 2021).

155. Certaines phrases dans la section 4.2 ont d'abord paru dans Baril, « Theorizing the Intersections of Ableism, Sanism, Ageism and Suicidism in Suicide and Physician-Assisted Death Debates », dans *The Disability Bioethics Reader*, dirigé par J. M. Reynolds et C. Wieseler (New York: Routledge, 2022), 221–231. Reproduit avec la permission du concédant via PLSclear.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

standard qui s'applique à la légitimation du suicide seulement pour une portion de la population, plus spécifiquement pour les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées. De plus, comme je l'ai analysé précédemment dans ce chapitre, les discours sur le droit à mourir, que ce soit chez les philosophes, les bioéthiciennes ou les activistes pour le droit à mourir, convergent tous vers une ontologie du suicide assisté reposant sur les handicaps, les maladies, les souffrances et parfois la vieillesse, confirmant les craintes et les préoccupations des activistes/chercheureuses du handicap/*Mad* et des gérontologues critiques, relatives au fait que des traitements spéciaux sont réservés aux groupes marginalisés en matière de suicidalité. Je soutiens ici que le validisme et le sanisme jouent un rôle, et ce, de trois manières distinctes tout en étant interreliés, dans les discours sur le droit à mourir qui se fondent sur cette ontologie du suicide assisté.

Premièrement, les discours sur le droit à mourir sont validistes dans leurs affirmations répétées selon lesquelles le droit à mourir doit être défendu pour éviter l'« horreur » du handicap et de la perte d'autonomie. Ce validisme est aussi entrelacé avec l'âgisme[156], une composante souvent oubliée quand il s'agit de théoriser la violence validiste. Bien que le manque d'espace m'empêche d'élaborer la question de l'âgisme, il me semble crucial de souligner l'enchevêtrement entre le validisme et l'âgisme, car les stéréotypes âgistes fondés sur le récit du « déclin » supposent que la plupart des adultes plus âgées sont, ou deviendront, handicapées, malades ou souffrantes (Gallop 2019). Cath, une des activistes pour le droit à mourir avec laquelle s'est entretenu Gandsman (2018b, 215), endosse cette idéologie du « déclin » et discute du cas d'une amie qui veut se suicider :

> Elle ne veut pas vieillir. La vieillesse est cruelle. Tout commence à défaillir. Vous avez mal tout le temps. Vous avez des problèmes d'articulations. Vous avez des problèmes de vue. Vous devenez sourde. Tout fout le camp. C'est ce qu'on perd avec la vieillesse. Que des pertes. Il faut être stupide pour dire que le vieil âge est le bel âge. La vieillesse est laide et horrible, et ça vous détruit de voir des gens vieillir.

Les gérontologues tentent depuis longtemps de questionner l'association automatique entre l'âge et le handicap, mais souvent, hélas, cela est fait au détriment des communautés handicapées[157]. S'il est important de dissocier le processus de vieillissement des handicaps, des maladies et des souffrances, il est aussi (voire plus) important de le faire en maintenant une posture critique vis-à-vis des formes de validisme reproduites par la gérontologie dominante dans les discours sur le « vieillissement réussi » qui excluent les handicaps, les maladies et les souffrances (Gallop 2019 ; McGuire 2020). D'autres amalgames non problématisés doivent aussi être déconstruits, comme celui entre la maladie/le handicap et la souffrance, la douleur et la mort. Comme le note

156. Voir, par exemple, Ogden (2001) ; Gandsman, Herington et Przybylak-Brouillard (2016) ; Gandsman (2018b) ; et Engelhart (2021).

157. Voir les critiques formulées par Baril et Silverman (2019), Gallop (2019) et McGuire (2020). Sur les liens entre l'âgisme et le validisme, voir Aubrecht, Kelly et Rice (2020) et Baril *et al.* (2020).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

judicieusement le chercheur Joel Michael Reynolds (2017, 153), un dangereux syllogisme est produit entre le handicap, la souffrance et la douleur, et il est important de ne pas tomber dans cet « amalgame validiste ».

En même temps, comme nous le rappellent des chercheureuses comme Susan Wendell (1996, 2001) et Alison Kafer (2013), la douleur et la souffrance font aussi partie des expériences vécues par certaines personnes handicapées, malades ou âgées. De plus, certaines activistes et chercheureuses du handicap rappellent l'importance de saisir la complexité de la notion même de douleur (Patsavas 2014 ; Siebers 2008). Dans sa brillante cripistémologie de la douleur, qui déconstruit son ontologie comme étant une expérience biologique individuelle et subjective (en ce qui concerne la douleur physique), Alyson Patsavas (2014, 208) écrit : « Les discours dominants sur la douleur […] présentent cette dernière comme un problème qui rend la vie indigne d'être vécue. » Cependant, pour Patsavas, on ne saurait réduire la douleur à une simple expérience négative, et elle doit être conceptualisée dans toute sa complexité. La douleur et la souffrance sont au cœur des discours sur le droit à mourir, mais leurs conceptualisations sont réductrices et validistes. Contrairement aux travaux de Patsavas, ces conceptualisations de la douleur et de la souffrance ne tiennent pas compte des nuances et des complexités dans les récits des personnes vivant avec des douleurs ou des souffrances chroniques. Bref, les associations fautives et les syllogismes avancés trop souvent par les défenseures du droit à mourir, qui permettent de dire que handicap = douleur = souffrance = vie misérable = vie indigne = autorisation de suicide assisté pour se délivrer de cette misère, se fondent sur des stéréotypes validistes.

Deuxièmement, les discours sur le droit à mourir sont sanistes quand ils traitent du suicide assisté pour les personnes vivant avec des maladies mentales. Pour plusieurs personnes qui défendent le droit à mourir, étendre le suicide assisté aux personnes vivant avec des maladies mentales est contestable. Étant donné que ces dernières sont considérées comme incompétentes pour prendre des décisions à leur sujet, leur désir de suicide est vu comme irrationnel. Par conséquent, les activistes et les chercheureuses du droit à mourir qui refusent d'étendre le suicide assisté aux personnes vivant avec des maladies mentales adhèrent à des stéréotypes selon lesquels les personnes suicidaires sont « folles », « détraquées », impulsives, incontrôlables et dangereuses, endossant des postulats sanistes qui confondent la maladie mentale avec l'incompétence mentale[158]. Comme nous l'avons vu précédemment, un vaste corpus de recherche a émergé ces dernières années en bioéthique et en études *Mad* montrant comment l'irrationalité causée par la maladie mentale n'est pas constitutive du sujet et que la capacité de prise de décisions chez les personnes vivant avec des maladies mentales n'est pas nécessairement affectée de manière généralisée[159]. Autrement dit, rejeter les demandes de suicide assisté des personnes vivant avec des maladies mentales simplement sur la présomption qu'elles sont irrationnelles et incapables de prendre des décisions est une forme de sanisme. S'appuyant sur ses observations et ses entretiens avec des participantes, Gandsman (2018a, 176) conclut que « la mort médicalement assistée découle d'une dichotomie corps/esprit : un "esprit sain" dans un "corps malade", ce qui s'oppose au suicide qui découle d'un "esprit malade" dans un

158. Voir, par exemple, Cholbi (2017) et Creighton, Cerel et Battin (2017).

159. Voir, par exemple, Appel (2007) ; Stefan (2016) ; Hewitt (2010) ; Burstow, LeFrançois et Diamond (2014) ; et Borecky, Thomsen et Dubov (2019).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

“corps sain” ». Même si Gandsman, Herington et Przybylak-Brouillard (2016, 62) n’analysent pas ce dualisme d’un point de vue antisaniste, je suggère qu’il s’agit d’un dualisme saniste, comme l’illustrent plusieurs commentaires de leurs participantes, y compris ceux de Paul, un activiste radical dans le mouvement pour l’euthanasie clandestine : « Il y a aussi des dingues, vous savez. Je me souviens avoir passé tout un après-midi avec quelqu’une qui s’est avérée complètement dingue. Cette personne voyait tout cela comme un geste romantique. C’était une jeune femme qui souffrait de dépression… pas vraiment rationnelle. Et bien évidemment, dans ce genre de situation on refuse totalement [d’aider la personne], vous voyez. On garde le contact, mais on ne fait rien d’autre. » Ce n’est qu’un exemple parmi d’autres illustrant les formes de sanisme communément mises en avant par les discours sur le droit à mourir. Je dirais même que la division entre les suicides « rationnels » et « irrationnels » qu’endossent presque l’ensemble des partisanes du droit à mourir est basée sur le sanisme, car, dans ce schisme, la maladie mentale est confondue avec l’incapacité mentale et vue comme dérobant les gens de leur rationalité, de leur agentivité, de leur autodétermination et de leur compétence à prendre des décisions. En somme, la plupart des auteurices qui soutiennent le « suicide rationnel » adhèrent par défaut à des perspectives sanistes, en voyant le suicide rationnel comme un geste qu’accomplissent des sujets *rationnels* réputés compétents pour prendre des décisions, et habituellement définis par opposition aux personnes vivant avec des handicaps ou des maladies sur le plan mental, cognitif ou psychologique.

Troisièmement, même si les discours sur le droit à mourir prônant un programme d’inclusion des personnes vivant avec des maladies mentales dans le suicide assisté semblent moins sanistes de prime abord, ils se fondent aussi sur un type plus subtil de sanisme. Ces discours ne remettent pas en cause l’ontologie du suicide assisté et les populations qu’elle cible : les personnes en fin de vie, handicapées, malades ou souffrantes, y compris celles vivant avec des maladies mentales. Ils ne voient pas que *permettre le suicide assisté seulement pour une population spécifique* par l’entremise de diagnostics médicaux/psychiatriques implique un traitement différentiel pour ce groupe. Dans ce cas, à l’instar de la douleur et de la souffrance physiques, la douleur et la souffrance mentales sont perçues, sur la base de présuppositions validistes/sanistes, comme rendant la vie indigne d’être vécue, justifiant ainsi sa cessation par le suicide assisté. Ainsi, qu’elles affirment appuyer ou rejeter la maladie mentale comme condition légitime pour se qualifier au regard du suicide assisté, les personnes qui prônent le droit à mourir dans les deux camps (et celles qui sont entre les deux) ont des préjugés sanistes.

En somme, les discours sur le droit à mourir se fondent sur trois formes de validisme/sanisme : (1) un validisme physique dirigé contre les personnes physiquement handicapées, malades ou souffrantes, souvent enchevêtré avec l’âgisme ; (2) un sanisme dirigé contre les personnes vivant avec des maladies mentales, perçues comme mentalement incompétentes pour prendre des décisions sur le suicide assisté ; et (3) un sanisme dirigé contre les personnes vivant avec des maladies mentales, considérées, à l’instar d’autres personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées, comme des personnes dont la vie ne vaut pas la peine d’être vécue. Ici, le suicide est reformulé comme une réponse logique et rationnelle à des « circonstances tragiques » (Taylor 2014, 14), qu’elles soient physiques ou psychologiques/émotionnelles. Ainsi, d’un

côté, ces discours rationalisent le suicide assisté pour les sujets considérés comme « abjects » selon les normes dominantes, d'un point de vue validiste, saniste, âgiste, capitaliste et néolibéral. De l'autre côté, ces discours présentent les personnes suicidaires et leur désir de mourir comme irrationnelles. Dans cette perspective, il est impensable qu'une personne jeune, dont le corps et l'esprit sont sains et en santé, reçoive une aide médicale à mourir.

### 4.3. Les postulats suicidistes dans les discours sur le droit à mourir

Comme je le démontre dans ce chapitre, les voix des personnes suicidaires sont systématiquement effacées des conversations sur le suicide assisté en philosophie, en bioéthique et dans les discours sur le droit à mourir, un geste pouvant être qualifié de violence épistémique vu la manière dont il mine la légitimité et la crédibilité des personnes suicidaires comme sujets connaissants. De plus, les lois et les règlements actuels sur le suicide assisté ne reconnaissent pas le droit au suicide assisté pour les personnes suicidaires, perpétuant ainsi une forme de violence légale à leur égard. Même si les personnes handicapées, malades ou souffrantes, et parfois les personnes détraquées et âgées, ont accès au suicide assisté, j'affirme qu'elles ne sont pas celles qui, principalement, veulent mourir. Comme le démontrent plusieurs chercheureuses/activistes, les personnes handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées contestent l'idée selon laquelle leur qualité de vie est diminuée au point que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue. La large majorité d'entre elles veulent vivre et dénoncent le manque de bonnes conditions de vie (Clare 2009, 2017 ; Kolářová 2015). N'est-il donc pas surprenant d'offrir le suicide assisté aux groupes de personnes qui ne le demandent généralement pas, mais exigent plutôt de meilleures conditions de vie, alors que les personnes qui veulent mourir et qui bénéficieraient de soutien pour le faire en sont privées ?

Par ailleurs, comme je l'ai évoqué, les personnes vivant avec des maladies mentales qui veulent accéder au suicide assisté, comme Bayliss, Maier-Clayton et Scully, recréent souvent dans leurs discours publics des hiérarchies similaires entre les bonnes et les mauvaises raisons de vouloir mourir, qui excluent systématiquement les sujets suicidaires. Cette exclusion fait écho à la position qu'adoptent généralement les activistes et les organisations prônant le droit à mourir. Par exemple, Gandsman (2018a, 182) cite une de ces personnes : « Un million de personnes mettent fin à leur vie tous les ans. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des cas sont tragiques. Nous nous battons pour le un pour cent qui reste. » Alors que Gandsman cherche à nuancer la distinction entre les suicides irrationnels et rationnels dans le mouvement pour le droit à mourir, il reconnaît que l'histoire de ce mouvement repose sur cette distinction, dont j'estime qu'elle délégitimise les personnes suicidaires. Par exemple, dans un article publié sur son site Internet et intitulé « Why Medically Assisted Dying Is Not Suicide », l'organisation Dying With Dignity Canada (2016, § 3–5) insiste sur l'importance de dissocier le mouvement du terme stigmatisant *suicide*, car le suicide et le suicide assisté (appelé mort assistée) sont considérés comme des réalités différentes :

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> Pourquoi est-il si inapproprié de qualifier la mort assistée de « suicide » ? L'une des meilleures explications que j'ai trouvées vient d'un éditorial de 2012 publié par le journaliste de la santé André Picard dans le *Globe and Mail* : « Le suicide est une atteinte auto-infligée qui est presque toujours un sous-produit de maladies mentales comme la schizophrénie ou la dépression sévère », écrit-il. « Cela n'est absolument pas comparable au fait de hâter la mort par le biais d'un processus sobre et méthodique ayant un certain nombre de garanties légales. » Appeler l'aide à mourir un « suicide », continue-t-il, « est équivalent à parler d'une chirurgie comme d'une attaque au couteau ». C'est une image très frappante. […] En tant que société, nous avons le devoir de répondre à des tragédies aussi déchirantes avec des stratégies de prévention et des campagnes de sensibilisation robustes. De plus, alors que le suicide est motivé par des sentiments de désespoir, l'élan pour légaliser l'aide médicale à mourir est nourri par l'espoir. Les membres de notre mouvement cherchent le réconfort de savoir que si le pire devait arriver, iels auront l'option d'une mort douce. Que cette option soit disponible peut aider à apaiser une partie de la terreur et de l'incertitude résultant d'un diagnostic de cancer en phase terminale.

En plus du validisme et du sanisme, le suicidisme de cette citation est assez clair, comparant le suicide assisté des personnes suicidaires à une « attaque au couteau ». Ce texte cherche à construire le suicide et la mort assistée comme deux entités entièrement différentes, en opposant un processus chaotique à un autre jugé « méthodique » et le « désespoir » marquant le suicide à l'espoir que sous-tend le fait de permettre la mort assistée. Dans un cas, l'intervention est presque présentée comme sauvant des vies (comme le ferait une chirurgie), même si elle implique paradoxalement de mourir, tandis que dans l'autre cas, elle est considérée comme une forme de meurtre.

Cette distinction est endossée non seulement par des activistes, mais aussi par des chercheureuses et des partisanes du droit au suicide assisté [160]. Je soutiens qu'en distinguant clairement le suicide du suicide assisté pour répudier le premier et appuyer le second, le mouvement et les discours sur le droit à mourir reproduisent directement et indirectement des formes de suicidisme. Non seulement les personnes suicidaires demeurent-elles les parias du mouvement et des discussions qui devraient se concentrer tout particulièrement sur elles, mais leurs voix sont aussi rejetées et invalidées par des formes suicidistes d'injustice épistémique (entremêlées avec du sanisme). *En somme, aussi paradoxal que cela puisse paraître, par leur insistance sur la différence radicale entre le suicide et le suicide assisté et en raison de l'ontologie sur laquelle repose cette distinction, les discours sur le droit à mourir sont parmi les plus puissantes somatechnologies de vie étudiées dans ce livre, car la lutte pour le suicide assisté est entièrement fondée sur la délégitimation de la suicidalité, des personnes suicidaires et de leurs besoins. Les discours sur le droit à mourir sont donc rendus possibles par la négation de la légitimité de la suicidalité et des voix des personnes suicidaires, c'est-à-dire par la violence suicidiste.*

160. Voir, par exemple, Werth (1996, 1998, 1999) ; Battin (2005) ; Sumner (2011) ; Kious et Battin (2019) ; et Giwa (2019).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### 4.4. Cripper les discours sur le droit à mourir : repenser l'accès au suicide assisté

J'estime que, dans leurs formes actuelles, les mouvements pour le droit à mourir et les discours sur le suicide assisté reposent sur une logique de l'adaptation validiste, saniste et âgiste, problématique en ce qu'elle vise des « populations spéciales », c'est-à-dire des personnes handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées. Dans cette perspective, il faudrait fournir des adaptations à ces populations et leurs « besoins particuliers » au lieu de faire du suicide assisté une forme de soutien véritablement accessible pour toutes les personnes qui veulent mourir. Au lieu de travailler à une accessibilité collective du suicide assisté, cette logique de l'adaptation pour des « besoins spéciaux » repose sur le genre d'oppositions binaires que les perspectives crips et queers peuvent aider à déconstruire, comme l'opposition entre les bons et les mauvais suicides, les suicides rationnels et irrationnels, les suicides préparés et impulsifs, et les suicides normaux et anormaux. Queeriser et cripper le suicide assisté brouillent aussi la distinction entre les raisons valables et non valables de vouloir mourir, ainsi que les hiérarchies entre les handicaps, les maladies et les souffrances physiques et mentales, ou entre les « vrais » et les « faux » désirs de mourir. Cette logique de l'adaptation repose également sur un postulat cisnormatif. Ici, la cisnormativité est conceptualisée comme une perspective normative large considérant qu'il est plus normal de ne pas initier de transition ou toute sorte de transformation majeure (par exemple : de sexe/genre, de capacités ; Baril et Trevenen 2014) et qu'il vaut mieux maintenir les choses dans leur état « naturel », y compris une mort naturelle plutôt que provoquée. Autrement dit, le suicidisme et la contrainte à la vie sont profondément enracinées dans des formes spécifiques de cisnormativité qui imposent une manière « naturelle » et « normale » de mourir, alignée sur la manière dont nous naissons, c'est-à-dire *involontairement*, comme nous l'avons vu au chapitre 2. Queeriser et transer le suicide assisté permettent de brouiller ces catégories binaires pour concevoir la mort au-delà du cadre cisnormatif de la mort naturelle et involontaire. De plus, cripper et détraquer le suicide assisté nous aident à comprendre les postulats validistes et sanistes sur lesquels repose l'ontologie du suicide assisté nourrissant cette logique de l'adaptation pour des « populations spéciales ».

Plusieurs auteurices dans les études critiques du handicap/crips, dont Margaret Price (2011), Jay Dolmage (2017) et Aimi Hamraie (2017), ont proposé des analyses éclairantes des notions d'adaptation et d'accessibilité. Même si leurs réflexions sur le handicap, le validisme et l'accessibilité ne sont pas conçues pour s'appliquer à la suicidalité, au suicidisme ou aux structures entourant le suicide et le suicide assisté, ma manière de queeriser, de transer, de cripper et de détraquer notre regard m'a mené à penser le suicide assisté par le biais des concepts d'adaptation et d'accessibilité qu'iels développent. Dans l'esprit du mouvement pour la justice pour toutes les personnes handicapées présenté dans le chapitre 3, Hamraie (2017, 13) souligne l'importance d'un « accès collectif » et d'un « accès signifiant [*meaningful*] » allant au-delà des questions d'adaptation et d'in/capacité [161]. En appliquant une perspective intersectionnelle au domaine émergeant des « études sur l'accessibilité », Hamraie nous invite à considérer l'accès comme un concept génératif permettant de

161. Voir aussi Dolmage (2017, 119) sur « l'accès transformatif ».

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

penser de multiples identités marginalisées en matière de genre, de classe, de statut de racisation, de sexualité ou de différence d'âge, entre autres, ainsi que les manières dont les structures sociales, politiques et légales, les architectures, les politiques et les institutions ne sont pas conçues en tenant compte de ces groupes marginalisés. Je crois que, comme concept génératif et expansif, l'accès peut permettre de repenser le suicide assisté, avec les personnes suicidaires à l'esprit.

Les activistes/chercheureuses du handicap ont montré que ce n'est pas seulement l'architecture, mais le monde entier qui est construit par et pour des individus physiquement et mentalement valides. Cette réalité constitue ce que Dolmage (2017, 53), inspiré par la notion de « racisme systémique », appelle une forme de « validisme systémique », s'étendant bien au-delà des choix architecturaux pour s'immiscer dans toutes les sphères de la vie, comme les institutions, les politiques, les lois et les règlements, les représentations sociales et culturelles, et les interactions interpersonnelles. Ce validisme est imbriqué non seulement dans les bâtiments et leur manque de rampes d'accès ou d'ascenseurs, mais aussi dans diverses formes de communications, d'interactions et de relations inaccessibles. Ce validisme systémique se trouve à tous les niveaux possibles de la société : social, politique, légal, économique, médical, etc. Dans ce monde, les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées se retrouvent fréquemment dans des situations d'inadéquation ou de manque et sont forcées de demander des adaptations pour bénéficier du même accès que les autres à des espaces (par exemple : les rampes), à la culture (par exemple : les sous-titres dans les films ou les pièces de théâtre) ou aux connaissances (par exemple : plus de temps pour compléter les examens et effectuer les travaux scolaires), pour ne nommer que quelques cas. Bien que ces adaptations puissent être vues comme d'excellentes mesures pour améliorer l'accessibilité pour les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées, elles démontrent en même temps à quel point tout a été conçu et pensé en les excluant. Dolmage (53) écrit :

> Nous pensons l'adaptation comme une chose qui doit toujours être créée, comme une chose qui a un coût. C'est ce qui sous-tend l'inaccessibilité intrinsèque à presque toute la société : il semble que rien ne soit conçu pour être accessible de prime abord. L'accessibilité en tant que telle est une exnomination, un terme négatif ou inverse, venant existentiellement après l'inaccessibilité. […] Rien n'est inaccessible jusqu'à ce que le premier corps ne parvienne pas à y accéder, demande d'y accéder ou est reconnu comme n'y ayant pas accès.

Dolmage utilise différentes métaphores spatiales pour critiquer la manière dont la logique de l'adaptation ne contribue pas réellement ou significativement à l'accessibilité pour les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées. Une de ces métaphores est le terme anglais *retrofit*, qui est à la fois un verbe et un nom. L'action de *retrofit* consiste à ajouter une composante à un design ou à une invention qui n'avait pas été incluse dans le modèle initial. Il s'agit donc d'une addition à une chose préexistante. Selon Dolmage, la logique de l'adaptation se base sur l'idée du *retrofit*, c'est-à-dire l'ajout de quelque chose à une entité préexistante pour l'adapter aux « besoins spéciaux » d'une minorité.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Sans rejeter entièrement la pertinence des *retrofits* et sans diaboliser les adaptations qui jouent un rôle essentiel dans la vie de tant de personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées, Dolmage indique avec justesse plusieurs limites et impacts d'une accessibilité basée sur l'adaptation et le *retrofit*, mentionnant cinq failles importantes de cette logique (2017, 67–97). Premièrement, les adaptations et les *retrofits* renforcent le validisme/sanisme en présentant les personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées comme nécessiteuses ou exigeantes, tout en mettant sur un piédestal les personnes qui les accommodent (patronnes, professeures, responsables des politiques publiques, etc.), présentées comme charitables, flexibles et coopératives. Deuxièmement, les adaptations et les *retrofits* ne sont que des solutions temporaires réalisées sur une « base spéciale » et doivent constamment être renouvelés par le biais de procédures longues et complexes. La vie quotidienne des personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées est compliquée car le handicap n'est pas accepté de manière holistique, mais supprimé temporairement par des adaptations. Comme le note Dolmage : « Quand l'intention des adaptations auxquelles ont accès les étudiantes handicapées est simplement, chaque fois, d'égaliser temporairement les règles du jeu pour elleux dans une seule classe ou activité, il est clair que ces *retrofits* ne sont pas conçus pour que les gens vivent et s'épanouissent avec un handicap, mais plutôt pour faire disparaître leur handicap de façon temporaire » (70). Troisièmement, les adaptations et les *retrofits* sont construits sous forme d'exceptionnalité : des personnes doivent en faire la demande à certains moments spécifiques, ce qui contribue à marginaliser les personnes qu'on considère avoir des « besoins spéciaux » exigeant une exception aux normes. Cet exceptionnalisme renforce aussi l'idée fautive selon laquelle les enjeux d'accès ne concernent pas tout le monde, mais seulement une minorité. Quatrièmement, Dolmage défend que l'un des effets secondaires des adaptations et des *retrofits* est de permettre aux gouvernements, aux institutions et aux individus physiquement et mentalement valides de se sentir bien vis-à-vis d'eux-mêmes. Cependant, ces solutions temporaires les dispensent d'entreprendre des changements systémiques plus profonds pour fournir un véritable accès à toutes les personnes sans nécessité d'adaptations ou de *retrofits*. Dolmage critique le fait que plusieurs formes d'adaptation constituent des écrans de fumée et des réponses politiquement correctes aux besoins des communautés handicapées, malades, souffrantes ou détraquées sans vraiment transformer les formes systémiques de validisme. Dolmage (76) écrit : « Trop de *retrofits* préservent ou perpétuent l'exclusion au lieu de la confronter. Au lieu de créer quelque chose qui relèverait d'une véritable accessibilité, ils servent de protection légale. » Cinquièmement, les adaptations et les *retrofits* ont beaucoup d'impacts négatifs sur les groupes qu'ils sont censés soutenir, y compris en leur ajoutant des fardeaux supplémentaires. Dolmage mentionne certaines obligations qu'entraînent ces adaptations (comme des réunions auxquelles il faut participer, des formulaires qu'il faut remplir ou des certificats médicaux qu'il faut obtenir), le fait qu'il faut se conformer à certaines obligations pour en bénéficier et qu'on attende des personnes qui en profitent qu'elles soient reconnaissantes. Dolmage conclut que, s'ils ne sont pas entièrement inutiles, les adaptations et les *retrofits* ne devraient pas être vus comme des bonnes solutions aux enjeux d'accessibilité. Bien au contraire : ils devraient simplement nous rappeler que les lieux, les environnements, les structures, les politiques et

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

les règlements qui les nécessitent ont été conçus au départ comme inaccessibles. Dolmage (79) explique : « Tant de *retrofits* n'améliorent pas l'accès, en réalité. En outre, nous devons travailler à dissocier la présence d'adaptations de la notion d'accès. Les adaptations sont des adaptations : elles ne sauraient promettre une accessibilité véritable et réelle. Finalement, quand des adaptations sont en place, nous devons mieux comprendre leur véritable coût émotionnel, physique et temporel. »

En somme, le but des adaptations et des *retrofits* est d'effacer temporairement les handicaps, les maladies, les souffrances et la folie, et d'assimiler les personnes ayant des « besoins spéciaux » dans les institutions, structures, architectures et cultures dominantes. J'estime que la même chose peut être dite de la suicidalité. Les campagnes de prévention attestent du fait que la suicidalité est généralement conceptualisée comme une réalité pathologique qu'il faudrait, dans un monde idéal, entièrement éradiquer. Dans ce cas, les *retrofits* que représentent les diverses formes de suicide assisté offertes à des groupes spécifiques de personnes remplissant des critères stricts visent également à effacer la suicidalité grâce au script ontologique du suicide assisté. Les adaptations et les *retrofits* — dans ce cas, le suicide assisté pour certaines populations ayant des « besoins spéciaux » — permettent de ne pas remarquer ou de remettre en cause le suicidisme systémique, ainsi que la contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité qui rendent ces adaptations pour l'accès au suicide assisté nécessaires en premier lieu. Dans nos sociétés marquées par le suicidisme systémique, la violence suicidiste, l'injonction à la vie et à la futurité et la contrainte à la vie s'immiscent dans toutes les sphères de l'existence : les lois et les règlements sur le suicide et le suicide assisté, les décisions politiques et économiques basées sur les taux de suicide nationaux, les politiques publiques encadrant le suicide et le suicide assisté, les traitements de santé médicaux/psychiatriques, les interventions des services sociaux, les codes déontologiques professionnels, les interprétations et les réactions sociales au suicide et au suicide assisté, les campagnes médiatiques et les discours institutionnels, et ainsi de suite. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, toutes ces sphères tiennent pour acquis que les personnes désirent vivre, et ce, le plus longtemps possible, et qu'il ne faudrait jamais se suicider sauf si cela correspond au script ontologique du suicide assisté. Autrement dit, les institutions et les structures sociétales excluent les personnes suicidaires et sont conçues à l'intention des besoins des personnes non suicidaires.

Dans l'esprit de Dolmage, qui théorise les cinq limites de la logique de l'adaptation par rapport aux handicaps, j'estime que les mêmes limites s'appliquent à la suicidalité. Premièrement, les personnes qui demandent le suicide assisté sont vues comme nécessiteuses ou exigeantes, alors que les responsables politiques, les médecins ou les autres professionnelles de la santé qui autorisent ou exécutent des suicides assistés sont considérées comme des « héroïnes » et des « sauveteureuses ». De plus, les personnes suicidaires qui entrent dans les critères de l'ontologie du suicide assisté sont présentées comme braves, dans un contraste frappant avec les autres personnes suicidaires, vues comme lâches ou manquant de courage. Deuxièmement, le suicide assisté pour les personnes handicapées, malades ou souffrantes (et parfois détraquées et âgées) ne vise qu'à effacer la suicidalité sous une forme aseptisée par le suicide assisté sans confronter la violence suicidiste extrême que subissent les personnes suicidaires sur une base quotidienne. Troisièmement, le suicide

assisté comme *retrofit* se base sur des formes d'exceptionnalisme : chaque cas de suicide assisté est examiné et scruté attentivement, autorisé ou rejeté, alors que la contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité ne sont jamais remises en question. Quatrièmement, le suicide assisté comme *retrofit* permet à certaines personnes d'avoir la conscience tranquille : aider les personnes en fin de vie, les soutenir dans leur décès et offrir des choix et des options lorsque la douleur et la souffrance deviennent insoutenables et irrémédiables sont des réponses politiquement correctes aux demandes formulées par un grand nombre de citoyen·nes et d'organisations. Cependant, comme nous le rappelle Dolmage, ces décisions sont davantage motivées par le fait de protéger les politicien·nes de potentielles poursuites judiciaires que par le souci d'une véritable accessibilité. Cinquièmement, comme je le démontre dans ce chapitre, les personnes bénéficiant de mesures d'adaptation doivent se conformer à des critères rigides, sont soumises à des formes de contrôle strict et sont forcées d'assumer un important fardeau (temporel, affectif et financier, dans les nombreux contextes où les coûts engendrés par le suicide assisté sont assumés de manière privée). Dolmage (2017, 93) mobilise le concept de « fatigue d'accès », emprunté au mouvement pour la justice pour toutes les personnes handicapées, pour référer au fardeau placé sur les épaules des personnes handicapées, malades, souffrantes ou détraquées, qui doivent se battre pour l'accessibilité. Cette fatigue est carrément létale en matière de suicide assisté, comme ce fut le cas d'Adam Maier-Clayton ou de certaines personnes vivant avec des maladies mentales qui ont participé à l'étude de Thienpont et de ses collègues (2015), et qui ont mis fin à leurs jours par leurs propres moyens avant d'obtenir une autorisation ou après que leur dossier a été rejeté.

Comme le mentionne Hamraie, la question d'un accès réel et signifiant doit aussi tenir compte de l'intersectionnalité. Dolmage défend l'idée que les adaptations ne sont pas seulement difficiles d'accès pour la plupart des personnes handicapées/détraquées, mais le sont encore davantage pour les personnes subissant plusieurs formes de marginalisation. Cette limite s'applique aussi à l'accès au suicide assisté pour les groupes vivant à l'intersection de plusieurs oppressions. Comme je l'ai démontré dans ce chapitre, le suicide assisté reste le « privilège » d'un nombre restreint de personnes, habituellement les personnes blanches, éduquées ou aisées. En tant que *retrofit*, le suicide assisté reste inaccessible pour les personnes les plus marginalisées qui ne peuvent pas s'offrir des traitements et des médicaments coûteux, qui n'ont pas accès au système de santé (ce qui est vrai de plusieurs personnes trans, pauvres et racisées, soit parce qu'on leur refuse des soins ou parce qu'elles ne peuvent pas se les payer, soit parce qu'elles préfèrent ne pas recevoir de soins car ces derniers s'accompagnent d'une violence), qui n'ont pas le privilège d'avoir reçu une éducation et qui ont du mal à gérer les formulaires et les procédures administratives, qui sont considérées comme mentalement incompétentes sur la base de formes de validisme, de sanisme, d'âgisme, et ainsi de suite. En ce sens, le suicide assisté, comme *retrofit* et comme adaptation pour les « populations spéciales », n'améliore pas l'accès au soutien et à l'aide au suicide, à tout le moins un accès qui soit collectif et signifiant. Ces adaptations engendrent aussi des coûts importants (temporels, affectifs, financiers, etc.) qui les rendent encore plus inaccessibles. Pour revenir à la notion d'« optimisme cruel » de Lauren Berlant (2011, 1), évoquée dans le chapitre 2, il serait possible de dire

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

que les formes actuelles de suicide assisté sont un optimisme cruel, car elles symbolisent ce que veulent vraiment des personnes suicidaires comme moi et beaucoup d'autres personnes que je connais, mais représentent en même temps un « obstacle à notre épanouissement », pour reprendre les mots de Berlant. En effet, le suicide assisté reste hors de portée pour les personnes suicidaires, car l'ontologie et les mécanismes sur lesquels il repose visent à rejeter la possibilité même du suicide. Comme forme d'adaptation, le suicide assisté est un élément central du système de violence suicidiste, minant la crédibilité et la légitimité des personnes suicidaires et leur barrant l'accès à des soins de santé, à des services sociaux et au soutien dont elles ont désespérément besoin. En ce sens, je suggère que les diverses formes de suicide assisté sont des « "technologies de la patience" [et qu'elles] suspendent les questions sur la cruauté du maintenant » (Berlant 2011, 28) pour les personnes suicidaires.

