

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

UN MODÈLE ÉCOLOGIQUE POUR MIEUX COMPRENDRE
LE SUICIDE CHEZ LES AUTOCHTONES : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ARLENE LALIBERTÉ

FÉVRIER 2007



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-30327-6
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-30327-6

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement mon directeur de thèse, Michel Tousignant, Ph.D. Merci Michel d'avoir vu mon potentiel et de m'avoir aidé à développer mon autonomie. Je tiens à remercier les répondants pour leur précieuse collaboration et les leaders des communautés participantes de m'avoir si bien accueilli. Je remercie mon mentor, Lucie Charbonneau, Ph.D. Chère tante Lucie, à tes côtés, je suis devenue plus confiante, plus patiente et plus positive. Avec toi, « servir la science » était en effet une joie! Je remercie également mes collègues et mes amis(es) pour leur présence et leur soutien. Un gros merci à Georgia et Geneviève. Les filles, c'est à vous que je racontais mes joies, mes peines et mes angoisses. Vous avez travaillé fort! Merci.

Je suis très reconnaissante envers ma famille. Papa Sam and Jeff, thank you for your encouragements. Bryan, thank you for always being there and especially for making me laugh. Dad, tu m'as donné ta force de caractère. Tu m'as appris à rêver et à prendre les moyens pour aller jusqu'au bout. Tu vois, je t'écoute des fois. Mom, you gave me your unconditional love and helped me to believe in myself. Thank you both so much for being the parents you are. Je tiens à remercier le documentaliste du CRISE, Charles Cardinal, MBSI, pour le soutien informationnel apporté à cette thèse. Mais je remercie Charles surtout pour tout le soutien donné en dehors de ses fonctions de bibliothécaire. Merci mon beau Charles. Tu as rendu ce parcours tellement plus intéressant et amusant! Merci pour tous les plaisirs quotidiens, pour ta patience, ta générosité, tes encouragements, ton écoute. Merci d'être un compagnon de vie exceptionnel, un père engagé et un papa extraordinaire pour nos deux mousses.

Je dédie ma thèse à mes enfants, Daphnée et Laurent. Mon soleil et ma lune, vous êtes les astres de lumière qui guident mes pas.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	IX
RÉSUMÉ.....	X
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I BASES HISTORIQUES.....	5
1.1. PREMIÈRES NATIONS.....	5
1.2. DIVERSITÉ DES GROUPES.....	6
1.3. LA PLACE DES AUTOCHTONES.....	8
1.4. LES AUTOCHTONES : UN PEUPLE FAIT DÉPENDANT.....	9
CHAPITRE II PRÉVALENCE DU SUICIDE, HIER ET AUJOURD’HUI.....	13
2.1. LE SUICIDE, UN PHÉNOMÈNE RARE DANS LE PASSÉ.....	13
2.2. LE SUICIDE CIRCONSCRIT CULTURELLEMENT.....	14
2.3. LE PORTRAIT ACTUEL DU SUICIDE CHEZ LES AUTOCHTONES.....	15
2.3.1. <i>L’ampleur de la problématique.....</i>	<i>15</i>
2.3.2. <i>L’inégalité des taux de suicide selon les Nations.....</i>	<i>17</i>
2.3.3. <i>Le suicide et les jeunes.....</i>	<i>17</i>
2.3.4. <i>Le ratio hommes-femmes.....</i>	<i>18</i>
2.3.5. <i>Les biais statistiques.....</i>	<i>19</i>
2.3.6. <i>Le sous-enregistrement.....</i>	<i>19</i>
2.3.7. <i>La prévalence des tentatives de suicide et d’idéations suicidaires.....</i>	<i>20</i>
2.4. SYNTHÈSE.....	23

CHAPITRE III THÉORIES DU SUICIDE DES AUTOCHTONES ET FACTEURS DE RISQUES.....	25
3.1. MODÈLES EXPLICATIFS.....	25
3.1.1. <i>Réponse aux traumatismes historiques</i>	26
3.1.2. <i>Modèle d'acculturation</i>	27
3.1.3. <i>Modèle de la pathogenèse sociopolitique</i>	31
3.1.3. <i>Théorie de l'intégration sociale de Durkheim</i>	34
3.1.4. <i>Modèle intégratif des facteurs individuels et sociétaux du suicide</i>	35
3.1.4. <i>Modèle écologique</i>	37
3.2. FACTEURS RELIÉS AUX PENSÉES ET GESTES SUICIDAIRES	39
3.3. FACTEURS RELIÉS AU SUICIDE	40
3.3.1. <i>Facteurs macrosociaux</i>	40
3.3.2. <i>Changements sociaux et identité culturelle</i>	41
3.3.3. <i>Âge et sexe</i>	44
3.3.4. <i>Moyen</i>	44
3.3.5. <i>Détention</i>	45
3.3.5. <i>Troubles psychiatriques</i>	45
3.3.6. <i>Alcool</i>	47
3.3.7. <i>Événements de vie</i>	50
3.3.8. <i>Facteurs familiaux</i>	51
3.3.9. <i>Rejet / abandon</i>	52
CHAPITRE IV SYNTHÈSE, OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE	54
4.1. SYNTHÈSE	54
4.2. OBJECTIFS	58
4.3. QUESTIONS DE RECHERCHE	59
CHAPITRE V MÉTHODOLOGIE	60
5.1. TYPE D'ÉTUDE.....	60
5.2. COMMUNAUTÉS.....	65
5.2.1. <i>Profils sociodémographiques des communautés</i>	68
5.3. RECRUTEMENT	70
5.4. RÉPONDANTS.....	71
5.5. RAPPORTS DU CORONER	71
5.6. LES CAS	72

5.7.	INSTRUMENTS.....	72
5.7.1.	<i>Les facteurs contextuels</i>	73
5.7.2.	<i>Les événements et difficultés de vie</i>	73
5.7.3.	<i>Les expériences de l'enfance</i>	77
5.8.	ABSENCE DE GROUPE CONTRÔLE.....	82
5.9.	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	83
CHAPITRE VI RÉSULTATS I : CONTEXTE COMMUNAUTAIRE DES SUICIDES		85
6.1.	ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE	85
6.2.	FACTEURS CONTEXTUELS	89
6.3.	SÉRIES DE SUICIDES COMMUNAUTAIRES.....	94
CHAPITRE VII RÉSULTATS II : ANALYSE DE 30 CAS DE SUICIDE.....		99
7.1.	CARACTÉRISTIQUES.....	100
7.1.1.	<i>Âge et sexe</i>	100
7.1.2.	<i>Statut marital et situation d'habitation</i>	100
7.1.3.	<i>Occupation</i>	100
7.1.4.	<i>Moyen de suicide</i>	101
7.2.	FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS	101
7.2.1.	<i>Incarcération</i>	101
7.2.2.	<i>Tentatives de suicides antérieures</i>	102
7.2.3.	<i>Troubles psychiatriques</i>	102
7.2.4.	<i>Alcool et drogue</i>	103
7.3.	ÉTAT MENTAL AU MOMENT DU SUICIDE	106
7.3.1.	<i>Enivrement</i>	106
7.3.2.	<i>Impulsivité apparente</i>	106
7.4.	SÉRIES DE SUICIDES COMMUNAUTAIRES.....	109
7.4.1.	<i>Séries de suicides familiales</i>	109
7.5.	ÉVÉNEMENTS VÉCUS DURANT LA DERNIÈRE ANNÉE	110
7.5.1.	<i>Nature de l'événement précipitant</i>	113
7.6.	RÉSULTATS DES ANALYSES DES INTERACTIONS PARENT-ENFANT.....	119
7.6.1.	<i>La dysfonction familiale</i>	124
7.7.	PRÉSENTATION DE CAS-TYPES	125

CHAPITRE VIII DISCUSSION	132
8.1. UNE PERSPECTIVE ÉCOLOGIQUE POUR MIEUX COMPRENDRE LE SUICIDE DES AUTOCHTONES.....	132
8.2. PROFIL COMMUNAUTAIRE : L'ENVIRONNEMENT DES RÉSERVES INDIENNES EST-IL PATHOGÈNE?.....	134
8.2.1. <i>Séries de suicides communautaires : influence sociale à l'œuvre?</i>	136
8.2.2. <i>Conséquences des suicides sur les communautés et effets des communautés sur les suicides.</i>	137
8.3. DESCRIPTION DES CAS : CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET LE REFLET DE COMMUNAUTÉS MAL EN POINT	139
8.3.1. <i>Âge et sexe</i>	139
8.3.2. <i>Statut marital et situation d'habitation</i>	140
8.3.3. <i>Occupation</i>	140
8.3.4. <i>Moyens de suicide</i>	141
8.3.5. <i>Présence de témoins : aspects de vengeance et de réparation</i>	141
8.4. FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS : SUICIDES PROGRESSIFS?	143
8.4.1. <i>Incarcération au moment du suicide</i>	143
8.4.2. <i>Troubles psychiatriques</i>	144
8.4.3. <i>Alcool et drogue</i>	145
8.5. ÉTAT MENTAL AU MOMENT DU SUICIDE	146
8.5.1. <i>Intoxication : souffrances amplifiées par l'alcool?</i>	146
8.5.2. <i>Impulsivité apparente : résultat d'une suicidalité dormante?</i>	147
8.6. ÉVÉNEMENTS DE VIE	149
8.6.1. <i>Nature et fréquence des événements</i>	149
8.6.2. <i>Nature de l'événement précipitant : Humiliation/Rejet</i>	150
8.7. INTERACTIONS PARENT-ENFANT À L'ENFANCE : POINT DE DÉPART D'UNE TRAJECTOIRE AUTODESTRUCTRICE?	153
8.7.1. <i>Rejet / abandon</i>	153
8.7.2. <i>Dysfonction familiale</i>	154
8.7.3. <i>Consommation abusive des parents : impacts pernicioeux sur le développement de l'enfant</i>	156
8.8. CONCENTRATION SUR LES CHANGEMENTS CULTURELS : UN CUL-DE-SAC POUR LA PRÉVENTION?.....	158
8.9. VERS UNE THÉORIE DU PROBLÈME UTILISABLE POUR LA PRÉVENTION	160

8.10.	RÉSULTATS SECONDAIRES	162
8.10.1.	<i>Traumas</i>	162
8.10.2.	<i>Bidirectionnalité de la violence conjugale</i>	163
8.11.	LES LIMITES DE CETTE ÉTUDE	164
8.12.	LES FORCES DE CETTE ÉTUDE	166
8.12.1.	<i>Sur le plan méthodologique</i>	166
8.12.2.	<i>Sur le plan des connaissances</i>	167
8.12.3.	<i>Sur le plan communautaire</i>	168
8.12.4.	<i>Sur le plan de la prévention</i>	169
	CONCLUSION	175
	RÉFÉRENCES	178
	ANNEXE 1 FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	194
	ANNEXE 2 CECA	195
	ANNEXE 3 LEDS	203
	ANNEXE 4 GRILLE D'ENTREVUE ETHNOGRAPHIQUE	221

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1 Caractéristiques sociodémographiques des communautés autochtones participantes, de l'ensemble des Autochtones du Québec et du Québec.	69
2 Distribution des suicides des quatre communautés participantes pour la période de 1990 à 2003 par catégories d'âges.....	88
3 Description des cas	105
4 Circonstances du suicide.....	108
5 Événements sévères et modérément sévères vécus durant la dernière année de vie.	111
6 Difficultés sévères et modérément sévères vécues durant la dernière année de vie.	112
7 Description des derniers événements codifiés « humiliation-simple » incluant la dimension « atteinte à la réputation sociale ».	114
8 Description des derniers événements « humiliation/séparation » incluant la dimension « atteinte à la réputation sociale ».	116
9 Description des derniers événements ne comportant pas de dimension d'humiliation.	118

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1 Cadre pour comprendre le processus d'acculturation aux niveaux du groupe et de l'individu.....	29
2 Quatre alternatives d'acculturation en relation avec deux questions.....	30
3 Pathogenèse sociopolitique de la maladie	32
4 Modèle intégratif des facteurs individuels et sociétaux du suicide	36
5 Liens entre les suicides d'une série dans la communauté de Des Boisées	96
6 Liens entre les suicides d'une série dans la communauté de Des Rivières	98

RÉSUMÉ

Depuis une trentaine d'années, le taux de suicide de plusieurs communautés autochtones connaît une hausse constante. Des études suggèrent que le niveau de détresse ou de fonctionnement familial est un élément essentiel dans l'étiologie du suicide parmi les Autochtones, mais sans préciser davantage. Les événements de vie jouent un rôle dans le suicide des Autochtones et il est soupçonné que parmi plusieurs adultes décédés par suicide, un rejet d'une personne significative a précipité le geste suicidaire. Cependant, la majorité des données disponibles sur le suicide en milieu autochtone sont dérivées d'études sur des agrégats. Aucune étude n'a examiné de façon précise les situations à l'enfance possible de créer une vulnérabilité au suicide, les événements de vie vécus précédant le suicide, ni comment ces événements et les circonstances contextuelles convergent pour créer une dynamique suicidaire chez un individu vivant en milieu autochtone. Pour pallier à ces lacunes, cette étude exploratoire fait la chronologie par analyse rétrospective et selon une perspective écologique de la trajectoire de vie d'Autochtones décédés par suicide. Plus précisément, les objectifs de cette recherche consistent à 1) établir le profil des communautés participantes comprenant les données sociodémographiques, le taux de suicide, l'opinion de certains intervenants et dirigeants sur la situation vécue au sein de ces dernières et les liens interpersonnels entre certains suicides; 2) présenter les caractéristiques des cas de suicides recensés, 3) analyser les événements de vie survenus durant la dernière année de la vie des cas, soit la nature et la fréquence de ceux-ci et plus précisément, vérifier si les cas ont subi un rejet important d'une personne significative peu de temps précédant leur suicide et 4) analyser les situations familiales vécues durant l'enfance des cas, à savoir s'ils ont vécu au sein d'une famille pouvant être qualifiée de dysfonctionnelle et plus précisément, vérifier si les cas ont subi un rejet important de la part d'une figure parentale.

La recherche est entreprise dans quatre communautés autochtones du Québec, comptant entre 1 000 et 1 700 habitants. Les cas sont tous les Autochtones adultes (18 ans et plus) décédés par suicide entre 1983 et 2002, issus d'une des quatre communautés préalablement ciblées pour lesquels un répondant a pu être identifié.

Les répondants ciblés pour cette étude sont les membres de la famille immédiate de la personne décédée par suicide. Les données sur les événements vécus durant la dernière année de vie et les situations familiales à l'enfance sont collectées par le biais de deux entrevues semi-structurées, soit le Life Events and Difficultés Schedule (LEDS) et le Child Experience of Care and Abuse (CECA). Les dossiers du coroner et les rapports de police sont examinés afin de corroborer les informations. L'analyse des données est soutenue par les instruments et comprend une analyse descriptive des caractéristiques des cas, une analyse approfondie des événements et difficultés de vie vécus durant les 12 mois précédant le décès ainsi que l'évaluation des attitudes et des soins parentaux, des pertes et des expériences précoces d'adversités vécus au cours de l'enfance. L'analyse comprend également une analyse socio-historique descriptive des communautés participantes.

Les résultats de cette étude renseignent, entre autres, sur les nombreux stressés qu'ont dû affronter les cas au cours de leur vie et les stratégies adoptées par les cas pour y faire face. La typologie élaborée renforce la notion de l'existence de plus d'un type de trajectoire menant au suicide, soutenant la nécessité d'approfondir les connaissances sur ce sujet par d'autres études plus précises. Le taux de suicide élevé et le contexte communautaire délétère témoignent d'un milieu de vie dans lequel les freins à l'épanouissement individuel et collectif abondent. Les détails des événements de vie vécus durant l'année précédant le suicide indiquent la présence de stressés importants aux plans familial, conjugal et individuel. Les caractéristiques des cas informent que la majorité d'entre eux s'engagent dans des comportements autodestructeurs, tel l'abus de substances prohibées, et parfois, dès un très jeune âge. Ces comportements peuvent s'interpréter comme l'expression d'un malaise profond présent depuis plusieurs années. L'analyse des interactions parent-enfant à l'enfance suggère que le milieu familial d'origine peut créer une vulnérabilité importante qui amène l'individu à s'engager dans cette trajectoire autodestructrice en adoptant des comportements à risque. En ce qui concerne les circonstances entourant le décès, la grande majorité des suicides ont lieu dans les heures suivant le dernier événement grave, aux petites heures du matin, alors que les personnes sont en état d'ébriété. La fenêtre permettant une intervention de crise est très étroite et les intervenants formés ne sont généralement pas disponibles à ces moments. Par contre, ces données appuient une prévention précoce du suicide en soutenant une croissance saine de l'enfant et un soutien aux parents. La famille doit être un lieu sécuritaire et sécurisant pour les enfants ce qui leur permettra de devenir des adultes résilients et épanouis. Les efforts de prévention du suicide doivent donc se concentrer sur les familles actuelles dans le but de les aider à développer des adultes sains et heureux.

Mots clés : Autochtone, Premières Nations, suicide, autopsie psychologique, événement de vie, expérience précoce d'adversité, modèle écologique

INTRODUCTION

« Suicide : nom masculin, du latin *sui*, *de soi* et *caedere*, *tuer*. Acte de se donner soi-même la mort. » Telle est la définition du Petit Larousse (1999). Devant une telle définition, on peut se demander pourquoi une personne voudrait se donner elle-même la mort? Or, le suicide est présent de tout temps et dans presque toutes les civilisations. Il est rapporté dans la littérature, fait partie du folklore et est inscrit dans les diverses cultures où il obéit à des règles propres à chacune de ces cultures. Il transcende les classes sociales, les sexes et les âges. Le Robert (2002), apporte un éclaircissement dans sa définition du suicide : « Action de causer volontairement sa propre mort (ou de le tenter), pour échapper à une situation psychologique intolérable, lorsque cet acte, dans l'esprit de la personne qui le commet, doit entraîner à coup sûr la mort. » On se suicide donc pour échapper à une situation psychologique intolérable. Shneidman (1993) avance que les individus qui se suicident éprouvent une souffrance psychologique intolérable, une constriction cognitive et un rétrécissement de leurs perceptions causant une vision en tunnel et affectant leur capacité de voir les options ou solutions qui leur sont disponibles et les empêchant de choisir de façon appropriée. On peut alors se demander quelles situations peuvent être à ce point intolérables que la seule solution envisagée soit la mort? Ainsi, à la lumière de définitions simples du suicide, intuitivement, spontanément, nous sommes incités à rechercher des événements précipitant le suicide ou l'accumulation

d'événements ayant conduit l'individu à cette vision en tunnel évoquée par Shneidman.

Dans le contexte de son rôle dans l'étiologie de troubles psychiques ou du suicide, un événement est la forme la plus sévère d'un incident qui est « n'importe quel changement retraçable dans le temps, ou un écart de la routine quotidienne susceptible de provoquer une réaction émotionnelle chez la plupart des gens, soit de nature positive ou négative, sans que cette réaction soit aussi forte que dans le cas d'un événement de vie. L'événement de vie est la forme la plus sérieuse d'un incident, susceptible de causer une réaction de stress importante. » (Tousignant et Harris, 2001 p.10). Cependant, une accumulation d'événements de vie est-elle suffisante en soi pour provoquer le suicide? Shneidman poursuit sa définition du suicide en avançant que le suicide est défini comme un « acte à facettes multiples renfermant la présence d'éléments biologiques, culturels, sociologiques, interpersonnels, intra psychiques, logiques, conscients et inconscients et philosophiques [...] Dans la distillation de chaque suicide, l'élément essentiel en est un psychologique, c'est-à-dire, chaque drame suicidaire a lieu dans l'esprit, dans la tête d'un individu unique »¹. Shneidman introduit la notion de la multifactorialité du suicide, laquelle revêt une importance notable. Il n'existe pas qu'une cause au suicide, chaque « drame suicidaire » est l'aboutissement d'une convergence de situations et de facteurs (Shneidman, 1993). Les événements de vie peuvent donc précipiter le geste suicidaire, mais d'autres éléments sont en jeu pour créer ce « drame psychologique » chez un individu.