Un accès signifiant impliquerait également de cesser de simplifier et de réduire la conceptualisation de mesures d'accessibilité spécifiques à certains types de handicaps, pour plutôt imaginer comment plusieurs groupes de gens vivant diverses réalités pourraient en bénéficier. Comme l'écrit Price (2011, 122–123) : « Par exemple, si l'on peut présumer que des copies papier de documents ne servent qu'aux personnes ayant des déficits auditifs, elles pourraient en réalité aider un large éventail de personnes, y compris celles qui ont du mal à se concentrer, à mémoriser ou à décoder le langage oral, que cette difficulté résulte d'une fatigue, d'une maladie, d'un TDAH ou de lésions cérébrales. » De façon similaire, il faudrait voir la mise en œuvre d'un accès signifiant au suicide assisté non pas comme un processus qui serait seulement pertinent pour les personnes suicidaires, mais plutôt comme une pratique ayant le potentiel d'aider de nombreux individus qui souffrent peut-être en silence, mais qui, en réalité, désirent vivre. Comme je l'ai démontré dans le chapitre 1, malgré toutes les bonnes intentions dont les mesures de prévention du suicide témoignent, l'une de leurs pires conséquences est de réduire au silence les individus en détresse qui craignent de subir les conséquences de la violence suicidiste s'ils partagent honnêtement leur désir de mourir. Un véritable accès au suicide assisté encouragerait beaucoup de gens qui souffrent actuellement en silence, et surtout ceux qui appartiennent à des groupes marginalisés, à finalement parler de leur suicidalité. Autrement dit, penser au suicide assisté dans une perspective de justice pour toutes les personnes handicapées et d'accès signifiant et collectif (Hamraie 2017) aurait un impact positif sur plusieurs communautés marginalisées au-delà des personnes suicidaires. Par exemple, diverses personnes marginalisées pourraient être appelées à discuter plus ouvertement de leur suicidalité ou de leurs enjeux de santé mentale. En somme, ce qu'on pourrait appeler le potentiel thanatopolitique [162] du mouvement et des discours sur le droit à mourir pour les personnes suicidaires, une notion que j'examine plus en détail dans le prochain chapitre, reste inexploité dans cette logique de l'adaptation fondée sur une ontologie validiste, saniste, âgiste et suicidiste du suicide assisté. Une thanatopolitique signifiante, déployée avec une approche intersectionnelle et dans une perspective antisuicidiste, nous

162. On doit l'invention du terme *thanatopolitique* à Giorgio Agamben (1998). Il est composé du préfixe *thanato-*, référant à Thanatos, le dieu grec de la mort, et *politique*. Le terme réfère aux « politiques de la mort » (Murray 2006, 195).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

permettrait de penser un accès collectif au suicide assisté dont l'impact se ferait sentir à bien plus grande échelle que chez les personnes suicidaires uniquement. Car l'accessibilité est l'affaire de tout le monde.

### 4.5. Mot de la fin

Alors que la première partie de ce livre se penche sur le suicide, la seconde partie se tourne vers le suicide *assisté*. Comme je l'ai expliqué dans ce chapitre, le suicide assisté a été repensé, reformulé et réétiqueté dans le mouvement et les discours sur le droit à mourir sous divers noms qui visent à le distinguer clairement de la suicidalité. Le suicide assisté a été reformulé comme une mort assistée, comme une aide médicale à mourir et même comme un soin de fin de vie, afin d'en faire tout ce que le suicide n'est pas. En effet, dans la lutte pour légaliser la mort assistée, l'ensemble des fondements et de la logique du mouvement pour le droit à mourir et de ses discours repose sur l'établissement d'une frontière nette entre la pratique du suicide, souvent décrite comme irresponsable, égoïste, impulsive, irrationnelle ou dommageable pour autrui, et la pratique de la mort assistée, souvent décrite comme sage, organisée, altruiste, prudente, préméditée, rationnelle et utile. En ce sens, les discours sur le droit à mourir incarnent radicalement le biopouvoir et la biopolitique : pour protéger et maximiser la vie de la population (faire vivre), il faut laisser mourir les sujets abjects, considérés comme irrécupérables. L'approche de queerisation et de transement que je mobilise ici aide non seulement à identifier les racines sociopolitiques des constructions binaires opposant le suicide au suicide assisté, mais les déconstruise aussi intégralement. Effectivement, ce qui demeure implicite tout en étant omniprésent dans ce chapitre est le fait que j'abandonne toute division nette entre le suicide et le suicide assisté. Selon ma perspective, le suicide et le suicide assisté appartiennent à la même catégorie, vu qu'ils impliquent tous deux le suicide. Si l'un est accompli sans soutien, l'autre s'accomplit avec l'aide de l'État, du système médical, de la famille, et ainsi de suite. La présomption selon laquelle le suicide et le suicide assisté appartiendraient à différentes catégories est une des principales raisons pour lesquelles la suicidologie critique et les mouvements/champs d'études antioppression (à l'exception du mouvement du handicap/*Mad*, qui s'y oppose largement) ignorent généralement les questions soulevées par le suicide assisté et que la suicidalité reste absente des discours sur le droit à mourir, dans le meilleur des cas, ou est utilisée comme un dispositif d'« altérisation » accordant une légitimité plus grande au suicide assisté, dans le pire des cas. Or, dans les deux cas, les réalités, préoccupations, besoins, obstacles et formes de violence subies par les personnes suicidaires sont ignorées ou, pire, reconduites. Comme je l'ai soutenu dans ce chapitre, tandis que les discours suicidistes préventionnistes sur le suicide, comme ceux que j'ai examinés dans la première partie de ce livre, constituent des somatechnologies de vie forçant les personnes suicidaires à rester vivantes, les discours sur le droit à mourir représentent paradoxalement des somatechnologies de vie encore plus puissantes et insidieuses. En prônant un droit à mourir exclusif aux « groupes spéciaux », dans une perspective validiste, saniste, âgiste et suicidiste, le mouvement et les discours sur le droit à mourir avancent une logique de l'adaptation qui fait écran à un accès signifiant et collectif au suicide assisté pour tout le monde, et particulièrement pour les

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

personnes suicidaires. En ce sens, le suicide assisté dans ses formes actuelles pourrait être conceptualisé à travers la notion d'optimisme cruel. À travers une vision *retrofit* consistant à accorder un droit à mourir seulement aux personnes qui remplissent des critères médicaux/psychiatriques spécifiques, le mouvement pour le droit à mourir et ses discours évitent de troubler le système structurel sur lequel reposent les adaptations en matière de suicide assisté : le suicidisme. Ce faisant, ils omettent d'analyser la contrainte à la vie et ses diverses injonctions, y compris l'injonction à la vie et à la futurité, qui sont imposées aux sujets vivants dont la vie est considérée comme valant la peine d'être vécue et qui s'immiscent à tous les niveaux de la société. En plus d'être néolibérale, individualiste, validiste, saniste, âgiste et suicidiste, la logique de l'adaptation à laquelle s'accrochent le mouvement et les discours sur le droit à mourir m'apparaît comme une occasion manquée d'élaborer une thanatopolitique intersectionnelle plus forte. Alors que, dans leurs formes actuelles, le mouvement et les discours sur le droit à mourir endossent des valeurs auxquelles je m'oppose vivement, je crois qu'il existe un potentiel sous-exploité de penser le droit à la mort et au suicide assisté à partir d'une approche antioppression. Les chapitres 4 et 5 sont une invitation à saisir cette opportunité de repenser le suicide assisté dans une perspective queer, trans, crip et détraquée.

## Chapitre 5. Queeriser, transer, cripper et détraquer le suicide assisté

> *Que signifie le fait qu'il devient de plus en plus difficile d'imaginer (et donc d'offrir) une aide à vivre que d'imaginer et d'offrir une aide à mourir (Chandler et Ignagni 2019) ?*
> — Anne McGuire, « From Boomer to Zoomer. Aging with Vitality under Neoliberal Capitalism »

Certaines activistes/chercheureuses du handicap, dont Eliza Chandler et Esther Ignagni (2019), que cite McGuire dans le passage ci-dessus, suggèrent qu'on ne peut pas dissocier la question de la mort, assistée ou pas, de celle de la vie et des conditions de vie. Bien que je sois entièrement d'accord, je crois que, trop souvent, les mouvements sociaux et les champs d'études antioppression traitent l'aide à mourir (ou le suicide assisté) et l'aide à la vie comme mutuellement exclusives. *Que se passe-t-il si nous cessons, dans une perspective queercrip, de voir ces deux formes d'assistance, l'une pour mourir et l'autre pour vivre, comme incompatibles et mutuellement exclusives, et commençons à les percevoir comme coconstitutives et imbriquées ?* En utilisant cette question pour me guider, je rassemble dans ce chapitre la mort et la vie dans une thanatopolitique (politique de la mort) radicale qui soutient le suicide (assisté) tout en envisageant des futurités suicidaires et une « éthique de la vie » (Fullagar 2003, 305) avec les personnes suicidaires, à travers des changements systémiques pouvant améliorer leurs conditions de vie. Tout au long des chapitres précédents, nous avons vu que le suicide et le suicide assisté sont le plus souvent perçus comme opposés. Le premier est considéré comme « irrationnel/aliéné », tandis que l'autre semble « rationnel » aux yeux des partisanes du droit à mourir. Dans ce chapitre, je comble ce fossé entre les deux en les rassemblant sous un nouveau modèle queercrip du suicide (assisté). L'usage des

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

parenthèses indique l'inclusion de conceptualisations aussi bien du suicide que du suicide assisté. Mon modèle queercrip de conceptualisation du suicide (assisté) propose une autre voie aux modèles médical, social, de santé publique et de justice sociale de la suicidalité (chapitre 1), ainsi qu'aux modèles de suicide assisté médical et celui basé sur les droits (chapitre 4). Mon modèle queercrip du suicide (assisté) s'inspire des perspectives de justice sociale sur la suicidalité et s'ancre en elles, ainsi que dans les modèles queercrip du handicap (comprenant le modèle sociosubjectif du handicap ; voir le chapitre 3), mais se nourrit aussi du cadre théorique du suicidisme et de ses concepts dérivés, comme la contrainte à la vie. Ce modèle queercrip, qui s'appuie sur ce que Alison Kafer (2013, 14) a appelé « l'activisme queercrip radical », propose un contre-discours aux récits dominants sur le suicide (assisté), qui constituent des somatechnologies de vie néfastes pour les personnes suicidaires. Dans cette optique, ce modèle vise à fournir une justice épistémique pour les sujets suicidaires. Pour atteindre cet objectif, ce chapitre se divise en quatre sections. Alors que la première section présente mon modèle queercrip du suicide (assisté), la deuxième introduit mon approche affirmative du suicide, ainsi que ses caractéristiques, principes et avantages. Cette approche, qui peut être mobilisée à plusieurs niveaux (par exemple : politique, social, légal ou médical), promeut et s'ancre dans le modèle queercrip du suicide (assisté). La troisième section répond à de potentielles objections à mon approche affirmative du suicide. Dans la dernière section, je discute de l'importance d'élaborer une thanatopolitique antioppression et j'appelle à la coalition de divers mouvements sociaux pour lutter en vue d'une justice sociale globale incluant divers groupes marginalisés, y compris les personnes suicidaires.

## 5.1. Le modèle queercrip du suicide (assisté)

La nécessité d'un nouveau modèle de suicidalité se base sur quatre observations dont j'ai traité dans ce livre et que je résume ici. Premièrement, il n'existe aucun modèle global de la suicidalité théorisant à la fois le suicide et le suicide assisté à travers une approche antioppression (chapitre 1). De manière générale, les personnes qui adoptent une approche antioppression pour analyser le suicide le font pour critiquer la violence et les oppressions systémiques qui mènent les personnes suicidaires à s'enlever la vie elles-mêmes ou par l'entremise de l'État par le suicide assisté (chapitres 2 et 3). Autrement dit, je conteste dans ce chapitre l'idée qu'il serait contradictoire pour une perspective antioppression d'endosser le suicide et le suicide assisté. Deuxièmement, à ma connaissance, personne n'a encore défendu un droit à mourir impliquant des droits positifs (comme le droit de recevoir de l'aide et des services) et le soutien de l'État pour les *personnes suicidaires*, et non seulement pour les personnes handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées (chapitre 4). Dans le cadre des recherches que j'ai menées durant la dernière décennie, je n'ai jamais rencontré une seule chercheureuse, auteurice ou activiste dont les travaux prônent des droits positifs pour les personnes suicidaires dans une optique antioppression. Troisièmement, les modèles actuels de conceptualisation du suicide et du suicide assisté ne reproduisent pas seulement plusieurs *-ismes*, mais reproduisent aussi activement l'oppression suicidiste ou omettent de la problématiser. En effet, comme je l'ai démontré dans plusieurs chapitres de ce

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

livre, soit les discours actuels sur le suicide et les stratégies pour le prévenir produisent plus de mal que de bien (ce qui est aussi vrai des discours sur le suicide assisté) et constituent ainsi de puissantes formes de somatechnologies de vie et d'optimisme cruel, soit ces discours et stratégies dénoncent la maltraitance des personnes suicidaires sans toutefois proposer des gestes concrets pour mettre fin au suicidisme et soutenir les volontés des personnes suicidaires. Dans ce sens, le suicidisme et la contrainte à la vie n'ont toujours pas été théorisées, et ce, même dans une certaine mesure dans les mouvements sociaux et les travaux innovateurs en suicidologie critique. Quatrièmement, malgré les « guerres » pour l'éradication de la suicidalité, qu'elles s'appuient sur une perspective médicale, sociale, de santé publique ou de justice sociale, certaines personnes veulent toujours mourir pour diverses raisons, qu'elles soient soutenues ou non dans ce geste par le suicide assisté. Les personnes suicidaires ne cherchent pas d'aide et accomplissent leur suicide en privé. Qui plus est, les suicides assistés composent une proportion élevée de la mortalité dans les pays où cette option est disponible ; quand elle ne l'est pas, cette pratique perdure malgré tout dans la clandestinité [163]. La popularité du marché clandestin du suicide assisté est attestée par l'intérêt massif porté envers les technologies de substitution aux approches médicales et les méthodes DIY [*Do It Yourself*] visant à provoquer une mort paisible par soi-même. Plusieurs millions de copies de livres sur les méthodes d'autoaccomplissement du suicide sont vendues chaque année [164]. Pour toutes ces raisons, je crois que nous devrions mettre en place un modèle du suicide (assisté) qui tient compte de ces faits et qui permet de potentiellement surmonter certaines limites des autres modèles.

Mon modèle queercrip du suicide (assisté) comprend deux composantes : descriptive et normative. Premièrement, sur le plan descriptif, ce modèle implique de reconnaître le suicidisme systémique et ses impacts sur les personnes suicidaires. Deuxièmement, sur le plan normatif, ce modèle suggère d'élaborer un programme politique visant à mettre fin au suicidisme en accompagnant les personnes suicidaires, y compris possiblement grâce au suicide assisté. Comme je le mentionnais dans le chapitre 1, je reçois généralement deux réactions à cette conceptualisation de la suicidalité, qui s'ancrent dans ces deux composantes. Tandis que les activistes/chercheureuses trans, queers, du handicap, crips et *Mad* et les suicidologues critiques accueillent habituellement de manière favorable mes idées sur le suicidisme systémique et s'accordent sur la nécessité de remettre en question les traitements coercitifs, de discuter plus ouvertement de suicidalité et de reconnaître la violence que subissent les personnes suicidaires, iels résistent souvent émotivement à l'idée d'appuyer le suicide (assisté) pour les personnes suicidaires. Par exemple, tout en adoptant le suicidisme comme cadre théorique, Grace Wedlake (2020, 98) admet que la complexité et le caractère délicat entourant la suicidalité des êtres chers rendent plus difficile de soutenir leur droit à la mort (assistée ou pas). Elle décrit sa réaction émotive (102) :

163. Sur ce point, voir Magnusson (2004) ; Stefan (2016) ; Quill et Sussman (2020) ; et Engelhart (2021).

164. Sur ce point, voir Ogden (2001) ; Magnusson (2004) ; Engelhart (2021) ; et Exit International (2021).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> Si je reconnais que mes amies suicidaires méritent une agentivité dans leur décision de vivre ou de mourir, je me demande encore comment mettre en pratique ce précepte. […] Je n'ai pas encore été en mesure de trouver une explication convaincante pour mettre en œuvre cette approche de réduction des risques d'une façon qui reconnaîtrait la vulnérabilité, la complexité et la souffrance engendrées par l'idée de perdre une amie […]. De plus, je n'ai pas encore pu me débarrasser de mon désir — sans doute égoïste — de me battre pour les gens que j'aime, et je me débats toujours avec la possibilité de résister aux discours dominants de prévention du suicide tout en me battant pour que les personnes suicidaires restent dans nos vies.

La réaction de Wedlake est typique de celles que je reçois, souvent de personnes non suicidaires, lorsque je présente mon modèle queercrip du suicide (assisté). À ce stade, j'espère néanmoins avoir réussi à convaincre le lectorat que queeriser, transer, cripper et détraquer le suicide et le suicide assisté nous entraînent nécessairement sur un terrain chaotique, complexe et intriqué, qui exige de prendre un pas de recul et de procéder à une réflexion sur nos propres présomptions, émotions/affects et histoires personnelles concernant la suicidalité.

Comme l'indiquent certaines personnes qui sont en dialogue avec mes propositions théoriques, la mise en œuvre de mon modèle queercrip du suicide (assisté) soulève plusieurs questions[165]. Sa mise en œuvre exigerait effectivement un changement de paradigme en suicidologie et en suicidologie critique, ainsi que dans notre manière de percevoir le suicide et le suicide assisté. Ce modèle queercrip transforme drastiquement la notion de devoir en matière de suicide et de suicide assisté. *D'un devoir de prévenir le suicide des personnes suicidaires et de soutenir le suicide assisté des « populations spéciales » sur la base d'une ontologie validiste, saniste, âgiste et suicidiste du suicide assisté, nous nous tournons vers un devoir de soutenir les personnes suicidaires et leurs besoins, y compris par le suicide assisté.* Le modèle queercrip du suicide (assisté) cherche ainsi à ouvrir nos imaginaires quant à ce qui arriverait si nous adoptions un cadre antisuicidiste et une approche intersectionnelle inclusive des personnes suicidaires pour réfléchir à ces enjeux. Mon modèle queercrip n'est pas un canevas de peinture à numéros offrant des réponses à toutes les questions soulevées par l'enquête épistémologique que je mène dans ce livre. Inspiré par les perspectives abolitionnistes dont je traite en introduction, ce modèle constitue plutôt une théorie « hors des sentiers battus » permettant de commencer à envisager les transformations profondes qu'une perspective antisuicidiste pourrait engendrer dans les discours, interventions, politiques, lois et représentations sociales et culturelles sur le suicide et le suicide assisté. Néanmoins, suivant la « dis-épistémologie » de Liat Ben-Moshe (2020, 126), ce modèle queercrip exige d'abord d'abandonner nos certitudes sur les « vérités » du suicide (assisté) pour accepter l'imprévisibilité et l'inconnu que suppose une transition si radicale.

Dans l'esprit de transer le suicide (assisté), j'aime penser que les réalités actuelles des personnes suicidaires partagent certaines ressemblances avec celles que vivaient les personnes trans il y a plusieurs décennies, lorsque leurs

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

droits, les soins de santé transaffirmatifs et certains termes comme *cisgenre*, *cisgenrisme* et *cisnormativité* n'existaient pas. Les gens posaient plusieurs questions : et si de plus en plus de personnes voulaient transitionner ? Qui paiera pour leurs traitements ? Quels sont les motifs valables pour justifier une transition ? Quel devrait être l'âge légal pour pouvoir transitionner ? Que faire des regrets potentiels après une transition ? Qui décidera qui peut transitionner ? Comment l'État gérera-t-il les formulaires administratifs et les statistiques s'il y a plus de deux sexes/genres ? Cette liste de questions est apparemment sans fin. Ce sont ces interrogations qui étaient (et qui restent) soulevées lorsqu'il était question des enjeux trans. À l'époque, les activistes, le personnel médical et les chercheureuses qui défendaient le respect, l'inclusion, la reconnaissance et l'agentivité des personnes trans n'avaient pas de réponses à ces questions pertinentes. Iels ont dû en formuler au fur et à mesure que les attitudes sociales, les pratiques médicales et les lois évoluaient. Iels devaient d'abord ouvrir les esprits, les cœurs et les imaginaires aux identités trans. Avec mon modèle queercrip du suicide (assisté), je veux essentiellement faire la même chose.

Avant même de répondre aux questions quant au qui, au quoi, au quand, au où, au pourquoi et au comment des transitions de sexe/genre, cette analogie montre la nécessité de reconnaître tout d'abord la possibilité qu'une transition soit une option valable. La même chose peut être dite du suicide (assisté). Les questions sur le suicide (assisté) touchent tous les aspects de nos sociétés. Et si de plus en plus de personnes demandaient l'accès au suicide assisté ? Qu'arriverait-il si l'approche affirmative du suicide déstigmatisait la suicidalité et rendait la mort attrayante pour des personnes qui vivent une détresse temporaire ? Comment distinguer un authentique désir de mourir d'un désir impulsif ? Quels sont les motifs qui justifient le suicide assisté ? Qui administrera les suicides assistés ? Qui paiera pour les suicides assistés ? Quel devrait être l'âge minimum pour avoir accès au suicide assisté ? Que faire de l'obligation morale qu'ont certaines personnes suicidaires, comme les personnes monoparentales ayant de jeunes enfants, envers les autres personnes dont elles prennent soin ? Comment éviter que le suicide assisté volontaire dérive vers des pratiques non consentantes, comme l'euthanasie involontaire ? Une personne peut-elle préparer en avance des directives anticipées pour son suicide assisté ? Si le suicide assisté était universellement accessible, affecterait-il disproportionnellement les communautés marginalisées ? Comment peut-on mettre en place des interventions basées sur le consentement éclairé pour des décisions aussi cruciales ? Combien de jours, de semaines ou de mois une personne devrait-elle attendre avant d'accéder au suicide assisté ? Comment pourrait-on intervenir dans des situations de crise à partir d'un cadre antisuicidiste ? Cette liste de questions est, elle aussi, apparemment sans fin. Mais avant d'aborder ces dernières, nous devons d'abord envisager le suicide et le suicide assisté comme des options valables, et même positives dans certains cas. Le but de ce livre est d'ouvrir ces possibilités dans nos cœurs et nos esprits. Il s'agit de commencer à nommer, à conceptualiser et à dénoncer le suicidisme, et de commencer à envisager ce à quoi pourrait ressembler un programme sociopolitique ou une thanatopolitique luttant contre l'oppression systémique que vivent

165. Voir, par exemple Wedlake (2020) ; Benkhelifa *et al.* (2021) ; Camier-Lemoine et Leaune (2021) ; Fitzpatrick *et al.* (2021) ; Marsh, Winter et Marzano (2021) ; Fitzpatrick (2022) ; Krebs (2022) ; et LeMaster (2022).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

les personnes suicidaires, comme je le propose dans le reste de ce chapitre. Il est important de répondre à ces questions, mais je crois que cela ne peut arriver qu'après avoir d'abord reconnu la possibilité du suicide assisté pour tous les individus, y compris pour les personnes suicidaires.

Sans répéter mes arguments sur la nécessité de queeriser, de transer, de cripper et de détraquer le suicide (assisté), j'insiste sur le fait que mon modèle queercrip se nourrit simultanément du tournant antisocial dans la théorie queer et de ses notions de négativité, d'antifuturité et d'échec, et du tournant affectif et relationnel queer appliqué aux personnes suicidaires et de l'imaginaire de la futurité crip. Dans une perspective antivalidiste et antisaniste, ce modèle condamne les attitudes de mépris et de dénigrement des personnes suicidaires, souvent considérées comme « irrationnelles », « folles », « détraquées » ou trop « aliénées » pour comprendre leurs propres choix. Ce modèle rejette également la logique validiste, saniste, âgiste et suicidiste qui sous-tend les discours actuels sur le droit à mourir. Il appelle à une politique de la compassion et de la responsabilité capable de soutenir les personnes suicidaires dans toutes les sphères où elles pourraient vouloir exercer leur agentivité et leur autodétermination, y compris dans leur désir de mourir d'un suicide assisté. Le plus important est que ce modèle est conçu pour compléter, et non pour remplacer, la lutte contre les oppressions qui influencent la suicidalité chez les groupes marginalisés. *Permettez-moi d'être clair : ce modèle queercrip ne propose pas une solution rapide et individualiste, par le suicide assisté, permettant de sortir de leur misère toutes les personnes affectées par l'hétérosexisme, le cisgenrisme, le validisme, le sanisme, le colonialisme, le racisme, le capitalisme ou l'âgisme, sans combattre les systèmes d'oppression qui rendent leur vie invivable en premier lieu. Au contraire, ce modèle s'ancre dans un combat contre tous les systèmes violents, y compris le système suicidiste.* Ce modèle postule qu'il n'est pas antithétique de lutter pour la justice sociale et des transformations sociales tout en prônant une approche plus responsable vis-à-vis des expériences et la stigmatisation que vivent les personnes suicidaires, les préjugés avec lesquels elles vivent (et meurent) et la violence suicidiste systémique qu'elles subissent.

Le modèle queercrip du suicide (assisté) s'inspire d'épistémologies émancipatrices comme les épistémologies Noires (Hill Collins 2000 ; Medina 2012) et trans (Radi 2019). Comme je l'explique dans le chapitre 1, ce modèle s'ancre dans une *position épistémologique suicidaire* qui reconnaît la légitimité, la crédibilité et l'expertise des personnes suicidaires comme sujets connaissants par rapport au suicide (assisté). Mon modèle queercrip est aussi guidé par ce que Katrina Jaworski (2020, 598) considère comme les deux « principes et attitudes philosophiques » nécessaires à l'étude de la suicidalité : l'émerveillement et la générosité. Plus que des principes et des attitudes, l'émerveillement et la générosité forment la base de ce qu'elle considère comme une approche éthique du suicide, incluant des formes d'écoute active des personnes suicidaires (596) : « Il peut être utile de pratiquer l'émerveillement et la générosité lorsque nous écoutons des personnes qui ont survécu à une tentative. Ce genre d'écoute signifie que nous respectons leur choix tel qu'il leur appartient, selon le sens qu'elles y attribuent[166]. »

166. Fullagar (2003) fait allusion à une « éthique de l'écoute » des personnes suicidaires qui partage des similarités avec « l'éthique de l'émerveillement et de la générosité » élaborée par Jaworski.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

En somme, mon modèle queercrip cherche à démanteler les systèmes d'oppression qui poussent certains groupes marginalisés vers la suicidalité, et ce, plus que d'autres. Il cherche aussi à démanteler le suicidisme, la contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité. Ce modèle nous permet de dépasser « la contrainte à l'ontologie de la pathologie » (Marsh 2010b, 4) au sujet de la suicidalité afin de problématiser le suicidisme. Il nous permet aussi d'envisager le suicide assisté dans une perspective antioppression pour surmonter l'ontologie du suicide assisté qui limite ce dernier aux personnes handicapées, souffrantes, malades, détraquées ou âgées. *Cette double critique de deux ontologies, l'une reliée au suicide et l'autre au suicide assisté, permet de soutenir le suicide assisté pour les personnes suicidaires à partir d'une approche antioppression.* Ce modèle créerait également des espaces plus sûrs où discuter ouvertement de la suicidalité et du désir de mourir, en créant simultanément l'espace où trouver de potentielles voies permettant à certaines personnes suicidaires de continuer à vivre. En ce sens, ce modèle épouse une « éthique de l'émerveillement et de la générosité » envers les personnes suicidaires et propose une éthique pour vivre avec elles, en ouvrant des canaux de communication et en fournissant à ces dernières l'aide dont elles ont besoin, qu'elles choisissent de continuer à vivre ou qu'elles préfèrent mourir. Tandis que le modèle queercrip du suicide (assisté) ouvre les imaginaires pour conceptualiser différemment le suicide et le suicide assisté sur les plans épistémologique et théorique, il sert également de fondement pour élaborer des approches alternatives du suicide (assisté), telles que l'approche affirmative du suicide que je propose dans la section qui suit. Dans ce sens, l'approche affirmative du suicide pourrait être considérée comme un premier pas vers la concrétisation de la transformation radicale proposée par le modèle queercrip du suicide (assisté).

## 5.2. L'approche affirmative du suicide

Mon approche affirmative du suicide [*suicide-affirmative approach*] promeut et s'enracine dans le modèle queercrip du suicide (assisté), et peut être mobilisée à divers niveaux : théorique et épistémologique (dans les recherches), légal (dans les lois), politique (dans les politiques publiques), social (dans les représentations culturelles et les attitudes sociales), médical/psychologique (dans les soins de santé et les services sociaux), et ainsi de suite. Mobilisée dans les soins de santé et les services sociaux, l'approche affirmative du suicide peut se traduire par des « soins de santé affirmatifs du suicide » (Baril 2020c, section 2.3.2), similaires aux soins de santé transaffirmatifs offerts aux communautés trans. De la même manière que l'approche transaffirmative informe les recherches, les lois, les politiques sociales, les interventions et les soins de santé pour progressivement rendre nos sociétés et institutions antitrans plus respectueuses et inclusives des personnes trans, une approche affirmative du suicide pourrait être pleinement appuyée durant la période de transition des sociétés suicidistes vers des sociétés antisuicidistes. *Il est important de mentionner que mon approche affirmative du suicide est affirmative de la vie aussi bien que de la mort. Plus qu'une approche de défense du droit au suicide assisté, elle se concentre sur l'accompagnement des personnes qui considèrent la possibilité de mourir d'un suicide (assisté) pour les aider à prendre des*

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

*décisions éclairées.* L'approche affirmative du suicide délaisse radicalement les discours médicaux sur le droit à mourir qui se fondent sur le validisme, le sanisme, l'âgisme et le suicidisme, ainsi que le modèle basé sur les droits, que propose entre autres Exit International. La logique qui sous-tend les discours sur le droit à mourir est souvent dérivée de politiques libérales et de ce que Sally Chivers (2020, 52) appelle « la pensée d'austérité » — c'est-à-dire une logique de coupures budgétaires visant à réaliser des économies, mais aussi la manière dont nous pensons à nous-mêmes et à nos vies. L'approche affirmative du suicide détonne avec les conceptualisations dominantes du droit à mourir, non seulement du fait des valeurs antioppression qui lui sont constitutives, mais aussi sur le plan des critères et des objectifs du soutien au suicide assisté. En effet, la logique qui sous-tend mon approche affirmative du suicide n'est pas une « pensée d'austérité » ou une logique de la sacrifiabilité des communautés marginalisées. Elle se concentre au contraire sur les personnes qui sont les plus marginalisées dans nos sociétés et cherche à combattre diverses formes de -*ismes*, y compris des formes que les mouvements sociaux n'ont pas encore reconnues, comme le suicidisme. Cette approche demanderait des ressources et des investissements pour améliorer les soins de santé (universels), les conditions de vie, le soutien psychologique et communautaire, etc. *En somme, alors que les activistes/chercheureuses antioppression présentent presque toujours le droit à mourir par le suicide assisté comme l'une des positions les plus conservatrices et violentes qu'on saurait adopter, l'approche affirmative du suicide montre qu'un soutien à une forme renouvelée de suicide assisté ne se conjugue pas avec le conservatisme politique, la pensée d'austérité et la logique validiste, saniste, âgiste et suicidiste*.

Dans l'esprit du champ émergeant des études queers de la mort (Petricola 2021 ; Radomska, Mehrabi et Lykke 2019), mon approche affirmative du suicide historicise et politise la mort au lieu de la voir comme un événement naturel. Le passage entre la vie et la mort, qu'il s'agisse d'une mort soi-disant naturelle ou par suicide (assisté), est un passage profondément social et relationnel. Néanmoins, sa socialité et sa relationnalité sont déniées aux personnes suicidaires, qui, en l'absence d'une approche affirmative du suicide, sont condamnées à mourir seules si elles veulent compléter leur suicide. L'approche affirmative du suicide insiste sur l'importance d'un tournant affectif et relationnel orienté vers les personnes suicidaires. Elle tient compte des expériences subjectives de souffrance que ces dernières vivent, sans égard aux sources de cette souffrance. Elle ouvre la possibilité d'explorer la suicidalité sans honte ni culpabilité. Elle nous permet d'explorer des questions cruciales avec les personnes suicidaires. Qu'est-ce qui vous attire dans l'option du suicide (assisté) ? De quel type d'aide ou de soutien avez-vous besoin pour traverser cette période difficile de votre vie ou pour y mettre fin ? Avez-vous informé vos proches de votre désir de mettre fin à vos jours, et vous soutiennent-iels dans ce processus ? Avez-vous considéré d'autres options ? Avez-vous considéré toutes les implications de cette décision ? Avez-vous planifié votre fin de vie, votre mort et sa suite ? Comme l'approche transaffirmative, l'approche affirmative du suicide offre un soutien, une compassion et des soins à travers un modèle basé sur le consentement éclairé, en tenant pour acquis que ce sont les personnes qui font ces choix qui détiennent l'expertise permettant de prendre des décisions sur leur transition — dans ce cas, de la vie à la mort. Comme l'approche transaffirmative, l'approche affirmative du suicide ne pousse pas les gens à

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

procéder à une transition ou, dans ce cas, à avoir recours au suicide assisté, mais offre plutôt un espace plus sûr où toutes les options peuvent être explorées.

L'approche affirmative du suicide est centrée sur les voix des personnes suicidaires, qui, malgré les formes de violence épistémique qu'elles subissent, y compris des formes généralisées d'injustices testimoniales et herméneutiques et de marginalisation herméneutique (voir le chapitre 1), ont des choses importantes à partager qui sont trop peu souvent écoutées. Il semble cruel de forcer une personne qui ne veut pas vivre à le faire au nom d'une injonction à la futurité et parce que les personnes non suicidaires ou anciennement suicidaires estiment savoir mieux que les personnes suicidaires elles-mêmes ce qui est bon pour elles. Quand Graeme Bayliss a exprimé son désir de mourir sur les ondes de l'émission de radio *The Current*, à CBC, il était fascinant d'écouter comment tout le monde — psychologues, sociologues et divers autres « -logues » — se prononçait sur ce que devrait être son destin (c'est-à-dire de continuer à vivre), convaincu de savoir ce qui était le mieux pour lui. Mon approche vise à créer des espaces plus sûrs où les voix des personnes suicidaires peuvent être entendues, légitimées et désassujetties, pour utiliser une terminologie foucaldienne. Ces espaces plus sûrs doivent être exempts dans la mesure du possible de toute forme de jugement, de stigmatisation, de paternalisme et d'oppression, et doivent être des environnements accueillants où les personnes suicidaires peuvent exprimer librement leurs expériences, leurs pensées et leurs revendications sans peur des représailles ou des conséquences suicidistes. Cette approche reconnaît la douleur et la souffrance causées par les oppressions sociales et/ou les handicaps mentaux et psychologiques sans pour autant utiliser la condition mentale et psychologique des personnes suicidaires ou leur aliénation sociale pour invalider et rejeter leur agentivité. Cette approche suggère de travailler sur plusieurs plans : s'il est nécessaire de s'attaquer sans relâche aux oppressions sociopolitiques qui peuvent créer ou intensifier les idéations suicidaires, nous devons aussi reconnaître que la souffrance vécue par les personnes suicidaires est réelle et respecter leur besoin de mettre fin à leurs jours après une réflexion approfondie et grâce à un processus d'accompagnement soutenant.

### 5.2.1. Dix principes de l'approche affirmative du suicide

Dans cette section, j'esquisse dix principes de base de mon approche affirmative du suicide pour en faciliter la compréhension. Je m'inspire de principes directeurs qui guident les approches de réduction des risques et adoptés par des organisations comme Trans Lifeline (voir le chapitre 2). Même si chaque principe pourrait être décrit plus exhaustivement, mon but est ici de rester succinct. J'explore davantage les deux derniers principes, car l'approche de réduction des risques et le soutien au suicide assisté des personnes suicidaires par le consentement éclairé sont les principes les plus controversés de mon approche.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### Principe 1 : Adopter un cadre antisuicidiste

Il est essentiel pour une approche affirmative du suicide d'adopter une perspective antisuicidiste (voir chapitre 1). Comme je l'ai déjà mentionné, cultiver des espaces plus sûrs commence par la reconnaissance des oppressions vécues par les groupes affectés. Soutenir les personnes trans sans reconnaître le cisgenrisme serait inefficace, et le même principe s'applique aux personnes suicidaires. La reconnaissance du suicidisme systémique nous permet de nommer et de dénoncer l'oppression que subissent les personnes suicidaires, de rejeter sa naturalisation à travers un regard pathologisant et de reconnaître les mesures nécessaires pour mettre fin à cette oppression.

### Principe 2 : Soutenir une perspective intersectionnelle

Comme je le démontre tout au long de ce livre, le suicidisme se conjugue à d'autres formes d'oppression, tout particulièrement le validisme, le sanisme et l'âgisme, mais aussi le classisme, le capitalisme, le colonialisme, le racisme, l'hétérosexisme, le cisgenrisme, le santéisme et le taillisme, pour ne nommer que celles-là. Sans perspective intersectionnelle, il serait impossible pour une approche affirmative du suicide de comprendre le rôle joué par l'interconnexion entre les oppressions dans la vie des personnes suicidaires. Par exemple, comme nous l'avons vu précédemment, les personnes suicidaires qui sont handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées, racisées ou pauvres sont traitées différemment des personnes suicidaires qui sont en santé, jeunes, blanches, privilégiées financièrement ou valides physiquement ou mentalement.

### Principe 3 : Comprendre la suicidalité comme un phénomène complexe

Une approche affirmative du suicide devrait éviter les explications simplistes et réductrices (causales) de la suicidalité, qu'elles s'ancrent dans les modèles médical, social, de santé publique ou de justice sociale de la suicidalité. Comprendre la suicidalité sous le seul prisme de la maladie mentale, de l'oppression sociale ou des déterminants sociaux de la santé nous prive d'une lecture plus robuste et complexe tenant compte des multiples facettes qui composent la suicidalité. Par-dessus tout, les conceptualisations limitées de la suicidalité s'enracinent le plus souvent dans un script suicidiste préventionniste qui cherche à comprendre le « pourquoi » de la suicidalité pour la prévenir au lieu de se pencher sur les manières de soutenir les besoins des personnes suicidaires. Voir la suicidalité comme un phénomène complexe nous permet de dépasser une conception unilatéralement négative de la suicidalité comme problème à « régler ».

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### Principe 4 : Adopter une attitude sans jugement

L'approche affirmative du suicide nécessite d'adopter une attitude sans jugement auprès des personnes suicidaires. Tout comme l'approche transaffirmative exige une attitude autoréflexive, autocritique et consciente des relations de pouvoir dans les interactions cis/trans, les personnes non suicidaires devraient être conscientes des relations de pouvoir dans les régimes suicidistes et demeurer vigilantes quant au risque d'imposer leurs perspectives, préférences ou jugements aux personnes suicidaires. Elles devraient aborder avec un regard critique les notions discutées dans un cadre théorique antisuicidiste, comme la contrainte à la vie et l'injonction à la vie et à la futurité, et évaluer la manière dont ce système d'intelligibilité imprègne leurs réactions vis-à-vis des personnes suicidaires et du suicide (assisté).

### Principe 5 : Encourager les initiatives par et pour les personnes suicidaires

Si une chose traverse tous les mouvements sociaux, c'est bien l'importance de centrer nos réflexions, actions et programmes politiques sur les voix des personnes principalement concernées. Un mouvement féministe où les voix des hommes enterrent celles des femmes ou un mouvement antiraciste priorisant les voix des personnes blanches mineraient les valeurs de ces mouvements. De la même façon que l'exprime un slogan souvent mobilisé par les activistes/chercheureuses du handicap, « rien sur nous sans nous », lequel souligne l'importance des personnes handicapées dans la lutte contre le validisme, l'approche affirmative du suicide vise à encourager les initiatives par et pour les personnes suicidaires, où leurs voix ne sont pas seulement entendues, mais aussi valorisées et priorisées.

### Principe 6 : Promouvoir le soutien par les pairs et par la communauté

L'approche affirmative du suicide appuie les initiatives de soutien communautaire, que proposent même parfois les programmes conventionnels de prévention du suicide. Les programmes de soutien par les pairs (comme DISCHARGED ; voir le chapitre 2) sont par contre plus rares et devraient occuper une plus grande place dans le paysage des interventions sur le suicide. Au lieu de craindre, sur la base d'un discours de panique morale sur la suicidalité et sa possible « contagion[167] », que les personnes suicidaires encouragent inconsciemment ou, pire, ouvertement, le suicide des autres, l'approche affirmative du suicide considère qu'elles sont des sujets connaissants qui détiennent une expertise sur la suicidalité et une riche expérience de vie qui pourrait être utile aux autres.

167. Sur le caractère « contagieux » du suicide, voir Wray, Colen et Pescosolido (2011) et Kral (2019). L'idée d'une contagion parmi les pairs est cependant contestée. À ce sujet, voir Lundström (2018) ; Rhodanthe, Wishart et Martin (2019) ; et Marsh, Winter etMarzano (2021).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### Principe 7 : Refuser les interventions coercitives et non consenties

Les activistes/chercheureuses des mouvements sociaux/champs d'études antipsychiatrie et *Mad* ont proposé des manières innovantes de répondre avec compassion aux personnes vivant avec des enjeux de santé mentale et qui traversent des crises (Ben-Moshe 2020 ; Dixon et Piepzna-Samarasinha 2020 ; Fireweed Collective 2020). Ces approches non coercitives et non carcérales devraient s'étendre aux personnes suicidaires. Quelques auteurices et organisations ont commencé à refuser les interventions coercitives et non consenties en ce qui a trait au suicide [168]. Comme je le démontre tout au long de ce livre, les interventions coercitives et non consenties sur les personnes suicidaires ne sont pas seulement suicidistes, mais se basent aussi sur d'autres formes de violence comme le sanisme, le racisme ou le cisgenrisme, tout en les nourrissant. Cette démonstration devrait suffire à montrer qu'une perspective intersectionnelle devrait amener les activistes/chercheureuses à refuser les interventions coercitives et non consenties qui ont des impacts plus délétères sur les personnes qui vivent à l'intersection de plusieurs oppressions.

### Principe 8 : Valoriser l'autonomie et l'autodétermination

Les notions d'autonomie et d'autodétermination ont été débattues sous plusieurs angles, ce qui rend difficile de mobiliser ces concepts généraux sans de longues explications. Je spécifierais que la notion d'autonomie que j'ai à l'esprit, inspirée de féministes et d'autres activistes/chercheureuses de divers mouvements sociaux/champs d'études antioppression, est relationnelle, c'est-à-dire qu'elle n'est pas conceptualisée en vase clos, mais vue comme reliée à un large éventail de relations (de pouvoir) et d'influences (Gill 1999 ; Ho 2014). Ici, l'autodétermination et l'autonomie dans la prise de décisions ne sont pas conceptualisées dans le vide. Je reconnais que nos relations personnelles (comme la famille et les amies) et les systèmes d'oppression peuvent jouer un rôle central dans la suicidalité des communautés marginalisées. La même chose est vraie de nombreuses décisions, comme celle d'avoir des enfants, de pratiquer le travail du sexe ou d'avoir recours à des chirurgies plastiques ou transaffirmatives. Si nous pouvons reconnaître que nous demeurons des sujets dotés d'une agentivité et d'une autodétermination malgré les systèmes personnels, sociaux, culturels, politiques, légaux, médicaux, religieux et économiques qui influencent nos décisions quotidiennes, la même chose devrait s'appliquer au suicide (assisté). En somme, dans une approche affirmative du suicide, nous ne devrions appliquer aucun double standard au regard de la capacité qu'ont les gens d'exercer leur autonomie et leur autodétermination en lien avec la mort.

168. Voir, par exemple, Burstow (1992) ; Rhodanthe, Wishart et Martin (2019) ; Fitzpatrick (2020) ; Jaworski (2020) ; Jaworski et Marsh (2020) ; Trans Lifeline (2020) ; White (2020a, 2020b) ; et Fitzpatrick *et al.* (2021).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### Principe 9 : Adopter une approche de réduction des risques

L'approche de réduction des risques est centrale dans mon approche affirmative du suicide. Basée sur la prémisse empiriquement fondée selon laquelle il est impossible d'empêcher les gens de mettre fin à leurs jours s'ils sont déterminés à le faire (même dans le contexte d'une incarcération ou d'une hospitalisation forcées), l'approche de réduction des risques semble plus appropriée que de chercher à éradiquer le suicide. Une recherche des termes *réduction des risques* et *suicide* effectuée en août 2021 sur Google révèle à quel point l'approche de réduction des risques n'a pas encore été mobilisée dans le contexte spécifique de la suicidalité, exception faite de mes travaux antérieurs (Baril 2017, 2018, 2020c).Quand quelques rares auteurices suggèrent d'aborder la suicidalité dans une perspective de réduction des risques, ce concept est compris d'une manière plutôt littérale, c'est-à-dire comme une réduction des risques que la suicidalité cause aux personnes suicidaires et à leurs proches. Par exemple, le neuropsychologue Jerrold Pollak (2020, 29) écrit: « Les objectifs des programmes basés sur ce modèle [de réduction des risques] comprennent une sécurité accrue, la réduction des risques et l'amélioration des conditions de comorbidité médicale et psychiatrique qui contribuent au risque élevé. » Je vois l'application à la suicidalité de l'approche de réduction des risques d'une manière opposée à celle de Pollak. Dans le contexte d'une approche affirmative du suicide, la réduction des risques implique de reconnaître que, dans le contexte suicidiste actuel, ce n'est pas nécessairement la suicidalité en soi qui est risquée ou négative, mais surtout ce qui l'entoure, par exemple, sa criminalisation et la violence des hospitalisations forcées ou des traitements coercitifs. Dans ce cas, l'objectif de la réduction des risques est de s'assurer que, lorsqu'une personne décide d'exprimer sa suicidalité ou de mener un suicide à terme, elle possède toutes les données lui permettant de prendre une décision éclairée, que toutes les autres options lui ont été présentées, qu'elle sache qu'elle sera soutenue si elle prend une autre décision et qu'elle recevra le meilleur soutien et les meilleurs soins si elle choisit d'opter pour un suicide (assisté).

L'approche de réduction des risques a été mobilisée dans divers contextes pour soutenir différents groupes marginalisés, comme les travailleureuses du sexe, les personnes qui consomment des drogues et les personnes ayant des pratiques sexuelles « à risque ». Cette approche ne se base pas sur une logique de la prohibition ou de l'abstinence, même si sa popularisation dans les vingt dernières années a mené dans certains cas à mobiliser cette approche de façon problématique dans une perspective prohibitionniste. Néanmoins, l'approche de réduction des risques repose généralement sur la croyance que certaines personnes continueront de pratiquer des activités stigmatisées et qu'il faut les respecter dans leurs décisions et les soutenir pour réduire les risques pouvant découler de ces pratiques, dans une perspective pragmatique et compatissante [169]. Comme l'indiquent Susan E. Collins et ses collègues (2012, 6), la réduction des risques représente plutôt une « attitude » à adopter vis-à-vis d'enjeux sociaux :

169. Sur l'approche de réduction des risques, voir Marlatt, Larimer et Witkiewitz (2012), et Collins *et al.* (2012).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> Cette attitude générale a donné lieu à une série d'approches basées sur la compassion et le pragmatisme dans plusieurs domaines, y compris les politiques de santé publique, la prévention, l'intervention, l'éducation, le soutien par les pairs et l'activisme. Ces approches visent à réduire les risques résultant de comportements liés à la santé […] qui sont considérés comme entraînant des conséquences négatives sur ces individus et/ou leurs communautés […]. Ces approches visent également à améliorer la qualité de vie des personnes affectées, […] [ce qui] émerge de la reconnaissance que certaines personnes continueront d'adopter des comportements à haut risque même si elles subissent les dommages qui y sont associés. Pour ces individus, l'approche de réduction des risques fournit une autre voie à mi-chemin entre l'abstinence totale et la poursuite d'un comportement/usage dommageable, ouvrant ainsi d'autres pistes de changement tout en réduisant les conséquences négatives aussi bien pour l'individu affecté que pour sa communauté. […] La réduction des risques reflète une perspective humaniste : les gens feront des choix plus favorables à leur santé s'ils ont accès à un soutien, à un empouvoirement et à une éducation adéquate.

En se concentrant sur l'empouvoirement des groupes qui vivent souvent à l'intersection de plusieurs oppressions, cette attitude humaniste, compatissante et exempte de jugement et de pathologisation correspond tout à fait à l'« éthique de l'émerveillement et de la générosité » de Jaworski, à laquelle j'adhère. Plusieurs groupes marginalisés et les organisations communautaires qui les soutiennent endossent une approche de réduction des risques, souvent vue comme centrale dans les mouvements trans, du handicap et de justice transformatrice (par exemple : Dixon et Piepzna-Samarasinha 2020). Malgré la valeur heuristique de cette approche, il ne semble pas que des activistes/chercheureuses l'aient mobilisée avec les personnes suicidaires jusqu'à ce que je commence à le faire (Baril 2017, 2018, 2020c). Le chercheur Russel Ogden (2001) évoque brièvement la réduction des risques en lien avec le droit à mourir des personnes handicapées, malades ou souffrantes, mais il ne l'étend pas aux personnes suicidaires[170]. Similairement, si les travaux d'Amy Chandler (2016, 2019), d'Elizabeth McDermott et Katrina Roen (2016), et de Katrina Roen (2019) mobilisent l'approche de réduction des risques à partir d'un regard queer sur les atteintes auto-infligées, elles ne l'étendent pas au suicide en soi.

L'approche de réduction des risques que j'avance ici vise à compléter, et non à remplacer, la lutte contre les oppressions systémiques qui contribuent à la surreprésentation des groupes marginalisés dans les taux de suicide. Appliquée aux personnes suicidaires, cette approche de réduction des risques inclurait de soutenir, à chaque étape du processus, les personnes qui expriment un désir de mourir. Finalement, je voudrais indiquer que les conceptualisations actuelles de la suicidalité qui endossent les scripts suicidistes préventionnistes appuient implicitement, à certains égards, une perspective d'« abstinence » au sujet du suicide. En effet, la nécessité d'éviter coûte que coûte le suicide, ou l'idée qu'il ne faudrait jamais poursuivre ou soutenir le suicide sont des philosophies

170. Shakespeare (2006, 41) appuie l'application d'une approche de réduction des risques au suicide assisté pour les personnes malades, souffrantes et en fin de vie, mais ne l'étend pas aux personnes suicidaires.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

prônant un discours d'« abstinence ». Je crois plutôt qu'il serait utile d'étendre au suicide (assisté) les valeurs de non-stigmatisation et de non-jugement propres à la réduction des risques qu'appuient de nombreux cercles antioppression. L'approche de réduction des risques implique de reconnaître la complexité et le désordre [*messiness*] inhérents au fait d'offrir de l'aide, du soutien et des droits dans le cadre de pratiques qui ne sont pas considérées comme « idéales ». Par exemple, transformer les lois, les politiques sociales, les institutions et les interventions pour permettre aux gens qui consomment de l'héroïne de le faire en toute sécurité peut à première vue paraître contre-intuitif, vu les études qui ont démontré les dégâts causés par cette drogue. L'approche de réduction des risques nous invite à regarder au-delà de l'idée de soutenir une pratique qui n'est pas considérée comme idéale : grâce à ce soutien, les personnes qui consomment des drogues disposent de plus d'occasions d'interagir avec des praticiennes qui peuvent leur offrir des conseils sur leur santé, discuter de solutions de remplacement à la consommation de drogues, ou encore leur donner accès à de l'accompagnement et fournir du matériel plus sûr pour les injections. Autrement dit, l'approche de réduction des risques n'encourage pas l'usage de drogues en soi, mais reconnaît simplement que les consommateurices de drogue existent et les soutient dans leurs pratiques et dans leur désir potentiel de trouver des solutions de remplacement à l'usage de drogues. La même chose peut être dite de l'approche de réduction des risques que je propose d'appliquer au suicide (assisté). Ce dernier n'est pas une panacée, et mon espoir, avec mon approche affirmative du suicide, n'est pas d'encourager ou d'augmenter la suicidalité, mais de mieux soutenir et accompagner les personnes suicidaires.

### Principe 10 : Soutenir le suicide assisté par le consentement éclairé

Le dernier principe guidant mon approche affirmative du suicide, mais non le moindre, est de soutenir le suicide assisté avec le modèle du consentement éclairé employé pour d'autres groupes marginalisés. Il convient de réitérer d'abord ma définition du suicide assisté, même si je l'ai déjà fait dans d'autres chapitres. J'utilise le terme *suicide assisté* comme un mot parapluie faisant référence à diverses pratiques volontaires ayant l'objectif de causer la mort. Je ne fais pas référence à des formes involontaires de mort comme l'euthanasie involontaire (« contre les désirs exprimés par une personne compétente » [Downie 2004, 7]) ou l'euthanasie non volontaire (« sans la connaissance » de la personne [Downie 2004, 7]). Ces pratiques involontaires et non volontaires sont inacceptables, car elles ne se fondent pas sur le consentement éclairé. Par contraste, le suicide assisté sur une base volontaire (y compris ce qu'on appelle parfois l'euthanasie volontaire) se base sur le désir et la requête qu'exprime une personne d'être soutenue pour causer sa propre mort. Certaines auteurices utilisent l'expression parapluie *mort assistée* pour désigner toutes ces formes d'aide à mourir, mais dans une perspective queercrip, je préfère conserver le terme *suicide assisté*, qui contient le mot *suicide* tel que resignifié dans ce livre.

Dans certains pays comme la Suisse et les États-Unis, on interdit au personnel médical de participer activement à une euthanasie volontaire, définie comme « un geste entrepris par une personne avec l'intention de soulager la

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

souffrance d'une autre personne en sachant que ce geste mettra fin à la vie de cette [dernière] » (Downie 2004, 6). Dans de tels contextes, la personne qui demande l'aide à mourir reçoit les renseignements et la prescription médicale dont elle a besoin pour accomplir son suicide par elle-même. Dans d'autres pays, comme la Belgique, le Canada et les Pays-Bas, l'euthanasie volontaire est autorisée. Au Canada, par exemple, la loi sur l'aide médicale à mourir (AMM) distingue « l'aide médicale à mourir administrée par une clinicienne » de « l'aide médicale à mourir autoadministrée » et autorise ces deux formes. Quand je dis qu'une approche affirmative du suicide devrait soutenir le suicide assisté, je fais référence à ces diverses pratiques volontaires. N'autoriser que les formes de mort autoadministrées est validiste, car certaines personnes handicapées, malades ou souffrantes ne peuvent pas s'administrer elles-mêmes ces traitements létaux pour diverses raisons (tremblements ou difficulté à avaler, par exemple). Ainsi, le suicide assisté auquel je pense pourrait être administré aussi bien par la personne qui désire mourir que par une autre personne.

La personne suicidaire devrait être compétente, c'est-à-dire « capable de comprendre la nature et les conséquences de la décision qu'elle prend » (Downie 2004, 7). À la lumière des réflexions développées dans le chapitre 3 sur les formes généralisées de sanisme, d'âgisme et de suicidisme qui privent les individus marginalisés de leur compétence mentale, il est important de comprendre que je n'utilise pas la notion de compétence dans un sens validiste, saniste, cogniticiste, âgiste ou suicidiste restrictif. La compétence mentale devrait être évaluée au cas par cas, une décision à la fois. La simple présence d'une maladie mentale, d'un handicap mental ou cognitif, de la folie ou de la suicidalité ne devrait jamais être une raison de présumer qu'une personne n'est pas compétente pour prendre des décisions sur son corps, sa santé, sa vie et, dans ce cas, sa mort. En même temps, ma conception relationnelle de l'autonomie reconnaît l'influence des autres dans nos vies, ainsi que le rôle joué par les facteurs et oppressions systémiques dans nos décisions. Gardant cela à l'esprit, l'approche affirmative du suicide cherche à soutenir et à accompagner les personnes suicidaires pour les aider à réfléchir de manière critique à leurs décisions pendant un certain temps, évitant ainsi d'offrir le suicide assisté à une personne qui vit une crise mentale/émotionnelle aigüe ou qui subit une influence indue (par exemple : contraintes économiques ou pressions familiales ou sociales). On me demande souvent quelle devrait être la durée de cette période d'attente pour s'assurer que les personnes vivant une crise temporaire n'aient pas accès au suicide assisté. Je crois qu'à moins d'une circonstance de mort imminente, auquel cas le processus pourrait être accéléré, l'accompagnement devrait durer au moins quelques mois pour empêcher de prendre une décision précipitée lors d'une crise de santé mentale aigüe ou d'une autre sorte de crise (par exemple : financière ou relationnelle) résultant de facteurs personnels et/ou sociaux.

J'envisage un soutien au suicide assisté reposant sur le modèle du consentement éclairé qui est utilisé de manière plus générale dans le monde de la santé (Eyal 2011) et auprès de certaines communautés marginalisées, comme avec les personnes trans (Kirby 2014 ; Pearce 2018 ; Winters 2006). Conformément à l'approche transaffirmative, Damien W. Riggs et ses collègues (2019, 921) décrivent le modèle du consentement éclairé de la manière suivante :

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> Les personnes transgenres ont cherché à élaborer des approches affirmatives de la recherche et de la pratique cliniques qui remettent en question la régulation disciplinaire psy plus large de leur vie. Un élément clé des approches cliniques affirmatives a été l'élaboration récente, en partenariat avec des personnes transgenres, d'un modèle de soins basé sur le consentement éclairé […]. Au lieu de se concentrer sur le diagnostic clinique et l'autorisation du traitement, ce modèle de soins souligne que les personnes transgenres sont très bien capables d'autoriser leur propre traitement en collaboration avec les cliniciennes […]. Cette approche conteste les modèles de soins traditionnels […], qui continuent souvent de contrôler [*gatekeep*] l'accès aux soins. De plus, le modèle du consentement éclairé reconnaît que, dans plusieurs cas, les personnes transgenres connaissent mieux leurs besoins que beaucoup de cliniciennes […].

Le modèle du consentement éclairé permet aux personnes d'amoindrir le pouvoir des professionnelles de la santé et du complexe médico- industriel. Mon but n'est pas d'empouvoirer les protagonistes du complexe médico-industriel, mais d'empouvoirer les personnes les plus directement concernées. S'il est difficile d'entreprendre une transition médicale de sexe/genre ou une transition de la vie à la mort sans soutien médical (contrairement à ce que les gens pensent, il est difficile de causer la mort, comme l'attestent de nombreuses personnes ayant survécu à des tentatives de suicide non fatales [171]), il importe d'éviter de retomber dans un modèle médical guidé par une ontologie du suicide assisté sur la base de critères validistes, sanistes, âgistes et suicidistes (voir le chapitre 4). Le modèle du consentement éclairé répond à ce problème, en transférant la prise de décisions des mains du personnel médical à celles des personnes suicidaires. La personne suicidaire serait accompagnée pour prendre des décisions qui seraient ensuite soutenues par les prestataires de soins.

### 5.2.2. Les avantages de l'approche affirmative du suicide

Comme je le démontre dans le chapitre 1, dans le système suicidiste actuel, les personnes suicidaires ont peur de parler de leur suicidalité. Ces craintes pourraient être transformées par une approche affirmative du suicide visant à briser l'isolement qui est au cœur de la suicidalité et à encourager les personnes suicidaires à utiliser les services. Cette approche pourrait aussi radicalement transformer la manière dont les praticiennes offrent ces services. À l'heure actuelle, beaucoup de praticiennes craignent des conséquences légales si leur cliente meurt d'un suicide (Borecky, Thomsen et Dubov 2019 ; Stefan 2016), ce qui les mène à adopter des stratégies d'intervention qui affectent négativement les personnes suicidaires, comme de contacter les services d'urgence aussitôt que la suicidalité est évoquée. Transformer les discours actuels sur le suicide, selon lesquels « le suicide n'est jamais une option », en discours suggérant plutôt que « le suicide est toujours une option », leur permettrait de véritablement explorer les désirs de mort de leurs clientes et de les

171. Sur la difficulté de causer la mort, voir Paperny (2019a) et Engelhart (2021).

accompagner sans imposer des actions ou des traitements spécifiques. Dans le reste de cette section, je me pencherai sur quatre avantages additionnels d'une approche affirmative du suicide.

Le premier avantage de cette approche repose sur le fait qu'en reconnaissant l'expertise et la légitimité des personnes suicidaires comme sujets connaissants, nous promouvons la justice épistémique et traitons ces personnes comme les autres groupes marginalisés qui demandent que leurs perspectives soient valorisées et reconnues. Il est important de réaliser que beaucoup de personnes qui ont des idéations suicidaires font partie de multiples communautés marginalisées. Adopter une approche affirmative du suicide permettant aux personnes de parler ouvertement de leur détresse mentale/émotionnelle aurait nécessairement pour résultat d'offrir un plus grand soutien à celles qui vivent à l'intersection de plusieurs oppressions et qui ne demandent généralement pas d'aide, par crainte que la révélation de leur détresse ne fasse qu'aggraver la violence colonialiste, raciste, hétérosexiste, cisgenriste, validiste ou saniste qu'elles subissent déjà. Considérant, par exemple, qu'une proportion « stupéfiante de 39 % des répondantes [trans] ont vécu une détresse psychologique sérieuse dans le mois précédant le sondage, en comparaison à seulement 5 % de la population étasunienne » (James *et al.* 2016, 5), j'ai de bonnes raisons de croire qu'une approche affirmative du suicide aurait des débouchés positifs pour les populations affectées par de multiples oppressions.

Le deuxième avantage d'une approche affirmative du suicide serait de permettre une mort et une préparation à la mort moins solitaires et/ou violentes, évitant aussi les conséquences de « suicides bâclés », pour reprendre les mots de certaines personnes suicidaires (Paperny 2019a ; Scully 2020). Comme je l'ai suggéré précédemment, sans pour autant verser dans un trope validiste sur les handicaps, les maladies et les souffrances résultant de tentatives de suicide non fatales, il est important de comprendre que les tentatives de suicide entraînent des traumas et des conséquences physiques et psychologiques/émotionnelles à long terme. Appuyer le suicide assisté diminuerait ces conséquences. Les personnes suicidaires auraient non seulement plus de temps pour réfléchir aux implications de leur décision, diminuant possiblement les suicides complétés, mais ces derniers seraient moins violents et « risqués » en termes de conséquences éventuelles. En effet, si les suicides assistés par des moyens médicaux ne présentent pas un taux de réussite de 100 % dès la première tentative (Engelhart 2021), la présence de professionnelles garantit au moins que toutes les étapes seront suivies de sorte que la mort se produise paisiblement. À l'inverse, beaucoup de tentatives de suicide telles que l'empoisonnement ou l'ingestion de médicaments mènent à plusieurs jours de souffrance atroce avant que la personne ne soit trouvée et « sauvée » de sa détresse, ou qu'elle ne meure seule. Ayant envisagé le suicide comme beaucoup d'autres, y compris Anna Mehler Paperny, Bayliss (2016, § 4) explique :

> Le fait est que se tuer est une chose extrêmement complexe à faire. […] Les fusils peuvent avoir des ratés, les cordes peuvent se rompre, les médicaments peuvent entraîner des vomissements et vous laisser avec rien d'autre qu'un estomac douloureux et un foie bousillé. Environ 40 % des personnes qui tentent de se suicider dans le métro survivent […]. Seules 5 % des personnes qui se lacèrent les poignets meurent. La plupart des personnes suicidaires sont conscientes des risques et du fait que n'importe quel type de tentative est statistique-

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> ment voué à échouer, à leur causer encore plus de douleur et d'humiliation, à aggraver leur tristesse, leur anxiété et leur solitude et à rendre leur vie encore plus sombre et misérable.

Comme le dit Bayliss, le suicide n'est pas seulement une chose difficile à accomplir en solitaire ; dans le contexte suicidiste actuel, les tentatives non fatales mènent à plus de solitude et de stigmatisation, ce qui accroît encore davantage la suicidalité. Une approche affirmative du suicide permettrait donc une réflexion prudente sur la vie et la mort ainsi qu'une mort paisible, si cette dernière est choisie, en ayant toute l'aide nécessaire pour préparer cet événement. Une personne pourrait donc accomplir ses dernières volontés et être entourée des gens qu'elle aime pendant ce passage.

Le troisième avantage d'une approche affirmative du suicide est que les suicides complétés seraient aussi moins traumatiques pour les familles et l'entourage. Les recherches abordées dans ce livre sont remplies de déclarations sur les « traumatismes » que vivent les familles et les amies. Comme j'en discute dans le chapitre 1, cela mène certaines personnes à utiliser le vocabulaire de la survie non seulement pour les personnes suicidaires qui survivent à leurs tentatives, mais aussi pour les personnes qui sont laissées derrière quand les suicides sont complétés. Je ne répéterai pas ici mes critiques de l'usage du terme *survivantes du suicide* en référence aux familles et aux amies, mais je veux souligner que ce qui est souvent au moins aussi traumatisant que la mort en tant que telle est l'existence du système suicidiste dans lequel les suicides se produisent. Premièrement, étant donné que, dans un système suicidiste, les personnes suicidaires doivent dissimuler leurs plans, le suicide prend tout le monde de court, même si l'entourage savait parfois qu'une personne était suicidaire. Deuxièmement, cette politique du « ne rien demander, ne rien dire [*don't ask, don't tell*] » mène beaucoup de proches à se demander « pourquoi » le suicide a eu lieu, ce qu'elles auraient pu faire différemment pour soutenir la personne, ou ce qu'elles auraient dit ou fait si elles avaient su que c'était là leur dernière interaction avec cette personne. Autrement dit, l'effet de surprise et le silence précédant le suicide enferment les proches dans des émotions négatives comme la culpabilité, la honte et la colère (envers elleux-mêmes ou envers la personne suicidaire). Troisièmement, vu la stigmatisation de la suicidalité, les proches d'une personne qui se suicide vivent un deuil différent de celui des gens qui perdent un être cher dans des circonstances autres que le suicide ; à leur tristesse d'avoir perdu une personne proche s'ajoute souvent la dissimulation de la cause de la mort par crainte de la stigmatisation (Joiner 2005). Les études montrent que, lorsque l'entourage révèle cette cause, il n'obtient pas le même soutien que les personnes qui ont perdu un être cher par d'autres causes (Beattie et Devitt 2015 ; Friesen 2020). Quatrièmement, il est assez traumatique pour les familles et les amies de trouver un cadavre après un suicide. Les méthodes violentes utilisées pour accomplir un suicide (par exemple : lacération, étranglement ou arme à feu) laissent des souvenirs insoutenables à celleux qui trouvent le corps d'une personne qu'iels aiment. *J'insiste sur le fait que toutes ces conséquences négatives, qui constituent des fardeaux pour les familles et les amies, ne sont pas causées par la personne suicidaire ou par le suicide lui-même, mais par l'environnement suicidiste dans lequel le suicide est accompli.* Si une approche affirmative du suicide était adoptée, il n'y aurait plus d'effet de surprise, car les personnes suicidaires seraient accompagnées pour discuter de leur mort avec

les personnes significatives dans leur vie. Le silence et les questions sans réponse diminueraient probablement, tout comme les sentiments de culpabilité ou de honte : les proches auraient eu le temps de parler avec la personne, de lui poser des questions, d'exprimer leurs craintes et leurs préoccupations, et de montrer leur amour et leur soutien avant que la personne ne les quitte. Une approche affirmative du suicide pourrait leur fournir une tranquillité d'esprit, sachant qu'iels auront fait tout ce qu'iels pouvaient et auraient eu la chance de mener en toute conscience leurs dernières interactions avec la personne. Une déstigmatisation totale du suicide (assisté) aiderait aussi les proches avec leur processus de deuil. Comme pour les autres formes de mort, les personnes en deuil recevraient le soutien qu'elles méritent et sentiraient moins qu'elles doivent dissimuler les détails sur la mort. Une approche affirmative du suicide avec un soutien au suicide assisté empêcherait également la découverte traumatique de cadavres mutilés par des coups de feu ou des impacts violents. Finalement, les personnes sachant qu'un être cher est suicidaire, comme c'était le cas de la famille de Maier-Clayton (Engelhart 2021), auraient l'occasion de lui offrir leur soutien sans craindre des poursuites pénales (Stefan 2016). En somme, sans négliger les émotions difficiles que vivent l'entourage et les amies d'une personne suicidaire, j'argumente qu'une approche affirmative du suicide réduirait leur traumatisme au lieu de l'augmenter.

Le quatrième avantage d'une approche affirmative du suicide est qu'elle pourrait sauver plus de vies que les mesures de prévention actuelles (Baril 2017, 2018, 2020c). Quand je discute de mes travaux, cet avantage retient le plus souvent l'intérêt du public, sans doute parce qu'il entretient le script suicidiste préventionniste. *Je déploie cet argument avec précaution, car le but ultime de mon approche affirmative du suicide n'est pas de sauver plus de vies. Sauver des vies est un effet secondaire bénéfique de l'abandon du script préventionniste, et non son but principal.* Il est important de souligner que, comme les autres avantages, celui-ci reste hypothétique. Il ne saurait en être autrement, étant donné que l'approche affirmative du suicide n'a jamais été mise en œuvre dans quelque contexte historique ou géographique que ce soit. Néanmoins, là où des approches alternatives de la suicidalité ont été tentées, y compris celles qui sont, dans une certaine mesure, compatibles avec l'approche affirmative du suicide, comme les interventions non coercitives de soutien par les pairs proposées par Trans Lifeline ou le projet DISCHARGED (chapitre 2), les résultats sont encourageants. Par exemple, selon Trans Lifeline (2020, 139) :

> Pour beaucoup de membres de notre communauté, les idéations suicidaires chroniques sont une réponse à des traumatismes et peuvent être gérées. Quand nous validons mutuellement nos sentiments, partageons nos expériences de vie et parlons honnêtement de la suicidalité et des crises, nous rencontrons un taux de succès plus élevé que si la personne qui nous a appelées sent que sa confiance a été trahie par un sauvetage actif non consenti. Chez Trans Lifeline, nous voyons les personnes en crise comme des êtres humains dotés d'agentivité et de la capacité d'avoir une conversation sans besoin d'une intervention non consentie, et nous voyons des résultats positifs à cette approche.

Les perspectives dissidentes comme celles de Trans Lifeline sont souvent discréditées ou simplement ignorées par les milieux d'intervention sur le suicide. Néanmoins, des voix de plus en plus nombreuses en suicidologie

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

critique insistent sur l'importance de ces approches alternatives du suicide et sur leurs résultats potentiellement positifs[172]. De plus, bien que mon approche affirmative du suicide n'appuie pas les lois sur le suicide assisté sous leur forme actuelle, je trouve éclairants les résultats empiriques issus des pays autorisant l'accès au suicide assisté sur la seule base d'une détresse psychologique/émotionnelle. En effet, si certaines personnes accomplissent leur suicide assisté après avoir été accompagnées et en ayant rempli tous les critères, d'autres retrouvent le désir de vivre grâce au processus d'accompagnement. Plusieurs cliniciennes qui offrent le suicide assisté, comme Lieve Thienpont (Thienpont *et al.* 2015), témoignent du fait que beaucoup de gens dont le suicide assisté avait été autorisé sur la base d'une souffrance émotionnelle ont trouvé le soutien, la compassion et l'aide dont ils avaient besoin à travers le processus de préparation à la mort, et que ce processus leur a paradoxalement fait changer d'idée (Appel 2007 ; Engelhart 2021 ; Friesen 2020 ; Gandsman 2018b ; Stefan 2016). Dans un documentaire émouvant, *24 and Ready to Die*, Emily, une femme belge de 24 ans qui est physiquement en santé mais qui souffre de détresse psychologique, raconte comment le soutien de ses amies et de sa famille, ainsi que la préparation à son suicide assisté, lui ont redonné le désir de continuer de vivre au moins pour un certain temps (elle mourra d'euthanasie deux ans plus tard). Elle dit : « Sans l'option de l'euthanasie, mes années de souffrance auraient été aggravées par une mort macabre et solitaire. Je me serais tuée » (*The Economist* 2015). Emily n'est pas la seule personne ayant témoigné du fait que la possibilité d'exprimer son désir de mourir et d'être écoutée et respectée dans ce choix l'a finalement aidée à continuer de vivre. Dans un court métrage de 2017 intitulé *I Want to Kill Myself*, l'artiste et chercheuse Vivek Shraya raconte comment elle a réussi à survivre en brisant le silence :

> En disant *je veux me tuer*, je me sentais comme si c'était la première fois que je n'étais pas en train de mentir, à moi-même ou à toi.
>
> Ou de faire semblant. Pour moi-même ou pour toi.
>
> Dire *je veux me tuer* a rendu ma douleur explicite.
>
> Dire *je veux me tuer* aux gens qui m'aiment m'a permis de me voir offrir un genre de soin immédiat et spécifique dont j'avais désespérément besoin.
>
> Dire *je veux me tuer* m'a gardée en vie [souligné dans l'original].