Dans son éloquent effort pour cerner la définition du suicide, Shneidman indique que bien qu'individuel, le suicide a lieu dans une niche culturelle qui a invariablement une influence sur l'expression de la suicidalité de ses membres. Tousignant et Mishara (1981) affirment que lorsque le suicide est considéré sous un

¹ Shneidman (1993) Traduction libre

angle culturel, les taux de suicide deviennent alors des indicateurs de la qualité de vie générale de cette culture ou de cette nation et on tend à utiliser ces taux comme les indices d'une société malade. Ceci est notamment la perception générale des peuples Autochtones. En effet, dans certaines communautés autochtones, les décès par suicide se multiplient de façon alarmante. Dans certains dispensaires de services de santé sur des réserves autochtones au Québec, les soins offerts suite à des tentatives de suicide sont tellement fréquents qu'on ne compte plus le nombre de tentatives². Mieux comprendre les déterminants menant au suicide parmi les membres des Premières Nations est devenu, depuis quelques années, un urgent besoin de santé publique. Par contre, les écrits scientifiques affichent des lacunes considérables dans l'explication de ce phénomène (Cutcliffe, 2005; Olson et Wahab, 2006).

Selon Tousignant (1998), étudier le suicide dans les petites sociétés comporte de nombreux avantages car celles-ci nous offrent une perspective unique pour améliorer notre compréhension de la problématique. Cela est vrai également pour l'étude du suicide dans les communautés autochtones. Les membres d'une même communauté autochtone représentent un groupe relativement homogène, partagent une histoire de colonialisme et de ses conséquences qui perdurent dans le temps, ont les mêmes repères culturels et communautaires, sont soumis relativement aux mêmes conditions socio-économiques et ce, dans des villages d'à peine plus de 1500 personnes dans lesquels on peut présumer des liens interpersonnels à des degrés divers entre presque tous les membres les constituant. Ces facteurs offrent un point de vue unique pour l'étude du suicide. La présente étude propose d'examiner le phénomène du suicide dans quatre communautés autochtones du Québec.

Cette thèse de doctorat veut contribuer à la compréhension du suicide chez les Autochtones, en examinant les situations de vie qui, pour certaines personnes, ont été

² Affirmation d'un directeur de service de santé d'une Nation Autochtone du Québec, regroupant trois communautés.

jugées suffisamment intolérables pour qu'elles causent volontairement leur propre mort. Pour ce faire, on établira un portrait de la communauté afin de situer les cas individuels (des Autochtones adultes décédés par suicide) dans leur contexte social plus large. Les événements de la dernière année de la vie, ainsi que les situations familiales à l'enfance seront analysés en utilisant la méthode d'autopsie psychologique.

Le premier chapitre présente un bref survol historique afin de camper la situation actuelle des Autochtones dans le contexte « historico-socio-politique » dans lequel elle s'inscrit. Le deuxième chapitre présente une certaine évolution de la problématique du suicide et de la prévalence actuelle du suicide, des idéations suicidaires et des tentatives de suicide parmi les Autochtones du Canada et des États-Unis. Le troisième chapitre propose une synthèse des données scientifiques disponibles sur le suicide des Autochtones, aussi bien des modèles explicatifs, des principales recherches sur les événements et difficultés de vie et le suicide ainsi que des études sur le rôle de la famille d'origine dans le suicide et plus précisément du rôle du rejet dans l'étiologie du suicide. Le quatrième chapitre présentera les objectifs de la recherche, ainsi que les questions spécifiques. La méthodologie utilisée figure au cinquième chapitre où l'on détaillera le profil sociodémographique des communautés, les sujets proposés pour cette étude, les instruments de cueillette de données utilisés ainsi que les analyses effectuées. Les résultats établissant le portrait des communautés seront offerts au chapitre six et incluent les taux de suicide, les opinions de répondants clés quant aux situations vécues dans leur communauté et la description des séries de suicides. Les résultats des analyses des cas spécifiques figurent dans le chapitre sept. Un chapitre de discussion suivra, mettant en lien les résultats de la présente recherche avec les données existantes et présentant les limites et les forces de cette étude, ainsi que les pistes de prévention qui s'en dégagent. Enfin, la conclusion résume brièvement les points saillants de cette étude.

CHAPITRE I

BASES HISTORIQUES

1.1. Premières Nations

Avant l'arrivée des Européens sur le continent américain, les Autochtones des Amériques habitaient ce territoire depuis 15 000 à 18 000 ans. Les peuples Autochtones seraient arrivés sur le continent américain en provenance de l'Asie, par le Détroit de Béring. Cette hypothèse est appuyée par des preuves archéologiques, linguistiques, anthropologiques et biologiques. Selon certains théoriciens, il y aurait eu trois ou quatre vagues de migration alors que d'autres soutiennent que les données disponibles ne permettent pas de reconnaître des migrations particulières (Waldram, Herring, et Young, 1995). Les peuples Autochtones eux-mêmes ont leur propre version de leur présence sur le continent, impliquant une « création », plus ou moins à l'endroit où ils se trouvent présentement (Waldram et al., 1995). Leur « genèse » était transmise de génération en génération par les mythes et les légendes. Un « Autochtone » est une personne « née de la terre elle-même » (Petawabano, Gourdeau, Jourdain, Palliser-Tulugak et Cossette, 1994). Dans ce texte, un Autochtone est un descendant des premiers habitants du continent et comprend les Inuits, les Métis et les membres des Premières Nations. Les Inuits sont les habitants de l'extrême Nord du Québec et du Canada et sont régis par des lois différentes des autres groupes autochtones. Les Métis sont un groupe spécifique, habitant l'Ouest canadien, et sont également régis par des lois différentes. Les « Premières Nations », nomenclature préférée par ce groupe ou son synonyme « Amérindien », désignent les

Autochtones habitant plus au sud du pays et régis par la *Loi sur les Indiens*. « Indien d'Amérique » est le terme utilisé pour désigner les Autochtones habitant aux États-Unis, alors que l'utilisation du terme « Aborigène » fait généralement référence aux Autochtones de l'Australie. Au Canada et au Québec, les Autochtones se regroupent en « Nations », comprenant habituellement plusieurs communautés.

Les premières traces de présence humaine sur le territoire québécois remontent à environ 8 500 ans et se situaient dans l'extrême sud de la province (Beaulieu, 1997). Hormis les descriptions des explorateurs et des Jésuites, nous savons peu de choses sur ces habitants du territoire avant l'arrivée des Européens. Effectivement, la tradition orale n'était guère garante de la perpétuation des enseignements traditionnels lorsque sont survenus les bouleversements connus par les Premières Nations lors de la colonisation du territoire québécois. Quelques artefacts font foi d'une présence humaine sur le territoire, laissant peu de possibilités toutefois, de reconstruire la quotidienneté des ancêtres des Autochtones, même aux archéologues les plus chevronnés.

1.2. Diversité des groupes

Il est clair que de parler de «la» culture autochtone est une erreur importante. Par exemple, avant l'arrivée des Européens sur le continent, il y avait des milliers de Nations Autochtones autonomes, réparties sur le territoire qui deviendra le Canada. Au moment du contact, au XV^e siècle, on pouvait compter jusqu'à une soixantaine de langues différentes parlées par les groupes Autochtones, regroupées en onze familles linguistiques différentes (Waldram et al., 1995). De nos jours, les peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis comprennent environ un million de membres au Canada, soit 4% de la population, se regroupant dans près de 600 bandes et habitant sur 2 284 réserves (Kirmayer, Brass et Tait, 2000). Le Québec compte

près de 80 000 membres des Premières Nations, regroupés dans 10 Nations comptant 42 réserves, et Inuits, répartis dans 16 communautés (Affaires Indiennes et du Nord du Canada [AINC], 1999). Les groupes autochtones ont forgé des cultures distinctes, témoignant une spiritualité, des rites et des langues différentes ainsi que des structures sociales distinctes régissant le fonctionnement de leur groupe.

Bien que les Autochtones du Canada et d'ailleurs présentent souvent un front politique commun (Kirmayer et al., 2000), tenter de les définir comme un peuple ou une culture homogène est également fallacieux. En effet, vivant de la nature et adaptés à leur environnement, la diversité culturelle des Autochtones est attribuable en partie aux milieux écologiques différents dans lesquels ils ont évolué (Beaulieu, 1997). Certains nomades parcouraient le nord et le centre du territoire québécois. Ils vivaient de chasse, de pêche et de cueillette, suivant le gibier par groupes de quelques familles et se réunissaient, souvent l'été, en plus grands groupes pour festoyer et échanger avec d'autres membres de leur clan élargi ou d'autres groupes beaucoup plus éloignés. D'autres, plus au sud, sédentaires, vivaient de l'agriculture du maïs, des courges et des légumineuses, du tabac et du tournesol (Beaulieu, 1997). Ils produisaient des œuvres d'art parfois très élaborées qui servaient une culture riche en symboles et en représentations abstraites.

Le clan ou la bande et plus particulièrement la famille sont au cœur de la conception du monde des Autochtones. Alors qu'aux États-Unis la «tribu» est subdivisée en «clans» ou «bandes» (EchoHawk, 1997), les structures équivalentes au Québec sont les Nations qui sont subdivisées en «bandes». À l'époque de l'économie des fourrures, une bande consistait en un regroupement de plusieurs groupes de chasse et comptait en moyenne une centaine d'individus (Gélinas, 1999). Les bandes n'étaient ni permanentes ni stables, mais étaient habituellement effectives durant quelques semaines chaque été. Les groupes de chasse étaient chacun composés de quelques familles (Gélinas, 1999). Les liens unissant les membres étaient serrés,

puisque la survie de chacun était tributaire du fonctionnement du groupe autarcique auquel ils appartenait (EcoHawk, 1997; Gélinas, 1999; LaDue, 1994). De nos jours, bien qu'évoquant toujours une appartenance à un groupe autochtone particulier, la bande représente l'autorité administrative et politique de ce groupe (AINC, 1999). Ainsi, le «chef de bande» est élu par les membres de la bande afin de prendre les décisions relatives au bon fonctionnement de la réserve ou de la communauté et pour représenter la bande auprès des gouvernements provincial et fédéral.

1.3. La place des Autochtones

Bien que le premier contact entre Autochtones et Européens ait eu lieu sur la côte est et était en lien avec la pêche, pour la majorité du Canada, l'histoire de contact est liée au développement de la traite des fourrures et des activités missionnaires. La Compagnie de la Baie d'Hudson a été formée en 1670 afin de répondre à la demande de fourrures de l'Europe. Les peuples Autochtones pouvaient bénéficier des échanges de fourrures contre des produits tels des couteaux, des pots et des armes à feu. Au début de l'économie de la fourrure, ces échanges ont amélioré la condition de vie des Autochtones sans perturbés outre mesure leur mode de vie. En effet, ce sont les habilités de chasse et de survie en forêt qui jouaient en faveur des Autochtones (Waldram et al., 1995).

Lors de la colonisation et la tombée de l'économie de la fourrure, les habilités de chasse des Autochtones sont devenues inutiles à la nouvelle économie (Waldram et al., 1995). Les nouveaux arrivants considéraient les Autochtones comme un peuple primitif et inférieur et cette attitude a teinté leurs relations avec ces derniers (Commission royale sur les peuples autochtones, 1995). Ils ont installé unilatéralement leur mode de gestion politique et se sont appropriées des terres qu'ils défrichaient pour cultiver. Les «Indiens d'Amérique» ne furent jamais consultés, ou si peu, lorsque des décisions se prenaient pour la gestion des ressources naturelles,

l'assignation de terres à coloniser ou tout autre mesure portant sur l'élaboration des fondements de ce pays en formation (Gélinas, 2002). On se préoccupait très peu du sort des Autochtones, malgré les pactes, traités et alliances militaires. Des milliers de membres des Premières Nations ont été décimés par les conflits, les épidémies et les famines (Jetten, 1992). En effet, près de 90% de la population indigène de l'Amérique du Nord est morte en conséquence directe ou indirecte du contact des cultures (Kirmayer et al., 2000). Malgré tout, certains groupes demeureront relativement peu touchés pour encore quelques 250 ans (Gélinas, 1999).

1.4. Les Autochtones : un peuple fait dépendant

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique décrété en 1867 renfermait la «*Loi sur les Sauvages*» adoptée la même année. Cette loi, au nom fort éloquent des mentalités de l'époque, conférait au gouvernement fédéral du Canada le pouvoir sur les Indiens et les territoires leur étant réservés. Une volonté d'assimiler les peuples Autochtones, c'est-à-dire les rendre similaires à la population générale, motivait les gouvernements fédéral et provincial à adopter diverses mesures pour parvenir à leur but. Parmi ces politiques se trouvaient la sédentarisation par la création des réserves et la relocalisation de certains groupes dans des régions isolées, la mise en place des pensionnats et l'émancipation involontaire (Commission royale, 1995). Ce qui suit est une brève description de ces politiques.

Afin d'accélérer le processus de sédentarisation, le gouvernement créa le système de «réserves indiennes». Les «réserves» n'avaient rien à voir avec les enclaves pathogènes que nous connaissons aujourd'hui (Larose, 1989), mais désignaient le territoire, d'une étendue variable d'une nation à une autre, réservé aux activités de subsistance des Autochtones, soit la chasse, la pêche, la cueillette et pour certains, l'agriculture (Gélinas, 2002). En principe, on ne permettait pas aux non-Autochtones d'exploiter ces zones ni d'en réclamer une partie pour y élire domicile.

Or, le besoin de bois des compagnies forestières ainsi que les exigences expansionnistes des nouvelles municipalités forçaient le gouvernement provincial à faire fi des ententes et celui-ci réduisait peu à peu la superficie des territoires réservés aux Autochtones (Gélinas, 2002). Les dirigeants et la population générale se sentaient peu concernés par les Indiens, ils ignoraient l'impact sur ces derniers des droits de coupe accordés aux compagnies forestières et de pâte et papier, comme le démontre l'extrait suivant:

«Pour Taschereau, [le premier ministre du Québec de 1920 à 1936] comme pour la majorité d'Euroquébécois de l'époque, ce qui était bon pour les blancs l'était aussi pour les Indiens et ceux qui refusaient le changement ne pouvaient être que des indifférents ou des paresseux».³

Cependant, cet impact était important. L'invasion des Euroquébécois dans les forêts a provoqué plusieurs feux, malencontreusement allumés par les bûcherons, ravageant de vastes territoires et limitant la superficie exploitable par les Autochtones. La quantité disponible de gros gibiers servant à l'alimentation et de petits gibiers à fourrure s'est réduite drastiquement. Cette diminution est attribuable à l'atteinte de leur environnement ainsi qu'au trappage commercial désormais pratiqué par les groupes amérindiens. C'est dans un contexte de vols, de tricheries et de mensonges de la part des gouvernements que les Autochtones entrent peu à peu dans l'engrenage de la dépendance des produits des Eurocanadiens et voient par le fait même l'effritement de leur mode de vie et de leur autonomie sociopolitique (Gélinas, 2002).

Les missions religieuses ayant pour but de convertir et de civiliser ces « pauvres sauvages » accélèrent le processus de sédentarisation, notamment par le biais des pensionnats (Aboriginal Healing Foundation [AHF], 1998). Suite à une visite aux «Indian Industrial Training Schools» aux États-Unis, Davin, un agent

³ Gélinas (2002). p.37

gouvernemental, dépose un rapport recommandant au gouvernement du Canada d'établir des pensionnats indiens selon le modèle des voisins du Sud (AHF, 1998). En 1892, le gouvernement du Canada et les missions religieuses concluent un partenariat établissant officiellement les pensionnats qui assureront l'éducation des enfants autochtones jusqu'en 1973. Il est estimé qu'entre 100 000 et 150 000 enfants autochtones, soit 20% de la population de l'époque, ont été éduqués en pensionnats (AHF, 1998). Dans plusieurs cas, on emmenait les enfants sans même consulter leurs parents. Dans d'autres cas, les parents se voyaient menacer d'emprisonnement s'ils ne laissaient pas partir leurs enfants (AHF, 1998). Au pensionnat, la langue vernaculaire était interdite et la visite des parents était prohibée (Vincent, 1995). Plusieurs cas d'abus et de sévices de toutes sortes ont été rapportés. Un dirigeant autochtone a même qualifié l'expérience des pensionnats comme étant «une insulte à la dignité humaine» (AHF, 2002). Il est maintenant reconnu que les pensionnats ont eu des effets pernicieux sur l'estime de soi des enfants les ayant fréquentés, les liens avec leurs familles et sur la transmission des traditions et de leur culture autochtones (Commission Royale, 1995). À cet effet, une enquête du ministère de la justice du Manitoba concluait que

«Les pensionnats ont été les lieux où le sentiment de rejet a pris naissance—le sentiment des enfants Autochtones d'être rejetés par leur famille, par leur communauté et par eux même. Autrement dit, la raison d'être des pensionnats était, comme tous les autres projets d'assimilation, d'éradiquer « l'indianité » chez l'Indien, un processus qui a pour nom génocide culturel».⁴

Une autre politique d'assimilation ayant eue des répercussions importantes était l'émancipation, soit «la méthode juridique par laquelle une personne cesse d'être indienne au sens de la *Loi sur les Indiens*. Cela comporte la perte des droits d'appartenance à une bande ainsi que la perte du statut d'Indien.»⁵ Cette politique visait plus spécifiquement les hommes autochtones ayant obtenu un diplôme

⁴ Aboriginal Healing Foundation (2002) p. 6.

⁵ Manon Trottier et Geneviève Légaré, Amendement de la Loi fédérale sur les Indiens. p.1

universitaire, les femmes indiennes qui se mariaient avec un non-Indien, ainsi que leurs enfants et plus tard, les Autochtones désirant s'engager dans l'armée et ceux voulant voter aux élections fédérales (Trottier et Légaré, nd). Concrètement, cette politique obligeait les personnes émancipées à s'établir à l'extérieur de la réserve, loin de leurs familles et leurs amis. Leurs enfants n'étaient donc pas éduqués dans leur contexte culturel qui devenait étranger, sans être totalement absent.

Les changements produits par la colonisation touchent des domaines majeurs tels l'économie et l'organisation sociale (Gélinas, 1999) et affectent de façon importante la vie quotidienne des Autochtones. Les politiques d'assimilation, ayant pour objectif d'enrayer les cultures autochtones, ont partiellement atteint leur but (Kirmayer et al., 2000). Les conséquences individuelles et sociales de ces politiques, les changements bouleversants du mode de vie des Autochtones liés à la colonisation et au post-colonialisme, les traumatismes reliés aux famines, aux épidémies et aux conflits, la perte d'autonomie et d'autodétermination sociopolitique représentent des facteurs de fragilisation considérables pour diverses problématiques psychosociales (Kirmayer, 1994; Kirmayer et al., 2000). Par contre, les problématiques ne touchent pas tous les groupes autochtones de la même façon ni avec la même intensité (Commission Royale, 1995; O'Neil, 1993; Thompson et Walker, 1990) et les taux de suicide peuvent varier considérablement d'une communauté autochtone à l'autre (Chandler et Lalonde, 1998; Kirmayer, 1994), indiquant qu'une investigation plus poussée des facteurs à l'œuvre est nécessaire. La prochaine section fait état de la situation en présentant l'évolution de la problématique du suicide parmi les Autochtones et son ampleur actuelle.