S'efforcer de déstigmatiser le suicide (assisté) et de le reconnaître comme une option viable parmi d'autres pourrait paradoxalement aider les personnes suicidaires à trouver d'autres solutions que le suicide dans leur quête exploratoire de la vie et de la mort. En même temps, une approche de réduction des risques pourrait permettre à un petit nombre de personnes suicidaires qui sont déterminées à mourir d'être accompagnées dans la préparation et l'accomplissement de leur décès. Dans tous les cas, mon approche affirmative du suicide insiste sur le fait de nouer des relations avec les

172. Sans endosser une position comme la mienne, certaines auteurices ont commencé à élaborer des approches offrant des contre-discours à la pathologisation dominante du suicide (lire par exemple : Rhodanthe, Wishart et Martin 2019 ; Chandler 2020a, 2020b ; Fitzpatrick 2020, 2022 ; Jaworski 2020 ; Jaworski et Marsh 2020 ; White 2020a, 2020b ; Fitzpatrick *et al.* 2021 ; Marsh *et al.* 2021).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

personnes suicidaires, de les aider et de les soutenir dans leur parcours. Une approche affirmative du suicide pourrait potentiellement sauver plus de vies que les stratégies de prévention actuelles, qui échouent manifestement à répondre aux besoins des personnes suicidaires, qui se suicident sans avoir contacté les services de prévention. En somme, cette approche propose une « éthique de la vie » avec les personnes suicidaires alors qu'elles prennent leur ultime décision.

### 5.3. Les objections potentielles à une approche affirmative du suicide

Ma proposition de combattre le suicidisme et de soutenir les personnes suicidaires avec une approche affirmative du suicide, qui implique la possibilité d'accompagner les personnes durant leur suicide assisté, provoque des réactions et des objections qui ne peuvent pas être dissociées du contexte du biopouvoir, de la biopolitique, du santéisme, du sanisme et du suicidisme propres à la société dans laquelle nous vivons. Dans cette sous-section, je me penche sur dix objections possibles à une approche affirmative du suicide. Ces objections, qui m'ont été partagées par des gens qui ont lu/entendu mes idées sur le suicide (assisté) à diverses occasions, sont informées aussi bien par des positions intellectuelles et politiques que par des affects, des émotions et des craintes « viscérales ». Bien que je croie que ces préoccupations sont légitimes, je démontre que beaucoup d'entre elles reposent sur des postulats inexaminés, des peurs non fondées ou une compréhension trop simpliste de ma position. Cette liste d'objections et de réponses que j'offre à celles-ci ne prétend pas être exhaustive. Alors que je pourrais en dire beaucoup plus, j'espère néanmoins que ces courtes réponses aideront à déconstruire certaines de ces craintes et donneront lieu à des conversations sur la faisabilité et l'applicabilité de mon approche.

#### Objection 1 : Pourquoi est-il nécessaire d'offrir du soutien sous la forme du suicide assisté alors qu'une personne peut se suicider toute seule ?

Une réaction courante que je reçois quand je parle de l'importance d'offrir le suicide assisté aux personnes suicidaires est l'argument selon lequel rien ne les empêche de se suicider. Autrement dit, les gens peuvent décider de mettre fin à leurs jours à tout moment en utilisant les moyens qu'ils veulent. Si cela est vrai pour beaucoup de gens, cet argument ne tient pas compte de la réalité de certaines personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées, qui n'en ont pas la capacité ou n'ont pas accès, pour diverses raisons, aux moyens de mettre fin à leurs jours. Vivre dans un environnement institutionnel, comme c'est le cas pour beaucoup de ces populations, rend très difficile d'accéder à un espace privé pour nombre d'activités, comme les relations amoureuses et la sexualité. C'est aussi le cas des personnes incarcérées. La même situation s'applique au suicide : si n'importe qui peut entrer dans votre chambre à tout moment, si vous êtes sous la surveillance constante du personnel de votre institution, il devient difficile, voire dans certains cas impossible, de se suicider.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Hormis les aspects validistes, sanistes et âgistes de cette objection, qui ne tient pas compte de certaines des personnes les plus marginalisées dans la société, elle est aussi problématique dans son individualisation des enjeux sociaux et politiques. Beaucoup d'activistes dans les mouvements sociaux, comme ceux de défense des droits des personnes handicapées ou de la justice pour toutes les personnes handicapées, ou encore les mouvements trans, queers ou antiracistes, soutiennent que, si certaines personnes suicidaires veulent mourir, elles devraient être laissées à elles-mêmes et ne pas recevoir d'aide (Coleman 2010, 2018 ; Thom 2019). En comparaison avec le soutien offert aux autres groupes marginalisés dans les mouvements sociaux, il semble non seulement contradictoire, mais franchement cruel de balayer du revers de la main les moyens pénibles, violents et solitaires que certaines *personnes dans nos communautés marginalisées* sont forcées d'utiliser pour mettre fin à leurs jours.

De plus, comme discuté précédemment, il n'est pas facile de se suicider, et un soutien peut être requis. Non seulement il est difficile de compléter son suicide, mais des somatechnologies de vie imprègnent tous les discours, institutions, pratiques et interventions pour empêcher les suicides. Dans une réponse incisive à la question « qui vous empêche de vous tuer ? », Susan Stefan (2016, 55) rétorque : « Le gouvernement vous en empêche, par le biais de la police, de l'ambulance, des urgences, des professionnelles de la santé mentale, des tribunaux et du dispositif entier de détention et de traitements involontaires dans ce pays. » En somme, le système suicidiste et ses mécanismes dissuadent et empêchent les gens de se suicider, d'où le besoin de soutenir les personnes suicidaires.

Finalement, il est nécessaire de soutenir le suicide assisté car, comme beaucoup d'autres gens, les personnes suicidaires préféreraient ne pas mourir seules dans des conditions atroces (Stefan 2016). Des études empiriques montrent que, dans les pays où le suicide assisté est offert sur la seule base d'une souffrance mentale/émotionnelle, les gens croient qu'il serait préférable de mourir dans un environnement soutenant que dans des circonstances difficiles et solitaires. Comme l'explique Phoebe Friesen (2020, 38), « une analyse qualitative des personnes qui demandent l'aide à mourir en Belgique pour cause de souffrance psychologique a permis de découvrir que, "même si le suicide était généralement considéré comme douloureux, horrible et humiliant, il était encore vu comme une possibilité par les patientes dont les demandes d'euthanasie ne pouvaient pas être acceptées. Néanmoins, mourir dans un environnement accueillant, entourée de ses proches, était de loin considéré comme la meilleure option [Verhofstadt *et al*. 2017, 241]." »

### Objection 2 : N'est-il pas dangereux d'endosser votre approche affirmative du suicide en l'absence de preuves sur son efficacité ?

Une deuxième objection soulevée à travers les années est que mon argument selon lequel une approche affirmative du suicide pourrait sauver des vies est une pure spéculation qui ne se base pas sur des données scientifiques probantes. Ce qui est encore plus inquiétant pour certaines personnes est que mon hypothèse selon laquelle une approche affirmative du suicide sauverait plus de

vies que les stratégies actuelles de prévention du suicide est risquée et pourrait même mener à plus de décès. Des chercheureuses étudiant les taux de suicide en lien avec les réglementations sur le suicide assisté concluent qu'il n'existe pas de preuve empirique appuyant l'idée que rendre le suicide assisté (ou l'*euthanasie*, comme iels l'appellent) accessible pour les personnes ayant des maladies mentales « sévères » diminuerait les taux de suicide (Gorsuch 2006). Le chercheur Theo A. Boer (2017, 6) affirme que « le postulat selon lequel l'euthanasie mènera à des taux de suicide plus bas n'est pas appuyé par les chiffres ». De plus, les chercheureuses Katrine Del Villar, Lindy Willmott et Ben White (2020) concluent que beaucoup des cas qu'iels appellent de « mauvaises morts » — c'est-à-dire les suicides — auraient eu lieu malgré les lois sur le suicide assisté, car beaucoup de gens ne sont pas éligibles selon les critères actuels. En somme, les gens se demandent à juste titre comment mon approche pourrait ne pas causer plus de dommages si elle était adoptée.

J'ai trois réponses à cette objection. Premièrement, je n'ai jamais prétendu et je ne prétendrai jamais que mon hypothèse selon laquelle une approche affirmative du suicide pourrait sauver plus de vies est soutenue par des preuves scientifiques. Bien au contraire : à l'instar d'autres approches radicales, comme les perspectives abolitionnistes, il s'agit d'une approche nouvelle et radicale qui n'a pas encore été mise à l'épreuve, et il n'y a aucune manière de savoir ce qui se passerait si elle était mise en œuvre. Chose plus importante, comme je l'ai mentionné à plusieurs reprises dans cet ouvrage, un objectif central de ce livre consiste à dénoncer le suicidisme et la violence que les personnes suicidaires subissent sous les régimes suicidistes actuels. Mon but premier est de chercher un meilleur accompagnement pour les personnes suicidaires, et non de sauver des vies. Comme je le mentionnais en introduction, lorsque nous faisons face à une transformation aussi radicale, nous devons accepter de ne pas savoir d'avance comment les choses se dérouleront. Cela fait partie de la *dis-épistémologie* que les activistes/chercheureuses abolitionnistes comme Ben-Moshe (2020) nous invitent à adopter.

Deuxièmement, décennie après décennie, nous faisons face à une triste réalité : aucune initiative ni stratégie ne fonctionne, *du moins pas avec les personnes qui complètent leur suicide*. Personne ne peut nier cette réalité. Quand vous essayez à répétition et avec des méthodes variées d'obtenir des résultats, mais que vous échouez, vous devez vous demander : comment pourrions-nous penser différemment ? Comment pourrions-nous adopter des stratégies innovantes qui n'ont jamais été tentées ? Autrement dit, nous n'avons pas beaucoup à perdre, car nous sommes déjà en train de « perdre » les personnes déterminées à mourir. Je préfère demander : qu'avons-nous à gagner ? Quelles possibilités s'ouvriraient si nous repensions radicalement notre approche de la suicidalité ?

Troisièmement, la conclusion selon laquelle les lois actuelles sur le suicide assisté ne réduisent pas les taux de suicide et ne préviennent pas les « mauvaises morts » est tout simplement erronée, car ces lois sont spécifiquement conçues pour exclure les personnes suicidaires, comme je le démontre dans le chapitre 4. Comment des lois aidant les personnes handicapées, malades, souffrantes, détraquées ou âgées à mourir peuvent-elles affecter les taux de suicidalité des personnes suicidaires ? Nous ne pouvons pas déterminer si des lois sur le suicide assisté favoriseraient une diminution des taux de suicide parmi les personnes suicidaires tant et aussi longtemps que ces lois

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

continueront d'exclure les personnes suicidaires. Il est impossible de confirmer mon hypothèse tant et aussi longtemps qu'une approche affirmative du suicide ne sera pas mise en œuvre, avec une déstigmatisation et une décriminalisation totale de la suicidalité et un soutien au suicide assisté pour les personnes suicidaires. Néanmoins, il est aussi impossible de confirmer qu'une telle approche serait inefficace ou dommageable.

### Objection 3 : Comment peut-on s'assurer que les décisions des personnes suicidaires sont vraiment autonomes ?

Comme discuté dans les chapitres précédents, certaines personnes qui défendent le modèle médical de la suicidalité ou le modèle de santé publique, en se basant sur des conceptualisations sanistes de la maladie mentale, croient que les personnes suicidaires sont des sujets irrationnels et non autonomes. J'ai aussi démontré que la plupart des activistes/chercheureuses qui adhèrent aux modèles social ou de justice sociale de la suicidalité questionnent la compétence des sujets suicidaires, croyant que des influences indues venant de relations interpersonnelles (comme des pressions familiales) ou des systèmes oppressifs influencent la capacité décisionnelle et l'autonomie nécessaire à la prise de décisions éclairées[173]. Autrement dit, peu importe le modèle adopté, les personnes suicidaires ne sont pas perçues comme des sujets dotés de l'agentivité et de la compétence nécessaires pour prendre des décisions importantes sur leur vie et leur mort. J'espère qu'à ce stade, mon utilisation des recherches venant des mouvements/champs d'études antipsychiatrie et *Mad* aura convaincu le lectorat que traiter les personnes suicidaires comme « folles » et « irrationnelles », en les empêchant d'exercer leur autonomie et leur autodétermination, fait partie du système saniste et de ses formes insidieuses de violence. Comme nous l'avons vu, l'argument de l'irrationalité des personnes suicidaires est parfois même endossé par des activistes/chercheureuses des cercles antioppression. Par exemple, Kai Cheng Thom (2019, 45) soutient que, si certaines personnes avancent comme moi qu'il est validiste/saniste de nier l'autodétermination des personnes suicidaires, l'argument pourrait être renversé. Il est validiste et saniste de dire que les gens sont toujours rationnels :

> Voilà où la facette antivalidiste de l'argument selon lequel il faut « soutenir le suicide » s'effondre aussi — il peut être validiste de rejeter les motifs qu'une personne avance pour mourir, mais il est tout aussi validiste de s'attendre à ce que toute personne vivant une crise douloureuse soit capable d'exprimer ou même de connaître ses besoins d'une manière parfaitement linéaire et logique. Il est validiste de présumer que le simple fait de demander le consentement pour intervenir une ou même deux fois serait suffisant pour déterminer qu'une personne veut ou a besoin d'aide.

Mon approche affirmative du suicide tient compte des possibles crises mentales ou émotionnelles. En effet, il ne serait pas bénéfique pour les personnes suicidaires de soutenir leur mort par le suicide assisté si elles vivent une crise

173. Je voudrais remercier Ozzie Silverman de m'avoir indiqué le rôle possible des pressions familiales dans la décision de mourir.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

qui réduit leur capacité de prendre des décisions éclairées. Mais ces moments de crise sont temporaires. De plus, le processus d'accompagnement que je propose, fondé sur des perspectives antivalidistes et antisanistes, écarterait toute décision précipitée et se pencherait avec prudence sur les influences des relations personnelles et des facteurs systémiques modelant le processus de prise de décision. L'accompagnement dans la préparation à un suicide assisté serait nécessairement un processus à plusieurs facettes, se déroulant sur plusieurs mois, de concert avec une équipe professionnelle et le réseau de soutien de la personne.

Des activistes/chercheureuses ont aussi abondamment discuté des multiples conceptions de la compétence et de l'autonomie, et de la manière dont les déterminants sociaux influencent considérablement nos décisions sur notre santé, y compris la décision de rester en vie ou de mourir [174]. J'adopte sans réserve la notion d'autonomie relationnelle, par opposition aux conceptions individualistes et libérales de l'autonomie qu'avancent plusieurs philosophes, bioéthiciennes et partisanes du droit à mourir. Je suis aussi conscient des impacts des systèmes d'oppression sur les taux de suicide dans les groupes marginalisés. Les chapitres 2 et 3 documentent le fait qu'on ne saurait conceptualiser le désir de mourir sans tenir compte de la violence systémique hétérosexiste, cisgenriste, validiste et saniste, et de leurs manifestations sur le plan interpersonnel. Mais ce portrait demeure incomplet, comme le démontre ce livre, si nous ne tenons pas compte de l'un des systèmes d'oppression centraux dans la suicidalité : le suicidisme.

Alors que je suis d'accord qu'il existe des forces sociopolitiques — certaines diraient des « régimes suicidaires » (Button 2020, 87) — contribuant à la surreprésentation de certains groupes marginalisés dans les statistiques sur la suicidalité ou, autrement dit, poussant les gens à mourir, un aspect souvent dissimulé, et que ce livre révèle, est qu'il existe en même temps des forces ou des somatechnologies de vie qui poussent les personnes suicidaires à rester en vie. Une analyse véritablement intersectionnelle qui tiendrait compte non seulement d'une, de deux ou de trois oppressions liées à la suicidalité, mais aussi du suicidisme, dévoilerait un tout autre portrait. Si certains éléments affectent la compétence et l'autonomie et influencent les personnes suicidaires à vouloir mourir, je soutiens qu'autant de forces les poussent simultanément dans la direction contraire. Alors que divers *-ismes* peuvent être intériorisés (par la pression de l'entourage et de la société) et mener à la suicidalité, le suicidisme peut aussi être intériorisé et exercé par l'entourage et la société. En somme, les groupes marginalisés sont piégés dans une toile complexe de forces nécropolitiques et biopolitiques entrelacées. Une conceptualisation relationnelle de leur autonomie doit être pensée en relation non seulement à certains systèmes d'oppression, comme le cisgenrisme et le validisme, mais aussi à d'autres systèmes, comme le suicidisme et la contrainte à la vie. Dans nos mouvements sociaux/champs d'études, si nous défendons le droit à l'autonomie et à l'autodétermination pour des décisions importantes comme les enjeux reproductifs ou les enjeux trans, nous ne saurions promouvoir l'autodétermination seulement quand elle correspond avec notre vision du monde et jouer les cartes de l'irrationalité, de l'aliénation, de l'incapacité et des décisions biaisées quand elle contrarie nos valeurs ou nos préférences.

174. Voir, par exemple, Ouellette (2011), Ho (2014), et Ho et Norman (2019).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### Objection 4 : Les groupes marginalisés seraient-ils surreprésentés dans les statistiques sur le suicide assisté ?

Une crainte majeure par rapport aux formes actuelles de suicide assisté, basées sur une ontologie suicidiste, validiste, saniste et âgiste, concerne la surreprésentation des groupes marginalisés dans les statistiques sur le suicide assisté. Alors que je suis d'accord avec la critique selon laquelle les lois actuelles sont fondamentalement validistes, sanistes et âgistes en ciblant certaines « populations spécifiques », des données empiriques montrent que, dans les pays où certaines formes de suicide assisté sont autorisées, ce sont surtout les personnes privilégiées qui y accèdent (Davis 2013b ; Engelhart 2021 ; Stefan 2016). Dans le contexte canadien, certaines juristes inspirées par la pensée féministe ont aussi suggéré que, selon les données empiriques, les personnes qui meurent par suicide assisté font partie des groupes les plus privilégiés. Par exemple, Jocelyn Downie (2020, 25) explique :

> Selon une étude récente menée en Ontario, « les bénéficiaires de l'AMM étaient plus jeunes, avaient des revenus plus élevés, avaient significativement moins de chances de résider en milieu institutionnel et étaient plus souvent mariées que les personnes défuntes dans la population en général, suggérant qu'il est peu plausible que l'AMM soit motivée par la vulnérabilité sociale ou économique » (Downar *et al.* 2020). Ceci est conforme à l'expérience des autres juridictions permissives, où on a trouvé que l'AMM est disproportionnellement utilisée par des personnes ayant davantage de pouvoir et de privilèges (Carter 2012, § 26 ; Truchon 2019, § 452). Une chose que nous ne savons pas, même si la philosophie féministe […] nous enjoint à nous le demander, est si ces résultats découlent d'obstacles dans l'accessibilité pour les populations marginalisées.

Downie n'est pas la seule personne ayant souligné ces obstacles dans l'accès au suicide assisté. Comme j'en discute dans le chapitre 4, si les groupes les plus marginalisés dans nos sociétés rencontrent des barrières systémiques dans l'accès aux soins de santé et aux services sociaux, il serait logique que leur accès aux services leur permettant de mettre fin à leurs jours soit également compromis. Ces barrières peuvent en partie expliquer la surreprésentation des groupes dominants dans les statistiques.

D'une façon similaire, certaines personnes pourraient soutenir qu'ouvrir les vannes du suicide assisté à tout le monde, comme je le propose avec mon approche affirmative du suicide, pourrait potentiellement mener à une surreprésentation des groupes marginalisés dans les requêtes de suicide assisté. Après tout, étant donné que plusieurs personnes marginalisées luttent avec la suicidalité, si le suicide assisté était rendu universellement disponible et que les obstacles systémiques (*-ismes*) étaient combattus pour rendre le suicide assisté véritablement accessible, ne devrait-on pas s'attendre à ce que toutes les personnes qui veulent mourir parce qu'elles sont maltraitées dans notre société demandent d'y accéder ? Ma réponse honnête est que oui, c'est une possibilité. À de rares exceptions près, les personnes veulent habituellement mourir parce qu'elles sont profondément malheureuses. Cet état peut résulter d'une variété de

facteurs : la génétique, la maladie mentale, les malheurs et les traumatismes personnels, mais aussi — et, je le crois, souvent — les facteurs sociaux et politiques. Néanmoins, comme je l'ai défendu dans ce livre, nous ne devrions pas établir de hiérarchies entre les bonnes et les mauvaises raisons de vouloir mourir. Prendre les personnes suicidaires en otage et les garder en vie alors que nous menons la révolution n'est ni juste ni éthique. Une personne qui articule un désir stable de mourir devrait être soutenue, peu importe la source de son désespoir. Cela dit, *j'espère sincèrement que mon approche, qui consiste à travailler sans relâche sur deux fronts — c'est-à-dire de mettre fin à toutes les formes de violence systémique tout en soutenant les personnes suicidaires grâce à une approche affirmative du suicide — contribuerait à diminuer le nombre de personnes marginalisées voulant mourir parce qu'elles ne disposent pas de conditions de vie décentes, ni d'interventions adéquates quant au suicide.* En ce sens, mon approche répond à la crainte d'une surreprésentation des groupes marginalisés dans le suicide assisté car, contrairement à tous les arguments pour le droit à mourir qui se concentrent sur les *droits individuels* mais qui n'ancrent pas leurs analyses dans une approche antioppression engagée envers un changement systémique, ma double approche tient compte du rôle des facteurs systémiques dans les vies des groupes marginalisés en lien avec la suicidalité.

### Objection 5 : Envoyons-nous un mauvais message aux personnes marginalisées et aux personnes suicidaires en leur disant que nous appuyons leur suicide assisté ?

Comme discuté dans le chapitre 3, beaucoup d'activistes/chercheureuses du handicap ont avancé que les lois sur le suicide assisté envoient un mauvais message aux personnes handicapées, malades ou souffrantes, suggérant que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Des craintes similaires ont été exprimées par rapport à d'autres groupes et à leurs idéations suicidaires. Par exemple, dans un texte autocritique à l'égard des idées qu'elle entretenait auparavant au sujet du suicide et qu'elle a publié sur les réseaux sociaux, Thom (2019, 43) a exprimé des regrets par rapport au fait qu'elle voulait, plus tôt dans sa carrière, déstigmatiser la suicidalité, particulièrement dans le cas des communautés marginalisées. Dans des sociétés hétérosexistes, cisgenristes, racistes, classistes, validistes ou sanistes, qui endossent une culture de la sacrifiabilité pour les groupes marginalisés, soutenir leur suicide envoie, dans cette perspective, le message néfaste que leurs vies n'auraient aucune valeur. Comme le disent les chercheureuses Anita Ho et Joshua S. Norman (2019, 53), « si le désespoir d'une personne se fonde en partie sur son contexte sociohistorique et économique, il serait moralement pervers de répondre à cette souffrance avec compassion en fournissant l'accès à la mort médicalement assistée, au lieu de suggérer des conditions de vie meilleures et durables. »

Je ne crois pas que mon approche affirmative du suicide envoie le message aux groupes marginalisés que leurs vies ne valent pas la peine d'être vécues. Bien au contraire : mon approche est centrée sur la reconnaissance de la valeur des vies des personnes les plus marginalisées, du fait que les lois et règlements actuels sur le suicide assisté sont violents et catégorisent leurs vies comme n'ayant aucune valeur, et du fait qu'une approche antisuicidiste devrait

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

nécessairement se traduire par de meilleures conditions de vie pour divers groupes marginalisés, y compris pour les personnes suicidaires. Le message envoyé par mon approche affirmative du suicide est de renforcer les messages, valeurs et principes que les mouvements sociaux envoient aux groupes marginalisés : nous voulons écouter ce que vous avez à dire, nous voulons créer des espaces plus sûrs pour que vous puissiez partager vos expériences et vos réalités, nous estimons et croyons vos témoignages, nous reconnaissons votre expertise à l'égard de votre réalité, nous chérissons votre autonomie et votre autodétermination, et nous sommes là pour vous soutenir peu importe les décisions que vous prendrez pour vous-mêmes. Le message sous-jacent à mon approche affirmative du suicide est que tout devrait être fait pour combattre les multiples *-ismes* auxquels font quotidiennement face les membres des groupes marginalisés. Néanmoins, si ces personnes vivent encore un niveau de détresse trop élevé et qu'elles sont trop fatiguées pour continuer de vivre, alors elles ne devraient pas avoir à quitter ce monde de la même manière qu'elles ont parfois vécu leur vie, c'est-à-dire dans la solitude, le rejet, la stigmatisation, l'absence de soutien, l'isolement et la violence. Le message de *Défaire le suicidisme* est que tous les groupes marginalisés comptent et que la même reconnaissance, le même respect et le même soutien devraient aussi être accordés aux personnes suicidaires.

### Objection 6 : N'est-il pas antirévolutionnaire de donner aux personnes suicidaires un droit à mourir à cause de souffrances causées par des violences sociopolitiques ?

Ce livre montre clairement qu'une logique de la sacrifiabilité des personnes qui ne correspondent pas aux normes et structures dominantes est à l'œuvre dans nos sociétés. Ainsi, soutenir le suicide (assisté) pour ces sujets indésirés représente pour beaucoup la pire manifestation de cette culture de la sacrifiabilité. Comme nous le rappelle Thom (2019, 45) :

> En ce qui concerne les suicides des femmes trans dans un système social transmisogyne, je ne crois pas que « soutenir l'agentivité du suicide » est une réfutation légitime de ce système social. Au contraire, c'est l'expression ultime de la culture de la sacrifiabilité, nous permettant de déguiser l'inaction face à la souffrance et à la mort de masse sous des apparences de compassion et de politique radicale. Ce n'est pas radical de « soutenir » la mort des femmes trans quand nous nous faisons déjà régulièrement assassiner. Ce n'est pas révolutionnaire d'accepter tout simplement que la société soit terrible au point que les filles trans puissent se tuer.

De façon similaire, tout en louangeant certains aspects de mon cadre antisuicidiste et de mon approche affirmative du suicide, Ian Marsh, Rachel Winter et Lisa Marzano (2021, 13) concluent néanmoins que mon approche ne mène pas à une « forme authentique de libération » des personnes ciblées par les systèmes d'oppression.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Le problème avec cette objection est que certaines de ces auteurices, qui se penchent, par exemple, principalement sur les enjeux trans, présument que je propose de mettre fin au cisgenrisme par le suicide assisté des personnes trans. Dans cette perspective, ma position peut apparaître assez antirévolutionnaire et mener à cette logique de la sacrifiabilité. Cependant, pour combattre l'oppression que subissent les personnes trans, nous devons lutter contre le cisgenrisme ainsi que les systèmes d'oppression interreliés, comme le sanisme et le suicidisme, pour ne nommer que ceux-là. *Autrement dit, ma solution pour mettre fin aux souffrances des personnes trans n'est pas d'offrir une sortie facile et rapide par le suicide assisté. Au contraire, des ressources et de l'énergie doivent être consacrées à combattre la violence systémique qu'elles vivent pour diminuer la suicidalité dans ces communautés. En même temps, nous devons aussi tenir compte du rôle joué par d'autres formes d'oppression, comme le suicidisme, qui demeurent invisibles dans la manière dont nous traitons les personnes trans suicidaires (et les autres personnes suicidaires).* Travailler à éliminer le suicidisme implique d'écouter les personnes suicidaires, de ne pas nier leur autonomie et leur autodétermination, et de soutenir leurs besoins, leurs discours et leurs demandes comme nous tentons de le faire avec d'autres groupes marginalisés, sans délégitimer leurs voix sous prétexte de leur irrationalité ou de leur aliénation politique.

En somme, les révolutions ne se produisent pas dans le vide. L'intersectionnalité nous a enseigné que la révolution ne devrait abandonner personne. Vouloir libérer un groupe aux dépens d'un autre n'est pas une solution acceptable, et surtout, cela nourrit une idée fausse à propos des effets entrecroisés des oppressions. Pour le dire autrement, offrir le suicide comme solution pour combattre le cisgenrisme est effectivement antirévolutionnaire (*et ce n'est pas ce que je propose*), mais je voudrais dire que prévenir et s'opposer au suicide pour libérer les communautés trans est une perspective tout aussi antirévolutionnaire et étroite, oubliant les personnes suicidaires, leur oppression et leurs besoins. *Les luttes de libération des personnes trans (et des autres groupes marginalisés) et des personnes suicidaires ne s'excluent pas.*

### Objection 7 : La médicalisation du suicide assisté ne donne-t-elle pas trop de pouvoir au complexe médico-industriel ?

Une autre objection que je rencontre concerne le fait d'accorder trop de pouvoir au complexe médico-industriel dans les diverses formes de suicide assisté. Tania Salem (1999) et Thomas F. Tierney (2006, 2010, 2021) indiquent avec justesse que les lois sur le suicide assisté consolident la légitimité des médecins et de l'État à déterminer qui devrait être autorisée à mourir. Ces lois ne donnent pas plus de liberté, d'autonomie ou d'autodétermination aux individus, mais seulement l'apparence d'un choix qui est hautement régulé par la biopolitique médico-légale dans le dispositif du biopouvoir. Comme l'affirme Salem (1999, 24) :

> L'autonomie n'est pas lésée par la répression […], mais plutôt par […] la subordination au contrôle médical de cet événement [le suicide assisté] et de la personne qui formule la demande. Læ « patiente » est soumise à une observation, à un examen et à une enquête visant à

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

> confirmer la « rationalité » et le « caractère volontaire » de sa demande. Ainsi, la médicalisation du suicide (assisté) met en péril son autonomie, non seulement quand sa requête est rejetée pour une raison ou pour une autre. Demander à cette patiente de se soumettre à une surveillance médicale est en soi un outrage à l'autonomie.

Je suis d'accord avec les analyses de Salem et Tierney. Je suis particulièrement sensible à cette objection comme je l'ai entendue chez des personnes trans au sujet des soins trans, notamment quand elles défendent un modèle alternatif de prestation des soins de santé. Le complexe médico-industriel agit comme contrôle d'accès [*gatekeeper*] contre les personnes trans, et l'organisation des soins trans par d'autres voies, comme les groupes de soutien par les pairs, les organismes communautaires et les méthodes d'autogestion, offre souvent des espaces beaucoup plus sûrs que le système de santé ou de services sociaux actuel pour les transitions des personnes trans et l'exploration de leur identité de genre. La même chose serait probablement vraie pour les personnes suicidaires si l'on adoptait une approche affirmative du suicide. En ce sens, le suicide assisté régulé par l'État et dispensé par le système de soins de santé et les services sociaux risque la même cooptation. J'estime donc que nous devrions travailler sur plusieurs fronts, comme nous le faisons pour la reconnaissance des personnes trans, c'est-à-dire obtenir le soutien officiel de l'État et du système médical, en plus d'élaborer nos propres réseaux, organismes communautaires et groupes pour mieux servir nos communautés. Malheureusement, tout comme les personnes trans qui désirent entreprendre une transition médicale trouvent cela très difficile, voire impossible, sans le soutien de l'État et du complexe médico-industriel, c'est également le cas pour les personnes suicidaires. Le savoir-faire et les prescriptions nécessaires à une mort paisible sont dans les mains des médecins. Nous devons donc savoir comment naviguer dans ces eaux troubles et insister sur la décentralisation du pouvoir médical/psychiatrique pour les personnes qui doivent interagir avec le système de santé et les services sociaux pour diverses raisons (par exemple : grossesse, transition, suicide assisté ou soins de santé en général). En résumé, nous devons nous demander si le problème réside dans la médecine elle-même ou dans la manière dont elle est pratiquée. Ma réponse est que, si le système médical présente des problèmes majeurs, l'objectif ne devrait probablement pas être d'éviter entièrement le système médical, mais de repenser la manière dont les soins médicaux sont dispensés.

### Objection 8 : L'autorisation du suicide assisté sera-t-elle une pente glissante menant à plus de décès ?

L'argument de la pente glissante a été abondamment discuté dans les débats sur les formes actuelles de suicide assisté. Je ne répéterai pas ces débats étant donné que d'autres auteurices l'ont déjà fait[175]. Dans la même veine, mon approche affirmative du suicide pourrait soulever certaines préoccupations relatives à une « romantisation » du suicide. Un journaliste m'a déjà demandé : « Votre approche pourrait-elle présenter la mort comme un processus paisible et sans douleur et ainsi augmenter le nombre de décès de personnes qui

175. Voir, par exemple, Battin (2005) et Davis (2013b).

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

auraient autrement été dissuadées de se suicider par crainte de la douleur et d'un suicide "bâclé" ? » Beaucoup de gens pensent que dépathologiser et déstigmatiser le suicide est dangereux (par exemple : Hecht 2013). Comme le dit Thomas Joiner (2005, 43), « toute analyse qui encourage d'une quelconque manière le comportement suicidaire — surtout de manière à le romantiser ou à le glorifier, ou à le montrer comme facile et normatif — a potentiellement des conséquences négatives pour la santé publique ». De plus, les notions de pente glissante et de « contagion » sont souvent utilisées pour justifier le fait de contrer plusieurs pratiques opposées aux normes et structures dominantes, comme diverses pratiques sexuelles ou identités de genre.

J'ai trois réponses à cette préoccupation. Premièrement, si mon approche affirmative du suicide déstigmatise le suicide, elle n'en fait pas la promotion comme la seule ou la meilleure option, mais le considère simplement comme une option parmi d'autres. Comme je l'ai mentionné, l'approche affirmative du suicide est affirmative de vie et affirmative de mort. Ma proposition ne glorifie pas le suicide, mais endosse plutôt une approche de réduction des risques. J'estime que beaucoup de personnes suicidaires choisiraient n'importe quelle autre option disponible pour éviter le suicide et que la plupart des personnes suicidaires ne sont pas heureuses à l'idée d'accomplir leur suicide, qui représente au contraire un dernier recours pour venir à bout de leur désespoir. Ma position est pragmatique : si une personne estime que les autres options n'ont pas fonctionné, alors le suicide assisté resterait une manière de soulager son désespoir/sa détresse après avoir pesé le pour et le contre de cette décision. L'approche de réduction des risques que je propose nous permettrait d'accompagner la personne suicidaire pour qu'elle prenne une décision éclairée, en lui présentant plusieurs options. Cette approche réduirait les dommages potentiels vécus par ses proches et elle-même si elle décide d'aller de l'avant avec sa décision de mourir.

Deuxièmement, mon approche affirmative du suicide ne présente pas la mort comme une option facile. Bien au contraire : l'accompagnement que j'envisage dans une perspective affirmative du suicide implique une réflexion approfondie et une préparation attentive à la mort. Préparer sa mort n'est pas un processus aisé, et voir mon approche affirmative du suicide comme une voie facile et rapide est une représentation inexacte de ce processus.

Troisièmement, sans revenir sur les arguments abordés plus tôt dans ce chapitre, l'approche affirmative du suicide nous permettrait pour la première fois de rejoindre les gens qui considèrent sérieusement la possibilité de mourir d'un suicide, et qui, sans cela, resteraient silencieux dans l'accomplissement de leurs plans de mort. Au lieu de voir une possible augmentation des décès par le suicide (assisté), j'envisage une possible diminution de ces décès, car les personnes suicidaires auraient pour la première fois la chance d'aller chercher de l'aide, du soutien et une forme de connexion plutôt que de compléter leur suicide sans avoir discuté de leurs plans. Le soutien dont bénéficieraient les personnes suicidaires grâce à ce processus pourrait sauver la vie de beaucoup d'entre elles. Et les personnes qui sont déterminées à mourir le feraient indépendamment de l'existence de mon approche affirmative du suicide, comme le démontrent les statistiques sur le suicide. Je ne crois donc pas que mon approche augmenterait le nombre de décès ou provoquerait un phénomène de « contagion », bien au contraire.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### Objection 9 : N'est-ce pas trop demander aux familles et aux amies que de soutenir une personne suicidaire dans son suicide assisté ?

De nombreuses personnes m'ont dit qu'elles comprennent et qu'elles sont d'accord avec beaucoup de mes arguments, mais qu'elles éprouvent un blocage affectif quand il s'agit de potentiellement accepter le suicide assisté de leurs proches, de leur partenaire, de leur enfant (à l'âge de la majorité) ou de leur amie. Je sympathise profondément avec cette préoccupation. Si ma partenaire voulait que je l'accompagne dans son suicide assisté, j'aurais beaucoup de mal à la laisser partir. La difficulté de laisser partir les gens que nous aimons (que ce soit par la mort, par une séparation ou d'autres circonstances de vie) fait partie de tout processus de deuil. Je suis d'accord que toute perte, y compris par la mort, est terriblement douloureuse. Il est normal d'avoir du mal à accepter la mort d'une personne que nous aimons par le suicide, car cela implique une perte. Néanmoins, la difficulté de perdre une personne n'est pas une raison suffisante pour la forcer à rester dans notre vie (Arcan 2008 ; Horncastle 2018). Cet argument s'applique aussi bien aux relations amoureuses qu'à la mort. Aimer une personne et vouloir passer le reste de son existence avec elle ne nous autorise pas à la forcer à rester avec nous. Alors que nous trouverions la situation abusive si une personne forçait son·sa partenaire à demeurer dans la relation du simple fait qu'une séparation lui causerait de la souffrance, du chagrin, de la douleur, de la colère ou un deuil, le système suicidiste fait en sorte qu'il nous semble moins problématique de forcer une personne à rester en vie du simple fait que nous voulons qu'elle reste dans notre vie.

Une approche affirmative du suicide qui aiderait la famille et les amies à accompagner une personne dans son suicide assisté engendrerait des conséquences probablement moins traumatiques à moyen et à long terme qu'un suicide inattendu. Comme je l'ai dit précédemment, cette approche permettrait au réseau de soutien d'une personne de mieux comprendre les raisons d'un suicide (assisté), de soutenir cette personne du mieux qu'il peut et d'obtenir un sentiment de clôture plus complet grâce à la préparation à la mort. La famille et les amies seraient aussi moins traumatisées s'iels n'avaient pas à découvrir un cadavre ayant perdu la vie par des méthodes violentes. Je demande souvent aux gens : préféreriez-vous revenir à la maison et trouver votre partenaire morte sans avoir eu le temps de parler de son désir de mourir, ou préféreriez-vous être là pour ellui, écouter les raisons pour lesquelles iel veut mourir, lui offrir le soutien, l'aide et l'amour dont iel a besoin et, éventuellement, savoir que sa mort n'aura pas été un événement violent, mais un moment à la fois profondément triste et plein d'amour que vous aurez partagé ensemble ? Quand je me pose cette question, ma réponse est claire : je préférerais la deuxième option. Je suis peut-être le seul, mais je ne le crois pas.

### Objection 10 : Et l'espoir ?

L'espoir est probablement le leitmotiv de tous les discours préventionnistes et de toutes les stratégies d'intervention, tous modèles de la suicidalité confondus. La contrainte à la vie est partiellement nourrie par l'espoir de traitements médicaux miraculeux, comme les antidépresseurs, de nouvelles formes de

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

psychothérapie ou d'une transformation sociopolitique globale pour améliorer les vies des personnes marginalisées. Si les individus, la santé mentale et les conditions de vie peuvent changer et s'améliorer, pourquoi faudrait-il abandonner cet espoir et recourir à une solution permanente pour régler des problèmes temporaires ? C'est une question que posent beaucoup de personnes dans les campagnes de prévention du suicide. Friesen (2020, 37) note que l'espoir est probablement l'un des facteurs les plus importants pour distinguer le suicide du suicide assisté, le premier étant associé à l'espoir d'une amélioration, alors que le second est lié à une condition irrémédiable et désespérée. La notion d'espoir est centrale, par exemple, dans le livre de Thom. C'est le message clé qu'elle semble vouloir transmettre à ses sœurs trans racisées (2019, 142) :

> Mais pour l'instant, quelque chose me garde ici : l'espoir, je crois, ou peut-être l'amour. Je me demande si l'on peut avoir l'espoir ou l'amour sans foi. La foi que les choses s'amélioreront, que nous vivrons des vies longues et heureuses, qu'une force bénéfique dans l'univers nous donnera une meilleure fin ? Je pense que c'est sans doute possible. Ce que j'espère, c'est de vivre d'une façon aussi brillante que les mères et les sœurs que j'ai rencontrées.

Même si je suis certainement ému par l'appel à l'espoir de Thom et même si je reconnais la centralité de l'espoir dans mon travail d'activiste/chercheur luttant pour un monde où les groupes marginalisés peuvent s'épanouir au lieu de survivre, nous ne pouvons pas imposer nos espoirs aux autres. Cette règle est particulièrement vraie si, par cette imposition, nous forçons ces personnes à faire des choses auxquelles elles n'ont pas consenti. Je peux espérer que mon amie Témoin de Jéhovah transgresse les règles de sa foi lui interdisant la transfusion sanguine dont elle a besoin pour continuer à vivre, mais mon espoir qu'elle choisisse une voie plutôt qu'une autre n'est pas une raison suffisante de lui imposer ma volonté. Imposer notre volonté, nos espoirs et nos souhaits aux autres est inacceptable, même quand il s'agit de décisions sur les soins de santé qui sont une question de vie et de mort. Paradoxalement, si l'on reconnaît dans la plupart des pays qu'imposer une transfusion sanguine à mon amie brimerait ses droits et valeurs religieuses, le même respect n'est pas accordé à la suicidalité ; *au contraire, la suicidalité devient une justification pour agir contre la volonté et les besoins d'une personne*. S'il n'est pas uniquement négatif, l'espoir est définitivement une composante des somatechnologies de vie forçant les sujets suicidaires à rester en vie malgré leur désir de mourir. Et dans ce cas spécifique, l'espoir est probablement l'une des incarnations les plus puissantes de l'optimisme cruel, qui préserve « un attachement à un objet significativement problématique » (Berlant 2011, 24) — c'est-à-dire l'espoir d'un meilleur avenir. Avec la promesse de meilleurs jours offerte grâce à des cures médicales/psychologiques ou sociopolitiques, l'espoir nourrit malheureusement la violence suicidiste vécue ici et maintenant par les personnes suicidaires.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

### 5.4. La thanatopolitique du suicide assisté comme éthique de la vie

Même si Kafer (2013, 2–3) ne songe pas à la suicidalité quand elle pense la futurité crip et la politique queer et crip, le mot *handicap*, dans le passage suivant, pourrait presque, à la lumière de ce que je théorise dans ce livre, être remplacé par le terme *suicidalité* :

> Si le handicap est conceptualisé comme une tragédie terrible et sans fin, alors tout futur incluant le handicap ne peut être qu'un futur à éviter. Un meilleur futur, autrement dit, est celui qui exclut le handicap et les corps handicapés ; en effet, c'est l'absence même du handicap qui signale ce meilleur futur. La présence du handicap signale donc autre chose : un futur qui porte trop de traces des maux du présent pour être désirable. Dans cette perspective, un futur qui comprendrait le handicap serait un futur dont personne ne veut […]. C'est cette présomption d'un consensus, cette croyance que nous désirons toustes les mêmes futurs, que j'aborde dans ce livre. […] Je soutiens que les décisions sur l'avenir du handicap et des personnes handicapées sont des décisions politiques et devraient être reconnues et traitées comme telles. Au lieu de présumer qu'un « meilleur » futur dépend naturellement et évidemment de l'éradication du handicap, nous devons reconnaître que cette perspective est teintée par les histoires du validisme et de l'oppression des personnes handicapées. […] Ce qu'offre *Feminist, Queer, Crip* est une politique de la futurité crip, une insistance sur l'importance de repenser ces futurs imaginés — et donc ces présents vécus — différemment. Tout au long de ce livre, je m'accroche à l'idée de la politique comme cadre pour réfléchir sérieusement à la manière de se retrouver « ailleurs », à d'autres manières d'être qui pourraient être plus justes et durables. En imaginant des futurs plus accessibles, j'aspire à un ailleurs — et peut-être à un autre temps — où le handicap serait compris autrement : comme politique, valorisé, intégral [souligné dans l'original].

Comme pour le handicap, la suicidalité « est un futur dont personne ne veut », un postulat communément partagé qui s'enracine dans le suicidisme et la contrainte à la vie. D'une façon similaire à la manière dont Kafer cherche à imaginer une futurité crip[176], j'espère que ce livre aidera les gens qui le lisent à imaginer une futurité suicidaire. Par *futurité suicidaire*, je veux dire un futur où la suicidalité cesse d'être seulement un problème à régler et à guérir, une solution inacceptable, une option hors de portée ou l'échec ultime de la vie. Imaginer une futurité suicidaire ouvre nos esprits pour concevoir la suicidalité dans toute sa complexité : dans sa tristesse, sa laideur et son côté sombre, mais aussi dans ses composantes plus productives et constitutives, pour reprendre une formulation foucaldienne. La suicidalité façonne effectivement beaucoup d'entre nous et influence nos vies. Elle *vit* à l'intérieur de nous, nous procurant parfois une paix d'esprit et un répit du désespoir que nous vivons. Dans le travail de Simone Fullagar (2003, 296), une personne suicidaire ayant participé à l'étude de l'autrice parle du suicide comme d'un « lieu » : un lieu sûr où l'on se

176. Sur la futurité handicapée/crip, voir aussi Obourn (2020).

rend par un mécanisme d'adaptation pour trouver une sortie de secours mentale et émotionnelle à la cruauté du monde. Comme Ann Cvetkovich démontre que la dépression politique peut aussi être remplie de joie et d'espoir, la suicidalité peut aussi être remplie de joie, d'espoir et de vie. Comme mécanisme d'adaptation pour beaucoup de personnes, la suicidalité chronique offre une évasion. Quand nous commençons à voir la suicidalité non seulement comme une mauvaise chose à éviter, mais comme un phénomène complexe à explorer, nous nous permettons d'écouter les témoignages actuellement étouffés ou rejetés par les injustices épistémiques suicidistes. Envisager une futurité suicidaire n'est pas seulement une bataille politique transitoire pour les gens qui mourront d'un suicide (assisté), mais c'est aussi une bataille pour beaucoup de personnes suicidaires qui continueront fort probablement à vivre. La futurité suicidaire ouvre un espace pour toutes les personnes qui réfléchissent à leur attachement à la vie et qui souhaitent un lieu social et politique où discuter de ces idées. Quand nous commençons à comprendre la suicidalité différemment, comme le propose Kafer pour le handicap — c'est-à-dire, comme un phénomène « politique, valorisé [et] intégral » à la vie —, nous pouvons voir la pertinence d'une thanatopolitique ou d'une politique de la mort pour les *individus suicidaires vivants*, plutôt que seulement pour ceux qui sont morts ou le seront bientôt.

Au premier abord, la thanatopolitique semble incompatible avec une éthique de la vie, et ma notion d'une futurité suicidaire peut sembler être un oxymore. Cette interprétation serait correcte si, par exemple, j'endossais les théorisations originales de la logique « thanatopolitique » sous-jacente à certaines stratégies politiques, comme les camps de la mort dont discute Giorgio Agamben (1998), où certaines vies considérées comme non valables (« la vie nue ») sont destinées à mourir. Ici, je m'intéresse moins à considérer la notion de thanatopolitique et ses conséquences létales telles que décrites par Agamben, un travail qui a été fait ailleurs par d'autres chercheureuses, qu'à repenser cette notion dans son aspect productif, comme le propose Stuart J. Murray (2006, 2008). Pour Murray (2018, 718), la thanatopolitique et la biopolitique sont profondément entrelacées : « La biopolitique cause, mais tolère aussi, un certain seuil de mort dans son modus operandi […]. Cette perspective devrait remettre en cause les décisions implicites et le fait de cultiver clandestinement la mort dans la logique biopolitique, qui détermine et distingue les gens qui méritent de vivre, qu'on fera vivre, de ceux à qui on permet de mourir. » Utilisant l'exemple des attentats suicides, Murray décrit la thanatopolitique comme « à la fois une réponse *et* une résistance au pouvoir biopolitique » (2006, 195 ; souligné dans l'original), car le suicide annihile littéralement l'exercice potentiel du biopouvoir ainsi que la surveillance, la régulation et le contrôle qu'il exerce sur les sujets.

Pour moi, la thanatopolitique n'est pas seulement ou principalement une politique visant à accomplir la mort, mais une politique proposant de la politiser et de l'historiciser, de même que la tension entre le désir de vie et le désir de mort chez certaines personnes. La thanatopolitique n'est pas antithétique aux perspectives affirmatives de vie. Dans l'esprit des études queers de la mort (Petricola 2021 ; Radomska, Mehrabi et Lykke 2019), qui cherchent à théoriser les aspects sociopolitiques de la mort dans une pollinisation croisée entre les études queers et les études de la mort (thanatologie), une politique de la mort est celle où la mort peut aussi être réclamée et resignifiée. Comme les

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

politiques queers ou crips qu'envisagent Kafer et d'autres activistes/chercheureuses, la thanatopolitique pourrait devenir un horizon social et politique de compréhension de la mort, y compris la mort par le suicide (assisté). À la lumière des échecs majeurs du mouvement pour le droit à mourir dans sa poursuite d'un programme politique guidé par la justice sociale pour les communautés marginalisées, la thanatopolitique que je propose est une autre voie ayant le potentiel d'offrir des réflexions et un programme politique pour queeriser, transer, cripper et détraquer le droit à mourir et le suicide (assisté). Selon Thomas Szasz (1999, 119), « mourir appartient après tout aux vivantes, pas aux mortes ». En ce sens, la thanatopolitique pourrait constituer une éthique de la vie pour toutes les personnes qui théorisent et qui luttent pour la justice dans la mort, y compris la justice pour les personnes suicidaires.

Selon Kafer, ce qui est néfaste pour les personnes handicapées/crips/détraquées, c'est le manque de futurité et l'imposition d'un seul futur potentiel où une partie d'elles-mêmes — leur handicap/folie — est éradiquée. La même chose est vraie des autres communautés marginalisées, que les normes et structures poussent vers la normalisation et l'assimilation dans les systèmes d'intelligibilité dominants. Pour le dire autrement, la futurité à laquelle elles rêvent est rendue inaccessible et indésirable. En ce qui concerne les personnes trans cherchant des soins de santé transaffirmatifs, certaines auteurices, comme Victoria Pitts-Taylor (2019) ou Ruth Pearce (2018), démontrent que cette futurité bloquée ou différée catalyse souvent le désespoir et, dans certains cas, la suicidalité. Comme l'illustre Pearce (2018, 153), « dans ces exemples, un futur anticipé a effectivement été nié, et il n'y a généralement aucune indication quant au moment où le temps d'attente continu prendra fin. […] L'expérience d'idéations suicidaires chez les participantes démontre encore davantage l'importance de l'anticipation chez les patientes trans et leurs communautés. Pour les participantes qui considèrent le suicide, la possibilité d'une transition future peut offrir un autre chemin. » Tout comme des soins de santé transaffirmatifs peuvent offrir un bien-être aux personnes trans, offrir des soins de santé affirmatifs du suicide pourrait ouvrir un futur aux personnes suicidaires. Reconnaître qu'une partie cruciale des personnes suicidaires — c'est-à-dire leur suicidalité — possède un futur qui pourrait exister, être légitimé et choisi grâce à une thanatopolitique radicale pourrait paradoxalement aider les personnes à cultiver un désir de vivre. Les alliances politiques entre les personnes suicidaires réunies autour d'une thanatopolitique cherchant à éradiquer le suicidisme et à déconstruire la contrainte à la vie ainsi que l'injonction à la vie et à la futurité pourraient aussi représenter une occasion de briser l'isolement que vivent beaucoup de personnes suicidaires. En somme, comme c'est le cas de plusieurs personnes trans, s'allier avec les membres de leurs communautés et travailler pour un avenir commun pourraient soulager l'angoisse importante qui assombrit le désir de vivre de certaines personnes suicidaires. Une thanatopolitique ouvrirait toutes ces possibilités en termes de futurités suicidaires.

## 5.5. Mot de la fin

Alors que le chapitre 4 souligne les limites des discours du droit à mourir sur le suicide assisté, le chapitre 5 queerise, transe, crippe et détraque le suicide assisté pour proposer une autre possibilité que les mouvements actuels pour le

droit à mourir et leurs politiques validistes, sanistes, âgistes et suicidistes : une thanatopolitique, ou une politique de la mort, ancrée dans une approche antioppression et sensible aux besoins, aux revendications et aux voix des personnes suicidaires. La thanatopolitique à laquelle je songe permet aux futurités suicidaires d'exister, ouvrant non seulement un espace où la mort par le suicide (assisté) peut advenir, mais aussi un espace où discuter ouvertement et honnêtement de ce que signifie le fait de *vivre avec un désir de mourir*.À cet égard, cette thanatopolitique est une politique non seulement pour les individus morts ou ceux morts en devenir, mais pour toutes les personnes intéressées par la lutte pour la justice sociale en ce qui concerne la mort, le suicide et le suicide assisté. En ce sens, cette thanatopolitique représente une éthique de la vie, alors qu'elle vise à réfléchir à la mort et au fait de mourir, et devrait s'enraciner dans le modèle queercrip du suicide (assisté) que je propose ici, en tant que modèle alternatif à ceux qui se fondent principalement sur la prévention et l'éradication de la suicidalité. En complexifiant et en repensant nos visions du suicide (assisté), le modèle queercrip nous permet d'éviter de penser que les approches antioppression et de justice sociale sont antithétiques au droit à mourir par le suicide (assisté). Le modèle queercrip est aussi au fondement d'une nouvelle approche de la suicidalité : une approche affirmative du suicide caractérisée par son focus, entre autres choses, sur les voix et les besoins des personnes suicidaires, sur leurs expériences vécues, sur leur expertise expérientielle et sur leur autonomie et leur autodétermination concernant leurs décisions sur la vie et la mort. Parmi les dix principes qui guident mon approche affirmative du suicide, qui pourrait être déployée dans de multiples sphères, y compris les soins de santé affirmatifs du suicide, figurent l'application à la suicidalité de la philosophie de réduction des risques ainsi que l'application au suicide assisté du modèle de soins basé sur le consentement éclairé.

## Conclusion. Le sujet suicidaire peut-il parler ? Les voix des personnes suicidaires comme microrésistance

Le jour où j'ai commencé à écrire cette conclusion, mon amie Cassandra [177] m'a appelé de sa voiture. En parlant de son fils dans la vingtaine, elle m'a dit : « Vincent vient de trouver Julia morte dans son appartement. Je suis en route pour aller le soutenir. » Tout le monde était sous le choc. Julia faisait partie de leur famille et, étant un ami proche de Cassandra depuis plus de vingt ans, j'avais rencontré Julia à quelques occasions. Quand j'ai reparlé à Cassandra la semaine suivante, j'ai appris que Julia avait soigneusement préparé sa mort. Elle avait écrit son testament et elle s'était organisée pour qu'un courriel soit automatiquement envoyé à Vincent le jour après sa mort, avec des informations sur son testament et les mots de passe de son ordinateur. Elle avait méticuleusement planifié son geste, commandant une bonbonne d'hélium et préparant des lettres et des boîtes de souvenirs pour l'ensemble de ses proches, lettres qu'elle a collées à l'extérieur de la porte verrouillée de la chambre où elle est morte,

177. Les noms dans cette histoire vraie ont été modifiés pour protéger l'anonymat des personnes impliquées.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

seule, dans le placard. Elle ne voulait pas que Vincent découvre son corps, alors les lettres collées sur la porte agissaient comme un signal d'avertissement. Dans les jours précédant sa mort, elle a publié des souvenirs de vie et des photos sur Instagram et a appelé des amies et des membres de sa famille. Même Vincent, qui soupçonnait que Julia mourrait possiblement un jour d'un suicide, n'avait pas été informé qu'elle allait mettre ses plans à exécution ce jour-là. Dans ses dernières conversations avec tout le monde, Julia n'était pas capable de parler de son suicide.

Julia désirait fort probablement ce que beaucoup de gens veulent dans leurs derniers moments : parler avec ses êtres chers de ce qu'elle avait à l'esprit. Elle avait des messages à partager, comme l'attestent les lettres de suicide qu'elle a laissées. Pourtant, elle ne sentait pas qu'elle pouvait livrer ces messages alors qu'elle était encore en vie à cause du contexte suicidiste dans lequel nous vivons. Si elle avait parlé, ses plans auraient échoué. Son désir de mourir aurait été détruit. Elle aurait subi plusieurs formes de violence suicidiste. Dire « je veux mourir et je le ferai » aurait mené à une hospitalisation involontaire, à des contraintes physiques, à des traitements forcés, à l'atteinte de ses droits et à la délégitimation de son désir de mort, de son agentivité et de sa voix. Comme les subalternes qui, nous rappelle Gayatri Chakravorty Spivak, ne peuvent pas parler ou être entendues sous le colonialisme et l'impérialisme, Julia — qui était opprimée sans être subalterne — ne pouvait pas parler de sa vérité. La seule manière de livrer son message était par son suicide et les témoignages dans ses lettres, son journal intime et les instructions dans son testament, qu'elle a laissés derrière elle.

En parlant avec Cassandra, je me sentais enragé et profondément triste. J'étais en colère et j'avais le cœur brisé, non seulement parce que Julia, une personne merveilleuse, avait quitté ce monde, mais parce qu'elle avait dû le faire d'une manière tellement violente et solitaire. Cette expérience faisait écho à mes pires craintes et préoccupations sur le suicide. J'ai dit à Cassandra : « Je ne peux pas croire qu'elle a dû préparer tout cela elle-même, dissimuler ce qui était le plus important pour elle dans toutes ses dernières conversations et qu'elle a dû mourir seule[178]. » Je sentais la douleur de Julia. Sa solitude. Son désespoir. Sa rage d'être forcée de traverser ces épreuves toute seule. Comme beaucoup des personnes suicidaires avec lesquelles Susan Stefan (2016) s'est entretenue, qui avaient dû mentir pour échapper à des formes d'hospitalisation involontaire et de détention, Julia a aussi dû mentir et dire aux gens ce qu'ils voulaient entendre, juste pour s'assurer qu'elle pourrait mener à bien son plan. Julia a dû se censurer pour éviter les formes généralisées d'invalidation, car tout le monde autour d'elle aurait eu l'autorité de décider ce qui était le mieux pour elle dans un tel contexte. Son autorité et son agentivité épistémiques auraient été niées et invalidées sur la base de sa suicidalité. Comme je l'ai articulé tout au long de ce livre au sujet des personnes suicidaires en général, elle a été réduite au silence.

Je me suis senti réduit au silence d'innombrables fois au sujet de ma propre suicidalité et de mes discours sur le suicide (assisté). Même dans le processus de publication de ce manuscrit, je me suis senti réduit au silence. En effet, certaines chercheureuses et des personnes dans l'industrie de l'édition, qui font

178. LeMaster (2022, 4), qui a perdu plusieurs êtres chers morts de suicides, exprime des idées similaires : « Je ne suis pas triste que vous soyez mortes d'un suicide ; je suis triste que vous soyez mortes seules. »

habituellement preuve d'ouverture vis-à-vis de travaux novateurs sur d'autres sujets, ont exprimé des préoccupations quant à la nature controversée de mes arguments. Je souligne ces réactions car elles racontent une histoire commune lorsqu'il s'agit de travaux qui critiquent les épistémologies dominantes. Un tel travail critique est souvent écarté, considéré comme non universitaire ou, pire, ignoré ou rejeté précisément parce qu'il trouble les manières dominantes de penser, même chez les personnes radicales et progressistes. Comme nous le rappelle Patricia Hill Collins (2000, 386), « les universitaires, les éditeurs et d'autres experts représentent des intérêts spécifiques ». Dans sa théorisation de l'épistémologie féministe Noire, Hill Collins illustre la manière dont le savoir et les « processus de validation du savoir » (397) sont contrôlés par des personnes qui occupent des positions dominantes, comme les hommes blancs. La même chose peut être dite des personnes non suicidaires, qui dominent le monde éditorial, les travaux universitaires, les mouvements sociaux et le domaine de l'intervention. Les discours comme le mien, qui remettent en question non seulement les conceptualisations dominantes du suicide promues par le modèle médical de la suicidalité, mais aussi celles produites par les modèles social et de justice sociale de la suicidalité, sont discrédités, mécrus et réduits au silence. Hill Collins (2000, 411) dit que « l'existence d'un point de vue situé autodéfini des femmes Noires qui utilise une épistémologie féministe Noire remet en cause le contenu de ce qui est actuellement tenu pour vrai et le processus même par lequel cette vérité a été établie ». J'espère que le point de vue épistémologique suicidaire avancé dans ce livre remette en cause le savoir actuel sur le suicide (assisté) et les manières dont il est créé et contrôlé par le personnel médical et les universitaires ayant des conceptions individualistes et pathologisantes du suicide. J'espère également que ce livre remette en question les discours de certain·es partisan·es du modèle de justice sociale de la suicidalité, qu'il s'agisse de suicidologues critiques ou d'activistes/chercheureuses queers/trans/du handicap/crips/*Mad*, comme il est discuté dans les chapitres 1, 2 et 3. J'espère aussi que ce livre remette en question les discours des partisan·es du droit à mourir, dont je traite dans le chapitre 4. En effet, malgré leurs différences radicales, tous ces discours sur le suicide (assisté) représentent des somatechnologies de vie visant à construire et à préserver les vies des sujets suicidaires. Comme je l'ai montré tout au long de ce livre, certains discours radicaux et alternatifs, surtout dans les cercles trans et de suicidologie critique, ont commencé à questionner les effets délétères du script suicidiste préventionniste cherchant à sauver des vies à tout prix. Cependant, malgré ces critiques croissantes, je n'ai pour l'instant jamais entendu, lu ou rencontré, même chez ces activistes, chercheureuses et organisations, un soutien au suicide assisté pour les personnes suicidaires, comme je le propose dans le chapitre 5 à travers mon modèle queercrip du suicide (assisté) et mon approche affirmative du suicide. Dans des discussions informelles, plusieurs personnes m'ont confié en privé qu'elles étaient d'accord avec ma vision. Est-ce que ces personnes sont réduites au silence dans les cercles universitaires et activistes ? Affirmer une position comme la mienne pourrait-il miner leur crédibilité, leur légitimité, leurs relations avec leurs collègues, leur réputation ou leur carrière ? Pensent-elles qu'il serait trop controversé d'exprimer des idées telles que celles que j'endosse dans ce livre ?

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Comme je l'ai montré dans le chapitre 3, une majorité d'activistes/chercheureuses dans les études du handicap/crips/*Mad* s'opposent farouchement au suicide assisté. Par exemple, les modifications à la loi sur l'Aide médicale à mourir (AMM) au Canada en 2021 ayant retiré l'exigence d'une mort raisonnablement prévisible ont permis à diverses personnes handicapées, malades ou souffrantes qui ne sont pas en fin de vie d'accéder à l'AMM. Avant les révisions officielles de l'AMM avec le projet de loi C-7, des activistes/chercheureuses du handicap/crips/*Mad* ont tenté de repousser son expansion. Un webinaire tenu en février 2021 intitulé « Death by Coercion: A Panel on the Impacts of Changes to Medical Assistance in Dying (MAID) on Black Indigenous Queer Sick and Poor Communities », organisé par plusieurs organisations clés de défense des droits des personnes handicapées au Canada et mettant en avant des activistes pour la justice pour toutes les personnes handicapées, a véhiculé une forte opposition à l'AMM et à toute modification potentielle de cette dernière. Même si je suis d'accord avec beaucoup des arguments des panélistes et même si je confirme que l'AMM se fonde sur une logique de la sacrifiabilité des personnes socialement marginalisées (chapitre 4), j'ai senti, en tant que personne suicidaire, qu'il y avait un manque de discussion de l'usage potentiel de l'AMM par les personnes suicidaires. Il n'a pas non plus été question des obstacles, de la discrimination et de la violence que subissent les personnes suicidaires. La seule personne sur le panel qui était en faveur des révisions à la loi a accepté de participer de manière anonyme. Cette personne handicapée ne se sentait clairement pas en lieu sûr pour exprimer ses opinions parmi des activistes du handicap. En tant qu'homme trans handicapé, je sais que je ne me sentais pas assez à l'aise pour partager mes idées durant la période de questions et réponses (pas à cause des panélistes, mais à cause de la position dominante contre l'AMM dans les cercles handicapés), et je ne me sens pas à l'aise de m'exprimer sur ce sujet dans de nombreux cercles antioppression. Au moment de réviser ce livre pour son éventuelle publication, je crains les contrecoups qui pourraient venir de *mes propres communautés* et de certaines activistes/chercheureuses queers, trans et du handicap/crips/*Mad*, qui pourraient refuser de même considérer la possibilité de discuter de potentielles formes d'assistance quand il est question de suicidalité, associant automatiquement le suicide assisté à une approbation de la culture de la sacrifiabilité.

Je veux être très clair et réitérer ici, comme je l'ai fait tout au long de ce livre et dans mes travaux antérieurs (Baril 2017, 2018, 2020a, 2020c, 2022), que les lois actuelles sur le suicide assisté, y compris l'AMM, se fondent sur le validisme, le sanisme, l'âgisme et le suicidisme, entre autres -*ismes*. Idéalement, ces lois seraient éliminées et remplacées par des politiques et des lois sur le suicide assisté offrant un soutien aux personnes qui veulent mourir, y compris les personnes suicidaires, indépendamment de leur statut de santé. Je soutiens des perspectives abolitionnistes et révolutionnaires, et je propose que les lois actuelles soient démantelées plutôt que réformées de sorte à inclure diverses catégories de personnes sur la base d'une logique de la sacrifiabilité. Pour être cohérentes, de telles perspectives ne devraient pas chercher à réformer l'AMM, une loi fondamentalement violente. L'exemple du mouvement antipsychiatrie permet de mieux comprendre la position abolitionniste. Des auteurices/activistes comme Bonnie Burstow ont montré que, si nous pouvons comprendre le désir qu'ont certaines communautés marginalisées de réformer le système psychiatrique pour améliorer les services et diminuer l'impact du racisme, du

cisgenrisme et d'autres oppressions dans les milieux psychiatriques, ces initiatives réformistes n'ont pas mené à abolir la psychiatrie. Burstow (2014, 49) conclut que « ces campagnes pour des services [plus inclusifs et équitables] ne sont pas compatibles avec l'abolition de la psychiatrie et pourraient être vues comme dangereuses pour les communautés concernées ». Dans un monde idéal, je condamnerais simplement, dans l'esprit de Burstow, tout type de réforme de l'AMM. Dans le monde idéal que j'envisage, où le modèle queercrip du suicide (assisté) et l'approche affirmative du suicide seraient adoptées (chapitre 5), les lois validistes, sanistes, âgistes et suicidistes actuelles sur le suicide assisté seraient abolies, et de nouvelles lois et prestations de suicide assisté seraient offertes à tout le monde, y compris aux personnes suicidaires. *Mais nous ne vivons pas dans un monde idéal.* Et surtout, les débats sur la mise en œuvre des perspectives abolitionnistes continuent. Liat Ben-Moshe (2013, 139) nous rappelle que certaines personnes « suggèrent de conceptualiser le but à long terme de l'abolition des prisons comme une chaîne pour des campagnes plus courtes visant des enjeux spécifiques — comme la déjudiciarisation, les programmes de restitution ou le placement communautaire. Cet usage stratégique de l'abolition et de la réforme peut aussi s'appliquer au contexte de l'abolition de la détention psychiatrique et des traitements médicaux forcés […]. » Suivant Angela Y. Davis, Ben-Moshe (2013, 139) donne des exemples de stratégies et d'actions qui pourraient à première vue être interprétées comme réformistes, mais qui sont compatibles avec le but à long terme de l'abolition : « Par exemple, lutter pour des soins de santé pour les détenues est une proposition que les activistes devraient appuyer comme faisant partie intégrante des stratégies abolitionnistes et décarcérales. » Je soutiens que la même chose est vraie de l'incarcération des personnes suicidaires, du suicidisme et de l'AMM. Il est peu probable que l'AMM soit abolie dans quelques années (ou décennies), et ce n'est pas demain que des soins de santé affirmatifs du suicide seront mis en place. Pendant ce temps, les personnes suicidaires sont laissées à elles-mêmes. Comme les détenues auront encore besoin de soins de santé jusqu'à l'abolition des prisons, les personnes suicidaires auront besoin de soins de santé et de soutien jusqu'à ce que mon modèle queercrip du suicide (assisté) et mon approche affirmative du suicide soient adoptés. Ainsi, dans le monde actuel, qui est imparfait, une réforme des lois sur le suicide assisté visant à inclure les personnes vivant avec une maladie non terminale, comme les maladies mentales, bien que problématique dans une perspective abolitionniste à long terme, serait probablement une des « meilleures » options à court terme pour beaucoup de personnes suicidaires. C'est pour ces raisons que j'adopte une posture pragmatique dans laquelle je défends simultanément l'objectif de l'abolition des lois sur le suicide assisté, qui se basent sur une logique de la sacrifiabilité des personnes handicapées, malades, souffrantes ou âgées, *et* l'objectif d'un meilleur accès aux services existants de suicide assisté pour les personnes suicidaires. Autrement dit, nous pouvons travailler à démanteler ces lois violentes sur le long terme, tout en soutenant les personnes suicidaires à court terme, pendant que la révolution se déroule.