CHAPITRE II

PRÉVALENCE DU SUICIDE, HIER ET AUJOURD'HUI

2.1. Le suicide, un phénomène rare dans le passé

La croyance populaire voudrait que le suicide soit un phénomène quasi inexistant parmi les peuples indigènes de l'Amérique avant le contact avec les Européens (Kirmayer, 1994; Spaulding, 1986; Westlake Van Winkle et May, 1986; Wyman et Thorne, 1945). Cette croyance reflète peut-être plus une vision romantique des peuples autochtones « pré-contact » et un manque de données factuelles sur le suicide qu'une réalité vécue par ces groupes. La réalité veut que le suicide soit, comme pour la population générale, un phénomène statistiquement rare (Maris, Berman et Silverman, 2000), mais présent dans certains groupes selon des règles définies par chacun. Ce qui trahit l'existence du phénomène du suicide chez des Autochtones est sa présence dans les références mythologiques de certains groupes (Voegelin, 1937).

Par ailleurs, des cas de suicide altruiste ont été décrits dans des rapports historiques (Kirmayer, 1994). Le suicide altruiste est l'un des quatre types de suicide développé par le sociologue français Émile Durkheim en 1898. Selon cette théorie, le taux de suicide varie selon le degré d'intégration sociale des individus d'une collectivité. Le suicide égoïste caractérise les suicides des sociétés peu intégrées ou fortement individuées. Ceci signifie que les besoins des individus sont privilégiés au détriment de ceux du groupe. En outre, la société rallie peu ses membres ou n'impose pas suffisamment ses règles à un niveau individuel pour prévenir le désengagement

de la vie. Le suicide égoïste s'oppose au suicide altruiste. Le suicide altruiste se produit dans des sociétés fortement intégrées, c'est-à-dire dans lesquelles les membres sont peu individués (Durkheim, 1985), donc très liés les uns aux autres et régis par les prescriptions sociales. Dans ces sociétés, les besoins du groupe sont prioritaires aux besoins individuels. Synonyme de suicide sacrificiel, la personne se suicide pour épargner des souffrances à son groupe d'appartenance. Dans le cas des Autochtones, il s'agissait de réponse à des circonstances désespérées telles les très longues famines ou les épidémies amenées par les colons européens (Kirmayer, 1994). Cependant, selon Leenaars, Anawak et Taparti (1998), le nombre de suicides altruistes aurait été exagéré. Cette lecture suggère également que des nuances doivent être apportées en ce qui concerne le suicide dans ces communautés et à cette époque. De plus, une étude anthropologique menée auprès de 16 groupes d'Autochtones au nord-est de la Californie durant la première moitié du XX^e siècle suggère que le concept du suicide n'était pas étranger à la moitié des bandes indiennes de cette région, l'autre moitié niant l'existence du phénomène (Voegelin, 1937).

Des suicides « pré-contact » ont même été recensés parmi certains de ces groupes. Wyman et Thorne (1945) ont recensé 33 suicides depuis la fin du XIX^e siècle dans les groupes de Navajos aux États-Unis. En examinant ces cas, ces auteurs découvrent que les suicides sont commis majoritairement par des hommes âgés de plus de 50 ans. Et dès les années 1940, les auteurs avancent que les tensions vécues au sein des groupes autochtones sont identifiées comme facteurs contribuant au suicide (Wyman et Thorne, 1945), sans toutefois préciser de quelles tensions il s'agit.

2.2. Le suicide circonscrit culturellement

Les attitudes et traditions liées à la mort et au suicide variaient beaucoup d'un groupe autochtone à un autre. Pour les groupes étudiés rapportant des cas de suicide,

les suicidés recevaient les mêmes rites funéraires que dans le cas des morts naturelles ou accidentelles (Voegelin, 1937; Wyman et Thorne, 1945), mais dans certains cas les conventions sociales voulaient que seulement les parents du suicidé pleurent. Contrairement aux décès accidentels ou lors d'une guerre, les décès par suicide n'étaient pas considérés comme étant « honorables » ou « respectables » (Voegelin, 1937). Pour ce qui est des Navajos, plus particulièrement, le suicide n'était pas légitimé, mais il n'était pas non plus condamné de façon explicite. En fait, les répondants avaient une attitude plutôt détachée par rapport à ce sujet. On croyait que les esprits des suicidés n'allaient pas au même endroit que les autres morts ou s'ils allaient au même endroit, ils étaient mis à l'écart. De plus, on croyait qu'ils devaient porter avec eux leur arme (le moyen utilisé pour s'enlever la vie), ce qui effrayait les autres esprits (Wyman et Thorne, 1945). De toute évidence, le suicide était un phénomène rare. Il était circonscrit socialement et obéissait à des règles définies par chaque groupe. Dans ce contexte, rien ne pouvait laisser présager la situation actuelle où les cas de suicide se multiplient de façon alarmante dans plusieurs communautés.

2.3. Le portrait actuel du suicide chez les Autochtones

2.3.1. L'ampleur de la problématique

Selon May (1990), ce n'est qu'à la fin des années 1960 que les premiers cas de suicide d'Autochtones ont été recensés par des professionnels et que la recherche dans ce domaine a connu ses débuts. Dès ces premières études, les chercheurs ont constaté que chaque groupe avait une distribution et un « pattern » unique de suicide (May, 1990; McIntosh et Santos, 1981; Westlake Van Winkle et May, 1986, 1993). Il est important de noter l'absence de statistiques officielles publiées portant spécifiquement sur ce sous-groupe de la population, malgré la présence d'un risque accru de suicide au sein de celui-ci. Les statistiques disponibles sur le suicide des

Autochtones sont obtenues par le biais d'études sur quelques communautés ou régions. Depuis un peu plus d'une vingtaine d'années, le taux de suicide pour plusieurs communautés autochtones connaît une hausse constante qui surpasse la croissance du taux de suicide national au Canada (Kirmayer, 1994; Leenaars et al., 1998), aux États-Unis (McIntosh et Santos, 1981; Westlake Van Winkle et May, 1986) et en Australie (Hunter et Harvey, 2002). Par exemple, aux États-Unis, le taux ajusté par âge des trois groupes les plus importants, soit, les Apaches, les Navajos et les Pueblos, est passé de 1,3 fois le taux national vers la fin des années 1950 à 2,3 fois le taux de suicide pour les États-Unis pour les années 1973 à 1979 (14,7 à 28,2/100 000) (Westlake Van Winkle et May, 1993). Vingt ans plus tard, l'écart entre le taux de suicide des Autochtones et celui de la population générale aux États-Unis a atteint une importance sans précédent. En effet, pour l'année 1997-1998, le taux de suicide des Autochtones de 19 ans et moins était de 9,1/100 000 alors que celui des Américains blancs du même âge était de 2,9/100 000 (Center for Disease Control and Prevention, 2003). Pour les Autochtones de l'Alaska, le taux de suicide pour la période de 1979 à 1998 se situe à 49,7/100 000 comparativement à un taux de 11,8/100 000 pour la population américaine en général pour la même période (Day et Lanier, 2003).

Au Canada, le suicide et les morts accidentelles alternent en tant que première cause de décès de jeunes Autochtones (Trovato, 2000). Pour la seule province de la Colombie-Britannique, le taux de suicide des Autochtones pour la période comprise entre 1987 et 1992 était de 45,2/100 000. Sur le plan national, le taux pour les Autochtones, tous âges confondus, est de trois à quatre fois plus élevé que celui de la population en général et chez les jeunes, le taux dépasse de cinq à six fois le taux national (Commission Royale, 1995). De plus, la probabilité de voir un jeune Autochtone mourir par suicide est de quatre à six fois plus élevée que pour son homologue non-Autochtone et le tiers des décès de tous les jeunes Autochtones est attribuable au suicide (Kirmayer, 1994). Au Québec, le taux de suicide pour les

hommes Autochtones s'élevait à 70,4/ 100 000 pour la période comprise entre 1980 et 1984 et à 47,2/100 000 pour la période comprise entre 1984 et 1988 contre 27,5/100 000 pour les hommes du Québec en général pour l'année 1986 (Eveno, 1998). Il va donc sans dire que le suicide a atteint des proportions endémiques dans certaines communautés autochtones du Canada et particulièrement chez les jeunes.

2.3.2. L'inégalité des taux de suicide selon les Nations

En ce qui concerne la distribution des taux de suicide, il existe des distinctions importantes entre les Nations et parfois des différences extrêmes se manifestent à l'intérieur des communautés d'une même Nation (Commission Royale, 1995; May, 1990; McIntosh, 1984). Certaines communautés connaissent des taux pouvant aller jusqu'à 150/100 000 personnes, alors que d'autres n'ont pas vécu de suicide depuis plusieurs années (Petawabano et al., 1994; Westlake Van Winkle et May, 1986). De plus, les taux de suicide peuvent fluctuer énormément d'une année à l'autre, présentant souvent un modèle en « dents de scie » avec une ou deux années où il n'y a aucun suicide suivie d'une année ou deux avec un ou plusieurs décès par suicide (Coloma, 1999; Spaulding, 1986). Ces distributions de suicides en grappe sont la caractéristique de petits nombres (Muecke, Hamel, Bouchard, Martinez, Pampalon et Choinière, 2005), mais peuvent soulever des doutes quant à la contagion du suicide, du moins dans ces communautés (Kirmayer, 1994).

2.3.3. Le suicide et les jeunes

Malgré cette grande variation dans les taux de suicide, on peut affirmer que le phénomène du suicide dans les communautés autochtones demeure principalement une problématique de jeunes (Berlin, 1987; McIntosh et Santos, 1981; Petawabano et

al., 1994; Westlake Van Winkle et May, 1993). Cependant, avant l'âge de 12 ans, les suicides sont très rares (Day et Lanier, 2003; Kirmayer, 1994). Généralement, les taux sont très élevés pour les 15-35 ans, alors qu'après l'âge de 65 ans, les cas de suicide deviennent plus rares (Coloma, 1999; Kettl et Bixler, 1991; Westlake Van Winkle et May, 1993). Par exemple, pour la population autochtone de l'Alaska de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans, Day et Lanier ont recensé des taux de suicide de 125,1/100 000 et de 72,4/100 000 respectivement. Ces données se comparent à des taux de 11,8/100 000 et de 13,3/100 000 respectivement pour la population américaine du même âge et pour la même période. Dans cette même étude, le taux de suicide des Autochtones de 65 à 75 ans est semblable à celui de la population américaine en général, se situant à 17,9/100 000 pour les premiers et 17,1/100 000 pour les derniers.

2.3.4. Le ratio hommes-femmes

Pour ce qui est du ratio hommes-femmes, il est de 4.1:1 pour les Autochtones des États-Unis (Rhodes, 2003) et de 5:1 pour les Inuits du nord du Québec (Boothroyd, Kirmayer, Spreng, Malus et Hodgins, 2001). Il n'y a pas de données disponibles spécifiquement pour les Autochtones plus au sud du Canada. Comme c'est le cas dans les populations canadienne et américaine en général, les hommes Autochtones se suicident plus fréquemment alors que les femmes font plus de tentatives de suicide non complétées (Sigurdson, Staley, Mats, Hildahl et Squair, 1994; Westlake Van Winkle et May, 1993). Par contre, le moyen utilisé n'informe en rien quant aux différences entre les sexes, puisque les hommes et les femmes, du moins de l'Alaska, utilisent des moyens similaires pour s'enlever la vie, soit majoritairement l'arme à feu (80% de tous les suicides) et la pendaison (Kettl et Bixler, 1991). Il n'existe pas de données parmi les écrits scientifiques informant spécifiquement sur les moyens de suicide les plus répandus pour des groupes autochtones d'autres régions.

2.3.5. Les biais statistiques

Les biais possibles lors de l'interprétation de taux de suicide en général sont connus et bien documentés (Hlady & Middaugh, 1988a; Kirmayer, 1994; McIntosh et Santos, 1981; McIntosh, 1984; Strickland, 1997). Cependant, comparativement à la population générale, l'interprétation des statistiques sur le suicide des Autochtones entraîne des biais plus importants puisque la plupart des études sont basées sur de petits nombres (McIntosh & Santos, 1981; Muecke et al., 2005) où une petite fluctuation du nombre de suicides influence le taux de façon importante. Il peut également exister un biais dans le nombre de base, c'est-à-dire, l'estimation du nombre d'Autochtones du pays, puisque les recensements des populations sous-estiment systématiquement le nombre de «non-blancs» (McIntosh et Santos, 1981). Ceci est dû au fait que les données de recensements peuvent inclure de façon inégale les Amérindiens habitant hors réserve et que l'identification au peuple autochtone est laissée à l'individu lui-même, donc n'inclut pas par exemple un Indien inscrit qui ne s'identifie pas en tant que tel au moment du recensement.

2.3.6. Le sous-enregistrement

Le phénomène du sous-enregistrement est beaucoup plus important en ce qui concerne le suicide des Autochtones que celui des non-Autochtones (Kettl et Bixler, 1991; Leenaars et al., 1998; McIntosh, 1981; Strickland, 1997). Une raison pouvant expliquer cet écart est une proportion plus élevée de suicides mal identifiés pour les Autochtones que pour les non-Autochtones (Hlady et Middaugh, 1988a). De plus, comme pour la population générale, certaines pratiques dans les bureaux du coroner, telles que la difficulté d'établir la cause du décès comme étant un suicide, les difficultés à définir de façon standard le suicide et à établir les intentions suicidaires, les différences de pratiques d'une région à l'autre, les tabous reliés au suicide ou le

stigma social qui peuvent inciter un coroner à ne pas déclarer le décès comme étant un suicide, le manque d'uniformité dans la formation des coroners ainsi que dans les examens post-mortem en plus des problèmes sur le plan de la gestion et du transfert d'informations (Hlady et Middaugh, 1988a), peuvent expliquer le sous-enregistrement de ce type de décès pour ce groupe spécifique. Les morts accidentelles camouflant des suicides (Strickland, 1997) et la non-identification de suicidés autochtones vivant hors réserve peuvent également expliquer le sous-enregistrement des suicides spécifiquement pour ce groupe (Harwell, Hansen, Moore, Jeanotte, Gohdes et Helgerson, 2002; McIntosh et Santos, 1981; Strickland, 1997). En effet, concernant la classification ethnique, une recherche récente visant à évaluer le taux de mauvaises classifications pour les Autochtones du Montana suggère qu'approximativement 9% de ces derniers, décédés entre 1996 et 1998, n'ont pas été identifiés comme étant des Indiens d'Amérique sur leur certificat de décès et que cette proportion était plus importante pour ce qui est des décès par suicide (Harwell et al., 2002). Ainsi, bien que les taux de suicide soient démesurément élevés pour plusieurs communautés autochtones, le nombre de décès en général et les cas de suicide en particulier semblent être systématiquement sous-estimés pour ce sous-groupe de la population.

2.3.7. La prévalence des tentatives de suicide et d'idéations suicidaires

En considérant que l'idéation et la tentative de suicide représentent des facteurs de risque non négligeables pour le suicide complété (LeMaster, Beals, Novins, Manson et AI-SUPERPFP Team, 2004; Maris et al., 2000; Shneidman, 1996; van Heeringen, Hawton et Williams, 2000), la prévalence des idéations suicidaires et des tentatives de suicide doit être examinée afin de bien saisir l'ampleur de la problématique à l'intérieur de la population autochtone. Par contre, comme c'était le cas avec les suicides complétés, aucune statistique officielle des comportements

suicidaires n'est compilée systématiquement pour ce sous-groupe. On doit donc se référer aux études entreprises auprès des Autochtones afin de connaître l'ampleur de la problématique. Par ailleurs, les statistiques reliées aux tentatives de suicide peuvent également présenter des biais, notamment une sous-estimation importante. Par exemple, la grande majorité des recherches se fient à l'auto-déclaration des tentatives antérieures. Ces déclarations peuvent être faussées par le refus du répondant à déclarer une tentative de suicide à un moment de sa vie. Dans certaines situations, les personnes ayant tenté de s'enlever la vie ne voient jamais de professionnels de la santé (Strickland, 1997). Cependant, même si ces personnes avaient vu un professionnel de la santé, certains dispensaires de services de santé sur les réserves amérindiennes du Québec n'ont pas comme politique de comptabiliser les tentatives de suicide puisque celles-ci sont trop nombreuses⁶.

Quelques études apportent des données permettant d'établir un portrait général de la prévalence des tentatives de suicide et des idéations suicidaires chez les Amérindiens et Inuits des États-Unis et du Canada. Une étude effectuée par LeMaster et ses collègues (2004) auprès d'un échantillon communautaire d'Autochtones de 15 à 57 ans vivant sur ou à proximité de leur réserve, rapporte des taux d'idéations suicidaires à vie de 7,4% pour les 15 à 24 ans et de 6,5% pour les 25 ans et plus, ainsi que des taux de tentatives de suicide de 8,5% et de 8,8% respectivement pour les mêmes groupes d'âge. La proportion ayant planifié une tentative de suicide s'élève à 3,1% pour les 15 à 24 ans et à 2,9% pour les 25 ans et plus (LeMaster et al., 2004). Une étude portant sur la santé des Inuits, menée auprès d'un échantillon communautaire de 100 personnes de 14 à 25 ans avance que jusqu'à 34% des répondants ont commis au moins une tentative de suicide et de ceux-là, 12% ont répondu avoir fait plus de deux tentatives (Kirmayer, Malus et Boothroyd, 1996).

⁶ Affirmation d'un directeur des services de santé d'une Nation Autochtone du Québec, regroupant trois communautés.

En ce qui concerne l'idéation suicidaire, 43% de l'échantillon de Kirmayer et ses collègues (1996) ont affirmé avoir pensé au suicide dans leur vie et 18% ont pensé de mettre fin à leurs jours dans les trois mois précédant l'étude. Dans cette étude, l'idéation suicidaire a été évaluée en demandant aux répondants «avez-vous déjà pensé à vous suicider?»⁷. La question se rapportant à la tentative de suicide était «avez-vous déjà essayé de vous suicider?»⁸. Les auteurs n'offrent pas de définition de l'idéation ou de la tentative suicidaire. Ils précisent cependant que ces concepts variaient beaucoup d'un répondant à l'autre et que dans plusieurs cas, des gestes suicidaires peu létaux étaient considérés comme des tentatives de suicide. Ils ont évalué la gravité de la tentative par la consultation médicale et la présence de blessure suite à la tentative. Ainsi, de ceux ayant rapporté au moins une tentative de suicide, 32% ont déclaré avoir subi une forme de blessure, 16% ont vu un médecin et 13% ont été hospitalisé comme conséquence à leur geste suicidaire (Kirmayer et al., 1996).