*Je crois qu'un programme strictement abolitionniste au regard de l'AMM, excluant tout recours stratégique aux lois actuelles pour offrir un soutien aux personnes suicidaires, ne constitue pas une réponse responsable vis-à-vis des personnes suicidaires.* Les objectifs révolutionnaires/abolitionnistes et les stratégies pragmatiques dans l'ici et maintenant ne sont pas antithétiques ou

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

mutuellement exclusifs. En effet, nous pouvons travailler à l'abolition éventuelle de la psychiatrie, des prisons et des lois sur le suicide assisté tout en cherchant simultanément, ici et maintenant, à améliorer les services psychiatriques pour les groupes marginalisés, à obtenir de meilleures conditions d'incarcération pour les détenues (comme l'accès aux soins de santé) et à rendre plus inclusives les lois sur le suicide assisté pour les personnes suicidaires. En d'autres mots, s'il est crucial de déterrer les racines outrageusement validistes, sanistes, âgistes et suicidistes des lois sur le suicide assisté dans divers pays et de travailler à leur abolition, nous pouvons aussi temporairement transformer ces lois pour qu'elles soient moins dommageables pour les groupes marginalisés, y compris les personnes suicidaires. Quand je songe à la possibilité que l'AMM au Canada soit étendue aux personnes dont la requête se base uniquement sur la souffrance mentale (dont l'exclusion dans la loi actuelle devrait être réévaluée en 2027), je ne peux m'empêcher de penser que même si elle est injuste, violente et problématique, comme je l'ai montré dans le chapitre 4, l'extension de la loi aux personnes vivant avec des maladies mentales serait néanmoins un gain pour des gens comme moi, qui veulent potentiellement mourir d'un suicide, mais pas d'une manière violente et solitaire. En effet, même si elle est profondément imparfaite, la potentielle inclusion future des personnes vivant avec des maladies mentales dans l'AMM offrirait néanmoins un processus de mort plus humain pour certaines personnes. Lentement mais sûrement, l'expansion des critères de l'AMM pour inclure les individus suicidaires pourrait radicalement changer la manière dont ils interagissent avec les services d'intervention, le système de santé et même leur entourage et leurs amies. Ce type de changements graduels pourrait paver la voie à une abolition totale de l'AMM et à l'adoption d'une approche affirmative du suicide.

La situation de Julia aurait pu être différente si une approche et des soins de santé affirmatifs du suicide avaient été disponibles. Elle aurait pu contacter ces services pour l'aider à préparer sa mort. Cette préparation lui aurait permis de se connecter avec ses proches pour les informer qu'elle planifiait de quitter ce monde, afin que son entourage et le personnel de santé puissent l'accompagner dans ses réflexions et dans son passage de la vie à la mort. Grâce à ce processus de soin bienveillant, elle aurait peut-être pu établir une connexion avec ses proches d'une manière transformative, ce qui aurait pu lui donner le désir de continuer à vivre, comme le raconte Vivek Shraya (2017) dans *I Want to Kill Myself*. Cependant, même si Julia avait fini par choisir de mourir d'un suicide assisté, elle n'aurait au moins pas été obligée de mourir violemment. Elle aurait été entourée d'amour. Elle aurait pu parler avec ses êtres chers et ce processus leur aurait épargné la tâche atroce de trouver son cadavre de même qu'un processus de deuil complexe marqué par toutes les questions qu'on se pose quand une personne se suicide sans qu'on ait eu la chance de lui parler : Pourquoi ? Aurais-je pu faire quelque chose pour mieux la soutenir avant qu'elle meure ?

Dans l'esprit des chercheureuses qui insistent sur l'importance d'une épistémologie de la résistance, sur la résistance épistémique et sur les formes de microrésistance (Medina 2012; Mills 2014 ; Tuana 2017), ainsi que des auteurices qui reconnaissent que, malgré leurs défauts majeurs, certaines stratégies réformistes peuvent parfois améliorer la vie quotidienne des membres des groupes marginalisés (Dolmage 2017 ; Price 2011), je crois que nous devons nous engager dans une microrésistance contre les somatechnolo-

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

gies de vie décrites dans ce livre. Les lois sur le suicide assisté, comme l'AMM, et leur logique du *retrofit* consistant à étendre le droit à mourir à certaines « populations spécifiques », resteront toujours hantées par le fait qu'elles sont inaccessibles aux personnes qui en ont le plus besoin, comme je l'explique dans le chapitre 4. Cependant, cette inaccessibilité ne signifie pas que ces lois actuelles ne peuvent pas être utilisées pour améliorer la vie et la mort des personnes suicidaires. Comme le souligne Margaret Price (2011, 86) dans ses travaux sur le handicap et l'accessibilité, ce qu'elle appelle les « microrébellions » ont parfois plus à offrir que les initiatives révolutionnaires qui « ne sont pas très utiles pour la survie au jour le jour ». Cette approche pourrait aussi s'appliquer aux lois sur le suicide assisté dans divers pays, y compris au Canada. Pour la survie quotidienne et la mort des personnes suicidaires, des microchangements à la législation actuelle sur le suicide assisté pourraient représenter une option viable à court et à moyen terme alors que nous continuons, à long terme, à démanteler les systèmes oppressifs sous-jacents à ces lois à travers différentes autres formes de microrésistance et de visions révolutionnaires/abolitionnistes concertées. Les petits changements par échelons produits par la microrésistance pourraient *trans*-figurer ces lois et éventuellement les vider de leur logique validiste, saniste, âgiste et suicidiste. En somme, bien que la thanatopolitique pragmatique que je propose dans le chapitre 5 cherche à révolutionner la manière dont nous conceptualisons le suicide (assisté), elle doit aussi rester sensible au besoin qu'éprouvent plusieurs personnes de mobiliser les outils actuellement disponibles pour atteindre leurs fins, particulièrement quand cette fin *est la fin*. Comme nous le rappelle José Medina (2012, 2017), si les microrésistances ne sont pas suffisantes pour combattre l'oppression systémique, elles peuvent certainement jouer un rôle crucial dans les nombreuses stratégies qui sont utilisées comme riposte aux idéologies et structures racistes. La même chose est vraie des idéologies et structures suicidistes. Prises ensemble, toutes les formes de microrésistance pourraient mener à des transformations plus larges et profondes.

Les formes de microrésistance et les voix dissidentes des personnes suicidaires, comme la mienne et les autres que présente *Défaire le suicidisme*, pourraient être considérées comme des outils de « désobéissance épistémique » permettant de déconstruire l'oppression épistémique suicidiste, pour reprendre une expression mobilisée par Medina (2012). Les lettres et les notes de suicide, comme celles de Julia, constituent également des micropratiques de résistance et des microrébellions proposant des visions alternatives à celles dominées par le script suicidiste préventionniste. Comme le soulignent judicieusement les chercheureuses Isabelle Perreault (Perreault, Corriveau et Cauchie 2016) et Patrice Corriveau (Corriveau *et al.* 2016 ; Corriveau *et al.* 2021), ces messages ont beaucoup à nous apprendre et remettent en question nos conceptions du suicide. Mon invitation, dans ce livre, à créer un nouveau mouvement social, soit le mouvement antisuicidiste, s'appuie sur les travaux importants de ces chercheureuses qui se penchent sur les voix des personnes suicidaires, et elle les prolonge en tentant de donner une visibilité à leurs voix alors que les auteurices de ces potentielles lettres et notes de suicide sont toujours en vie. En effet, les personnes suicidaires ont des messages cruciaux à transmettre, qui pourraient transformer les discours et les interventions sur le suicide (assisté). Mais elles ne peuvent pas parler, ou si elles le font, leurs voix sont étouffées. Plus précisément, leurs messages ne sont pas entendus sauf à partir d'un script

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

suicidiste préventionniste. Tout comme l'ont montré des chercheureuses en études critiques de la race comme Charles W. Mills (1997) et José Medina (2012) par rapport au racisme, les groupes au pouvoir adoptent une ignorance volontaire pour éviter de troubler les conceptions raciales dominantes. Les personnes non suicidaires qui refusent de reconnaître l'agentivité des personnes suicidaires et qui rejettent leurs discours sur la vie et la mort exercent des formes d'ignorance volontaire au sujet de la contrainte à la vie ainsi que de l'injonction à la vie et à la futurité. Comme je l'ai démontré tout au long de cet ouvrage, le désir de mourir ne peut pas être entendu pour ce qu'il est : il ne peut être perçu qu'à travers la même logique de la prévention qui cherche à l'empêcher. Permettre l'émergence d'espaces plus sûrs où parler du désir de mourir en utilisant un modèle queercrip du suicide (assisté) constitue ainsi une forme d'« activisme épistémique » (Hamraie 2017, 132) résistant aux imaginaires dominants sur la suicidalité. Cela ouvre la possibilité de l'émergence de « communautés épistémiques » (Tuana 2017, 130) suicidaires et vise à refuser aux mouvements sociaux le droit de différer, au nom de l'espoir et de la futurité, l'offre de soutien et d'aide dont les personnes suicidaires ont besoin ici et maintenant.

Queeriser, transer, cripper et détraquer le suicide (assisté) peut nous aider non seulement à s'affranchir des récits médicaux dominants qui considèrent la suicidalité comme un problème individuel à guérir, mais aussi de certains récits dominants plus récents dans les cercles queers, trans, du handicap/crips/*Mad* et dans la suicidologie critique, qui interprètent la suicidalité uniquement à travers le prisme de l'aliénation, de l'oppression, de la mutilation, de la destruction ou de la violence systémique tournée contre soi-même. Kai Cheng Thom estime que c'est une compréhension déformée de l'amour qui nous entraîne à ne pas faire tout ce qui est en notre pouvoir pour empêcher les suicides dans nos communautés marginalisées. Selon Thom (2019, 43 ; souligné dans l'original), « l'idée que nous devrions soutenir les décisions de mourir des femmes trans — autrement dit, les *laisser* mourir — vient des manières dont nous comprenons et ressentons l'amour ». Thom croit que nous devons continuer à tendre la main aux personnes suicidaires et à nous battre pour améliorer leurs conditions de vie, même quand elles disent ne pas vouloir notre aide (45). Je suis entièrement d'accord avec Thom quand elle dit que nous devons tout tenter pour mettre fin aux oppressions qui rendent les gens suicidaires en premier lieu. Je suis aussi d'accord pour dire que notre position sur le suicide (assisté) dépend de la manière dont nous définissons l'*amour*, le *soutien* et le *soin* [*care*], mais je suis en désaccord avec la manière dont elle définit ces termes. Thom estime que le geste de soin, de soutien et d'amour ultime est d'empêcher une personne de se suicider, même si elle a exprimé ce souhait à répétition et même si elle y a sérieusement réfléchi en explorant toutes les options. Thom affirme clairement qu'il ne faudrait offrir aucune forme de soutien qui appuierait la décision de mourir d'une personne suicidaire.

En plus de faire tout ce qui est en notre pouvoir pour transformer notre monde pour qu'il soit plus accueillant et vivable pour tous les groupes marginalisés, qu'adviendrait-il si le geste ultime de soin, de soutien et d'amour consistait à accepter qu'une personne ne veuille plus vivre pour diverses raisons, ou ne puisse plus vivre, ou ne vivra plus, comme l'a décidé Julia ? Et si aimer une personne signifiait de l'accompagner dans ce processus de prise de décision complexe et délicat concernant la vie et la mort, de l'aider à se

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13. https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

préparer à ce passage effrayant et de prendre soin d'elle durant ce processus, même si cette décision nous déchire le cœur et nous laisse avec un espace vide rempli de ses souvenirs ? Et si aimer une personne signifiait parfois d'accepter qu'elle doive nous quitter et quitter ce monde ?

Pour moi et pour beaucoup de personnes suicidaires que je connais (ainsi que les personnes suicidaires citées dans ce livre et celles qui ont partagé leurs réflexions avec moi au fil des ans), le soin, le soutien et l'amour impliquent d'accepter nos décisions de quitter ce monde et la souffrance que nous vivons. Nous ne sommes pas des personnes dupes, naïves, aliénées ou délirantes. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises raisons de vouloir mourir : il y a simplement des raisons, une multitude de raisons, toutes valables, légitimes et pertinentes, dans la mesure où elles ont été conscientisées et considérées sous différents angles pour prendre une décision vraiment éclairée sur la mort. Voilà précisément où les approches actuelles du suicide (assisté) échouent à répondre aux besoins des personnes suicidaires : il n'existe aucun espace où avoir des conversations honnêtes sur le suicide et discuter, à de multiples occasions et avec diverses personnes, de la décision fatale que nous nous apprêtons à prendre. *Quand les personnes ne peuvent pas demander de l'aide, elles sont privées de l'option de prendre une décision véritablement éclairée. Selon ma définition, ce déni ne constitue pas du soin, du soutien ou de l'amour.* En tant que personne suicidaire, mon espoir n'est pas seulement de trouver une solution médicale ou sociopolitique miracle pour guérir ma suicidalité, mais aussi d'être capable d'articuler mes pensées devant des gens ouverts d'esprit et de voir des changements concrets dans les interventions, les politiques publiques, les lois, les institutions et les représentations du suicide pour qu'elles reflètent mieux ma réalité, mes besoins et mes revendications.

J'ai souvent pensé et exprimé à quelques personnes qui partagent mes perspectives sur le suicide que je mourrai fort probablement d'un suicide un jour. J'espère seulement que lorsque ce jour viendra, je ne serai pas seul dans mon placard comme Julia, n'ayant pas eu l'occasion de dire au revoir aux personnes que j'aime. J'espère que les personnes que j'aime et qui m'aiment seront là pour m'appuyer dans ma décision, pour me soutenir physiquement et émotionnellement dans le moment le plus effrayant de ma vie et pour m'accompagner jusqu'à mon dernier souffle. Cette acceptation profonde de mon départ et leur accompagnement tout au long de ce processus symboliseraient, pour moi, la puissance de l'amour. Mais pour qu'elles puissent le faire, une reconceptualisation radicale du suicide (assisté) et des soins offerts aux personnes suicidaires doit avoir lieu. Commencer cette révolution et défendre cet agenda politique m'ont donné une raison de vivre jusqu'à maintenant. Un jour de plus, une semaine de plus, une année de plus ou peut-être encore beaucoup plus.

## Remerciements

Si l'écriture et la théorisation sont des pratiques solitaires, elles sont en même temps profondément collectives et relationnelles. Nos voix, comme chercheureuses et comme personnes qui écrivent, sont mêlées à une pluralité d'autres voix, parfois celles d'autres auteurices, mais aussi celles qui résultent d'une multiplicité de rencontres, de moments partagés, de discussions et d'échanges.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Ce livre n'aurait pas été le même sans toutes les personnes magnifiques que j'ai croisées en chemin au cours de l'aventure fantastique, difficile et surprenante qu'a constituée son écriture. En effet, l'idée de ce projet a d'abord émergé lors de mon séjour postdoctoral aux États-Unis, en 2014. C'était un projet différent à l'époque, et le livre ne se concentrait pas, comme c'est aujourd'hui le cas, sur le suicide (assisté). Je crois néanmoins que ce livre doit beaucoup à ce projet initial, même si je n'ai commencé à travailler sur la version actuelle qu'en 2020. Je suis donc reconnaissant envers toutes les personnes que j'ai rencontrées durant ces années et qui ont joué un rôle dans l'évolution de mes idées sur les thèmes abordés ici ou dans mon parcours académique. Certaines de ces personnes sont des amies, des connaissances, des collègues ou des mentors. Certaines personnes viennent de diverses communautés militantes ou académiques, comme des camarades et des collègues dans les études et mouvements queers, trans, du handicap, crips et *Mad* ainsi qu'en suicidologie critique. Je voudrais toustes les remercier, et je m'excuse auprès des personnes que j'ai oubliées dans la liste alphabétique qui suit : Julie Abbou, Maria Fernanda Arentsen, Florence Ashley, A. J. Ausina-Dirtystein, Sébastien Barraud, Janik Bastien Charlebois, Leila Benhadjoudja, Sonia Ben Soltane, Tammy Berberi, Emmanuelle Bernheim, Nael Bhanji, Hélène Bigras-Dutrisac, Isabelle Boisclair, Dominique Bourque, Ann Braithwaite, Mary Bunch, Marie Carrière, Alana Cattapan, Jean-François Cauchie, Sheila L. Cavanagh, Amy Chandler, Ryoa Chung, Patrice Corriveau, Luiza Cesar Riani Costa, Rob Cover, Lucas Crawford, Paisley Currah, Ann Cvetkovich, Lise d'Amboise, Jenny L. Davis, François Delisle, Maxime De L'Isle, Margaret Denike, Bruno Dion, Émilie Dionne, Jay Dolmage, Michel Dorais, Elsa Dorlin, André Duhamel, Chacha Enriquez, Karine Espineira, Samantha Feder, Scott J. Fitzpatrick, Christian Flaugh, France Fortin, Kelly Fritsch, Pat Gentile, Lucie Gosselin, Laura Grappo, Claire Grino, Kim Q. Hall, K. Allison Hammer, Naïma Hamrouni, Michael Harrish, Dominique Hétu, Cressida Heyes, Dave Holmes, Laura Horak, Dan Irving, Katrina Jaworski, Dani Kasprzak, Christine Kelly, Ummni Khan, Hannah Kia, Jennifer Kilty, Loes Knaapen, Kateřina Kolářová, Marc Lafrance, Pierre-Luc Landry, Monique Lanoix, Bruno Laprade, Josée Laramée, Kévin Lavoie, Helen Hok-Sze Leung, Sandra Lehalle, Suzanne Lenon, Susanne Luhmann, Kinnon R. MacKinnon, Shoshana Magnet, Zack Marshall, Robyn Martin, Corinne L. Mason, Marie-Josée Massicotte, Dominique Masson, Jennifer Matsunaga, Laura Mauldin, Mireille McLaughlin, Denise Médico, Maria Nengeh Mensah, Élisabeth Mercier, David Moffette, Françoise Moreau-Johnson, Baljit Nagra, Dahlia Namian, Andrea Nicki, Michael Orsini, Michelle Owen, Laurent Paccaud, Colette Parent, Laurence Parent, Danielle Peers, Shanna Peltier, Guillaume Poirier Girard, Jasbir K. Puar, Annie Pullen Sansfaçon, Jake Pyne, Blas Radi, Baharak Raoufi, Geneviève Rail, Mythili Rajiva, Juliette Rennes, Joel Michael Reynolds, Carla Rice, Phyllis L. F. Rippey, Valérie Robin Clayman, Jamy Ryan, Paul Saurette, Corrie Scott, Christabelle Sethna, Alexis Shotwell, reese simpkins, Stacy Clifford Simplican, Sam Singer, Denise L. Spitzer, Eliza Steinbock, Thérèse St-Gelais, Chris Straayer, Susan Stryker, Anaïs Tatossian, Michael Tattersal, Chloë Taylor, Alanna Thain, Maud-Yeuse Thomas, Cara Tierney, Tom Tierney, Kathryn Trevenen, Alexis Hieu Truong, Marie-Ève Veilleux, Syrus Marcus Ware, Amanda Watson, Jennifer White, Christine Wieseler, Elisabeth Woods, Emily Yue, Libe García Zarranz et Ruth Zurbruegg. Je voudrais aussi

remercier Christina Crosby, maintenant décédée, qui fut si accueillante lors de mon passage à l'Université Wesleyan. Un remerciement particulier à William Hébert et Isabelle Perreault, qui, en plus de partager des amitiés de long terme avec moi, m'ont toujours été d'une aide précieuse et m'ont soutenu professionnellement, y compris pour ce projet de livre. Un autre merci particulier à Ozzie Silverman et Chantal Maillé pour leur relecture généreuse du manuscrit et pour la pertinence de leurs commentaires et réflexions. Je remercie également Xan Dagenais pour ses suggestions réfléchies sur des articles plus anciens réutilisés dans ce livre. Je veux aussi remercier Paolo Troilo de m'avoir généreusement permis d'utiliser l'une de ses peintures en page couverture pour la version originale du livre en anglais et sa première version traduite. Je suis aussi profondément reconnaissant pour les six mois que j'ai passés en 2020 dans le chalet de Kate Kroeger dans les bois et sans Internet, qui ont catalysé le processus d'écriture de ce livre. Je conserve de beaux souvenirs de ces collines enneigées, de ces promenades quotidiennes dans la nature et de ces soirées assis près du feu, immergé dans ce projet créatif.

Je suis redevable à toutes les personnes qui ont étudié sous ma supervision aussi bien que de celles qui m'ont aidé en faisant de l'assistanat de recherche pour mes divers projets dans les dernières dix années. Les personnes suivantes étaient les plus impliquées dans ce projet de recherche spécifique sur le suicide (assisté) : Sarah Cavar, Loïs Crémier, Vanessa Dubuc, Marie-Claire Gauthier, Clark Pignedoli, Myriam Pomerleau et Markus Yanakoulias. Un merci particulier à Celeste E. Orr, qui a réalisé une brillante revue de la littérature sur la question du suicide (assisté) et les mouvements sociaux en 2015–2016. Ses réflexions et nos discussions m'ont aidé à formuler certaines idées dans ce livre.

En tant que Canadien français, l'anglais est ma seconde langue. Je n'aurais pas réussi à compléter ce manuscrit sans le soutien de personnes qui ont, à divers moments et de différentes manières, traduit des passages ou révisé le manuscrit. Je veux remercier Catriona LeBlanc, Marjorie Silverman et Stef Gude. Même si le fait de travailler sur mon manuscrit faisait partie de leurs contrats, j'estime que leur travail est allé bien au-delà de cet engagement professionnel. C'est particulièrement le cas de Marjorie, et je suis profondément reconnaissant de l'énergie émotionnelle, intellectuelle et créative qu'elle a investie dans mon livre.

Deux personnes ont aussi joué un rôle important pour me soutenir et me guider dans le processus de publication : Robert McRuer et Victoria Pitts-Taylor. Robert et Victoria ont été les premières personnes qui ont « cru » en ce projet de livre et ont été utiles, aidantes et généreuses dans leurs commentaires et dans leurs conseils pour mieux naviguer dans le monde éditorial. Leurs réflexions ont aussi approfondi ma thèse et mes arguments, et je suis redevable de leur aide précieuse. En plus d'offrir son aide pour mon livre, Victoria a été une superviseuse fantastique dans mes études postdoctorales. Son travail brillant, complexe, nuancé et d'avant-garde a constitué une source d'inspiration permanente pour moi. Mais ce qui m'a touché le plus durant mon séjour postdoctoral à la City University de New York et à l'Université Wesleyan sous sa supervision était sa grande humanité, sa générosité infinie et sa personnalité formidable. Merci, Victoria, pour le rôle décisif que tu as joué (et continue de jouer) dans ma vie.

Ce PDF a été mis à jour
le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/
livre/DLS.html

Beaucoup de personnes amies et membres de ma famille ont aussi joué un rôle clé dans ma vie, et leur présence chaleureuse au cours des dernières années se reflète de certaines manières dans ces pages. Merci à mes parents, Louise, Denis, et à Sylvie, conjointe de ce dernier ; et merci à ma belle-famille, Sheela, Ozzie et Gabriel. De plus, Eileen M. LeBlanc a toujours agi comme une seconde mère pour moi. Je veux remercier Eileen d'être qui elle est dans le monde et pour son cœur et son esprit infiniment ouverts. Je ne peux pas omettre de remercier un autre genre de famille, si significative dans ma vie, que sont mes compagnons à fourrure : Teddy, Rainbow, Mini-K et Big-K. Ma famille choisie est si importante pour moi, et ma vie ne serait pas la même sans la présence de Xan Dagenais, Marie-Ève Gauvin, Véro Leduc, Stéphanie Mayer, Marguerite Soulière, Julie Théroux Séguin, Louis Vaillancourt et Amélie Waddell. Leur amitié signifie tout pour moi. Un merci particulier à Stéphanie pour tous nos textos, *chats* et zooms : sa présence constante et généreuse dans ma vie n'a pas de prix. Un autre merci particulier à Catriona LeBlanc, avec qui j'ai partagé presque six ans de ma vie. Catriona a tant contribué à ce livre en traduisant d'anciennes versions des articles qui y sont reproduits, en agissant comme interlocutrice intellectuelle avec un esprit ouvert et critique, et comme ancienne partenaire m'ayant soutenu dans les meilleurs et les pires moments dans mon parcours difficile pour obtenir un emploi permanent tout en tentant d'écrire ce livre.

Je voudrais remercier une personne particulièrement importante dans mon parcours d'écriture : ma partenaire, Marjorie Silverman, avec qui j'ai le privilège de partager ma vie depuis 2017. Marjorie a joué tant de rôles dans ce livre : non seulement en étant ma principale interlocutrice au quotidien (et comme première et plus grande partisane de ce livre !), mais en révisant le manuscrit en entier deux fois plutôt qu'une. Marjorie est une partenaire intellectuelle unique qui nourrit, critique et encourage ma créativité et ma passion. Embarquer avec elle dans cette odyssée d'écriture dans un chalet éloigné dans la forêt en 2020 fut l'une des plus belles périodes de ma vie. Je chérirai ces souvenirs à jamais. Nos promenades quotidiennes dans les bois silencieux et enneigés, pleines de discussions à propos de nos manuscrits respectifs, ont engendré ce livre. Mais au-delà de ce compagnonnage intellectuel, Marjorie et moi partageons un lien véritablement unique qui a transformé ma vie pour toujours sur tant de plans. À ses côtés, je crois que je peux être l'homme que je désire être, et l'homme que je suis, sans honte et entouré d'amour, alors que nous explorons ensemble les aspects les plus effrayants, sombres et difficiles de l'existence, incluant les thèmes discutés dans ce livre : la mort et le suicide (assisté). À ses côtés, parler de mon désir de mourir me fait sentir vivant.

Écrire un livre prend du temps et de l'argent. Je voudrais remercier la Faculté des sciences sociales de l'Université d'Ottawa pour le financement fourni à travers le Programme de soutien à la recherche pour mon projet de recherche intitulé *Transformer notre regard sur le suicide : le suicidisme comme nouveau cadre théorique* (2021–2022). J'ai également reçu de la faculté une opportunité de financement spéciale, le Fonds finisseur du Collabzium, pour couvrir une partie des coûts associés au processus de publication, incluant le libre accès en ligne et sa traduction. Je suis reconnaissant pour le soutien de ma faculté et de mon université envers mœon travail. Je voudrais remercier en particulier Sophie Letouzé, qui joue un rôle décisif pour soutenir le corps

professoral dans ses demandes de subventions internes et externes aussi bien que pour divers concours, comme le concours de dégrèvement d'enseignement, qui m'a permis d'investir plus de temps dans la recherche. Dans le même esprit, je voudrais aussi remercier Sébastien Savard, le directeur de mon département à l'époque où j'écrivais ce livre, ainsi que Victoria Barham, doyenne de la Faculté des sciences sociales, qui m'ont soutenu dans ma recherche. Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance sincère aux trois personnes qui ont révisé mon manuscrit anonymement pour leur générosité intellectuelle, leurs retours constructifs et leur engagement positif vis-à-vis de mes idées. Lire leurs commentaires m'a fait pleurer de joie. La manière dont elles ont formulé leurs critiques et leurs suggestions était ancrée dans le respect, le soin/la sollicitude/l'attention et la considération. Leurs retours précieux ont incontestablement renforcé et amélioré les arguments dans ce livre, surtout dans le chapitre 1. Mes derniers mots de remerciement vont à l'équipe de Temple University Press, en particulier à Will Forrest, Gary Kramer, Ann-Marie Anderson, Ashley Petrucci et surtout mon éditeur Shaun Vigil pour l'intérêt qu'iels ont continuellement manifesté envers *Défaire le suicidisme* et pour leur expertise, leur dévouement et leur professionnalisme durant le processus de publication. La réponse rapide et positive de Shaun à ma proposition de livre et son enthousiasme et sa passion vis-à-vis des idées qu'elle contient m'ont convaincu que travailler avec lui et Temple University Press serait mon meilleur choix, malgré l'intérêt exprimé par d'autres éditeurs. Je n'ai jamais regretté cette décision : le dévouement, la perspicacité intellectuelle, la sensibilité et la vision de Shaun pour ce livre, sans mentionner ses autres qualités (ponctuel, collégial, aidant, organisé), ont transformé une expérience potentiellement stressante en une chose plaisante et mémorable. Merci, Shaun, d'avoir vraiment cru au potentiel de ce livre. J'aimerais aussi remercier chaleureusement Fanny Lallart et Emma Fanget des éditions Burn~Août pour leur professionnalisme et leur relecture minutieuse de la traduction du livre en vue de son adaptation française européenne, de même que leur précieux soutien tout au long de notre collaboration, de même que Théo Pall pour son excellent travail sur la maquette du livre. Merci d'avoir cru en ce livre et en son potentiel de rejoindre de nouveaux publics francophones.

Alors que la vaste majorité de ce livre comprend du matériel publié pour la première fois, les chapitres contiennent des passages provenant de travaux déjà publiés, qui ont été mis à jour, réécrits et recontextualisés. Une version plus courte et plus ancienne du chapitre 1, ainsi qu'une poignée de courts passages dans d'autres chapitres et dans l'introduction ont paru comme « Suicidism: A New Theoretical Framework to Conceptualize Suicide from an Anti-oppression Perspective », *DSQ: Disability Studies Quarterly*, vol. 40, n° 3, publié en 2020 par les Ohio State University Libraries, URL : https://dx.doi.org/10.18061/dsq.v40i3.7053. Sous licence CC BY 4.0. Une version plus courte et plus ancienne du chapitre 2 et un passage de l'introduction ont paru comme « The Somatechnologies of Canada's Medical Assistance in Dying Law: LGBTQ Discourses on Suicide and the Injunction to Live », *Somatechnics*, vol. 7, n° 2, 2017, p. 201–217. Certains courts passages dans ce livre ont aussi paru dans les articles suivants : « Les personnes suicidaires peuvent-elles parler ? Théoriser l'oppression suicidiste à partir d'un modèle socio-subjectif du handicap », *Criminologie*, vol. 51, n° 2, 2018, p. 189–212, URL : https://doi.org/10.7202/1054240ar ; « '*Fix society. Please.*' Suicidalité trans et modèles d'inter-

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.
https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

prétation du suicide : Repenser le suicide à partir des voix des personnes suicidaires », *Frontières*, vol. 31, n° 2, 2020, URL : https://doi.org/10.7202/1070339ar ; « Theorizing the Intersections of Ableism, Sanism, Ageism and Suicidism in Suicide and Physician-Assisted Death Debates », dans J. M. Reynolds et C. Wieseler (dir.), *The Disability Bioethics Reader*, New York, Routledge, 2022, p. 221–231 (reproduit avec la permission du concédant via PLSclear). Je suis sincèrement reconnaissant pour toutes les permissions qui m'ont été accordées.

J'ai aussi présenté des versions antérieures du matériel présenté dans ce livre à diverses occasions, comme le Forum de sociologie de l'Association internationale de sociologie (Vienne, 2016), à la 84e édition de la conférence de l'Acfas (Montréal, 2016), à la conférence de l'Association canadienne des études du handicap et à la conférence des Women's and Gender Studies/Recherches féministes (Toronto, 2017), à la conférence de l'Association canadienne de sociologie (Vancouver, 2019), à la conférence annuelle de l'American Political Science Association (Seattle, 2021), et dans des séminaires à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales/EHESS (Paris, 2019) et à l'Université du Québec à Montréal (Montréal, 2021). J'ai aussi présenté des versions antérieures du matériel publié ici comme conférences d'honneur dans les colloques suivants : *Poetics and Ethics of "Living with": Indigenous, Canadian and Québécois Feminist Production Today* (Banff, 2018) ; *Trans and Non-Binary Youth and Their Families Facing Adversity: Experiences, Strengths, Strategies and Innovative Practices* (89e conférence de l'Acfas ; Québec, 2022) ; et la conférence internationale *What Trans Knowledge Does to Gender Studies* (Paris, 2022). Je voudrais remercier toutes les personnes qui ont participé à ces événements pour la pertinence de leurs commentaires, rétroactions et questions.

## Bibliographie

Le numéro de page donné dans le corps du texte renvoie à la version originale en français ou à la traduction française, lorsque celle-ci existe.

Ackerman, F. (1998). Assisted Suicide, Terminal Illness, Severe Disability, and the Double Standard. Dans M. P. Battin, R. Rhodes & A. Silvers (dir.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate* (p. 149–161). Routledge.

Adams, N. & Vincent, B. (2019). Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income: A Systematic Review. *Transgender Health*, *4*(1), 226–246.

Agamben, G. (1998). *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Stanford University Press. En français : *Homo Sacer : le pouvoir souverain et la vie nue*. Le Seuil, 1997.

Ahmed, S. (2010). *The Promise of Happiness*. Duke University Press.

Ahmed, S. (2012). *On Being Included: Racism and Diversity in Institutional Life*. Duke University Press.

Alcoff, L. (1991). The Problem of Speaking for Others. *Cultural Critique*, *20*, 5–32.

Alcorn, L. (2014). Lettre de suicide (28 décembre). https://slate.com/human-interest/2014/12/leelah-alcorn-transgender-teen-from-ohio-should-be-honored-in-death.html.

Améry, J. (1999). *On Suicide: A Discourse on Voluntary Death*. Indiana University Press. En français : *Porter la main sur soi. Traité du suicide*. Trad. de F. Wuilmart. Actes Sud, [1976] 1996.

Amundson, R. & Taira, G. (2005). Our Lives and Ideologies: The Effect of Life Experience on the Perceived Morality of the Policy of Physician-Assisted Suicide. *Journal of Disability Policy Studies*, *16*(1), 53–57.

Ansloos, J. & Peltier, S. (2021). A Question of Justice: Critically Researching Suicide with Indigenous Studies of Affect, Biosociality, and Land-Based Relations. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, *26*(1), 100–119.

Appel, J. M. (2007). A Suicide Right for the Mentally Ill? A Swiss Case Opens a New Debate. *Hastings Center Report*, *37*(3), 21–23.

Arcan, N. (2004). Se tuer peut nuire à la santé. *Magazine P45*(14), 1–2.

Arcan, N. (2008, 15 mai). Pour un pet… https://nellyarcan.ca/pdf/ICI/I2008-05-15-MAY-068-C-F.pdf.

Ashton, J. (2019). *Life After Suicide: Finding Courage, Comfort and Community After Unthinkable Loss*. William Morrow.

Aubrecht, K., Kelly, C. & Rice, C. (dir.) (2020). *The Aging-Disability Nexus*. University of British Columbia Press.

Bach, M. & Kerzner, L. (2010). *A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right to Legal Capacity: Advancing Substantive Equality for Persons with Disabilities Through Law, Policy and Practice*. Law Commission of Ontario. https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2010/11/disabilities-commissioned-paper-bach-kerzner.pdf.

Balch, B. (2017). Death by Lethal Prescription: A Right for Older People — Or Their Duty? *Generations: Journal of the American Society on Aging*, *41*(1), 42–46.

Bantjes, J. & Swartz, L. (2019). “What Can We Learn From First-Person Narratives?” The Case of Nonfatal Suicidal Behavior. *Qualitative Health Research*, *29*(10), 1–11.

Baril, A. (2015). Transness as Debility: Rethinking Intersections between Trans and Disabled Embodiments. *Feminist Review*, *111*, 59–74.

Baril, A. (2017). The Somatechnologies of Canada’s Medical Assistance in Dying Law: LGBTQ Discourses on Suicide and the Injunction to Live. *Somatechnics*, *7*(2), 201–217.

Baril, A. (2018). Les personnes suicidaires peuvent-elles parler ? Théoriser l’oppression suicidiste à partir d’un modèle sociosubjectif du handicap. *Criminologie*, *51*(2), 189–212.

Baril, A. (2020a). “Fix Society. Please.” Suicidalité trans et modèles d’interprétation du suicide : Repenser le suicide à partir des voix des personnes suicidaires. *Frontières*, *31*(2). https://doi.org/10.7202/1070339ar.

Baril, A. (2020b). Queeriser le geste suicidaire : Penser le suicide avec Nelly Arcan. Dans I. Boisclair, P.-L. Landry & G. Poirier Girard (dir.), *Québec-queer : Le queer dans les productions littéraires, artistiques et médiatiques québécoises* (p. 325–341). Presses de l’Université de Montréal.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Baril, A. (2020c). Suicidism: A New Theoretical Framework to Conceptualize Suicide from an Anti-Oppressive Perspective. *Disability Studies* Quarterly, 40(3). https://dsq-sds.org/article/id/898/.

Baril, A. (2022). Theorizing the Intersections of Ableism, Sanism, Ageism and Suicidism in Suicide and Physician-Assisted Death Debates. Dans J. M. Reynolds & C. Wieseler (dir.), *The Disability Bioethics Reader* (p. 221–231). Routledge.

Baril, A. (2025). Saving Queer and Trans People from "Bad" Deaths: Suicide Prevention as "Cruel Optimism" in Suicidist Contexts. Dans N. Lykke, T. Mehrabi et M. Radomska (dir.), *Routledge International Handbook of Queer Death Studies* (p. 294–303). Routledge.

Baril, A., Pullen Sansfaçon, A. & Gelly, M. A. (2020). Digging beneath the Surface: When Disability Meets Gender Identity. *Canadian Journal of Disability Studies*, *9*(4). https://cjds.uwaterloo.ca/index.php/cjds/article/view/666. En français : Au-delà des apparences : Quand le handicap croise l'identité de genre. *Canadian Journal of Disability Studies*, *9*(4), 2020, 24–49.

Baril, A. & Silverman, M. (2019). Forgotten Lives: Trans Older Adults Living with Dementia at the Intersection of Cisgenderism, Ableism/Cogniticism and Ageism. *Sexualities*, *25*(1–2), 1–15. https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1363460719876835. En français : Des vies oubliées : Les personnes âgées trans vivant avec une démence à l'intersection du cisgenrisme, du capacitisme/cogniticisme et de l'âgisme. *Canadian Journal of Disability Studies*, *9*(4), 2020, 180–193.

Baril, A., Silverman, M., Gauthier, M.-C. & Lévesque, M. (2020). Forgotten Wishes: End-of-Life Documents for Trans People with Dementia at the Margins of Legal Change. *Canadian Journal of Law and Society*, *35*(2), 367–390. En français : Souhaits oubliés : Documents de fin de vie des personnes trans vivant avec une démence aux marges des changements juridiques. *GLAD! Revue sur le langage, le genre, les sexualités*, 10, 2021. https://journals.openedition.org/glad/2460.

Baril, A. & Trevenen, K. (2014). Exploring Ableism and Cisnormativity in the Conceptualization of Identity and Sexuality "Disorders." *Annual Review of Critical Psychology*, *11*, 389–416.

Bastien, R. & Perreault, I. (2018). Le négatif et le positif. VST : Vie sociale et traitements, 137(1), 40–49.

Batavia, A. I. (1997). Disability and Physician-Assisted Suicide. *New England Journal of Medicine*, *336*(23), 1671–1673.

Battin, M. P. (2005). *Ending Life: Ethics and the Way We Die*. Oxford University Press.

Battin, M. P. (2015). *The Ethics of Suicide: Historical Sources*. Oxford University Press.

Bauer, G. R., Pyne, J., Francino, M. C. & Hammond, R. (2013). Suicidality among Trans People in Ontario: Implications for Social Work and Social Justice. *Service social*, *59*(1), 35–62.

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R. & Hammond, R. (2015). Intervenable Factors Associated with Suicide Risk in Transgender Persons: A Respondent Driven Sampling Study in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, *15*, 1–15.

BayatRizi, Z. (2008). *Life Sentences: The Modern Ordering of Mortality*. University of Toronto Press.

Bayliss, G. (2016, 14 avril). Canada's Assisted-Suicide Law Fails the Mentally Ill. *The Walrus*. https://thewalrus.ca/suicide-is-not-painless/.

Beattie, D. & Devitt, P. (2015). *Suicide: A Modern Obsession*. Liberties Press.

Benkhelifa, S., Camier-Lemoine, E., Chalancon, B. & Leaunea, E. (2021). Pour une réflexion éthique revisitée autour de la prévention du suicide : L'exemple de l'approche narrative. *Éthique et santé*, *18*(1), 45–52.

Ben-Moshe, L. (2013). "The Institution Yet to Come": Analyzing Incarceration Through a Disability Lens. Dans L. J. Davis (dir.), *The Disability Studies Reader* (4e éd., p. 132–143). Routledge.

Ben-Moshe, L. (2020). *Decarcerating Disability: Deinstitutionalization and Prison Abolition*. University of Minnesota Press.

Beresford, P. & Russo, J. (dir.) (2022). *The Routledge International Handbook of Mad Studies*. Routledge.

Bering, J. (2018). *Suicidal: Why We Kill Ourselves*. University of Chicago Press.

Berlant, L. (2011). *Cruel Optimism*. Duke University Press.

Bernheim, E. (2019). Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec ? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice. *Aporia*, *1*(11), 28–40.

Bettcher, T. M. (2014). Trapped in the Wrong Theory: Rethinking Trans Oppression and Resistance. *Signs*, *39*(2), 383–406.

Boer, T. A. (2017). Does Euthanasia Have a Dampening Effect on Suicide Rates? Recent Experiences from the Netherlands. *Journal of Ethics in Mental Health*, *10*, 1–9.

Borecky, A., Thomsen, C. & Dubov, A. (2019). Reweighing the Ethical Tradeoffs in the Involuntary Hospitalization of Suicidal Patients. *American Journal of Bioethics*, *19*(10), 71–83.

Borges, A. (2019, 2 avril). I Am Not Always Very Attached to Being Alive. *The Outline*. https://theoutline.com/post/7267/living-with-passive-suicidal-ideation.

Bornstein, K. (2006). *Hello Cruel World: 101 Alternatives to Suicide for Teens, Freaks and Other Outlaws*. Seven Stories Press. En français : *Hello, monde cruel : 101 alternatives au suicide pour les ados, les freaks et autres rebelles.* Trad. de J. C. Robinet. Au Diable Vauvert, 2018.

Braswell, H. (2018). Putting the "Right to Die" in Its Place: Disability Rights and Physician-Assisted Suicide in the Context of US End-of-Life Care. *Studies in Law, Politics, and Society*, *76*, 75–99.

Brian, K. M. (2016). "The Weight of Perhaps Ten or a Dozen Human Lives": Suicide, Accountability, and the Life-Saving Technologies of the Asylum. *Bulletin of the History of Medicine*, *90*(4), 583–610.

Broer, T. (2020). Technology for Our Future? Exploring the Duty to Report and Processes of Subjectification Relating to Digitalized Suicide Prevention. *Information*, *11*(170), 1–12.

Broz, L. & Münster, D. (dir.) (2015). *Suicide and Agency: Anthropological Perspectives on Self-Destruction, Personhood, and Power*. Routledge.

Bryan, A. & Mayock, P. (2017). Supporting LGBT Lives? Complicating the Suicide Consensus in LGBT Mental Health Research. *Sexualities*, *20*(1–2), 65–85.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Bryan, C. J. (2022). *Rethinking Suicide: Why Prevention Fails, and How We Can Do Better*. Oxford University Press.

Burstow, B. (1992). *Radical Feminist Therapy: Working in the Context of Violence*. Sage Publications.

Burstow, B. (2014). The Withering Away of Psychiatry: An Attrition Model for Antipsychiatry. Dans B. Burstow, B. A. LeFrançois & S. Diamond (dir.), *Psychiatry Disrupted: Theorizing Resistance and Crafting the ®evolution* (p. 34–51). McGill/Queen's University Press.

Burstow, B. (2015). *Psychiatry and the Business of Madness: An Ethical and Epistemological Accounting*. Palgrave MacMillan.

Burstow, B. (2016, 26 avril). The Liberals' Assisted Dying Bill: Reflections on a CopOut. *The BizOMadness Blog*. https://bizomadness.blogspot.ca/2016/04/the-liberals-assisted-dying-bill.html.

Burstow, B. & LeFrançois, B. A. (2014). Impassioned Praxis: An Introduction to Theorizing Resistance to Psychiatry. Dans B. Burstow, B. A. LeFrançois & S. Diamond (dir.), *Psychiatry Disrupted: Theorizing Resistance and Crafting the ®evolution* (p. 3–15). McGill-Queen's University Press.

Burstow, B., LeFrançois, B. A. & Diamond, S. (dir.) (2014). *Psychiatry Disrupted: Theorizing Resistance and Crafting the ®evolution*. McGill-Queen's University Press.

Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge. En français : *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*. Trad. de C. Kraus. La Découverte, 2005.

Button, M. E. (2016). Suicide and Social Justice: Toward a Political Approach to Suicide. *Political Research Quarterly*, *69*(2), 270–280.

Button, M. E. (2020). Suicidal Regimes: Public Policy and the Formation of Vulnerability to Suicide. Dans M. E. Button & I. Marsh (dir.), *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* (p. 87–101). Routledge.

Button, M. E. & Marsh, I. (dir.) (2020a). Introduction. Dans *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* (p. 1–12). Routledge.

Button, M. E. & Marsh, I. (dir.) (2020b). *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention*. Routledge.

Cacho, L. M. (2012). *Social Death: Racialized Rightlessness and the Criminalization of the Unprotected*. New York University Press.

Camier-Lemoine, E. & Leaune, E. (2021). Autour de la promesse du lien. *Santé mentale: le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, *256*, 74–79.

Campbell, C. S. (2017). Limiting the Right to Die: Moral Logic, Professional Integrity, Societal Ethos. Dans M. Cholbi (dir.), *Euthanasia and Assisted Suicide: Global Views on Choosing to End Life* (p. 191–229). ABC-CLIO.

Campbell, F. K. (2019). Precision Ableism: A Studies in Ableism Approach to Developing Histories of Disability and Abledment. *Rethinking History: The Journal of Theory and Practice*, *23*(2), 138–156.

Canetto, S. S. (1992). Gender and Suicide in the Elderly. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *22*(1), 80–97.

Case, A. & Deaton, A. (2020). *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. Princeton University Press.

Cavan, R. S. (1928). *Suicide*. University of Chicago Press.

Cellard, A., Chapdelaine, E. & Corriveau, P. (2013). « Des menottes sur des pansements » : La décriminalisation de la tentative de suicide dans les tribunaux du Québec entre 1892 et 1972. *Canadian Journal of Law and Society*, *28*(1), 83–98.

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). (2017). *Policy Advice on Medical Assistance in Dying and Mental Illness* . https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---public-policy-submissions/camh-position-on-mi-maid-oct2017-pdf.

Centre for Suicide Prevention. (2019). *Sexual Minorities and Suicide*. Centre for Suicide Prevention/Mental Health Commission of Canada/Canadian Association for Suicide Prevention.

Centre for Suicide Prevention. (2020a). *Older Adults and Suicide*. Centre for Suicide Prevention/Mental Health Commission of Canada/Canadian Association for Suicide Prevention.

Centre for Suicide Prevention. (2020b). *Transgender People and Suicide*. Centre for Suicide Prevention/Mental Health Commission of Canada/Canadian Association for Suicide Prevention.

Chandler, A. (2016). *Self-Injury, Medicine and Society: Authentic Bodies*. Palgrave Macmillan.

Chandler, A. (2019). Boys Don't Cry? Critical Phenomenology, Self-Harm, and Suicide. *Sociological Review*, *67*(6), 1350–1366.

Chandler, A. (2020a). Shame as Affective Injustice: Qualitative, Sociological Explorations of Self-Harm, Suicide and Socioeconomic Inequalities. Dans M. E. Button & I. Marsh (dir.), *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* (p. 32–49). Routledge.

Chandler, A. (2020b). Socioeconomic Inequalities of Suicide: Sociological and Psychological Intersections. *European Journal of Social Theory*, *23*(1), 33–51.

Chandler, E. & Ignagni, E. (2019). Strange Beauty: Aesthetic Possibilities for Desiring Disability into the Future. Dans K. Ellis, R. Garland-Thomson, M. Kent & R. Robertson (dir.), *Interdisciplinary Approaches to Disability Looking Towards the Future, Volume 2* (p. 255–265). Routledge.

Chao, Y.-S., Boivin, A., Marcoux, I., Garnon, G., Mays, N., Lehoux, P., Prémont, M-C., van Leeuwen, E., Pineault, R., Advisory Committee, Canadian Medical Association, College of Family Physicians of Canada, Canadian Bar Association, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Réseau des soins palliatifs du Québec & Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2016). International Changes in End-of-Life Practices over Time: A Systematic Review. *BMC Health Services Research*, *16*(539). https://doi.org/10.1186/s12913-016-1749-z.

Charland, L. C., Lemmens, T. & Wada, K. (2018). Decision-Making Capacity to Consent to Medical Assistance in Dying for Persons with Mental Disorders. *Journal of Ethics in Mental Health*, 1–14. https://ssrn.com/abstract=2784291.

Chih, C., Wilson-Yang, J. Q., Dhaliwal, K., Khatoon, M., Redman, N., Malone, R., Islam, S. & Persad, Y. (2020). Health and Well-Being among Racialized Trans and Non-Binary People in Canada. *Trans PULSE Canada*. https://transpulsecanada.ca/results/report-health-and-well-being-among-racialized-trans-and-non-binary-people-in-canada/.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Chivers, S. (2020). Cripping Care Advice: Austerity Advice Literature, and the Troubled Link between Disability and Old Age. Dans K. Aubrecht, C. Kelly & C. Rice (dir.). *The Aging-Disability Nexus* (p. 51–64). University of British Columbia Press.

Cholbi, M. (2011). *Suicide: The Philosophical Dimensions*. Broadview Press.

Cholbi, M. (2017). Suicide. Dans E. N. Zalta (dir.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. https://plato.stanford.edu/archives/fall2017/entries/suicide/.

Cholbi, M. & Varelius, J. (dir.) (2015). *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*. Springer.

Chrisjohn, R. D., McKay, S. M. & Smith, A. O. (2014). *Dying to Please You: Indigenous Suicide in Contemporary Canada*. Theytus Books.

Clare, E. (2009). *Exile and Pride: Disability, Queerness and Liberation* (2e éd.). South End Press.

Clare, E. (2017). *Brilliant Imperfection: Grappling With Cure*. Duke University Press.

Clifford Simplican, S. (2015). *The Capacity Contract: Intellectual Disability and the Question of Citizenship*. University of Minnesota Press.

Cohen-Almagor, R. (2016). Patient's Autonomy, Physician's Convictions and Euthanasia in Belgium. *Annual Review of Law and Ethics*, *24*, 343–356.

Coleman, D. (2010). Assisted Suicide Laws Create Discriminatory Double Standard for Who Gets Suicide Prevention and Who Gets Suicide Assistance: Not Dead Yet Responds to Autonomy. *Disability and Health Journal*, *3*, 39–50.

Coleman, D. (2018, 26 octobre). I Depend on Life-Support to Stay Alive. Why I Oppose Assisted Suicide Laws. *NJ.com*. https://www.nj.com/opinion/2018/10/i_depend_on_life-support_to_stay_alive_why_i_wont.html.

Coleman, D. (2020, January 28). The Extreme Ableism of Assisted Suicide. *Not Dead Yet: The Resistance*. https://notdeadyet.org/the-extreme-ableism-of-assisted-suicide/.

Collins, S. E., Clifasefi, S. L., Logan, D. E., Samples, L. S., Somers, J. M. & Marlatt, G. A. (2012). Current Status, Historical Highlights, and Basic Principles of Harm Reduction. Dans G. A. Marlatt, M. E. Larimer & K. Witkiewitz (dir.), *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors* (2e éd., p. 3–35). Guilford Press.

Colucci, E., Lester, D., Hjelmeland, H. & Park, B. C. B. (dir.) (2013). *Suicide and Culture: Understanding the Context*. Hogrefe.

Corriveau, P., Cauchie, J.-F., Lyonnais, A. & Perreault, I. (2021). Créer et gérer une banque de données numérique : Les défis méthodologiques et éthiques de la construction et de la pérennité de la Plateforme d'analyse de la régulation sociale du suicide au Québec. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, *150*, 28–50.

Corriveau, P., Perreault, I., Cauchie, J.-F. & Lyonnais, A. (2016). Le suicide dans les enquêtes du coroner au Québec entre 1763 et 1986: Un projet de recherche inédit. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, *69*(4), 71–86.

Cover, R. (2012). *Queer Youth Suicide, Culture, and Identity: Unliveable Lives?* Routledge.

Cover, R. (2016a). Queer Youth Suicide: Discourses of Difference, Framing Suicidality, and the Regimentation of Identity. Dans J. White, I. Marsh, M. J. Kral & J. Morris (dir.), *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* (p. 188–208). University of British Columbia Press.

Cover, R. (2016b). Suicides of the Marginalised: Cultural Approaches to Suicide, Minorities and Relationality. *Cultural Studies Review*, *22*(2), 90–113.

Cover, R. (2020). Subjective Connectivity: Rethinking Loneliness, Isolation and Belonging in Discourses of Minority Youth Suicide. *Social Epistemology*, *34*(6), 566–576.

Creighton, C., Cerel, J. & Battin, M. P. (2017). Statement of the American Association of Suicidology: "Suicide" Is Not the Same as "Physician Aid in Dying." *American Association of Suicidology*, 1–5.

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Discrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Practice. *University of Chicago Legal Forum*, *89*, 139–167.

Critchley, S. (2019). *Notes on Suicide*. Fitzcarraldo Editions.

Crow, L. (1996). Including All of Our Lives: Renewing the Social Model of Disability. Dans C. Barnes & G. Mercer (dir.), *Exploring the Divide* (p. 55–72). Disability Press.

Cvetkovich, A. (2012). *Depression: A Public Feeling*. Duke University Press.

Daley, A., Costa, L. & Beresford, P. (dir.) (2019). *Madness, Violence, and Power: A Critical Collection*. University of Toronto Press.

Davis, L. J. (dir.) (2013a). *The Disability Studies Reader* (4e éd.). Routledge. Davis, L. J. (2013b). *The End of Normal*. University of Michigan Press.

Day, A. (2021). *The Political Economy of Stigma: HIV, Memoir, Medicine, and Crip Positionalities*. Ohio State University Press.

De Berardis, D., Martinotti, G. & Di Giannantonio, M. (2018). Editorial: Understanding the Complex Phenomenon of Suicide: From Research to Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00061.

De Lauretis, T. (1987). *Technologies of Gender: Essays on Theory, Film and Fiction*. Indiana University Press. En français : *Théorie queer et cultures populaires : de Foucault à Cronenberg*. Trad. de S. Bourcier. Préface de P. Molinier. La Dispute, 2007.

Del Villar, K., Willmott, L. & White, B. (2020). Suicides, Assisted Suicides and "Mercy Killings": Would Voluntary Assisted Dying Prevent These "Bad Deaths"? *Monash University Law Review*, *46*(2), 1–44.

Dignitas. (2021). *Dignitas: To Live with Dignity, to Die with Dignity Brochure*. https://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/informations-broschuere-dignitas-e.pdf. En français : *Dignitas : vivre dignement, mourir dignement*, https://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/informations-broschuere-dignitas-f.pdf.

DiPietro, P. J. (2016). Of Huachafería, Así, and M' E Mati: Decolonizing Transing Methodologies. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, *3*(1–2), 65–73.

Dixon, E. & Piepzna-Samarasinha, L. L. (dir.) (2020). *Beyond Survival: Strategies and Stories from the Transformative Justice Movement*. AK Press.

Dolmage, J. T. (2017). *Academic Ableism: Disability and Higher Education*. University of Michigan Press.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Dorais, M. & Lajeunesse, S. L. (2004). *Dead Boys Can't Dance: Sexual Orientation, Masculinity, and Suicide*. McGill-Queen's University Press. En français : *Mort ou fif. La face cachée du suicide chez les garçons.* VLB éditeur, 2000.

Dotson, K. (2011). Tracking Epistemic Violence, Tracking Practices of Silencing. *Hypatia*, *26*(2), 236–257.

Douglas, J. D. (1967). *The Social Meanings of Suicide*. Princeton University Press.

Downie, J. (2004). *Dying Justice: A Case for Decriminalizing Euthanasia and Assisted Suicide in Canada*. University of Toronto Press.

Downie, J. (2020). Why Feminist Philosophy (Especially Sue Sherwin's) Matters: Reflections through the Lens of Medical Assistance in Dying. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, *13*(2), 21–27.

Dumsday, T. (2021). *Assisted Suicide in Canada: Moral, Legal, and Policy Considerations*. University of British Columbia Press.

Durkheim, É. (1951). *Suicide: A Study in Sociology*. Translated by J. A. Spaulding & G. Simpson. Free Press. En français : *Le Suicide. Étude de sociologie*. Presses universitaires de France, 1993 [1897].

Dworkin, R., Nagel, T., Nozick, R., Rawls, J., Scanlon, T. & Thomson, J. J. (1998). The Philosophers' Brief. Dans M. P. Battin, R. Rhodes & A. Silvers (dir.), *Physician Assisted Suicide: Expanding the Debate* (p. 431–441). Routledge.

Dyck, R. D. (2015). *Report on Outcome and Recommendations: LGBTQ Youth Suicide Prevention Summit 2012*. https://egale.ca/awareness/ysps2012/.

Dying with Dignity Canada (2016, 23 septembre). Why Medically Assisted Dying Is Not Suicide. https://www.dyingwithdignity.ca/blog/assisted_dying_is_not_suicide.

East, L., Dorozenko, K. P. & Martin, R. (2019). The Construction of People in Suicide Prevention Documents. *Death Studies*, 1–10.

The Economist (2015). *24 and Ready to Die*. https://www.youtube.com/watch?v=SWWkUzkfJ4M.

Edelman, L. (2004). *No Future: Queer Theory and the Death Drive*. Duke University Press. En français : *Merde au futur : Théorie queer et pulsion de mort*. Trad. de M. Démont. Epel, 2016.

Engelhart, K. (2021). *The Inevitable: Dispatches on the Right to Die*. St. Martin's Press.

Exit International (2021). *Our Philosophy: Exit Vision, Mission and Values*. https://www.exitinternational.net/about-exit/our-philosophy/.

Eyal, N. (2011). Informed Consent. Dans E. N. Zalta (dir.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. https://plato.stanford.edu/archives/win2015/entries/informed-consent/.

Fireweed Collective (anciennement The Icarus Project) (2020). When It All Comes Crashing Down: Navigating Crisis. Dans E. Dixon & L. L. Piepzna-Samarasinha (dir.), *Beyond Survival: Strategies and Stories from the Transformative Justice Movement* (p. 127–133). AK Press.

Fitzpatrick, S. J. (2014). Re-Moralizing the Suicide Debate. *Journal of Bioethical Inquiry*, *11*(2), 223–232.

Fitzpatrick, S. J. (2015). Scientism as a Social Response to the Problem of Suicide. *Journal of Bioethical Inquiry*, *12*(4), 613–622.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Fitzpatrick, S. J. (2016a). Ethical and Political Implications of the Turn to Stories in Suicide Prevention. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, *23*(3–4), 265–276.

Fitzpatrick, S. J. (2016b). Stories of Suicide and Social Justice. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, *23*(3–4), 285–287.

Fitzpatrick, S. J. (2020). Epistemic Justice and the Struggle for Critical Suicide Literacy. *Social Epistemology*, *34*(6), 555–565.

Fitzpatrick, S. J. (2022). The Moral and Political Economy of Suicide Prevention. *Journal of Sociology*, *58*(1), 113–129.

Fitzpatrick, S. J., Hooker, C. & Kerridge, I. (2015). Suicidology as a Social Practice. *Social Epistemology*, *29*(3), 303–322.

Fitzpatrick, S. J., Read, D., Brew, B. K. & Perkins, D. (2021). A Sociological Autopsy Lens on Older Adult Suicide in Rural Australia: Addressing Health, Psychosocial Factors and Care Practices at the Intersection of Policies and Institutions. *Social Science and Medicine*, *284*, 1–9.

Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité : La volonté de savoir* (Vol. 1). Gallimard

Foucault, M. (1994). *Dits et écrits* IV. *1980–1988*. Gallimard.

Foucault, M. (1997). « Il faut défendre la société » : Cours au Collège de France (1976–1976). Seuil/Gallimard.

Foucault, M. (2001). *Dits et écrits* II. *1976–1988*. Gallimard.

Foucault, M. (2004a). *Naissance de la biopolitique : Cours au Collège de France (1978–1979)*. Seuil/Gallimard.

Foucault, M. (2004b). *Sécurité, territoire, population : Cours au Collège de France (1977–1978)*. Seuil/Gallimard.

Fournier, L. (2021). *Autotheory as Feminist Practice in Art, Writing, and Criticism*. MIT Press.

Frazee, C. (2016, 6 juin). Supreme Court Now Permits Some Canadian to Approach Death on Their Own Terms: Who Should Those Canadian Be? *Hill Times*. https://www.hilltimes.com/2016/06/06/a-supreme-court-judgment-now-permits-some-canadians-to-approach-death-on-their-own-terms-who-should-those-canadians-be/67062.

Frazee, C. (2020, 17 novembre). Assisted Dying Legislation Puts Equality for People with Disabilities at Risk. *Globe and Mail*. https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-assisted-dying-legislation-puts-equality-for-people-with-disabilities/.

Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.

Fricker, M. & Jenkins, K. (2017). Epistemic Injustice, Ignorance and Trans Experiences. Dans A. Garry, S. J. Khader & A. Stone (dir.), *Routledge Companion to Feminist Philosophy* (p. 268–278). Routledge.

Friedan, B. (1963). *The Feminine Mystique*. Norton.

Friesen, P. (2020). Medically Assisted Dying and Suicide. How Are They Different, and How Are They Similar? *Hastings Center Report*, *50*(1), 32–43.

Fritsch, K. (2016). Cripping Neoliberal Futurity: Marking the Elsewhere and Elsewhen of Desiring Otherwise. *Feral Feminisms*, *5*, 11–26.

Froese, J. S. & Greensmith, C. (2019). Que(e)rying Youth Suicide: Unpacking Sexist and Racist Violence in *Skim* and *13 Reasons Why*. *Cultural Studies Review*, *25*(2), 31–51.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Fullagar, S. (2003). Wasted Lives: The Social Dynamics of Shame and Youth Suicide. *Journal of Sociology*, *39*(3), 291–307.

Fung, R. & McCaskell, T. (2012). Continental Drift: The Imaging of AIDS. Dans M. FitzGerald & S. Rayter (dir.), *Queerly Canadian: An Introductory Reader in Sexuality Studies* (p. 191–195). Canadian Scholars' Press.

Furqan, Z., Sinyor, M., Schaffer, A., Kurdyak, P. & Zaheer, J. (2018). "I Can't Crack the Code": What Suicide Notes Teach Us About Experiences with Mental Illness and Mental Health Care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1–9.

Galasiński, D. (2019). *Discourses of Men's Suicide Notes: A Qualitative Analysis*. Bloomsbury Academic.

Gallop, J. (2019). *Sexuality, Disability, and Aging: Queer Temporalities of the Phallus*. Duke University Press.

Gandsman, A. (2018a). « 99 % des suicides sont tragiques, nous nous battons pour le 1 % qui reste » : Des esprits sains dans des corps malades et l'activisme du droit à la mort. *Criminologie*, *51*(2), 167–188.

Gandsman, A. (2018b). "Old Age Is Cruel": The Right to Die as an Ethics for Living. *Australian Journal of Anthropology*, *29*, 209–221.

Gandsman, A., Herington, T. E. & Przybylak-Brouillard, A. (2016). Mourir comme mode de vie. Être vers la mort et phénoménologie de l'activisme du droit de mourir. *Anthropologie et Sociétés*, *40*(3), 59–84.

Garland-Thomson, R. (2002). Integrating Disability, Transforming Feminist Theory. *NWSA Journal*, *14*(3), 1–32.

Gavaghan, C. (2017). Capacity and Assisted Dying. Dans M. Cholbi (dir.), *Euthanasia and Assisted Suicide: Global Views on Choosing to End Life* (p. 299–325). ABC-CLIO.

Gill, C. J. (1992). Suicide Intervention for People with Disabilities: A Lesson in Inequality. *Issues in Law and Medicine*, *8*(1), 37–53.

Gill, C. J. (1999). The False Autonomy of Forced Choice: Rationalizing Suicide for Persons with Disabilities. Dans J. L. J. Werth (dir.), *Contemporary Perspectives on Rational Suicide* (p. 171–180). Brunner/Mazel.

Gill, C. J. (2000). Health Professionals, Disability, and Assisted Suicide: An Examination of Relevant Empirical Evidence and a Reply to Batavia. *Psychology, Public Policy, and Law*, *6*(2), 526–545.

Gill, C. J. (2004). Depression in the Context of Disability and the "Right to Die." *Theoretical Medicine*, *25*, 171–198.

Giwa, A. (2019). A Complete Treatise on Rational Suicide. *Bioethics UPdate*, *5*, 1070–120.

Goh, I. (2020). Auto-thanato-theory: Dark Narcissistic Care for the Self in Sedgwick and Zambreno. *Arizona Quarterly*, *76*(1), 197–213.

Gorsuch, N. M. (2006). *The Future of Assisted Suicide and Euthanasia*. Princeton University Press.

Greensmith, C. & Froese, J. S. (2021). Fantasies of the Good Life: Responding to Rape Culture in *13 Reasons Why*. *Girlhood Studies*, *14*(1), 85–100.

Guenther, L. (2013). *Solitary Confinement: Social Death and Its Afterlives*. University of Minnesota Press.

Halberstam, J. (2008). The Anti-Social Turn in Queer Studies. *Graduate Journal of Social Science*, *5*(2), 140–156.

Halberstam, J. (2010, 20 novembre). It Gets Worse… *Social Text*. https://socialtextjournal.org/periscope_article/it_gets_worse/.

Halberstam, J. (2011). *The Queer Art of Failure*. Duke University Press.

Hall, K. Q. (2017a). Feminist and Queer Intersections with Disability Studies. Dans A. Garry, S. J. Khader & A. Stone (dir.), *The Routledge Companion to Feminist Philosophy* (p. 405–418). Routledge.

Hall, K. Q. (2017b). Queer Epistemology and Epistemic Injustice. Dans I. J. Kidd, J. Medina & G. Pohlhaus Jr. (dir.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (p. 158–166). Routledge.

Hall, K. Q. (2021). Limping Along: Toward a Crip Phenomenology. *Journal of Philosophy of Disability*, *1*, 11–33. https://doi.org/10.5840/JPD20218275.

Halperin, D. (2003). The Normalization of Queer Theory. Dans G. A. Yep, K. E. Lovaas & J. P. Elia (dir.), *Queer Theory and Communication: From Disciplining Queers to Queering the Discipline(s)* (p. 339–343). Harrington Park Press.

Hamilton, G. (2013, November 22). Terminally Transsexual: Concerns Raised Over Belgian Euthanized after Botched Sex Change. *National Post*. https://nationalpost.com/news/canada/terminally-transsexual-concerns-raised-over-belgian-euthanized-after-botched-sex-change.

Hamraie, A. (2017). *Building Access: Universal Design and the Politics of Disability*. University of Minnesota Press.

Hecht, J. M. (2013). *Stay: A History of Suicide and the Philosophies Against It.* Yale University Press.

Henry, A. F., Jr. & Short, J. F. (1954). *Suicide and Homicide: Some Economic, Sociological, and Psychological Aspects of Aggression*. Free Press.

Hewitt, J. (2010). Schizophrenia, Mental Capacity, and Rational Suicide. *Theoretical Medicine and Bioethics*, *31*, 63–77.

Hewitt, J. (2013). Why Are People with Mental Illness Excluded from the Rational Suicide Debate? *International Journal of Law and Psychiatry*, *36*, 358–365.

Hill Collins, P. (2000). *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment* (2e éd.). Routledge. En français : *La pensée féministe noire. Savoir, conscience et politique de l'empowerment*. Trad. de D. Lamoureux. Remue-ménage, 2016.

Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2017). Suicide and Mental Disorders: A Discourse of Politics, Power, and Vested Interests. *Death Studies*, *41*(8), 481–492.

Hjelmeland, H. & Knizek, B. L. (2020). The Emperor's New Clothes? A Critical Look at the Interpersonal Theory of Suicide. *Death Studies*, *44*(3), 168–178.

Ho, A. (2014). Choosing Death: Autonomy and Ableism. Dans A. Veltman & M. Piper (dir.), *Autonomy, Oppression, and Gender* (p. 1–24). Oxford University Press.

Ho, A. & Norman, J. S. (2019). Social Determinants of Mental Health and Physician Aid-in-Dying: The Real Moral Crisis. *American Journal of Bioethics*, *19*(10), 52–54.

Horn-
castle, J. (2018). Practicing Care: Queer Vulnerability in the Hospital. *Social Identities*, *24*(33), 383–394.

Horwitz, A. V. (2002). *Creating Mental Illness*. University of Chicago Press.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Houston, R. (2009). The Medicalization of Suicide: Medicine and the Law in Scotland and England, circa 1750–1850. Dans J. Weaver & D. Wright (dir.), *Histories of Suicide* (p. 91–118). University of Toronto Press.

Hwang, K. (1999). Rational Suicide and the Disabled Individual: Self-Determination Versus Social Protection. Dans J. L. J. Werth (dir.), *Contemporary Perspectives on Rational Suicide* (p. 181–187). Brunner/Mazel.

The Icarus Project (n.d.). Navigating Crisis. https://fireweedcollective.org/publication/navigating-crisis/.

The Icarus Project (2015). Madness and Oppression: Paths to Personal Transformation and Collective Liberation: A Mad Maps Guide by The Icarus Project. https://fireweedcollective.org/wp-content/uploads/2018/11/MadnessAndOppressionGuide.pdf.

Jacob, J. D., Holmes, D., Rioux, D. & Corneau, P. (2018). Patients' Perspective on Mechanical Restraints in Acute and Emergency Psychiatric Settings: A Poststructural Feminist Analysis. Dans J. M. Kilty & E. Dej (dir.), *Containing Madness: Gender and "Psy" in Institutional Contexts* (p. 93–117). Palgrave Macmillan.

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. National Center for Transgender Equality. https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf.

Jaworski, K. (2010). The Author, Agency and Suicide. *Social Identities*, *16*(5), 675–687.

Jaworski, K. (2014). *The Gender of Suicide: Knowledge Production, Theory and Suicidology*. Ashgate.

Jaworski, K. (2015). Suicide, Agency and the Limits of Power. Dans L. Broz & D. Münster (dir.), *Suicide and Agency: Anthropological Perspectives on Self-Destruction, Personhood, and Power* (p. 183–201). Routledge.

Jaworski, K. (2016). Divorcing Suicidology, Ethically. *Social Epistemology Review and Reply Collective*, *5*(2), 18–25.

Jaworski, K. (2020). Towards Ethics of Wonder and Generosity in Critical Suicidology. *Social Epistemology*, *34*(6), 589–600.

Jaworski, K. & Marsh, I. (2020). Knowledge Is Made for Cutting—An Introduction. *Social Epistemology*, *34*(6), 527–532.

Jaworski, K. & Scott, D. G. (2020). At the Limits of Suicide: The Bad Timing of the Gift. *Social Epistemology*, *34*(6), 577–588.

Johnson, M. L. (2015). Bad Romance: A Crip Feminist Critique of Queer Failure. Hypatia, 30(1), 251–267.

Joiner, T. (2005). *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press.

Joiner, T. E., Hom, M. A., Hagan, C. R. & Silva, C. (2016). Suicide as a Derangement of the Self-Sacrificial Aspect of Eusociality. *Psychological Review*, *123*(3), 235–254.

Kafer, A. (2013). *Feminist, Queer, Crip*. Indiana University Press.

Kalish, R. & Kimmel, M. (2010). Suicide by Mass Murder: Masculinity, Aggrieved Entitlement, and Rampage School Shootings. *Health Sociology Review*, *19*(4), 451–464.