La prévalence d'idéations suicidaires pour un groupe de jeunes Autochtones de l'Alberta était de 39% (Gartrell, Jarvis et Derksen, 1993). Ce taux est légèrement plus élevé que la prévalence à vie de 36% trouvé parmi des étudiants américains, citée par les auteurs de l'étude et de celui de l'échantillon des jeunes Inuits cité précédemment. L'étude de Gartrell et ses collègues tend aussi à établir que la prévalence d'idées et de tentatives de suicide augmente avec l'âge, parmi les jeunes. En effet, 27% des jeunes de 12 et 13 ans ont affirmé avoir pensé sérieusement au suicide et cette proportion est presque du double (51%) pour les 15 ans et plus. Pour ce qui est des tentatives de suicide, 7% des jeunes de 12 et 13 ans déclarent avoir déjà attenté à leurs jours alors que cette proportion passait à 25% pour les 15 ans et plus (Gartrell et al., 1993). Cependant, ces auteurs n'offrent pas de définition des variables mesurées, ni des questions utilisées pour sonder ces variables.

⁷ Kirmayer, Malus, Boothroyd, (1996) Traduction libre de « have you ever thought of committing suicide? » p.9.

⁸ Ibid. Traduction libre de « have you ever tried to commit suicide? »

2.4. Synthèse

À la lumière des études sur le sujet, il est possible de constater que le suicide existait dans certains groupes autochtones avant le contact avec les Européens et qu'il obéissait à des règles définies pour chacun (Voegelin, 1937). Suicides en grande partie de type altruistes (Kirmayer, 1994), commis majoritairement par des hommes de 50 ans et plus. Ces quelques informations s'avèrent nettement insuffisantes pour tenter de comprendre l'ampleur du phénomène actuel.

Depuis plus de trente ans, le taux de suicide de plusieurs communautés autochtones connaît une hausse constante (Kirmayer, 1994; Leenaars et al., 1998). Les données disponibles (Commission Royale, 1995; Kirmayer, 1994; Trovato, 2000) indiquent que le suicide a atteint des proportions endémiques dans certaines communautés autochtones, particulièrement chez les jeunes hommes âgés entre 15 et 35 ans. Cependant, ce ne sont pas toutes les communautés qui connaissent un haut taux de suicide (Petawabano et al., 1994). En effet, il existe des distinctions importantes entre les Nations et parfois à l'intérieur des communautés d'une même Nation en ce qui concerne les taux de suicide (Westlake Van Winkle et May, 1986). De la même façon, les taux peuvent fluctuer d'une année à l'autre à l'intérieur d'une même communauté en présentant une distribution par grappe (Coloma, 1999). L'estimation du taux de tentatives de suicide à vie parmi divers groupes autochtones varie entre 8,5% (LeMaster et al., 2004) et 34% (Kirmayer et al., 1996) selon les études.

Malgré les très hauts taux de suicide rapportés dans certaines communautés, il n'en demeure pas moins que le suicide parmi les Autochtones est sous-estimé de façon importante (Harwell et al., 2002; Kettl et Bixler, 1991; Leenaars et al., 1998; McIntosh et Santos, 1981; Strickland, 1997). En outre, l'absence de statistiques officielles publiées régulièrement sur le sujet fait en sorte que le taux de suicide parmi

les Autochtones n'est qu'une estimation. La même critique peut être avancée en ce qui concerne la comptabilisation des tentatives de suicide. Aucun mécanisme standardisé n'existe dans le but d'évaluer systématiquement le nombre de tentatives de suicide commis chaque année dans les communautés autochtones au Québec ou ailleurs au Canada. Les recherches rapportant des taux de tentatives de suicide (Kirmayer, 1996; LeMaster et al., 2004) présentaient des limites méthodologiques pouvant biaiser les résultats.

Ce chapitre se basait principalement sur des études pionnières qui ont apporté une information précieuse quant à l'évolution de la problématique du suicide parmi les Autochtones et à son ampleur actuelle. En même temps, ces études évoquent une inadéquation entre l'amplitude et la gravité de la situation actuelle et les efforts qui y sont accordés, surtout en termes d'une lacune de statistiques précises, facilement accessibles, sur le suicide dans les différentes communautés autochtones. Nous pouvons également observer une concentration des écrits sur les Autochtones des États-Unis et sur les Inuits du Nord du Canada, créant ainsi un portrait inégal de la problématique. Néanmoins, ces données sont les premiers pas vers une compréhension du suicide parmi les Autochtones. Les prochaines étapes, décrites au chapitre suivant, consistent à élaborer un modèle pour tenter d'expliquer le phénomène et de cerner les facteurs pouvant mener un individu au suicide.

CHAPITRE III

THÉORIES DU SUICIDE DES AUTOCHTONES ET FACTEURS DE RISQUE

3.1. Modèles explicatifs

Malgré une sous-exploration du sujet, la hausse rapide des taux de suicide dans plusieurs communautés autochtones a motivé quelques auteurs à proposer des théories ou modèles visant une meilleure compréhension du suicide parmi ces groupes. La grande étendue de la problématique explique peut-être la prédominance observée des modèles sociologiques. Certains auteurs proposent de nouveaux modèles pour tenter d'expliquer ce phénomène, alors que d'autres présentent des théories existantes appliquées en contexte autochtone. Les modèles et théories proposés sont le modèle de la réponse aux traumatismes historiques (Brave Heart et DeBruyn, 1998; Brave Heart, 2003), de l'acculturation (Berry, 1985, 1992), de la pathogenèse sociopolitique (Larose, 1989), la théorie de l'intégration sociale de Durkheim (1985), appliquée en milieu autochtone par Davenport et Davenport (1985), le modèle intégratif des facteurs individuels et sociétaux du suicide proposé par Kirmayer (1994) et le modèle écologique de Bronfenbrenner (1989) appliqué au suicide en milieu autochtone par Henry, Stephenson, Fryer, Hanson et Hargett (1993). Ce qui suit est un résumé de chacun de ces modèles. Cette description sera suivie d'une synthèse des facteurs de risque sur les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et les suicides complétés trouvés principalement par des études épidémiologiques.

3.1.1. Réponse aux traumatismes historiques

S'appuyant sur plus de 20 ans d'expérience clinique au sein de communautés autochtones aux États-Unis, Brave Heart et DeBruyn (1998) et Brave Heart (2003) avancent que les problèmes psychosociaux et le suicide vécus dans certaines communautés autochtones sont une réponse aux traumatismes historiques vécus par ces groupes. Selon ces auteurs, le traumatisme historique est une «accumulation, pendant toute une vie et à travers les générations, de blessures émotives et psychologiques prenant naissance dans une expérience collective traumatisante.»⁹. Selon cette théorie, les traumatismes vécus par les Autochtones durant la colonisation ont eu des répercussions psychologiques et émotives qui n'ont pas pu être réglées et des deuils n'ont pas pu être faits. Le résultat est un deuil pathologique donnant lieu à divers symptômes incluant l'anxiété, des cauchemars, la dépression, l'isolement, le manque de confiance en soi et la honte. L'héritage des traumatismes chroniques et de deuils non résolus donne lieu à des comportements autodestructeurs qui se transmettent aux générations subséquentes. Pour soutenir leur théorie, les auteurs empruntent aux écrits sur les survivants de l'Holocauste, sur les études sur le trauma et le deuil, ainsi que sur leurs propres observations et recherches (Brave Heart et DeBruyn, 1998; Brave Heart, 2003).

Le modèle de la réponse aux traumatismes historiques de Brave Heart et DeBruyn (1998) met à l'avant plan les traumatismes vécus par les Autochtones durant la colonisation. Tel que décrit au premier chapitre de cette thèse, le choc de la colonisation a été retentissant pour plusieurs Nations Autochtones et les efforts d'assimilation ont pu avoir des répercussions psychologiques et émotives graves sur les individus les ayant vécus. Cependant, bien qu'il soit important de reconnaître l'expérience collective traumatisante subie par plusieurs groupes, la théorie de Brave Heart et DeBruyn n'identifie pas les mécanismes par lesquels se transmet l'héritage

des traumatismes chroniques. Devant la description des symptômes liés au deuil pathologique, analogues à celles du syndrome de stress post-traumatique, il y aurait lieu de croire que les habiletés parentales des endeuillés en seraient affectées, créant ainsi un lieu qui n'offre pas tous les éléments nécessaires au développement sain des enfants. Sans «blâmer les victimes», un certain degré de responsabilisation est nécessaire. Or, il n'en transparaît très peu dans la théorie de Brave Heart et DeBruyn. L'interprétation faite des suicides actuels met en cause les événements d'un passé plus ou moins lointain, de façon presque transcendante en gommant les actions des acteurs contemporains, y compris celle des personnes qui commettent des tentatives de suicide. La chronicité des pertes et blessures, soulignée par les auteurs, n'indique-t-elle pas que les «générations subséquentes» sont eux-mêmes soumis à des événements stressants pouvant avoir un impact sur leur santé mentale et leur sentiment de bien être et dont il serait utile d'investiguer? En outre, il est important de souligner que pendant l'expérience du contact culturel, ce ne sont pas tous les groupes autochtones qui ont subi des massacres comme celui de «Wounded Knee», cité en exemple dans l'article et que des nuances à cet effet sont importantes. Le modèle suivant, celui de l'acculturation, tente d'apporter ces nuances, tout en avançant la compréhension du suicide parmi les Autochtones.

3.1.2. Modèle d'acculturation

Selon Berry, (1985, 1992) les problématiques sociales présentes en milieu autochtone résultent des bouleversements subis lors de leur contact avec les Européens, perturbations maintenues par le «caractère des relations entre Autochtones et non-Autochtones»¹⁰. En effet, il soutient que l'acculturation, soit le «changement culturel résultant d'un contact direct et continu entre deux groupes

⁹ Brave Heart, M.Y. (2003). Traduction libre..

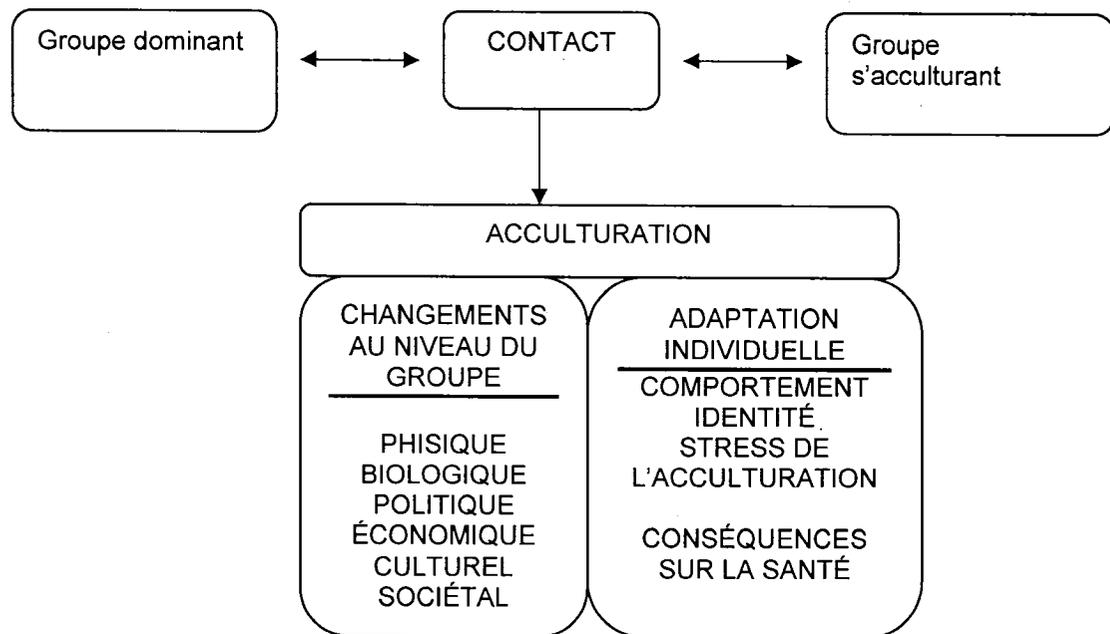
¹⁰ Berry (1992). p. 3. Traduction libre.

culturels distincts», ¹¹ et le stress en découlant expliquerait en grande partie le suicide parmi les Autochtones contemporains. L'auteur explique que l'acculturation entraîne des changements considérables (voir figure 1), notamment, physiques, tel un nouvel environnement (habitat), un nouveau type d'habitation (maison), une densité populationnelle accrue et plus de pollution. L'introduction de nouveaux aliments, de nouvelles maladies et des mariages intergroupes résultants en une population mixtes sont des changements biologiques communs. Les transformations culturelles, au cœur de la définition, surviennent nécessairement et incluent une altération ou un remplacement des institutions politiques, économiques, linguistiques, religieuses et sociales originales. Enfin, des changements psychologiques ont lieu et comprennent des changements au niveau de l'attitude et de l'identité. Un nouveau statut de santé mentale survient presque toujours alors que l'individu tente de s'adapter à son nouveau milieu.

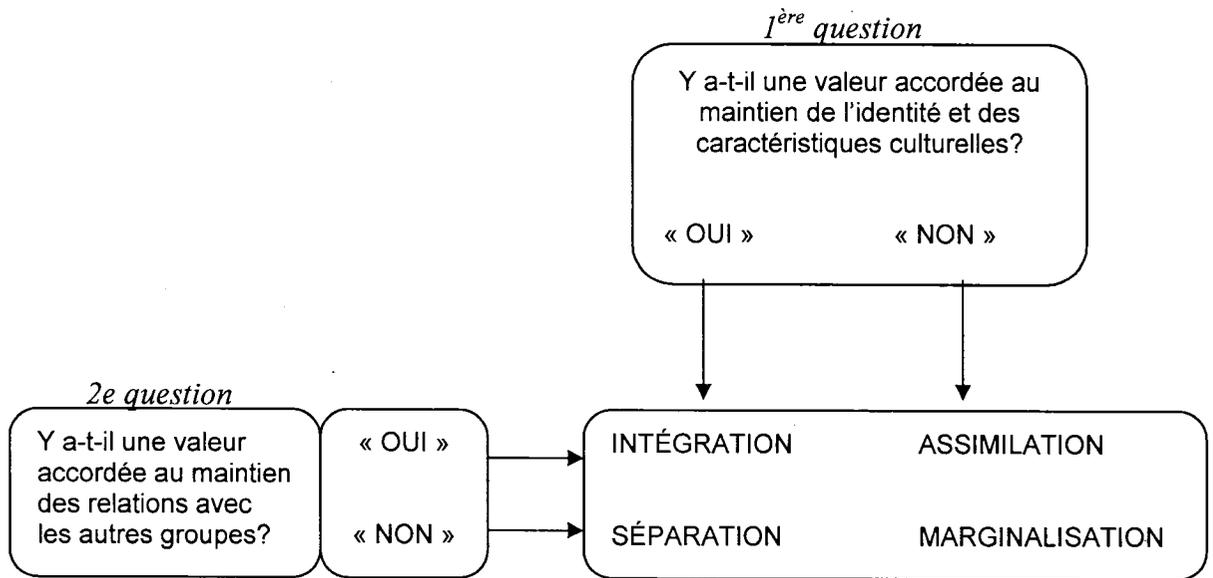
L'acculturation n'est pas forcément une expérience négative. Il existe quatre différents modes d'acculturation (voir figure 3). Toujours selon Berry (1985, 1992), les problèmes psychosociaux et de santé connus par les Autochtones sont liés à l'expérience de la «marginalisation». Ce mode d'acculturation se caractérise par une confusion identitaire collective et individuelle, par des sentiments d'aliénation et de perte d'identité culturelle, ainsi que par le stress de l'acculturation. La marginalisation est le mode d'acculturation selon laquelle les groupes perdent le contact à la fois avec leur culture d'origine sans toutefois s'insérer dans la culture dominante (Berry, 1985, 1992). Au Canada, la politique officielle s'oriente vers «l'intégration», appelée «multiculturalisme» par le gouvernement fédéral. Historiquement, cependant, cette politique alternait entre la ségrégation et l'assimilation. La situation de marginalisation dans laquelle évoluent les Autochtones aujourd'hui résulte, selon Berry, des ratés des politiques d'assimilation.

¹¹ Berry, (1985). p. 21. Traduction libre

Figure 1 Cadre pour comprendre le processus d'acculturation aux niveaux du groupe et de l'individu¹²



¹² Tiré de Berry (1992), p. 4

Figure 2 Quatre alternatives d'acculturation en relation avec deux questions¹³

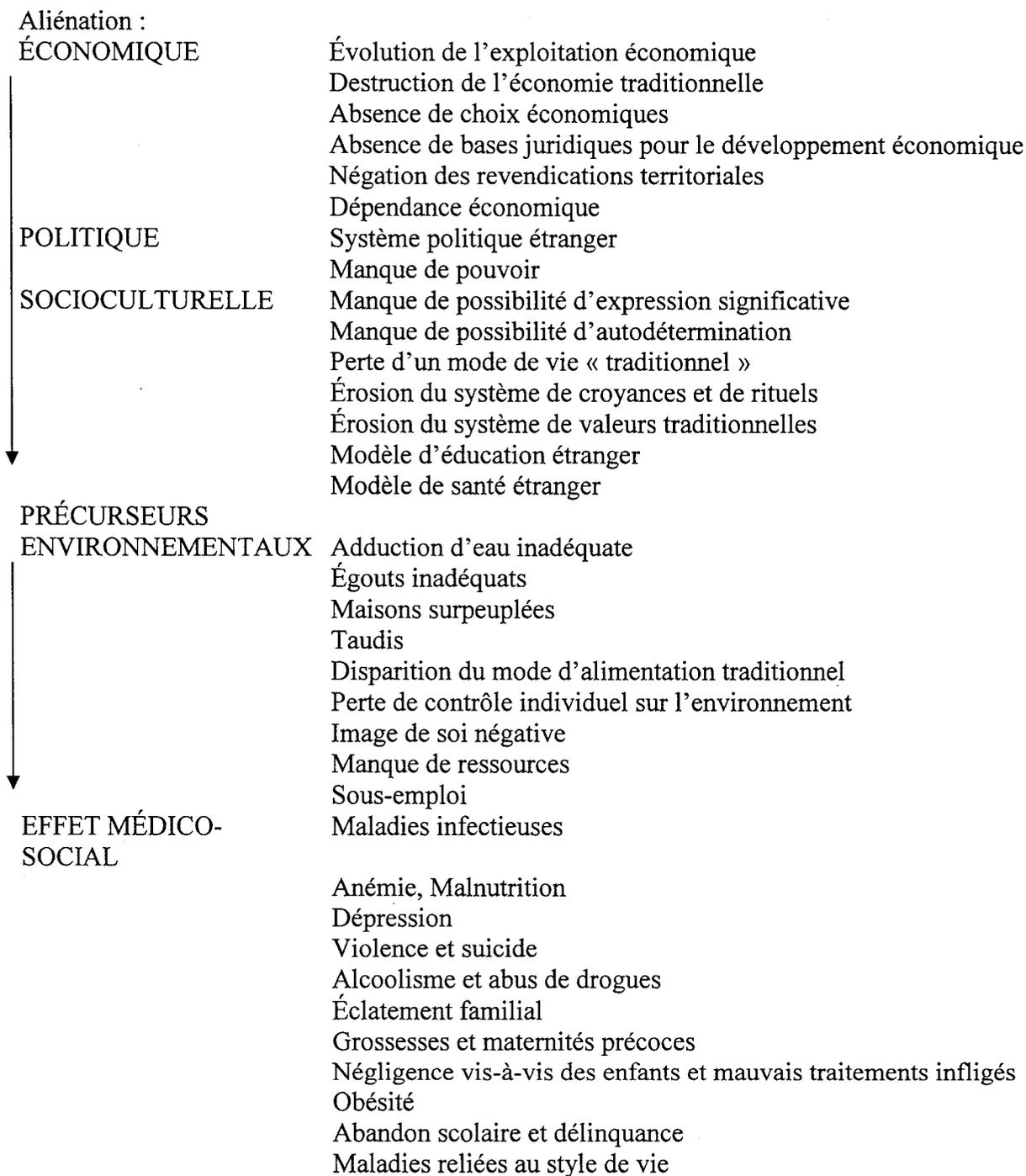
¹³ Ibid. p. 6

Bien qu'apportant un éclairage nouveau sur la situation des Autochtones, surtout par l'introduction de la notion de stress d'acculturation, le modèle d'acculturation de Berry (1985, 1992) décrit les «changements culturels résultant d'un contact direct et continu entre deux groupes culturels distincts»¹⁴, c'est-à-dire l'acculturation. Ce modèle articule pleinement la complexité des issues possibles suivant un contact entre deux cultures. Cependant, il n'offre pas la finesse étiologique nécessaire à la compréhension du suicide, puisque le suicide y est traité au même niveau que les autres problématiques, comme la toxicomanie ou la désintégration du tissu social, sans considérer le rôle de chacune de ces variables dans le développement de la suicidalité des individus. De plus, comme le soutient Kirmayer (1994), le contact culturel demeure un processus bidirectionnel et le mode d'acculturation ne représente pas un choix individuel, mais est le résultat de forces économiques et politiques ainsi que de luttes entre les groupes. Ce constat est réitéré par Larose (1989), qui propose le modèle de la pathogénèse sociopolitique pour expliquer le suicide parmi les Autochtones.