Kilty, J. M. & Dej, E. (dir.) (2018). *Containing Madness: Gender and "Psy" in Institutional Contexts*. Palgrave Macmillan.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Kim, S. Y. H., De Vries, R. & Peteet, J. R. (2016). Euthanasia and Assisted Suicide of Patients with Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011–2014. *JAMA Psychiatry*, *73*(4), 362–368.

King, M. T., Merrin, G. J., Espelage, D. L., Grant, N. J. & Bub, K. L. (2018). Suicidality and Intersectionality Among Students Identifying as Nonheterosexual and with a Disability. *Exceptional Children*, *84*(2), 141–158.

Kious, B. M. & Battin, M. P. (2019). Physician Aid-in-Dying and Suicide Prevention in Psychiatry: A Moral Crisis? *American Journal of Bioethics*, *19*(10), 29–39.

Kirby, A. (2014). Trans Jeopardy/Trans Resistance: Shaindl Diamond Interviews Ambrose Kirby. Dans B. Burstow, B. A. LeFrançois & S. Diamond (dir.), *Psychiatry Disrupted: Theorizing Resistance and Crafting the ®evolution* (p. 163–176). McGillQueen's University Press.

Kolářová, K. (2015). Death by Choice, Life by Privilege: Biopolitical Circuits of Vitality and Debility in the Times of Empire. Dans S. Tremain (dir.), *Foucault and the Government of Disability* (p. 396–423). University of Michigan Press.

Kouri, S. & White, J. (2014). Thinking the Other Side of Youth Suicide: Engagements with Life. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, *1*, 180–203.

Kral, M. J. (2019). *The Idea of Suicide: Contagion, Imitation, and Cultural Diffusion*. Routledge.

Krebs, E. (2020). Combating the Ills of Involuntary Intake: A Critical Rhetorical Analysis of Colorado's State Psychiatric Policies for Suicidal Patients. *Journal of Applied Communication Research*, *48*(3), 310–327.

Krebs, E. (2022). *Disrupting Suicidism: Anti-Oppressive Approaches to Addressing the Desire to Die* [thèse de doctorat, University of Utah].

Leblanc, S. & Kinsella, E. A. (2016). Toward Epistemic Justice: A Critically Reflexive Examination of "Sanism" and Implications for Knowledge Generation. *Studies in Social Justice*, *10*(1), 59–78.

Lee, J.-E. (2013). Mad as Hell: The Objectifying Experience of Symbolic Violence. Dans B. A. LeFrançois, R. Menzies & G. Reaume (dir.), *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies* (p. 105–121). Canadian Scholars' Press.

LeFrançois, B. A., Menzies, R. & Reaume, G. (dir.) (2013). *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies*. Canadian Scholars' Press.

LeMaster, L. (2022). Suicidal. *Cultural Studies ↔Critical Methodologies*, *22*(4). https://doi.org/10.1177/15327086221087667.

Lewis, B. (2013). A Mad Fight: Psychiatry and Disability Activism. Dans L. J. Davis (dir.), *The Disability Studies Reader* (4e éd., p. 115–131). Routledge.

Liegghio, M. (2013). A Denial of Being: Psychiatrization as Epistemic Violence. Dans B. A. LeFrançois, R. Menzies & G. Reaume (dir.), *Mad Matters: A Critical Reader in Canadian Mad Studies* (p. 122–129). Canadian Scholars' Press.

Longmore, P. K. (2003). *Why I Burned My Book and Other Essays on Disability*. Temple University Press.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Lund, E. M., Nadorff, M. R., Winer, E. S. & Seader, K. (2016). Is Suicide an Option? The Impact of Disability on Suicide Acceptability in the Context of Depression, Suicidality, and Demographic Factors. *Journal of Affective Disorders*, *189*, 25–35.

Lundström, R. (2018). Spaces for Support: Discursive Negotiations of Supporter Positions in Online Forum Discussions about Suicide. *Discourse, Context and Media*, *25*, 98–105.

Lytle, M. C., Silenzio, V. M. B., Homan, C. M., Schneider, P. & Caine, E. D. (2018). Suicidal and Help-Seeking Behaviors Among Youth in an Online Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Questioning Social Network. *Journal of Homosexuality*, *65*(13), 1916–1933.

MacDonald, M. (1989). The Medicalization of Suicide in England: Laymen, Physicians, and Cultural Change, 1500–1870. *Milbank Quarterly*, *67*(1), 69–91.

Magnusson, R. S. (2004). "Underground Euthanasia" and the Harm Minimization Debate. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, *32*(3), 486–495.

Maier-Clayton, A. (2016, 8 mai). As a Person with Mental Illness, Here's Why I Support Medically Assisted Death. *Globe and Mail*. https://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/as-a-person-with-mental-illness-heres-why-i-support-medically-assisted-death/article29912835/.

Mann, J. J. & Arango, V. (2016). Neurobiology of Suicide and Attempted Suicide. Dans D. Wasserman (dir.), *Suicide: An Unnecessary Death* (p. 39–47). Oxford University Press.

Manning, J. (2020). *Suicide: The Social Causes of Self-Destruction*. University of Virginia Press.

Marlatt, G. A., Larimer, M. E. & Witkiewitz, K. (dir.) (2012). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors* (2e éd.). Guilford Press.

Marsh, I. (2010a). Queering Suicide: The Problematic Figure of the "Suicidal Homosexual" in Psychiatric Discourse. Dans B. Scherer (dir.), *Queering Paradigms* (p. 1–24). Peter Lang.

Marsh, I. (2010b). *Suicide: Foucault, History and Truth*. Cambridge University Press.

Marsh, I. (2015). "Critical Suicidology": Toward an Inclusive, Inventive and Collaborative (Post) Suicidology. *Social Epistemology Review and Reply Collective*, *4*(6), 5–9. https://wp.me/p1Bfg0-26B.

Marsh, I. (2016). Critiquing Contemporary Suicidology. Dans J. White, I. Marsh, M. J. Kral & J. Morris (dir.), *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* (p. 15–30). University of British Columbia Press.

Marsh, I. (2018). Historical Phenomenology: Understanding Experiences of Suicide and Suicidality Across Time. Dans M. Pompili (dir.), *Phenomenology of Suicide* (p. 1–12). Springer.

Marsh, I. (2020a). The Social Production of Psychocentric Knowledge in Suicidology. *Social Epistemology*, *34*(6), 544–554.

Marsh, I. (2020b). Suicide and Social Justice: Discourse, Politics and Experience. Dans M. E. Button & I. Marsh (dir.), *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* (p. 15–31). Routledge.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Marsh, I., Marzano, L., Mosse, D. & Mackenzie, J.-M. (2021). First-Person Accounts of the Processes and Planning Involved in a Suicide Attempt on the Railway. *BJPsych Open*, *7*(1), 1–7. https://doi.org/10.1192/bjo.2020.173.

Marsh, I., Winter, R. & Marzano, L. (2021). Representing Suicide: Giving Voice to a Desire to Die? *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, *26*(1), 10–26. https://doi.org/10.1177/13634593211046843.

Martin, N. (2011). Preserving Trust, Maintaining Care, and Saving Lives: Competing Feminist Values in Suicide Prevention. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, *4*(1), 164–187.

McCloskey, M. S. & Ammerman, B. A. (2018). Suicide Behavior and Aggression Related Disorders. *Current Opinion in Psychology*, *22*, 54–58.

McConnell, D., Hahn, L., Savage, A., Dubé, C. & Park, E. (2016). Suicidal Ideation Among Adults with Disability in Western Canada: A Brief Report. *Community Mental Health Journal*, *52*, 519–526.

McCormick, A. J. (2011). Self-Determination, the Right to Die, and Culture: A Literature Review. *Social Work*, *56*(2), 119–128.

McDermott, E. & Roen, K. (2016). *Queer Youth, Suicide and Self-Harm: Troubled Subjects, Troubling Norms*. Palgrave MacMillan.

McGuire, A. (2020). From Boomer to Zoomer: Aging with Vitality under Neoliberal Capitalism. Dans K. Aubrecht, C. Kelly & C. Rice (dir.), *The Aging-Disability Nexus* (p. 180–199). University of British Columbia Press.

McInerney, F. (2000). "Requested Death": A New Social Movement. *Social Science and Medicine*, *50*, 137–154.

McIntosh, J. L. (1999). Arguments Against Rational Suicide: A Gerontologist's Perspective. Dans J. L. J. Werth (dir.), *Contemporary Perspectives on Rational Suicide* (p. 188–193). Brunner/Mazel.

McNeil, J., Ellis, S. J. & Eccles, F. J. R. (2017). Suicide in Trans Populations: A Systematic Review of Prevalence and Correlates. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *4*(3), 341–353.

McRuer, R. (2006). *Crip Theory: Cultural Signs of* Queerness and Disability. New York University Press.

McRuer, R. (2018). *Crip Times: Disability, Globalization, and Resistance*. New York University Press.

McRuer, R. & Johnson, M. L. (2014). Proliferating Cripistemologies: A Virtual Roundtable. *Journal of Literary and Cultural Disability Studies*, *8*(2), 149–169.

McRuer, R. & Mollow, A. (dir.) (2012). *Sex and Disability*. Duke University Press. Medina, J. (2013). *The Epistemology of Resistance: Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and Resistant Imaginations*. Oxford University Press.

Medina, J. (2017). Epistemic Injustice and Epistemologies of Ignorance. Dans P. C. Taylor, L. Martín Alcoff & L. Anderson (dir.), *The Routledge Companion to the Philosophy of Race* (p. 247–260). Routledge.

Mills, C. (2014). Sly Normality: Between Quiescence and Revolt. Dans B. Burstow, B. A. LeFrançois & S. Diamond (dir.), *Psychiatry Disrupted: Theorizing Resistance and Crafting the ®evolution* (p. 208–224). McGill-Queen's University Press.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Mills, C. (2015). The Global Politics of Disablement: Assuming Impairment and Erasing Complexity. Dans H. Spandler, J. Anderson & B. Sapey (dir.), *Madness, Distress and the Politics of Disablement* (p. 1–11). Policy Press.

Mills, C. (2017). The Mad Are Like Savages and the Savages Are Mad: Psychopolitics and the Coloniality of the Psy. Dans B. M. Z. Cohen (dir.), *Routledge International Handbook of Critical Mental Health* (p. 205–212). Routledge.

Mills, C. (2018). "Dead People Don't Claim": A Psychopolitical Autopsy of UK Austerity Suicides. *Critical Social Policy*, *38*(2), 302–322.

Mills, C. (2020). Toughening Up on Welfare Deaths by Suicide in the UK's Hostile Environment. Dans M. E. Button & I. Marsh (dir.), *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* (p. 71–86). Routledge.

Mills, C. W. (1997). *The Racial Contract*. Cornell University Press. En français : *Le contrat racial*. Trad. de A. Ndiaye *alias* Webster. Mémoire d'encrier, 2023.

Mitchell, D. T. & Snyder, S. L. (2015). *The Biopolitics of Disability: Neoliberalism, Ablenationalism, and Peripheral Embodiment*. University of Michigan Press.

Mollow, A. (2006). "When *Black* Women Start Going on Prozac…": The Politics of Race, Gender, and Emotional Distress in Meri Nana-Ama Danquah's *Willow Weep for Me*. *MELUS*, *31*(3), 67–99.

Morse, R. S., Kral, M. J., McFadden, M., McCord, J. & Barsdate Easton, L. (2020). It Takes a Village: The Nonprofessional Mental Health Worker Movement. Dans M. E. Button & I. Marsh (dir.), *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* (p. 154–179). Routledge.

Muñoz, J. E. (2009). *Cruising Utopia: The Then and There of Queer Futurity*. New York University Press.

Murray, S. J. (2006). Thanatopolitics: On the Use of Death for Mobilizing Political Life. *Polygraph*, *18*, 191–215.

Murray, S. J. (2008). Thanatopolitics: Reading in Agamben a Rejoinder to Biopolitical Life. *Communication and Critical/Cultural Studies*, *5*(2), 203–207.

Murray, S. J. (2018). Thanatopolitics. Dans J. R. Di Leo (dir.), *Bloomsbury Handbook to Literary and Cultural Theory* (p. 718–719). Bloomsbury.

Namaste, V. K. (2000). *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. University of Chicago Press.

Nicki, A. (2001). The Abused Mind: Feminist Theory, Psychiatric Disability, and Trauma. *Hypatia*, *16*(4), 80–104.

Nollet, R. (2014). Nathan, Free as a Bird [DVD]. Belgique.

Obourn, M. W. (2020). *Disabled Futures: A Framework for Radical Inclusion*. Temple University Press.

O'Connor, R. C. & Pirkis, J. (dir.) (2016). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell.

Ogden, R. (2001). Non-Physician Assisted Suicide: The Technological Imperative of the Deathing Counterculture. *Death Studies*, *25*(5), 387–401.

Ogien, R. (2009). *La vie, la mort, l'État. Le débat bioéthique*. Grasset et Fasquelle.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Organisation mondiale de la Santé (OMS) ([2012] 2014a). *Action de santé publique pour la prévention du suicide : Un cadre de travail*. Bibliothèque de l'OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112853/9789242503579_fre.pdf?sequence=1.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2014b). *Prévention du suicide : L'état d'urgence mondial*. Bibliothèque de l'OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf?sequence=1.

Ouellette, A. (2011). *Bioethics and Disability: Toward A Disability-Conscious Bioethics*. Cambridge University Press.

Palmore, E. B. (1999). Suicide Can Be Rational for Senescent or Terminal Patients. Dans J. L. J. Werth (dir.), *Contemporary Perspectives on Rational Suicide* (p. 194–200). Brunner/Mazel.

Paperny, A. M. (2019a). *Hello I Want to Die Please Fix Me: Depression in the First Person*. Random House Canada.

Paperny, A. M. (2019b). This Is a Scream. *The Walrus*, *16*(7), 49–57.

Patsavas, A. (2014). Recovering a Cripistemology of Pain: Leaky Bodies, Connective Tissue, and Feeling Discourse. *Journal of Literary and Cultural Disability Studies*, *8*(2), 203–218.

Patterson, O. (1982). *Slavery and Social Death: A Comparative Study*. Harvard University Press.

Pearce, R. (2018). *Understanding Trans Health: Discourse, Power and Possibility*. Policy Press.

Perreault, I., Corriveau, P. & Cauchie, J.-F. (2016). While of Unsound Mind? Narratives of Responsibility in Suicide Notes from the Twentieth Century. *Histoire sociale*, *49*(98), 155–170.

Petricola, M. (2021). Introduction: Researching Queer Death. *Whatever*, *4*, 563–571

Piepzna-Samarasinha, L. L. (2018). *Care Work: Dreaming Disability Justice*. Arsenal Pulp Press.

Pitts-Taylor, V. (2016). *The Brain's Body: Neuroscience and Corporeal Politics*. Duke University Press.

Pitts-Taylor, V. (2019). "A Slow and Unrewarding and Miserable Pause in Your Life": Waiting in Medicalized Gender Transition. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* , *24*(6), 646–664.

Pohlhaus, G., Jr. (2012). Relational Knowing and Epistemic Injustice: Toward a Theory of "Willful Hermeneutical Ignorance." *Hypatia*, *27*(4), 715–735.

Pollak, J. (2020). What's in a Name: The Problem with Zero Suicide. *Psychiatric Times*, *37*(11), 29. https://www.psychiatrictimes.com/view/what-name-the-problem-with-zero-suicide.

Price, M. (2011). *Mad at School: Rhetorics of Mental Disability and Academic Life*. University of Michigan Press.

Price, M. (2015). The Bodymind Problem and the Possibilities of Pain. *Hypatia*, *30*(1), 268–284.

Pridmore, S., Naguy, A., Ahmadi, J. & Pridmore, W. (2021). Voluntary Assisted Dying for People with Mental Disorder. *Dynamics of Human Health*, *8*(1), 1–16.

Puar, J. K. (2007). *Terrorist Assemblages: Homonationalism in Queer Times*. Duke University Press.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Puar, J. K. (2013). The Cost of Getting Better: Ability and Debility. Dans L. J. Davis (dir.), *The Disability Studies Reader* (4e éd., p. 177–184). Routledge.

Puar, J. K. (2017). *The Right to Maim: Debility, Capacity, Disability*. Duke University Press.

Pyne, J. (2015, January 14). "Fix Society. Please." *NOW Magazine*. https://nowtoronto.com/news/leelah-alcorn-fix-society-not-trans-people/.

Quill, T. E. & Sussman, B. (2020). Physician-Assisted Death. *The Hastings Center*, 1–9. https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/physician-assisted-death/.

Radi, B. (2019). On Trans* Epistemology: Critiques, Contributions, and Challenges. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, *6*(1), 43–63.

Radomska, M., Mehrabi, T. & Lykke, N. (2019). Queer Death Studies: Coming to Terms with Death, Dying and Mourning Differently: An Introduction. *Women, Gender and Research*, *3–4*, 3–11.

Raj, R. & Irving, D. (dir.) (2014). *Trans Activism in Canada: A Reader*. Canadian Scholars' Press.

Reynolds, J. M. (2017). "I'd Rather Be Dead Than Disabled" — The Ableist Conflation and the Meanings of Disability. *Review of Communication*, *17*(3), 149–163.

Reynolds, V. (2016). Hate Kills: A Social Justice Response to "Suicide." Dans J. White, I. Marsh, M. J. Kral & J. Morris (dir.), *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* (p. 169–187). University of British Columbia Press.

Rhodanthe, L., Wishart, E. et Martin, R. (2019), *"All I Need Is Someone to Talk To": Evaluating DISCHARGED Suicide Peer Support*. Curtin University.

Rich, A. (1980). Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. Dans C. Stimpson & E. Spector Person (dir.), *Women: Sex and Sexuality* (p. 62–91). University of Chicago Press.

Riggs, D. W., Pearce, R., Pfeffer, C. A., Hines, S., White, F. & Ruspini, E. (2019). Transnormativity in the Psy Disciplines: Constructing Pathology in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and Standards of Care. *American Psychologist*, *74*(8), 912–924.

Roen, K. (2019). Rethinking Queer Failure: Trans Youth Embodiments of Distress. *Sexualities*, *22*(1–2), 48–64.

Rose, N. (1999). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self* . Free Association Books.

Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future: The Politics of Mental Health* . Polity Press.

Saleh-Hanna, V. (2015). Black Feminist Hauntology. *Champ pénal/Penal field*, *xii*, 1–31. https://journals.openedition.org/champpenal/9168.

Salem, T. (1999). Physician-Assisted Suicide Promoting Autonomy—Or Medicalizing Suicide? *Hastings Center Report*, *29*(3), 30–36.

Sandahl, C. (2003). Queering the Crip or Cripping the Queer? Intersections of Queer and Crip Identities in Solo Autobiographical Performance. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, *9*(1–2), 25–56.

Scherer, B. (2020). I Am a Suicide Waiting to Happen: Reframing Self-Completed Murder and Death. Dans M. E. Button & I. Marsh (dir.), *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* (p. 141–151). Routledge.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Scully, J. (2020). Why Medical Assistance in Dying Must Treat Mental and Physical Illness Equally. *CBC News*. https://www.cbc.ca/news/opinion/opinion-assisted-dying-maid-legislation-mental-health-1.5474025.

Seelman, K. L., Colon-Diaz, M. J. P., LeCroix, R. H., Xavier-Brier, M. & Kattari, L. (2017). Transgender Noninclusive Healthcare and Delaying Care Because of Fear: Connections to General Health and Mental Health Among Transgender Adults. Transgender Health, 2(1), 17–29.

Serano, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Seal Press.

Shakespeare, T. (2006). Autonomy at the End of Life. Dans *Disability Rights and Wrongs* (p. 118–132). Routledge.

Shakespeare, T. (2010). The Social Model of Disability. Dans L. J. Davis (dir.), *The Disability Studies Reader* (3e éd., p. 266–273). Routledge.

Shildrick, M. (2008). Deciding on Death: Conventions and Contestations in the Context of Disability. *Journal of Bioethical Inquiry*, *5*(2–3), 209–219.

Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Jason Aronson.

Shraya, V. (2017). *I Want to Kill Myself*. https://vivekshraya.com/visual/i-want-to-kill-myself/.

Siebers, T. (2008). *Disability Theory*. University of Michigan Press.

Smith, W. J. (2000). *Culture of Death: The Assault on Medical Ethics in America*. Encounter Books.

Spade, D. (2011). *Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law*. South End Press.

Spivak, G. C. (1988). Can the Subaltern Speak? Dans C. Nelson & L. Grossberg (dir.), *Marxism and the Interpretation of Culture* (p. 271–313). University of Illinois Press. En français : *Les subalternes peuvent-elles parler ?* Trad. de J. Vidal. Amsterdam, 2020.

Staples, J. & Widger, T. (2012). Situating Suicide as an Anthropological Problem: Ethnographic Approaches to Understanding Self-Harm and Self-Inflicted Death. *Cultural, Medicine, and Psychiatry*, *36*, 183–203.

Stefan, S. (2016). *Rational Suicide, Irrational Laws: Examining Current Approaches to Suicide in Policy and Law*. Oxford University Press.

Stohlmann-Rainey, J. (2018, 9 août). Hegemonic Sanity and Suicide. *Mad in America*. https://www.madinamerica.com/2018/08/hegemonic-sanity-and-suicide/.

Stohlmann-Rainey, J. (2019, 4 août). How “Safe Messaging” Gaslights Suicidal People. *Mad in America*. https://www.madinamerica.com/2019/08/safe-messaging-gaslights-suicidal-people/.

Stolakis, K. (2021). *Pray Away* [DVD]. États-Unis.

Stryker, S. (2017). *Transgender History: The Roots of Today’s Revolution* (2e éd.). Seal Press.

Stryker, S. & Aizura A. Z. (dir.) (2013). *The Transgender Studies Reader 2*. Routledge.

Stryker, S. & Currah P. (dir.) (2014). Keywords. *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, *1*(1–2).

Stryker, S., Currah, P. & Moore, L. J. (2008). Introduction: Trans-, Trans, or Transgender? *Women’s Studies Quarterly*, *36*(3–4), 11–22.

Stryker, S. & Whittle S. (dir.) (2006). *The Transgender Studies Reader*. Routledge.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Stuckler, D. & Basu, S. (2013). *The Body Economic: Why Austerity Kills*. Basic Books.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. & McKee, M. (2009). The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis. *The Lancet*, *374*(9686), 315–323.

Sullivan, N. (2007). "The Price to Pay for Our Common Good": Genital Modification and the Somatechnologies of Cultural (In)Difference. *Social Semiotics*, *17*(3), 395–409.

Sullivan, N. (2009). Transsomatechnics and the Matter of "Genital Modifications." *Australian Feminist Studies*, *24*(60), 275–286.

Sullivan, N. & Murray, S. (dir.) (2009). Introduction. Dans *Somatechnics: Queering the Technologisation of Bodies* (p. 1–10). Ashgate.

Sullivan, S. & Tuana, N. (dir.) (2007). *Race and Epistemologies of Ignorance*. State University of New York Press.

Sumner, L. W. (2011). *Assisted Death: A Study in Ethics and Law*. Oxford University Press.

Szasz, T. (1999). *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide*. Praeger Publishers.

Szasz, T. (2008). *Suicide Prohibition: The Shame of Medicine*. Syracuse University Press.

Tack, S. (2019). The Logic of Life: Thinking Suicide through Somatechnics. *Australian Feminist Studies*, *34*(99), 46–59.

Tatz, C. & Tatz, S. (2019). *The Sealed Box of Suicide*. Springer.

Taylor, C. (2014). Birth of the Suicidal Subject: Nelly Arcan, Michel Foucault, and Voluntary Death. *Culture, Theory and Critique*, *56*(2), 187–207. https://doi.org/10.1080/14735784.2014.937820.

Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K. & De Deyn, P. P. (2015). Euthanasia Requests, Procedures and Outcomes for 100 Belgian Patients Suffering from Psychiatric Disorders: A Retrospective, Descriptive Study. *BMJ Open*, *5*, 1–8.

Thom, K. C. (2015). 8 Tips for Trans Women of Color Who Are Considering Suicide. *Everyday Feminism*. https://everydayfeminism.com/2015/11/for-trans-women-considering-suicide/.

Thom, K. C. (2019). *I Hope We Choose Love: A Trans Girl's Notes from the End of the World*. Arsenal Pulp Press.

Thorneycroft, R. (2020). Crip Theory and Mad Studies: Intersections and Points of Departure. *Canadian Journal of Disability Studies*, *9*(1), 91–121. En français : Théorie crip et études de la folie : Intersections et points de départ. *Canadian Journal of Disability Studies*, *10*(3), 2021, 225–267.

Tierney, T. F. (2006). Suicidal Thoughts Hobbes, Foucault and the Right to Die. *Philosophy and Social Criticism*, *32*(5), 601–638.

Tierney, T. F. (2010). The Governmentality of Suicide: Peuchet, Marx, Durkheim, and Foucault. *Journal of Classical Sociology*, *10*(4), 357–389.

Tierney, T. F. (2021). Euthanasia, Biopolitics, and Care of the Self. Dans S. Westwood (dir.), *Regulating the End of Life: Death Rights* (p. 156–169). Routledge.

Trans Lifeline. (2020). Why No Non-Consensual Active Rescue? In E. Dixon & L. L. Piepzna-Samarasinha (dir.), *Beyond Survival: Strategies and Stories from the Transformative Justice Movement* (p. 135–139). AK Press.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Trans Lifeline (2021). Principles. https://translifeline.org/about/#principles.

Trans PULSE Canada Team (2020). *Health and Health Care Access for Trans and NonBinary People in Canada*. https://transpulsecanada.ca/wp-content/uploads/2020/03/National_Report_2020-03-03_cc-by_FINAL-ua-1.pdf.

Trujillo, M. A., Perrin, P. B., Sutter, M., Tabaac, A. & Benotsch, E. G. (2017). The Buffering Role of Social Support on the Associations among Discrimination, Mental Health, and Suicidality in a Transgender Sample. *International Journal of Transgenderism*, *18*(1), 39–52.

Tuana, N. (2017). Feminist Epistemology: The Subject of Knowledge. Dans I. J. Kidd, J. Medina & G. Pohlhaus Jr. (dir.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* (p. 125–138). Routledge.

Turecki, G. (2018). Early-Life Adversity and Suicide Risk: The Role of Epigenetics. Dans M. Pompili (dir.), *Phenomenology of Suicide: Unlocking the Suicidal Mind* (p. 39–49). Springer.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. & Joiner, T. E., Jr. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600.

Varelius, J. (2015). Mental Illness, Lack of Autonomy, and Physician-Assisted Death. Dans M. Cholbi & J. Varelius (dir.), *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia* (p. 59–77). Springer.

Varelius, J. (2016). On the Moral Acceptability of Physician-Assisted Dying for Non-Autonomous Psychiatric Patients. *Bioethics*, *30*(4), 227–233.

Veale, J. F., Watson, R. J., Peter, T. & Saewyc, E. M. (2017). The Mental Health of Canadian Transgender Youth Compared with the Canadian Population. *Journal of Adolescent Health*, *60*(1), 44–49.

Wardlaw, M. P. (2010). The Right-to-Die Exception: How the Discourse of Individual Rights Impoverishes Bioethical Discussions of Disability and What We Can Do About It. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, *3*(2), 43–62.

Webb, D. (2011). *Thinking About Suicide: Contemplating and Comprehending the Urge to Die*. PCCS Books.

Wedlake, G. (2020). Complicating Theory Through Practice: Affirming the Right to Die for Suicidal People. *Canadian Journal of Disability Studies*, *9*(4), 89–110.

Wendell, S. (1996). *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*. Routledge.

Wendell, S. (2001). Unhealthy Disabled: Treating Chronic Illnesses as Disabilities. *Hypatia*, *16*(4), 17–33.

Werth, J. L., Jr. (1996). *Rational Suicide? Implications for Mental Health Professionals*. Taylor and Francis.

Werth, J. L., Jr. (1998). Using Rational Suicide as an Intervention to Prevent Irrational Suicide. *Crisis*, *19*(4), 185–192.

Werth, J. L., Jr. (dir.) (1999). Introduction to the Issue of Rational Suicide. Dans *Contemporary Perspectives on Rational Suicide* (p. 1–9). Brunner/Mazel.

Westwood, S. (2021). Embodiment, Choice and Control at the Beginning and Ending of Life: Paradoxes and Contradictions. A Provocation. Dans S. Westwood (dir.), *Regulating the End of Life: Death Rights* (p. 219–236). Routledge.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Wexler, L. M. & Gone, J. P. (2016). Exploring Possibilities for Indigenous Suicide Prevention: Responding to Cultural Understandings and Practices. Dans J. White, I. Marsh, M. J. Kral & J. Morris (dir.), *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* (p. 56–70). University of British Columbia Press.

Whitaker, R. (2018, August 6). Suicide in the Age of Prozac. *Mad in America*. https://www.madinamerica.com/2018/08/suicide-in-the-age-of-prozac/.

White, J. (2012). Youth Suicide as a "Wild" Problem: Implications for Prevention Practice. *Suicidology Online*, *3*, 42–50.

White, J. (2015a). Qualitative Evidence in Suicide Ideation, Attempts, and Suicide Prevention. Dans K. Olson, R. A. Young & I. Z. Schultz (dir.), *Handbook of Qualitative Health Research for Evidence-Based Practice* (p. 335–354). Springer.

White, J. (2015b). Shaking Up Suicidology. *Social Epistemology Review and Reply Collective*, *4*(6), 1–4.

White, J. (2016). Reimagining Youth Suicide Prevention. Dans J. White, I. Marsh, M. J. Kral & J. Morris (dir.), *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* (p. 244–263). University of British Columbia Press.

White, J. (2017). What Can Critical Suicidology Do? *Death Studies*, *41*(8), 472–480.

White, J. (2020a). Hello Cruel World! Embracing a Collective Ethics for Suicide Prevention. Dans M. E. Button & I. Marsh (dir.), *Suicide and Social Justice: New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention* (p. 197–210). Routledge.

White, J. (2020b). Suicidology Is for Cutting: Epistemic Injustice and Decolonial Critiques. *Social Epistemology Review and Reply Collective*, *9*(5), 75–81.

White, J. & Kral, M. J. (2014). Re-Thinking Youth Suicide: Language, Culture, and Power. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, *6*(1), 122–142.

White, J., Marsh, I., Kral, M. J. & Morris, J. (dir.) (2016a). *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century*. University of British Columbia Press.

White, J., Marsh, I., Kral, M. J. & Morris, J. (dir.) (2016b). Introduction: Rethinking Suicide. Dans *Critical Suicidology: Transforming Suicide Research and Prevention for the 21st Century* (p. 1–11). University of British Columbia Press.

White, J. & Morris, J. (2019). Re-Thinking Ethics and Politics in Suicide Prevention: Bringing Narrative Ideas into Dialogue with Critical Suicide Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(18), 1–13.

White, J. & Stoneman, L. (2012). Thinking and Doing Prevention: A Critical Analysis of Contemporary Youth Crime and Suicide Prevention Discourses. *Child and Youth Services*, *33*(2), 104–126.

Wicks, E. (dir.) (2016). The Law and Ethic of Assisted Dying: Is There a Right to Die? Dans *Human Rights and Healthcare* (p. 253–274). Hart Publishing.

Ce PDF a été mis à jour le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/livre/DLS.html

Wieseler, C. (2016). Objectivity as Neutrality, Nondisabled Ignorance, and Strong Objectivity in Biomedical Ethics. *Social Philosophy Today*, *32*, 85–106.

Wieseler, C. (2020). Epistemic Oppression and Ableism in Bioethics. *Hypatia*, *35*(4), 714–732.

Wildhood, M. (2018, 25 octobre). Suicide Hotlines, Risk Assessment and Rights: Whose Safety Matters? *Mad in America*. https://www.madinamerica.com/2018/10/national-suicide-hotline-whose-safety-matters.

Wilson, K. (2018). The Call for the Abolition of Mental Health Law: The Challenges of Suicide, Accidental Death and the Equal Enjoyment of the Right to Life. *Human Rights Law Review*, *18*, 651–688.

Wilson, T. A. (2016, 12 décembre). How Being Black and Queer Made Me Unapologetically Suicidal. *HuffPost*. https://www.huffpost.com/entry/how-being-black-queer-made-me-unapologetically-suicidial_b_584ea3fde4b01713310512a2.

Winters, K. (2006). Gender Dissonance: Diagnostic Reform of Gender Identity Disorder for Adults. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, *17*(3–4), 71–89.

Wipond, R. (2020, November 29). Suicide Hotlines Bill Themselves as Confidential—Even as Some Trace Your Call. *Mad in America*. https://www.madinamerica.com/2020/11/suicide-hotlines-trace-your-call/.

Witten, T. M. (2014). End of Life, Chronic Illness, and Trans-Identities. *Journal of Social Work in End-of-Life and Palliative Care*, *10*(1), 34–58.

Wray, M., Colen, C. & Pescosolido, B. (2011). The Sociology of Suicide. *Annual Review of Sociology*, *37*, 505–528.

Wray, M., Poladko, T. & Vaughan Allen, M. (2011). Suicide Trends in Nevada, 1999–2009. Dans D. N. Shalin (dir.), *The Social Health of Nevada: Leading Indicators and Quality of Life in the Silver State* (p. 1–28). UNLV Center for Democratic Culture. https://www.academia.edu/2647746/Suicide_Trends_in_Nevada_An_Update.

Wright, C. (2018, June 10). Learning to Live with Wanting to Die. *The Body Is Not an Apology*. https://thebodyisnotanapology.com/magazine/learning-to-live-with-wanting-to-die/.

Young, R. (2020). Voluntary Euthanasia. Dans E. N. Zalta (dir.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. https://plato.stanford.edu/archives/spr2020/entries/euthanasia-voluntary/.

Yue, E. (2021). Who Is the Migrant in “Migrant Suicide”? *Kohl: A Journal for Body and Gender Research*, *7*(1), 69–73.

Burn˜Août remercie Claude Rioux pour sa complicité, Alaric Garnier pour son regard sur la maquette du format broché et Frédérique Pino pour ses conseils de fabrication.

Ce PDF a été mis à jour
le 17/02/26 à 11 h 13.

https://editionsburnaout.fr/publication/
livre/DLS.html

# Colophon

Traduction : Philippe Blouin.
Titre original : *Undoing Suicidism. A Trans, Queer, Crip Approach to Rethinking (Assisted) Suicide*.
Publication originale en 2023 par Temple University Press, Philadelphie.
Publié sous licence CC BY-NC-SA.

## Version imprimeur

Une version papier de *Défaire le suicidisme : Une approche trans, queer et crip du suicide (assisté)*, mise en page avec InDesign et imprimée en Offset sur Rives Tradition natural white 250 g/m$^2$, Holmen Book Extra main de 2 Blanc PEFC 65 g/m$^2$ en 2 000 exemplaires lors du premier tirage par Corlet Imprimeur (ZI, rue Maximilien Vox, 14110 Condé-en-Normandie), reliée en dos carré collé, et distribuée par Paon Serendip est parue en février 2026 avec l'ISBN suivant : 978-2-49353-428-6.

## Versions A4, A5 et A5 imposée

Design graphique en web-to-print par Amélie Dumont.
La famille de caractères utilisée pour composer ces différents PDF est la Full~Times. Ce projet est le fruit d'une collaboration entre la dessinatrice de caractères Amélie Dumont et les éditions Burn~Août.
Ces fichiers sont à télécharger depuis la version « desktop » de notre site. Ils ont été produits grâce à WeasyPrint à partir du contenu de notre site web, lui-même généré avec Pelican depuis une base de données en AsciiDoc. Le code source est entièrement disponible sur notre dépôt GitLab sous une licence libre. Les fichiers InDesign à l'origine de cette publication ont été convertis en AsciiDoc avec OutDesign.