3.1.3. Modèle de la pathogénèse sociopolitique

Le schéma de la « progression de la pathogénèse sociopolitique de la maladie », repris par Larose (1989) indique que l'aliénation des Autochtones aux plans économique, politique et socioculturel a eu un effet pernicieux non négligeable sur les déterminants de la santé physique et mentale de ces derniers (voir figure 3).

¹⁴ Berry, (1985). p. 21. Traduction libre.

Figure 3 Pathogenèse sociopolitique de la maladie¹⁵.

¹⁵ Tiré de Larose, F. (1989). p.33.

Toujours selon Larose (1989), en plus des changements socio-économiques brutaux, l'absence de contrôle par les Autochtones sur leur environnement ou la soumission à un contrôle externe serait génératrice d'une absence d'identité et de règles individuelles et collectives. En effet, le savoir ancestral n'étant plus adéquat pour évoluer dans leur nouvelle réalité, les Autochtones manquent de ressources pour s'adapter à celle-ci. L'absence d'autorégulation, que l'auteur compare à l'anomie, exercerait une pression importante sur les Autochtones. Puisque, selon l'auteur, les Autochtones seraient réfractaires à la manifestation de comportements agressifs ouverts, ils tourneraient leur agressivité vers eux-mêmes.

Le modèle de la pathogenèse sociopolitique souligne l'impact de l'exclusion ou, pour reprendre le terme de Berry (1985, 1992), la marginalisation des Autochtones du système sociopolitique. Cependant, il n'apporte pas d'éclairage nouveau pour la compréhension du suicide en milieu autochtone. Comme le modèle d'acculturation, il place le suicide au même niveau que les autres effets perniciose de la marginalisation des Autochtones, sans tenir compte de la progression des problématiques sociales. Et mis à part l'accent sur l'aspect de l'exclusion sociopolitique et de la perte de pouvoir, Larose (1989) semble reprendre, en d'autres termes, le concept de marginalisation présenté par Berry (1985). De plus, Larose semble généraliser des traits d'un ou quelques groupes à l'ensemble des Autochtones lorsqu'il prétend que les Autochtones seraient réfractaires à la manifestation de comportements agressifs. Il est vrai que dans la culture Inuit, par exemple, la démonstration d'agressivité ou la confrontation ouverte était découragée, mais d'autres Nations excellaient sur le champ de bataille où la démonstration d'agressivité envers autrui était nécessaire à la survie de l'individu et du groupe. Sans égards aux conventions culturelles des Nations quant à la manifestation ouverte d'agressivité, des études ont trouvé un lien entre l'agressivité envers autrui et les comportements suicidaires (Chagnon, Renaud et Farand, 2001). Larose fait référence à l'anomie qui exerce une pression importante sur les Autochtones, sans toutefois préciser son rôle

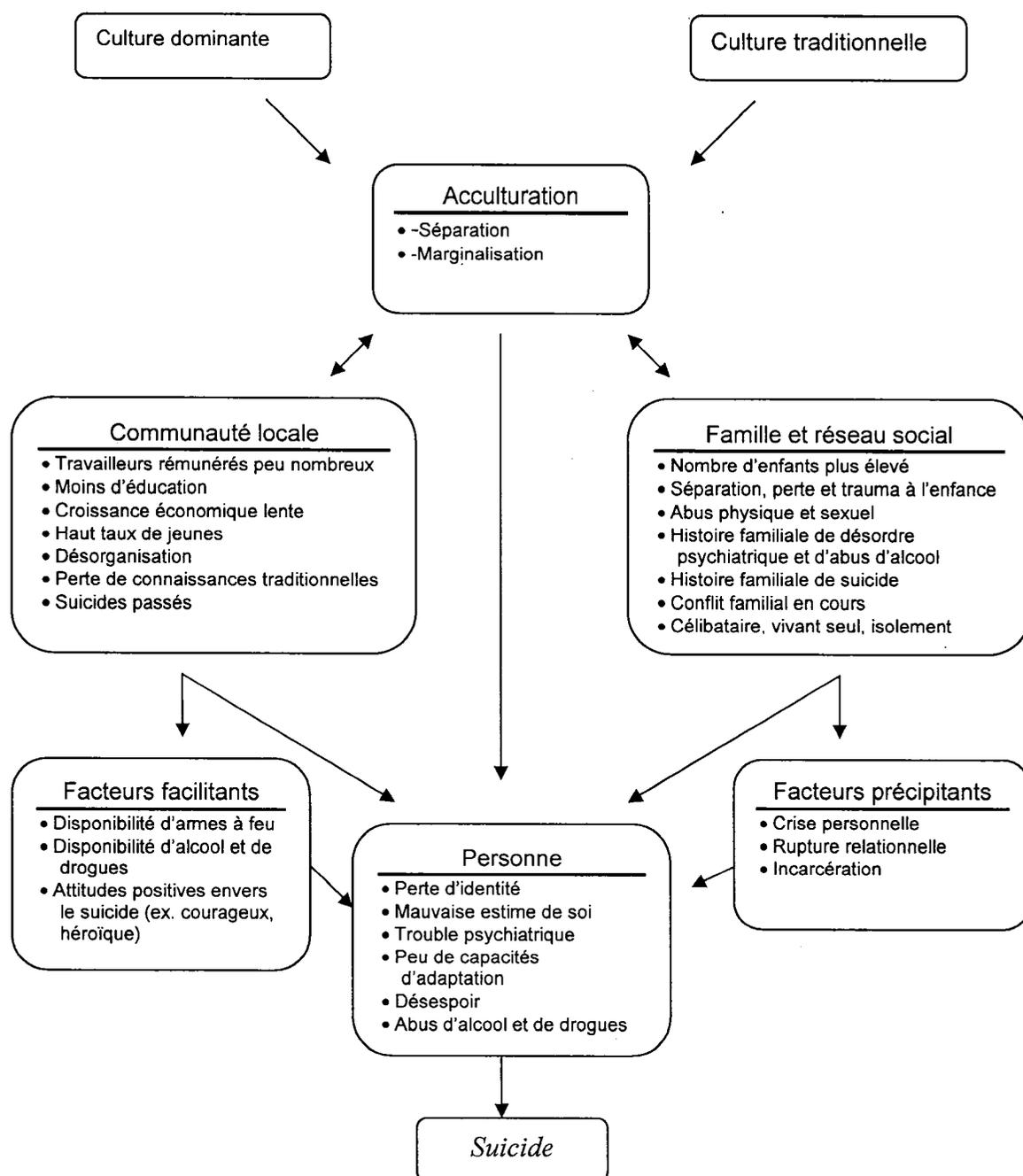
dans le suicide de ces derniers. Davenport et Davenport (1987) ont, quant à eux, utilisé la théorie de l'intégration sociale de Durkheim pour tenter d'expliquer le suicide en milieu autochtone.

3.1.3. Théorie de l'intégration sociale de Durkheim

En se basant sur trois types de suicide proposés par Durkheim, Davenport et Davenport (1987) avancent que les types de suicide altruiste et anémique offrent la meilleure compréhension du suicide parmi les Indiens d'Amérique. Tel qu'il est mentionné précédemment, selon Durkheim, le taux de suicide varie selon le degré d'intégration sociale des individus d'une collectivité (Durkheim, 1985). Selon Davenport et Davenport, le suicide altruiste caractérisait les suicides d'Autochtones du tournant du XX^e siècle et se manifestait par des conduites à risque lors de combats ou de sacrifice personnel dans le but de préserver l'intégrité du groupe. Ces auteurs soutiennent que la tendance à se sacrifier pour épargner des souffrances à son groupe d'appartenance peut toujours être vue de nos jours. Ils présentent l'exemple de personnes qui se suicident après avoir infligé la honte ou le déshonneur à leur famille. Ils ajoutent qu'il n'est pas exceptionnel qu'un Autochtone se suicide suivant une arrestation. Une hausse du taux de suicide s'observe, selon Durkheim, pendant des périodes de changements sociaux qui donnent lieu à des situations d'anomie. Durkheim définit l'anomie comme une absence de règles et de normes sociales. Selon Davenport et Davenport, considérant les nombreux changements vécus par les Autochtones et l'érosion des tissus sociaux en résultant, il est plausible que plusieurs suicides soient de type anémique.

3.1.4. Modèle intégratif des facteurs individuels et sociétaux du suicide

Kirmayer (1994) constate que les professionnels de la santé mentale voient le suicide comme étant un problème individuel, relié à la pathologie personnelle ou familiale, alors que la perspective sociologique explique le suicide comme étant une conséquence de processus à grandes échelles, telle que la désintégration sociale, le désavantage économique, le stress de l'acculturation et la perte de pouvoir politique. Toujours selon Kirmayer, ces deux approches présentent des limites. En effet, comme l'explique l'auteur, l'approche psychiatrique met l'accent sur la pathologie individuelle au lieu d'interpréter la situation comme découlant de problèmes sociaux nécessitant qu'on s'y attarde. Cependant, considérer toute une communauté comme « malade » ne peut que contribuer au sentiment d'aliénation et de désespoir en cause chez les personnes suicidaires. L'auteur affirme que d'intervenir sur le désespoir sans étiqueter la personne désespérée ou la communauté vivant des difficultés comme étant « malade » représenterait un progrès pour la compréhension du suicide parmi les Autochtones. Pour y arriver, Kirmayer propose un modèle voulant intégrer, de façon complémentaire, les approches psychiatriques et sociologiques. Selon ce modèle (voir figure 4), la collision de deux cultures cause un stress d'acculturation ayant des impacts négatifs à trois niveaux, soit communautaire, familial et individuel. La communauté souffre d'un désavantage économique, d'une désorganisation sociale et d'une perte de pouvoir politique. Le chômage, la pauvreté et la désorganisation sociale créent une situation d'anomie et d'aliénation. Les systèmes de soutien familial et social souffrent également de la désorganisation, causée par la modernisation rapide et les pertes de moyens de subsistances traditionnelles. Les individus souffrent d'aliénation et d'une perte d'estime de soi dues à la marginalisation de leur culture, qui est la source de leur langue, de leur identité et de leur histoire personnelle.

Figure 4 Modèle intégratif des facteurs individuels et sociétaux du suicide.¹⁶

¹⁶ Tiré de Kirmayer (1994). p 41. Traduction libre.

Avec son modèle intégratif des facteurs individuels et sociétaux du suicide, Kirmayer (1994) démontre qu'il est possible de tenir compte de l'impact des événements passés sur les peuples Autochtones actuels, tout en offrant des éclaircissements sur les facteurs à l'œuvre et leur lien les uns avec les autres. Ce modèle représente une avancée considérable quant à la compréhension du suicide en milieu Autochtone. En effet, c'est le premier à intégrer les approches psychiatriques et sociologiques dans un même modèle. Cependant, cette modélisation présente les facteurs de ces deux approches de façon parallèle et statique et non comme un tout interagissant les uns avec les autres et créant ainsi un environnement dynamique capable de modeler les comportements, croyances, pensées, etc. des individus y évoluant.

3.1.4. Modèle écologique

Henry et ses collègues (1993) avancent que le modèle écologique de Bronfenbrenner (1989) représente un point de vue intéressant pour mieux comprendre le suicide parmi les Autochtones. Le modèle écologique permet une approche multidimensionnelle à la compréhension du suicide, selon lequel les facteurs reliés à ce phénomène sont incorporés aux plans individuel, familial, environnemental et social. En effet, selon Bronfenbrenner «l'écologie du développement humain est l'étude scientifique de l'ajustement mutuel et progressif d'un être humain et des milieux qu'il habite, en considérant que ce processus est lui-même modifié par les interactions entre ces divers lieux et par le contexte plus large dans lequel ils prennent place»¹⁷. Dans cette optique, Bronfenbrenner propose de considérer les contextes dans lesquels évolue l'individu et avec lesquels il interagit, comme ayant un impact sur son développement.

¹⁷ Traduction tirée de Chagnon, F. et Charbonneau, L. (1998).

Ces contextes ou systèmes sont l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème. L'ontosystème représente l'organisme biologique, l'être humain, avec ses caractéristiques et son histoire, évoluant dans les systèmes. Le microsystème est le niveau le plus près de la personne et contient les structures qui sont en relation directe avec elle et inclut, par exemple, la famille, l'école, le voisinage. Le mésosystème représente l'ensemble des liens entre les microsystèmes, par exemple la conciliation travail-famille. L'exosystème est le niveau sociétal plus large représenté, par exemple, par les conditions socio-économiques ou les décisions politiques. Le macrosystème est le niveau le plus éloigné de la personne et il englobe les lois, les valeurs et les normes culturelles. Enfin, le chronosystème comprend la dimension du temps en relation avec les environnements de la personne. Les éléments de ce système peuvent être externes, tel un décès, ou internes, comme le début de l'adolescence, mais ils ont tous le même potentiel de provoquer un changement dans la vie de la personne.

En ce qui concerne plus spécifiquement les Autochtones, Henry et ses collègues (1993) affirment que le désespoir, un facteur du niveau ontosystémique et des conditions économiques et sociales défavorables, des facteurs exosystémiques et macrosystémiques ont été mis en lien avec le suicide au sein de ce groupe. De plus, ces auteurs affirment qu'au niveau mésosystémique, les demandes divergentes des différents environnements et institutions sur et hors réserve peuvent provoquer un stress important pour plusieurs jeunes Autochtones et contribuer à leur risque de suicide.

Il est vrai que l'application du modèle écologique de Bronfenbrenner (1989) par Henry et ses collègues (1993), pour mieux comprendre le suicide en milieu autochtone, présente certaines lacunes. Notamment, les auteurs ne décrivent pas de façon détaillée tous les facteurs mis en cause dans le suicide parmi les Autochtones, comme l'a fait Kirmayer (1994). Ils se contentent de placer certains facteurs

explicatifs à proximité plus ou moins grande de l'individu et le stress d'acculturation brille par son absence. Cependant, ce modèle démontre beaucoup de potentiel. Il s'approche étroitement du modèle intégratif des facteurs individuels et sociétaux du suicide proposé par Kirmayer. En considérant l'individu dans l'environnement immédiat et sociétal plus grand dans lequel il évolue, le modèle écologique intègre, comme le modèle de Kirmayer, les perspectives psychiatriques et sociologiques du suicide. Malgré l'absence de référence spécifique au stress de l'acculturation (Henry et al., 1993), le fait de prendre en compte la famille (microsystème), la communauté (exosystème) et la société plus large, y compris les idéologies, les croyances véhiculées, etc., (macrosystème), ce modèle permet nécessairement de considérer les impacts du post-colonialisme, puisque ces éléments font partie intégrante de l'environnement, proximal et distal, dans lequel croît l'individu. Le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1989) nous permet donc de considérer les facteurs liés au suicide, qu'ils soient psychiatriques ou sociétaux, comme faisant partie d'un tout et interagissant les un avec les autres et créant ainsi un environnement dynamique capable de modeler les comportements, croyances, pensées, etc. des individus y évoluant. La prochaine section présente quels sont les facteurs reliés aux pensées et gestes suicidaires, ainsi qu'aux suicides complétés, identifiés par les études épidémiologiques.

3.2. Facteurs reliés aux pensées et gestes suicidaires

Des recherches ont été entreprises afin d'expliquer le nombre élevé de suicides, d'idéations et de gestes suicidaires dans plusieurs communautés autochtones. Cependant, à cause des mêmes raisons limitant la connaissance précise de la prévalence des tentatives de suicide, présentée au chapitre deux, ainsi que de la disparité des communautés et le petit nombre d'études empiriques sur le sujet, les résultats doivent être interprétés avec prudence. Néanmoins, ces recherches offrent

de l'information précieuse sur certains aspects des idéations suicidaires et des tentatives de suicide dans les communautés autochtones.

Les facteurs identifiés comme jouant un rôle dans les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont la consommation d'alcool ou de drogues (Howard-Pitney, Lafromboise, Basil, September et Johnson, 1992; Wilkie, Macdonald et Hildhal, 1998) l'inhalation de solvant, l'abus physique, l'abus psychologique, les troubles psychiques (Gartrell et al., 1993) et l'exposition au suicide (Kirmayer et al., 1996). D'autres variables reliées sont l'absence du père, une grande impulsivité, le sentiment de se sentir inutile et sans valeur (O'Neil, 1993), le désespoir et la dysfonction familiale (Lafromboise et Howard-Pitney, 1995). Les facteurs de protection du suicide identifiés incluent la spiritualité religieuse ou traditionnellement ancrée (Garoutte, Goldberg, Beals, Herrell et Manson, 2003), le soutien social, le fait d'aimer l'école (Lafromboise et Howard-Pitney, 1995) et les habiletés de communication (Howard-Pitney et al., 1992).

3.3. Facteurs reliés au suicide

3.3.1. Facteurs macrosociaux

En ce qui a trait aux variables reliées au suicide, il n'est pas certain que le nombre de suicides des Autochtones soit lié aux mêmes conditions sociales que celles des non-Autochtones. Lester (1994, 1995b, 1995c) arrive à des résultats mitigés selon le groupe étudié et les variables utilisées. Le chômage (Lester, 1997) et la pauvreté (Bagley, 1991; Lester, 1995a, 1995c; Sigurdson et al., 1994) seraient associés au suicide. Young (1990, 1991) apporte cependant des nuances en suggérant que la pauvreté est associée au suicide des hommes autochtones aux États-Unis, mais pas à celui des femmes. Par contre, pour les Navajos, leur relative pauvreté n'a pas

d'impact sur leur taux de suicide. Ils sont le groupe amérindien le plus pauvre, mais présentant le taux de suicide le plus bas de toutes les Nations amérindiennes des États-Unis (Young, 1990, 1991). Une corrélation positive importante a toutefois été trouvée avec une latitude nordique et avec la distance d'une ville de plus de 5 000 de population. Ainsi, plus on s'éloigne de ces villes, plus le taux de suicide est élevé et plus on se dirige vers le Nord, plus le taux de suicide est élevé (Bagley, 1991). Cependant, selon cette même étude, la pauvreté semble liée à l'isolement et à la nordicité.

3.3.2. Changements sociaux et identité culturelle

Plusieurs chercheurs identifient le stress accompagnant les changements sociaux et culturels rapides comme un facteur incontournable lorsqu'on examine la problématique du suicide chez les groupes autochtones (Blanchard, Blanchard et Rolls, 1976; Kirmayer, 1994; Kettl et Bixler, 1991; May, 1990; McIntosh et Santos, 1981; McIntosh, 1984; Spaulding, 1986; Spencer, 2000; Westlake Van Winkle et May, 1986, 1993). Une expérience naturelle s'étant produite en Alaska vers la fin des années soixante semble appuyer cette hypothèse. Des chercheurs rapportent que la découverte de pétrole en Alaska à cette époque amena de grands bouleversements chez plusieurs communautés autochtones de la région. Bien que profitant économiquement de la situation, ces derniers ont vu leur mode de vie changer radicalement tout en étant mis à l'écart du processus décisionnel quant à l'exploitation de cette richesse naturelle. En revanche, ils ont vu le taux de suicide de leurs communautés grimper en flèche. Les communautés les plus affligées par le suicide sont aussi celles qui ont profité le plus économiquement, donc vraisemblablement celles qui ont connu les plus grands bouleversements (Kettl et Bixler, 1991).

Selon plusieurs auteurs, les changements sociaux rapides et irréversibles entraînent un vide culturel et une confusion identitaire pour les jeunes, contribuant ainsi à la hausse spectaculaire du taux de suicide (Berlin, 1987; Brave Heart et DeBruyn, 1998; Brave Heart, 2003; Chandler et Lalonde, 1998; Chandler, 2000; EchoHawk, 1997; Kettl et Bixler, 1991; Leenaars et al., 1998; Leenaars, Anawak, Brown, Hill-Keddie et Taparti, 1999; McIntosh, 1984; Range, Leach, McIntyre, Posey-Deters, Marion, Kovac et al., 1999; Spaulding, 1986; Strickland, 1997; Sullivan et Brems, 1997). Avec les résultats d'une étude menée auprès de la Nation Ojibway de l'Ontario, Spaulding constate que pour les Ojibway, les taux de suicide les plus bas se retrouvent chez les groupes ayant su conserver leur culture traditionnelle ainsi que chez ceux ayant adopté la culture dominante. Les taux les plus élevés se retrouvent dans les groupes en transition entre leur culture traditionnelle et la culture dominante. Ainsi, il est postulé que les groupes en transition entre les deux cultures connaissent des pressions importantes créant un sentiment de n'appartenir à aucune de ces sociétés, tout en étant régi par les deux (McIntosh, 1984; Spaulding, 1986).

Chandler et Lalonde (1998), quant à eux, se sont intéressés aux différences entre les communautés sans suicide et les communautés dans lesquelles le suicide était un problème. Ils avancent que la continuité culturelle contribue à protéger les jeunes contre le suicide. La continuité culturelle est expliquée comme étant la capacité d'un jeune à se projeter dans l'avenir. Selon les auteurs, cette capacité est seulement possible si l'identité du jeune est bien définie par sa culture et solidement ancrée dans celle-ci. Selon cette perspective, ce sont seulement les communautés dans lesquelles la culture autochtone est vivante et forte que les jeunes pourront se projeter dans l'avenir et être protégés du suicide. Dans le but de tester leur hypothèse auprès d'une population autochtone, ils identifient des variables présentes au niveau communautaire qu'ils nomment « jalons de la continuité culturelle ». Selon eux, l'autodétermination politique, le contrôle par la communauté des services de police,

de pompier et du programme éducatif des écoles, ainsi que la présence de revendications territoriales représentent les « jalons de la continuité culturelle ». Ils comparent les communautés sur les bases de leur taux de suicide et du nombre de jalons de continuité culturelle présents. La corrélation est probante. En effet, les taux de suicide par communauté sont inversement proportionnels aux nombres de jalons de continuité culturelle présents dans les communautés, c'est-à-dire plus il y a de jalons présents, moins il y a de suicides.

Par contre, ces mêmes marqueurs, dits culturels, n'informent en rien de la vitalité culturelle des communautés. Ils indiquent plutôt la présence d'autres variables, telles l'organisation communautaire, l'autonomie sociopolitique et un développement économique dynamique. De telles variables contribuent à une meilleure qualité de vie et à un sentiment « d'empowerment » (Zimmerman, 1995, 2000) et peuvent donc protéger contre le suicide. Dans le même ordre d'idées, Mignone et O'Neil (2005) introduisent la notion de capital social en ce qui a trait aux facteurs écologiques pouvant protéger les membres des Premières Nations du suicide. Le concept de capital social renvoie au niveau et à la qualité des interactions entre les individus dans des endroits et des situations spécifiques. De façon générale, les éléments du capital social incluent, pour une communauté donnée, les relations sociales, les réseaux, les normes et valeurs, la confiance aux autres et les ressources (Woolcock, 1998, 2000). De la même façon, O'Neil (1996) explique l'importance de l'entraide, du don de soi, du partage et du respect de l'autre dans les relations interpersonnelles d'un groupe d'Autochtones du Montana. L'absence de ces éléments devient, pour les membres du groupe, une forme de détresse psychologique contribuant à leur expérience dépressive.

Par ailleurs, bien que tentant de prouver une hypothèse intéressante, soit le rôle des changements culturels rapides et irréversibles dans le suicide des Autochtones, ces études se basent uniquement sur des données macrosociologiques. En agissant de

la sorte, ces chercheurs peuvent prêter flanc à l'erreur écologique, en ce sens qu'ils tentent d'inférer des causes à des comportements d'individus en se basant exclusivement sur des observations portant sur tout le groupe (Morgenstern, 1982). Dans cette optique, l'étude de cas individuels s'avère d'autant plus utile pour faire le lien avec les facteurs macrosociologiques.

3.3.3. Âge et sexe

Les études épidémiologiques informent que le suicide parmi les Autochtones est principalement le fait de jeunes hommes (Berlin, 1987; Day et Lanier, 2003; Kirmayer, 1994; McIntosh et Santos, 1981; Petawabano et al., 1994; Westlake Van Winkle et May, 1993). Ainsi, l'âge, entre 15 et 44 ans (Day et Lanier, 2003), et le sexe, masculin (Boothroyd et al., 2001; Rhodes, 2003), doivent figurer en tant que facteurs de risque pour le suicide des membres de cette sous-population.

3.3.4. Moyen

La disponibilité d'un moyen représente un facteur de risque pour le suicide (Dahlberg, Ikeda et Kresnow, 2004). Deux études parmi les Autochtones de l'Alaska informent que l'arme à feu était le moyen utilisé dans 76% à 80% des suicides, suivi par la pendaison (Hlady et Middaugh, 1988b; Kettl et Bixler, 1991). Une étude parmi les Inuits du Canada indique pour sa part que la pendaison était utilisée dans 54,9% des cas de suicide, suivi par l'arme à feu dans 29,6% des cas. Ces deux méthodes figurent parmi les moyens de suicide les plus létaux (Gunnell, Bennewith, Hawton, Simkin et Kaur, 2005) et représentent des facteurs de risque pour le suicide.

3.3.5. Détention

La détention dans un établissement correctionnel représente un facteur de risque considérable pour le suicide (Bistodeau et Daigle, 2000; Lester et Danto, 1993; Stuart, 2003). Les taux de suicide dans les pénitenciers canadiens sont jusqu'à quatre fois supérieurs à ceux observés dans la population générale (Bistodeau et Daigle, 2000) et le suicide est souvent la première cause de décès dans un établissement correctionnel (Stuart, 2003). Le Canada est un des pays où le taux d'incarcération est le plus élevé avec 151 détenus par 100 000 citoyens adultes (Daigle, 1999). Les Autochtones sont surreprésentés dans les pénitenciers et les prisons, puisqu'ils représentent 17% de toutes les admissions dans un établissement correctionnel au Canada, alors qu'ils ne comptent que pour 2,7% de la population (Services correctionnels du Canada [SCC], 2002). La détention et les démêlés avec la justice figurent en tant que facteurs de risque importants pour le suicide des Autochtones (Kirmayer, 1994). En plus d'être un facteur de risque pour le suicide, la surreprésentation des Autochtones parmi les détenus et leurs démêlés avec la justice sont un indice de la trajectoire autodestructrice adoptée par un nombre élevé de ces jeunes et peuvent donc avoir des facteurs communs les ayant mené sur cette trajectoire. Des études précises s'avèrent nécessaires pour identifier les causes communes et le rôle de la détention en tant que facteur pouvant mener au suicide.

3.3.5. Troubles psychiatriques

Certains facteurs plus proximaux reliés au suicide des Autochtones ont été identifiés par l'examen de cas individuels, surtout en consultant les dossiers médicaux, scolaires et des services sociaux. À partir du dossier médical, Boothroyd et ses collègues (2001) ont effectué des comparaisons entre des Inuits du nord du Québec décédés par suicide et un groupe équivalent de sujets contrôles vivants. Les

informations comparées étaient les données sociodémographiques, l'histoire médicale et psychiatrique, les séparations à l'enfance, l'histoire familiale et l'utilisation des services médicaux. Les résultats indiquent que les suicidés ont eu plus de contacts avec des professionnels de la santé que les sujets témoins, à vie et dans l'année précédant le décès. De plus, les cas de suicide avaient 4,3 fois plus de risque d'avoir reçu un diagnostic de trouble psychiatrique que ceux du groupe contrôle. La dépression, les troubles de la conduite et les troubles de personnalité représentent les diagnostics les plus courants. Les données concernant l'utilisation d'alcool, de solvants et de drogues n'étaient pas disponibles pour le groupe témoin et aucune comparaison n'a été faite sur la consommation (Boothroyd et al., 2001).

Cette étude rétrospective à devis comparatif avait une méthodologie solide et a dégagé des données probantes. Cependant, l'absence de données sur l'utilisation d'alcool et de solvant et le choix de limiter l'analyse aux dossiers disponibles, sans questionner directement les proches des victimes représentaient des lacunes importantes.

Contrairement à l'étude de Boothroyd et ses collègues (2001), Kettl et Bixler (1993) n'ont pas trouvé de différence significative concernant le diagnostic psychiatrique en comparant 33 cas de suicide d'Autochtones de l'Alaska avec un groupe contrôle équivalent. Sigurdson et ses collègues (1994) ont effectué une étude rétrospective des dossiers du coroner de tous les décès par suicide de jeunes de 24 ans et moins de la province du Manitoba pour la période comprise entre 1984 et 1988 (n=204). Bien que 90% des dossiers contenaient des indices d'un trouble de l'humeur, un diagnostic a été posé pour seulement 9,1% des jeunes Autochtones. Il est intéressant de noter que pour les jeunes non-Autochtones, la proportion de cas ayant reçu un diagnostic précédant le suicide s'élève à 22,5%.

La limite principale de cette étude, notée par les auteurs, était la grande variabilité dans la complétude des dossiers du coroner. Néanmoins, en comparant systématiquement le groupe de jeunes Autochtones au groupe de non-Autochtones, cette étude soulève des questions intéressantes quant au diagnostic de trouble de l'humeur. Est-ce que les jeunes Autochtones sont sous-diagnostiqués? Si c'est le cas, est-ce dû à une réticence à consulter de leur part ou à une non-reconnaissance de l'expression de la dépression ou de la détresse psychologique des jeunes Autochtones par les soignants non-autochtones? Quelques auteurs affirment que les troubles psychiatriques sont circonscrits culturellement, mais que la liste des symptômes permettant le diagnostic est basée uniquement sur l'expérience de maladies mentales de la culture dominante occidentale (Kirmayer, 1989, Manson, Shore et Bloom, 1985; Maser et Dines, 1993; O'Neil, 1993, 1996). Par exemple, pour un groupe d'Amérindiens du nord-ouest des États-Unis, la dépression est exprimée comme étant un sentiment de solitude profonde tandis que la peur de l'abandon et les manifestations dépressives sont associées aux pertes et à l'ennui (O'Neil, 1993, 1996). Quoi qu'il en soit, il est clair que plus d'études doivent se pencher sur la spécificité de la dépression et des autres troubles psychiatriques des membres des Premières Nations afin d'en évaluer leur rôle dans le suicide de ces personnes.

3.3.6. Alcool

Comme c'est le cas pour les troubles psychiatriques, très peu d'études analysent spécifiquement la contribution de l'abus de substance au suicide des Autochtones (Dinges & Duong-Tran, 1993; May, Westlake Van Winkle, Williams, McFeeley, DeBruyn et Serna, 2002) malgré la présence de l'alcool dans une proportion plus élevée de suicide d'Autochtones que lors de suicide dans les autres groupes au Canada (Sigurdson et al., 1994) et aux États-Unis (Hlady et Middaugh, 1988b; Kettl et Bixler, 1991, 1993; May et al., 2002). À cet effet, une étude des analyses toxicologiques de 347 Autochtones du Nouveau-Mexique décédés par suicide indique

que 62,4% d'entre eux étaient intoxiqués au moment de leur passage à l'acte, avec un taux d'alcoolémie de 0,08 mg d'alcool/dl de sang. Près de la moitié (45,8%) de l'échantillon présentait des taux d'alcoolémie au moins deux fois supérieurs à ce seuil (May et al., 2002). En ce qui a trait aux Autochtones du Canada, Sigurdson et ses collègues ont trouvé la présence d'alcool parmi 60,7% des suicides amérindiens contre 42,9% des suicides non-autochtones. De plus, le taux d'alcoolémie était également plus élevé pour le groupe d'Autochtones avec une moyenne de 0,079 opposée à une moyenne de 0,046 pour l'autre groupe. Ces taux élevés signifient qu'un plus grand nombre d'Autochtones que de personnes de la population générale étaient en état d'ébriété lors de leur passage à l'acte.

Toutefois, le seuil au delà duquel la consommation d'alcool est qualifiée de pathologique est régi culturellement (O'Neil, 1993) et c'est souvent le « pattern » de consommation qui est important pour déterminer une dépendance (Payette et Tousignant, 2000). La recension des écrits scientifiques sur le « pattern » de consommation d'alcool des membres des trois groupes d'Autochtones de l'état du Nouveau-Mexique effectuée par May et ses collègues (2002) appuie ces affirmations. Les études démontrent que la proportion d'Autochtones de cet état consommant régulièrement de l'alcool se situe entre 52% et 64% des hommes et de 13% à 40% des femmes. Ces proportions sont moins élevées que celles pour la population des États-Unis en général pour laquelle on retrouve 72% des hommes et 50% des femmes consommant de l'alcool régulièrement. Cependant, bien que moins fréquente, la consommation de plusieurs Autochtones de ce groupe se caractérise par l'ingestion de grandes quantités d'alcool en peu de temps. Ceci est vrai surtout pour les moins de 40 ans et la consommation s'accompagne fréquemment de nombreuses conséquences néfastes, telles que la mortalité, l'arrestation ou autres événements violents (May et al., 2002). À cet effet, un taux de mortalité lié à l'alcool s'élevant à près de 29 fois celui de la population américaine en général a été enregistré pour les réserves Lakota

et Dakota/Nakota (Aberdeen Area Indian Health Service, 1999 cité par Brave Heart, 2003).

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la dépression, l'alcoolisme et le suicide sont des signes de la démoralisation massive qui affectent les groupes des Premières Nations (Foulks, 1980; Guyette, 1982; Hockirchen et Jilek, 1985; Skilnyk, 1985 in O'Neil, 1993; Kettl et Bixler, 1993; Sigurdson et al., 1994). Malgré les conséquences pernicieuses de la consommation abusive d'alcool, certains auteurs affirment que la consommation d'alcool, même au delà du seuil de pathologie convenu dans le DSM-IV peut représenter « un élément puissant dans l'expression positive de socialisation et de réaffirmation des liens d'amitié et de parenté à travers le partage de ressources et de temps »¹⁸. À preuve, être invité à consommer de l'alcool dans le groupe des adultes est devenu le rite de passage de bien des adolescents autochtones (Berlin, 1987). Est-ce réellement une expression de socialisation positive ou l'indice que l'alcool a remplacé les rites traditionnels? Dans ce cas, les observations ne témoignent-elles pas davantage du rôle de l'alcool dans la désintégration culturelle observée par ces mêmes auteurs? Ces questions méritent une investigation poussée. L'étendue des problématiques liées à l'alcool dans des communautés autochtones (Sigurdson et al., 1994) et leurs effets dévastateurs (Brave Heart, 2003) ainsi que le rôle de l'alcool comme facteur de risque pour le suicide doivent faire l'objet d'études précises afin d'éclairer adéquatement la question.

De la même façon, très peu d'études se sont intéressées à la comorbidité entre l'alcool, la dépression ou autres troubles psychiatriques et le suicide chez les Autochtones (Maser et Dinges, 1993). Selon certains auteurs (Maser et Dinges, 1993; O'Neil, 1993), de telles études devraient être menées avec beaucoup de prudence, toujours en raison de la validité discutable de l'application transculturelle de diagnostics psychiatriques. Néanmoins, une étude avance que 76% de

¹⁸ O'Neil (1993). Traduction libre, p. 463.

l'échantillon d'adolescents autochtones pouvaient souffrir de plus d'un problème psychiatrique (Dinges et Duong-Tran, 1993). Cette recherche a été effectuée auprès d'un échantillon de 124 adolescents autochtones américains ayant tous reçu un diagnostic de dépression et vivant en pension de groupe, qualifiée par les auteurs d'établissement quasi-clinique. En plus de la dépression, 13,7% de l'échantillon présentaient également des idéations suicidaires au moment de l'étude et la consommation abusive d'alcool et de marijuana s'ajoutait au tableau clinique pour 8% des jeunes, portant le nombre de troubles concomitants à trois. En outre, les auteurs affirment que la sévérité et la forme de la comorbidité pouvaient être prédites par les événements de vie stressants vécus par les jeunes de l'étude (Dinges et Duong-Tran, 1993).

3.3.7. Événements de vie

Plusieurs chercheurs identifient les événements de vie comme jouant un rôle important dans la psychopathologie et le suicide en général (Brent, Perper, Moritz, Baugher, Balach, et Schweers, 1993; Chagnon, 2000; Chagnon et al., 2001; DeWilde, Kienhorst, Diekstra et Wolters, 1992; Pronovost et Leclerc, 2000; Tousignant, 1992; Tousignant et Harris, 2001) et aussi des Autochtones (Berlin, 1987; Dinges et Duong-Tran, 1993; Dizmang, Watson, May et Bopp, 1974; Gartrell et al., 1993). Des auteurs soutiennent que la prévalence des idéations suicidaires et des tentatives de suicide tend à augmenter avec l'âge (Gartrell et al., 1993). Ils se basent sur les résultats de leur étude indiquant que le nombre de jeunes Autochtones de leur échantillon rapportant des idéations et tentatives suicidaires est près de deux fois plus élevé pour le groupe des 15 ans et plus comparativement au groupe des 12-13 ans. Ils avancent que cette hausse reflète probablement à la fois la nature cumulative du risque suicidaire et l'exposition continuelle à des stressors importants pour plusieurs de ces jeunes (Gartrell et al., 1993). DeWilde et ses collègues (1992), soutiennent que les sujets ayant fait des tentatives de suicide relatent plus d'événements de vie

négatifs, surtout durant l'enfance et l'année précédant leur tentative de suicide, que les sujets du groupe contrôle. Ces mêmes chercheurs affirment également que des autopsies psychologiques rapportent fréquemment une situation familiale instable comme événement de vie entrant en cause dans le suicide de jeunes personnes.

3.3.8. Facteurs familiaux

La famille représente un thème central quant au développement du risque suicidaire. Des études menées auprès d'adolescents avancent que les perturbations familiales figurent au premier rang des éléments déclencheurs d'un passage à l'acte suicidaire (Bastien, 1996; Pronovost et Leclerc, 2000, 2002). On affirme également qu'une différence importante réside dans le climat familial entre les jeunes qui se suicident et ceux qui ne le font pas (Kaplan et Maldaver, 1993; Meyer et Phillips, 1990; Miller, King, Shain et Naylor, 1992). Wagner (1997) a examiné plus de 150 recherches publiées portant sur l'une ou l'autre des théories familiales pour expliquer le suicide. Ce dernier arrive à la conclusion qu'il existe trop peu d'études valides méthodologiquement pour confirmer ou réfuter l'une ou l'autre des théories, surtout à cause des subtilités étiologiques en jeu. Par contre, en se basant sur l'important corpus de données analysées, il affirme résolument l'existence d'une corrélation non négligeable des variables familiales avec des symptômes de suicidabilité.

Le rôle des facteurs familiaux dans le suicide des Autochtones mérite une investigation particulière puisque les bouleversements historiques ont affecté la structure de la famille élargie, traditionnellement importante dans l'éducation des enfants (EchoHawk, 1997; Kirmayer, 1994). Plusieurs pistes de recherche identifient la famille comme jouant un rôle dans le suicide d'Autochtones (Kirmayer, 1994; Gartrell et al., 1993). De plus, l'introduction de l'alcool figure parmi les bouleversements historiques vécus par les divers groupes d'Autochtones (Bjerregaard, 2001) et il est avancé que ce sont les enfants des alcooliques qui se suicident (Kettl et Bixler, 1991, 1993; Hunter, 1991). Une étude sur le suicide parmi

les Aborigènes d'Australie a soulevé cette hypothèse en constatant le lien entre la vente d'alcool aux Aborigènes, légalisée entre 1960 et 1971, et l'apparition du suicide endémique dans certaines communautés aborigènes dans les années quatre-vingt (Hunter, 1991). De la même façon, il était illégal pour un Autochtone de l'Alaska de se procurer de l'alcool jusqu'en 1953. Une vingtaine d'années plus tard, en 1976, le suicide de ce groupe est quatre fois le taux national, un taux sans précédent. Le groupe le plus à risque est celui des 20-24 ans (Kettl et Bixler, 1991, 1993), soit la cohorte représentant les enfants des membres ayant vécu la légalisation de la vente d'alcool aux Autochtones. Bien qu'elles ne soient pas concluantes en soi, notamment dû à la possible erreur écologique (Morgenstern, 1982), ces études soulèvent le doute quant à la piste de la famille comme incontournable pour comprendre le suicide parmi ces groupes. En outre, une perturbation psychologique causée par un environnement familial chaotique et instable durant l'enfance a été mis en cause pour expliquer le suicide de jeunes Autochtones (Dizman et al., 1974). Plus précisément, cette étude rapporte, entre autres, un nombre de pertes par rejet/abandon significativement plus élevé chez les sujets décédés par suicide que chez les sujets contrôles.

3.3.9. Rejet / abandon

Le thème de la perte, du rejet et de l'abandon dans la compréhension de problèmes psychosociaux revient à plusieurs reprises et sous diverses formes. Par exemple, les travaux de Bowlby (1978) sur l'attachement des enfants se basent sur la perte de la mère (ou de la figure maternelle). L'observation d'enfants sans foyer suivant la Deuxième Guerre Mondiale, sujet d'un rapport préparé pour l'Organisation des Nations Unies en 1950, a permis à Bowlby de constater les conséquences « remarquablement unanimes » du bris de la relation avec la mère sur la santé mentale des enfants. Ce dernier affirme qu'il est essentiel qu'un enfant ait une relation chaleureuse, intime et continue avec sa mère afin de croître en bonne santé mentale. Pour Bowlby, la perte de la mère n'équivaut à rien de moins qu'un

traumatisme, c'est-à-dire un choc psychique pour l'enfant. Des études empiriques appuient les constats de Bowlby, notamment lorsque la perte de la personne significative est provoquée par un rejet ou à un abandon. Selon Brown et Harris (1978b), un bris de la relation parent-enfant dû à un rejet ou d'un abandon en bas âge représente un élément principal dans l'étiologie de la dépression d'adultes.

Le rejet contribue également à la compréhension du suicide en général (Sabbath, 1971; Tousignant et Mishara, 1981; Tousignant, 1998; Tousignant, Séguin, Lesage et Turecki, 2004) et aussi chez les Autochtones (Dizmag et al., 1974; Kirmayer, 1994; Tousignant et Chela, 1991). Il est postulé qu'un rejet à l'enfance peut être un facteur de vulnérabilité important pour le suicide à l'adolescence ou plus tard, à l'âge adulte (Maris et al., 2000). Maris et ses collègues citent les travaux d'Erikson, entre autres, pour appuyer l'idée que des stressseurs et des événements de vie négatifs à l'enfance, comme les pertes d'objets d'amour, peuvent entraîner des difficultés développementales chez l'enfant, entravant son processus vers la maturité et ayant des répercussions négatives sur tous les stades de vie subséquents. Dans sa théorie de « l'enfant sacrifié »¹⁹, Sabbath défend l'idée que le souhait conscient ou inconscient de son parent d'en être débarrassé constitue un élément nécessaire au suicide de l'adolescent.

Par ailleurs, plusieurs chercheurs informent que des difficultés relationnelles, tels des conflits ou le bris d'une relation intime, sont associées aux comportements suicidaires (Maris et al., 2000). En effet, parmi plusieurs adultes décédés par suicide, un rejet d'une personne significative a précipité le geste suicidaire (Tousignant, 1998). Dans les petites sociétés, les liens interpersonnels revêtent une importance particulière et un rejet familial ou communautaire laisse peu d'option de fuite à part l'émigration (Tousignant, 1998).

¹⁹ Traduction libre de « expendable-child ».

CHAPITRE IV

SYNTHÈSE, OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette section résume brièvement les idées générales émergeant des écrits sur le sujet du suicide parmi les Autochtones exposées précédemment. Le but et les objectifs de cette recherche sont présentés en lien avec les écrits scientifiques desquels se dégagent les questions de recherche plus spécifiques.

4.1. Synthèse

Les variations des taux de suicides d'un pays à un autre sont un indice important du rôle des variables sociales et culturelles dans l'explication du suicide (De Leo et Spathonis, 2004). De la même façon, la hausse rapide du taux de suicide dans plusieurs communautés autochtones représente un point de focalisation pour l'investigation du phénomène au sein des groupes autochtones jusqu'à ce jour, et pour cause. Le suicide, phénomène rare au tournant du XIX^e siècle, est devenu l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes Autochtones du Canada (Kirmayer, 1994; Leenaars et al., 1998), des États-Unis (McIntosh et Santos, 1981; Westlake Van Winkle et May, 1986) et de l'Australie (Hunter et Harvey, 2002), pour ne nommer que ceux-là. Que s'est-il passé? Il s'est passé la colonisation, fait historique incontournable (Frideres, 1993), accompagnée des politiques d'assimilation des Autochtones, des conflits, des épidémies, des famines (Jetten, 1992), de la décimation (Kirmayer et al., 2000), de la mise sous tutelle (AHF, 1998), de la marginalisation (Berry, 1985; 1992), de l'aliénation sociopolitique (Larose,

1989), tel que décrit au premier chapitre de cette thèse. Selon plusieurs auteurs, les bouleversements relativement rapides du mode de vie des Autochtones et le stress d'acculturation contribuent, à des degrés divers, aux problématiques que connaissent certains groupes aujourd'hui (Berlin, 1987; Brave Heart et DeBruyn, 1998; Chandler et Lalonde, 1998; Chandler, 2000; EchoHawk, 1997; Kettl et Bixler, 1991; Leenaars et al., 1998; Leenaars et al., 1999; McIntosh, 1984; Range et al., 1999; Spaulding 1986; Strickland, 1997; Sullivan et Brems, 1997).

Cependant, en considérant le suicide des Autochtones selon le point de vue de l'acculturation, de nombreuses questions demeurent sans réponse. Par exemples, quels sont les facteurs précis en jeu et l'apport de chacun? Qu'est-ce qui explique le suicide en si grand nombre chez ces jeunes? Est-ce le fait d'être en transition entre la culture traditionnelle et la culture dominante (Spaulding, 1986)? Est-ce une lacune au plan de la continuité culturelle (Chandler et Lalonde, 1998)? Au plan du capital social (Mignone et O'Neil, 2005)? Pourquoi le suicide n'apparaît que plusieurs décennies plus tard? De toute évidence, les études scientifiques doivent chercher au-delà de la victimisation historico-politique de ces peuples afin de comprendre l'enchevêtrement complexe des nombreux facteurs jouant un rôle dans le suicide de ces groupes.

Il est possible de constater, comme c'était le cas pour les statistiques sur le suicide parmi les Autochtones, qu'il y a un manque indéniable d'études rigoureuses permettant de dégager un portrait clair des facteurs à l'œuvre dans le développement de la suicidalité au sein de ce groupe (Cutcliffe, 2005). Très peu d'études empiriques visant à tester des hypothèses précises ont été entreprises (Boothroyd et al., 2001; Chandler et Lalonde, 1998; Dinges et Duong-Tran, 1993; Gartrell et al., 1993; Kettl et Bixler, 1993; May et al., 2002; Sigurdson et al., 1994). Celles ayant été effectuées n'ont, pour la plupart, pas été répliquées. Ainsi, malgré la gravité de la situation dans plusieurs communautés autochtones, une inadéquation incontestable existe entre les

besoins de connaissances sur le suicide et les efforts y étant consacrés. Les données scientifiques sont principalement d'ordre macrosociologiques, soient les études sur les agrégats (Bagley, 1991; Lester 1994, 1995b, 1995c, 1997; Sigurdson et al., 1994) ou encore recueillies par questionnaires auto-administrés pour tenter d'évaluer la prévalence d'idéations et de tentatives de suicides parmi les écoliers du secondaire et de la fin du primaire (Garoutte et al., 2003; Gartrell et al., 1993; Howard-Pitney et al., 1992; Kirmayer et al., 1996; Lafromboise et Howard-Pitney, 1995; Wilkie, et al., 1998). L'information recueillie provient presque exclusivement des États-Unis ou de la région circumpolaire et la recherche sur les Premières Nations du Canada et du Québec est naissante, nous laissant avec un portrait inégal de la problématique.

Des chercheurs se sont penchés sur les facteurs étiologiques en jeu dans la problématique du suicide parmi les Autochtones. Les études nous informent que le portrait type du suicidé autochtone est un jeune homme (Berlin, 1987; Day et Lanier, 2003; Kirmayer, 1994; McIntosh et Santos, 1981; Petawabano et al., 1994; Westlake Van Winkle et May, 1993) âgé entre 15 et 44 ans (Day et Lanier, 2003) qui s'enlève la vie au moyen d'une arme à feu (Hlady et Middaugh, 1988b; Kettl et Bixler, 1991) ou par pendaison (Gunnell et al., 2005). Les études à ce jour ne permettent pas d'établir clairement la prévalence de suicidés souffrants de troubles psychiatriques (Boothroyd et al. 2001; Kettl et Bixler, 1993), mais une non-reconnaissance de l'expression des troubles de l'humeur ou de la détresse psychologique chez les jeunes Autochtones peut être soupçonnée (Sigurdson et al, 1994). La détention et les démêlés avec la justice figurent en tant que facteurs de risque importants pour le suicide des Autochtones (Kirmayer, 1994). En plus d'être un facteur de risque pour le suicide, la surreprésentation des Autochtones parmi les détenus canadiens (SCC, 2002) et leurs démêlés avec la justice sont un indice de la trajectoire autodestructrice adoptée par un nombre élevé de ces jeunes et peuvent donc avoir des facteurs communs les ayant mené sur cette trajectoire. C'est également le cas en ce qui concerne l'alcool (May et al., 2002) et les événements de vie (Berlin, 1987; Dinges et

Duong-Tran, 1993; Dizgman et al., 1974; Gartrell et al., 1993). L'alcool figure en tant que facteur de risque du suicide, mais son rôle précis n'est toujours pas clair, compte tenu du « pattern » de consommation (May et al., 2002). Les événements de vie jouent un rôle dans le suicide des Autochtones (Dinges et Duong-Tran, 1993; Dizgman et al., 1974) et il est soupçonné que parmi plusieurs adultes décédés par suicide, un rejet d'une personne significative a précipité le geste suicidaire (Tousignant, 1998). Des études précises s'avèrent nécessaires pour identifier les causes communes et leur implication dans l'occurrence du suicide.

Par ailleurs, des études suggèrent que le niveau de détresse ou de fonctionnement familial est un élément essentiel dans l'étiologie du suicide parmi les Autochtones (Kirmayer, 1994; Dizmang et al., 1974), mais sans préciser davantage. Le clan, filet de sécurité communautaire servant de soutien aux individus et aux familles, a connu des perturbations importantes (EchoHawk, 1997). En outre, étant donné le climat social dans lequel évoluent les familles autochtones (Larose, 1989) et les épreuves traumatiques qu'ont dû surmonter certains parents (EchoHawk, 1997; AHF, 1998), il est probable qu'un climat familial délétère prévaut dans plusieurs familles. En ce sens, la famille et les événements vécus à l'enfance représente un thème essentiel à la compréhension du suicide en milieu autochtone, car ils font le lien avec les facteurs historico-politique. Des études soulèvent le doute quant au rôle de l'alcool dans la perturbation familiale et le suicide subséquent des enfants y étant issus (Kettl et Bixler, 1991, 1993; Hunter, 1991). Des données proximales ciblent les pertes par rejet/abandon vécues à l'enfance par un plus grand nombre de suicides que de sujets témoins (Dizmang et al., 1974).

Le but de cette thèse est de contribuer à la compréhension du suicide chez les Autochtones, en examinant les situations de vie qui, pour certaines personnes, ont été jugées suffisamment intolérables pour qu'elles causent volontairement leur propre mort. À la lumière de connaissances actuelles dans le domaine, la famille d'origine

représente un point de focalisation nécessitant une attention particulière, mais pour laquelle nous avons peu de données. La même chose est vraie pour les événements de vie vécus par les suicidés dans les mois précédents leur passage à l'acte.

4.2. Objectifs

Par l'exploration de deux moments de la vie d'Autochtones décédés par suicide, les objectifs de cette recherche consistent à 1) établir le profil des communautés participantes comprenant les données sociodémographiques, le taux de suicide, l'opinion de certains intervenants et dirigeants sur la situation vécue au sein de ces dernières et les liens interpersonnels entre certains suicides; 2) présenter les caractéristiques des cas de suicides recensés, 3) analyser les événements de vie survenus durant la dernière année de la vie des cas, soit la nature et la fréquence de ceux-ci et plus précisément, vérifier si les cas ont subi un rejet important d'une personne significative peu de temps précédant leur suicide et 4) analyser les situations familiales vécues durant l'enfance des cas, à savoir s'ils ont vécu au sein d'une famille pouvant être qualifiée de dysfonctionnelle et plus précisément, vérifier si les cas ont subi un rejet important de la part d'une figure parentale.

4.3. Questions de recherche

La présente recherche propose de mieux comprendre le suicide chez les Autochtones en examinant les questions suivantes:

- a) Les personnes décédées par suicide ont-elles vécu un rejet d'une personne significative peu de temps avant leur passage à l'acte ?
- b) Quelles sont la nature et la fréquence des événements de vie vécus par les personnes décédées par suicide au cours de leur dernière année de vie?
- c) Les personnes décédées par suicide ont-elles vécu un rejet à l'enfance de la part d'au moins une figure parentale ?
- d) Les personnes décédées par suicide ont-elles vécu au sein d'une famille dysfonctionnelle?

CHAPITRE V

MÉTHODOLOGIE

5.1. Type d'étude

Cette étude exploratoire projette de faire la chronologie par analyse rétrospective de la trajectoire de vie d'Autochtones décédés par suicide. Selon Brent (1989), la méthode de l'autopsie psychologique s'avère nécessaire en suicidologie, alors que Boothroyd et ses collègues (2001) qualifient l'utilisation d'entrevues avec des proches de suicidés de moyen peu fiable et intrusif. Puisque des autopsies psychologiques n'ont jamais été entreprises pour un groupe de suicidés autochtones, et devant des opinions si divergentes, une discussion en profondeur des avantages et des limites étant accordés à cette méthode apparaît nécessaire.

« Autopsie psychologique » est le terme désigné par Shneidman pour décrire une méthode qu'il a développée pour soutenir les coroners de Los Angeles dans leur travail consistant à établir la cause d'un décès équivoque (Brent, 1989; Pouliot et De Leo, 2006). L'autopsie psychologique est une entrevue ou une série d'entrevues en profondeur, dont le but est de reconstruire les circonstances sociales et psychologiques associées à la façon qu'une personne est morte (Shneidman, 1981). Robins et ses collègues (1956-57; cité par Isometsa, 2001) ont été les premiers à appliquer la méthode d'autopsie psychologique pour l'investigation de série de suicides consécutifs à St-Louis (Isometsa, 2001). Leur étude a été répliquée à Seattle par un autre groupe de chercheurs américains, ensuite en Europe par un groupe de

chercheurs Anglais à la fin des années 1960 (Isometsa, 2001). Depuis, nous assistons à la prolifération de la méthode en suicidologie. Par exemple, une recherche effectuée dans la base de données informatisée *Pubmed* par Pouliot et De Leo a récolté plus de 160 articles traitant, d'une façon ou d'une autre, de l'autopsie psychologique. Isometsa dénombre plus de 20 projets d'autopsie psychologique majeurs se déroulant dans divers pays et cultures, soit en Amérique du Nord, en Europe, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Israël, à Taïwan et en Inde. Ce fait suggère que la méthode en tant que telle est applicable invariablement du contexte culturel dans lequel elle est utilisée.

Il est évident que par sa nature, l'étude du suicide complété est particulière. En effet, l'absence du sujet à l'étude représente l'obstacle majeur à contourner. Les études prospectives présentent de nombreuses forces et ne souffrent pas des biais reliés aux études appariées, mais pour l'étude d'un phénomène aussi statistiquement rare que le suicide, ce type d'étude s'avère d'une inefficacité absolue (Brent, 1989). Il est donc nécessaire de faire appel à un devis rétrospectif, comme la méthode de l'autopsie psychologique (Brent, 1989; Isometsa, 2001; Pouliot et De Leo, 2006). L'avantage certain de cette méthode réside en qu'elle permet de contourner l'obstacle majeur de toute étude sur le suicide, soit l'absence du sujet. L'autopsie psychologique représente la technique la plus directe pour déterminer la relation entre des facteurs de risques particuliers et le suicide (Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003). Cependant, de nombreuses limites sont également associées à cette méthode. La plupart ont été souligné par Pouliot et De Leo suite à l'examen de 81 articles publiés portant sur l'autopsie psychologique. Les études analysées portaient toutes sur des groupes de cas de suicide, comprenaient une entrevue avec au moins un informateur et présentaient des données originales. De façon générale, la méthode de l'autopsie psychologique permet d'obtenir une information riche sur les cas de suicide étudiés en lien avec différentes variables liées au suicide (ex. désordre physique et mental, histoire familiale durant l'enfance, événements de vie, utilisation

des services, etc.) et lors de la présence d'un groupe contrôle, cette méthode permet d'évaluer quels facteurs ont un risque potentiel plus grand pour le suicide (Pouliot et De Leo, 2006).

Par contre, les données recueillies par cette méthode font preuve d'une grande variabilité, tant au niveau du type d'information collectée qu'au plan de sa quantité et de sa qualité. Toujours selon Pouliot et De Leo (2006), cette variabilité serait due à quatre facteurs principaux, soit une diversité du type de paradigmes sous lesquels les études ont été conduites, l'absence d'un protocole standardisé, l'introduction d'artefacts méthodologiques et le manque de lignes directrices spécifiques guidant la formation des intervieweurs. Les auteurs mettent en lumière que les études sont difficilement comparables entre elles dû au manque de standardisation des instruments utilisés. Ils soulignent, entre autres, que pour évaluer la présence de troubles psychiatriques, les instruments standardisés n'ont pas été validés pour permettre leur utilisation avec des répondants (tierces personnes). Le format 'semi structuré' des entrevues laisse une plus grande place aux erreurs de la part des intervieweurs alors que les entrevues structurées offre une possibilité limitée de jugement clinique de la part de l'intervieweur. Les études visant à faire état des événements de vie vécus par les suicidés avant leur passage à l'acte démontrent également une hétérogénéité dans l'instrument utilisé pour recenser les événements de vie, certains développent leur propre instrument alors que d'autres utilisent des instruments existants (Pouliot et De Leo, 2006).

Les auteurs rapportent une grande étendue quant à la période de temps précédent le suicide faisant l'objet de l'autopsie psychologique, avec des études couvrant à peine un mois antérieur au suicide et d'autres reculant jusqu'à 24 mois précédent le suicide. Selon Paykel (1983), il serait inutile de reculer considérablement dans le temps, puisque plus on s'éloigne antérieurement de la date du suicide, moins qu'il y a d'événements rapportés. Il y aurait même un

regroupement des événements de vie à l'intérieur des trois mois précédents le suicide (Pouliot et De Leo, 2006).

Le profil de l'informateur peut influencer de façon marquée l'information obtenue sur un cas. En effet, l'âge, le sexe, le lien et la proximité avec la personne suicidée ainsi que l'attitude de l'informateur quant au suicide sont tous des facteurs qui peuvent influencer la quantité et la qualité de l'information recueillie. De plus, les informateurs peuvent, de façon rétrospective, identifier un nombre de facteurs externes, tels des événements de vie, ou internes comme des troubles mentaux. Pouliot et De Leo (2006) avancent l'hypothèse selon laquelle l'humeur du répondant au moment de l'entrevue pourrait influencer le nombre d'événements et la qualité de l'information recueillie. Cependant, ils n'appuient cette hypothèse que sur une étude qui évaluait les événements auto-rapportés après avoir subi un stimulus sensé provoquer un état émotionnel négatif, positif ou neutre. Ainsi, bien que soulevant une limite théorique potentielle dont il faut tenir compte, elle demeure néanmoins non-soutenue. Dans le même ordre d'idée, les auteurs rappellent que pour la plupart des études se sont les proches qui servent d'informateurs et que les endeuillés par suicides démontrent généralement des signes de psychopathologies dans les semaines, les mois et même parfois les années suivant le suicide. Ces symptômes cliniques sont associés à des troubles de la mémoire. À cet effet, Brent (1989) soutient qu'aucun lien significatif existait entre la présence d'un désordre mental et la quantité et la qualité de l'information rapportée. Ainsi, dans cette optique, le temps écoulé entre le suicide et l'entrevue représente un autre facteur à considérer lorsqu'on veut mener une étude basée sur la méthode de l'autopsie psychologique. Selon Pouliot et De Leo, le temps idéal reste un point de débat. Parmi les 86 études analysées par ces auteurs, la période de temps écoulée entre le suicide et l'entrevue variait entre sept jours et huit ans. Les balises avancées sont de laisser passer de deux mois à un an après le suicide (Pouliot et De Leo, 2006). L'utilisation d'une autre source d'information plus

objectives, par exemple les dossiers du coroner, de police ou médicaux peut s'avérer un moyen pour contourner ce biais (Cavanagh et al., 2003).

Selon Pouliot et De Leo (2006), les caractéristiques de l'intervieweur pourraient également influencer la quantité et la qualité des données recueillies. De même, la façon dont l'information provenant de différentes sources est pesée et comment les contradictions sont réconciliées ne sont pas basés sur des critères définis dans les études d'autopsie psychologique. Lorsque les sujets contrôles ou témoins sont en même temps les informateurs, il est évident qu'ils peuvent donner beaucoup plus d'information à leur sujet que lorsqu'on passe par une tierce personne (Brent, 1989).

Le choix du groupe contrôle soulève autant de questionnements méthodologiques. La première question a trait à l'inclusion ou non d'un groupe contrôle ou témoin (Hawton, Appleby, Platt, Foster, Cooper, Malmberg et Simkin, 1998). En effet, selon Hawton et ses collaborateurs, bien qu'il soit désirable d'inclure un groupe contrôle, cette option n'est pas toujours possible dû aux coûts plus élevés qu'un tel choix entraîne ou à l'impossibilité de former un groupe contrôle convenable. Lorsqu'on décide de procéder avec un groupe contrôle, la sélection d'un groupe contrôle convenable doit être déterminé par les hypothèses de l'étude. Une question se pose également quant au choix de contrôles vivants ou morts. Chacun a ses avantages et inconvénients et une variabilité existe dans les études analysées par Pouliot et De Leo (2006). Il est important d'apparier les sujets et les contrôles sur un certain nombre de variables. Dans les études analysées par Pouliot et De Leo, ce nombre de variables variait entre un et huit.

Ce bref survol des dilemmes méthodologiques posés lors de l'utilisation de la méthode de l'autopsie psychologique témoigne en même temps de la flexibilité de la méthode et des nombreux pièges à contourner pour que son utilisation soit efficace.

Tous les auteurs des recensements consultés (Hawton et al., 1998; Isometsa, 2001; Pouliot et De Leo, 2006) concluent que malgré ses imperfections, la méthode de l'autopsie psychologique a grandement contribué à nos connaissances des victimes du suicide, de l'étiologie et du processus suicidaire. En somme, cette méthode est un moyen reconnu et méthodologiquement fiable pour recueillir de l'information sur les suicides complétés (Cavanagh et al., 2003). La validité des données recueillies auprès d'un tiers est soutenue empiriquement (Conner, Conwell et Duberstein, 2001) et les avantages accordés à cette méthode dépassent de loin les faiblesses qui y sont associées (Beskow, Runeson et Åsgård, 1990; Bifulco, Brown et Harris 1994; Hawton, Houston, Malmberg et Simkin, 2003).

Afin de dresser un tableau le plus complet possible du contexte social dans lequel s'inscrit le suicide, des données macrosociologiques (taux de chômage, revenu moyen, âge médian, niveau de scolarité, etc.) des communautés visées compilées par Statistiques Canada seront présentées et comparées aux données de la province (voir section 5.2.1). D'autres données historiques et psychosociales ont été colligées sur les communautés visées par l'étude. Les données sur les événements vécus durant la dernière année de vie et les situations familiales à l'enfance ont été collectées par le biais de deux entrevues semi-structurées (voir section 5.7) avec des proches des personnes décédées par suicide (voir section 5.4). L'auteure a procédé également à l'examen des dossiers du coroner et des rapports d'enquête de police afin de corroborer les informations recueillies par les entrevues.

5.2. Communautés

La recherche a été entreprise dans quatre communautés autochtones du Québec, comptant entre 1 000 et 1 700 habitants. Le choix de trois communautés s'est fait suite à une invitation de la part du coordonnateur du programme de prévention du

suicide de la Nation. Ces communautés sont aux prises avec la problématique du suicide et l'accueil de chercheurs fait partie des initiatives adoptées pour tenter de contrecarrer cette problématique. Cependant, les chercheurs, même invités, doivent préalablement recevoir l'appui officiel des dirigeants communautaires.

Suite à cette invitation, des démarches ont été entreprises, par l'auteure afin d'obtenir l'autorisation de la part des dirigeants des communautés. Pour ce faire, l'auteure a présenté les objectifs et la méthodologie prévue de l'étude au grand chef de la Nation, aux chefs et aux directeurs de la santé et des services sociaux des trois communautés, au comité constitué de membres individuels des communautés, ainsi qu'au coordonnateur et autres intervenants communautaires. Certains chefs se montraient réticents à permettre une telle étude parce qu'ils craignaient la stigmatisation des membres de leur communauté. D'autres participants à la réunion voyaient cette étude comme une opportunité de mieux comprendre la problématique du suicide spécifique à leur communauté. Une autre rencontre a donc été prévue afin d'ajuster le devis d'étude pour y inclure les préoccupations des participants.

Par contre, peu de temps après cette première rencontre, des élections ont eu lieu et le grand chef de la Nation vaincu a été remplacé. Une autre rencontre a été convoquée afin de présenter l'étude au nouveau grand chef. Cette rencontre a été annulée puisque le coordonnateur qui avait initié l'invitation et qui agissait comme pont entre l'auteure et les dirigeants et responsables a démissionné de son poste et devait être remplacé avant d'entamer d'autres démarches quant à l'étude. Enfin, un grand-chef, un coordonnateur, deux chefs et un an et demi plus tard, suite à plusieurs télécopies, d'innombrables conversations téléphoniques avec divers dirigeants et responsables et trois autres rencontres réunissant les responsables des communautés, l'autorisation de procéder à une collecte de données auprès de ces communautés a été accordée par ces derniers. Cependant, une des conditions posées par les dirigeants,

afin d'éviter la stigmatisation des membres de la Nation, était d'inclure au moins une autre communauté autochtone membre d'une autre Nation.

Pour répondre à ces exigences, des démarches ont été entreprises auprès d'une quatrième communauté, membre d'une autre Nation, ayant également comme politique de recevoir des chercheurs pour examiner certaines problématiques sociales. L'autorisation des responsables de cette communauté a été donnée plus rapidement. En effet, six mois se sont écoulés entre le premier contact initié par l'auteure et la réception de la lettre accordant l'accès à la communauté par le responsable de la santé et le dirigeant de cette communauté.

Une entente de collaboration a été conclue avec les dirigeants et les responsables des services de santé et des services sociaux sur des bases individuelles et spécifiques à chaque communauté. Cette entente verbale comprenait l'assistance d'un intervenant psychosocial œuvrant en prévention du suicide pour l'identification et le recrutement des répondants pour l'étude, l'encouragement des autres intervenants/professionnels de la santé et des services sociaux à accorder une entrevue pour les fins de la recherche ainsi que le prêt d'un bureau (téléphone, photocopie, télécopie, accès Internet, etc.) à l'auteure lors de ses séjours dans les communautés. De plus, trois des quatre communautés offraient gracieusement l'hébergement à cette dernière lors de ses visites. En général, l'auteure a séjourné une à trois fois dans les communautés pour des périodes variant d'une journée à deux semaines, pour un total de 52 jours. Pour des raisons d'éthique, les communautés participantes sont désignées par des noms fictifs²⁰ de façon à éviter l'identification des cas de l'étude ou de leur famille.

²⁰ Afin de préserver la confidentialité et d'éviter la confusion et l'alourdissement du texte, les communautés sont désignées par des noms fictifs, soit : Les Boisés, Des Rivières, Grand-Lac et Petit-Lac.

5.2.1. Profils sociodémographiques des communautés

Des données sociodémographiques sur chacune des communautés pour toutes les personnes ayant une identité autochtone²¹ sont mises en parallèle aux données des Autochtones de la province, ainsi qu'à celles de l'ensemble du Québec (voir tableau 1). Les données sociodémographiques de la communauté « Grand-Lac » se démarquent des trois autres communautés, se rapprochant plus des données pour l'ensemble des Autochtones du Québec (voir tableau 1). La plus urbanisée et la moins isolée, elle se situe à proximité d'une ville de plus de 10 000 personnes. Cette communauté se distingue aussi par ses caractéristiques linguistiques. En effet, 21,2% de la population déclare une langue autochtone comme langue maternelle²², alors que dans les autres communautés, cette proportion se situe à 97,8% et 98,8% respectivement.

En comparant les caractéristiques de la population des trois communautés à celles de Grand-Lac et à celles de l'ensemble des Autochtones du Québec, les facteurs qui se démarquent sont le très jeune âge de la population, la proportion substantielle de la population de 25 ans et plus ayant atteint un niveau d'éducation inférieur au diplôme d'études secondaires, la faiblesse du taux d'emploi et du revenu médian et le nombre élevé d'occupants par logement. Par ailleurs, lorsque les données des Autochtones sont comparées à celles de l'ensemble du Québec, en plus du jeune âge de la population autochtone, nous remarquons un niveau de scolarité et un taux d'emploi considérablement inférieurs à ceux de l'ensemble des Québécois. De plus, le revenu total médian des Autochtones âgés de 15 ans et plus est de 5 000\$ à 8 500\$ de moins par année que celui de l'ensemble des Québécois.

²¹ Selon Statistique Canada, « La population ayant une identité autochtone comprend les personnes ayant déclaré appartenir à au moins un groupe autochtone, c'est-à-dire « Indien de l'Amérique du Nord », « Métis », « Inuit (Esquimau) » et/ou ayant déclaré être un Indien des traités ou un Indien inscrit aux termes de la *Loi sur les Indiens* du Canada et/ou ayant déclaré être membre d'une bande indienne ou d'une Première Nation. »

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des communautés autochtones participantes*, de l'ensemble des Autochtones du Québec et du Québec.

Caractéristiques	Grand Lac	Les Boisés	Petit Lac	Des Rivières	Autochtones du Québec	Québec
Toutes les personnes	1675	1615	1615	1015	79 400	72 37479
Âge médian de la population	28,9	20,7	18,1	17,3	27,9	38,8
% de la population âgé de 15 ans et plus	70,8	61,3	57,1	54,7	70,4	82,2
État matrimonial légal de la population de 15 ans et plus						
% Célibataire	59,1	50,5	44,8	52,7	51,5	40,7
% Marié(e)	25	42,4	49,2	30,4	33	40,3
% Séparé(e)	2,1	2,5	0	5,4	2,7	2,3
% Divorcé(e)	7,2	1,5	1,6	5,4	8,3	10
% Veuf(ve)	0,6	3,5	4,4	4,5	4,6	6,7
% vivant en union libre	21,5	16,7	15,1	28,8	18,5	17
Plus haut niveau de scolarité atteint pour la population de 25 ans et plus						
% ayant atteint un niveau inférieur au certificat d'études secondaires	45,2	78,7	71,4	56,6	48,2	31,7**
% ayant un certificat d'études secondaires	11,8	6,4	8,3	14,4	21,4	25,7**
% ayant un diplôme d'une école de métiers, d'un collège ou d'une université	35,5	12,5	17,3	25	25,6	25,3**
% ayant un grade universitaire au niveau baccalauréat ou à un niveau supérieur	7,5	2,2	2,3	2,6	5,8	17,2**
Revenu total médian des personnes âgées de 15 ans et plus (\$)	14822	12 294	12152	13 792	15 330	20 665
Taux d'emploi (%) des personnes âgées de 15 ans et plus	42,0	24,7	26,5	42,3	47,1	58,9
% de logements occupés comptant plus d'une personne par pièce	3,3	23	29,1	25,6	5,7	N/D [†]
% de la population ayant une langue autochtone comme langue maternelle	21,1	97,8	98,8	97,5	45,9	N/A ⁺
% de la population parlant au moins une langues autochtones à la maison	19,7	97,5	99,4	98	45,3	N/A ⁺

* Ces données comprennent seulement celles pour les personnes ayant une identité autochtone

** Ces données sont pour la population du Québec âgée de 15 ans et plus compilées et traitées par l'Institut de la statistique du Québec (2003), à partir des données du recensement de Statistique Canada.

† Données non disponibles.

+ Données non applicables

²² Selon Statistique Canada (2005), la langue maternelle se définit comme la première langue apprise et encore comprise.

5.3. Recrutement

Afin d'identifier les suicides pouvant être inclus dans l'étude, les listes de décès de trois des quatre communautés ont été obtenues. Une communauté ne gardait pas de telles listes, se contentant d'enlever le nom de la personne décédée du registre officiel de Bande. Pour ce qui est des trois listes obtenues, aucune ne contenait des données complètes, c'est-à-dire spécifiant à la fois le nom de la personne décédée, la date et la cause du décès. Dans un cas, une liste comprenait le sexe des personnes décédées, la date et la cause du décès, mais sans mentionner le nom des défunts. Dans deux autres cas, les listes étaient nominatives et spécifiaient le sexe et la date du décès, mais n'offraient aucune information quant à la cause du décès. Ce constat a compliqué le recrutement pour l'étude. Les travailleurs communautaires collaborant à la recherche ont identifié les personnes de la communauté décédées par suicide, que leur décès soit survenu dans la communauté ou à l'extérieur de celle-ci. Après quoi, ils ont identifié les répondants potentiels et la procédure de recrutement a suivi son cours. Cette procédure prévoyait l'identification, par les intervenants psychosociaux, des personnes aptes à participer à l'étude et sur lesquelles aucun impact négatif ne pouvait être prévisible. La participation des membres de la fratrie a été privilégiée. Dans le cas où aucun d'entre eux ne se montrait disponible, les parents du suicidé étaient sollicités par le travailleur communautaire. Dans le cas où la famille immédiate (mère-père-fratrie) voulait participer à l'étude, mais sans faire eux-mêmes les entrevues, ils désignaient un membre de la famille élargie connaissant bien le suicidé.

Le nombre de suicidés identifiés par les intervenants excédait celui des statistiques officielles. Une estimation conservatrice des cas de suicide d'adultes (18 ans et plus) pour la période entre 1983 et 2002 est de 62. Pour 25 d'entre eux, aucun répondant n'a pu être identifié. Lorsqu'un répondant a pu être identifié pour le cas de suicide (N=37), le taux de réponse est de 86,5% avec deux personnes ayant refusé,

deux autres ne s'étant pas présentées à l'entrevue après avoir pris rendez-vous et une personne s'étant retirée de l'étude quelques jours après l'entrevue.

5.4. Répondants

Les répondants ciblés pour cette étude étaient les membres de la famille immédiate, idéalement la fratrie, de la personne décédée par suicide. Ces derniers ont été témoins des expériences vécues par cette dernière durant son enfance et sont vraisemblablement au courant des événements vécus durant la dernière année de sa vie. Pour ces raisons, ils représentent des répondants de choix. Le recrutement s'est soldé par la participation de 25 répondants parmi les quatre communautés participantes. Les répondants sont la sœur pour 17 cas, le frère et la mère pour six cas chacun et la tante et la belle-mère dans deux cas. Cinq participants ont servi de répondant pour plus d'un cas. Une mère a répondu pour ses deux fils décédés par suicide, deux répondantes ont chacune vécu le suicide de deux frères, un répondant était le frère de trois cas et une femme répondait pour ses trois frères décédés par suicide.

5.5. Rapports du coroner

Les rapports du coroner et d'enquête de la police ont été demandés au Bureau du coroner du Québec dans les 30 cas. Une recherche nominale a fourni les rapports pour 26 des 30 cas. L'employé du bureau du coroner a invoqué l'orthographe des noms pour expliquer possiblement les cas manquants. Néanmoins, les 26 dossiers trouvés ont permis de confirmer les informations colligées, surtout sur les dernières journées de la vie du suicidé.

5.6. Les cas

Les cas sont tous les Autochtones adultes (18 ans et plus) décédés par suicide, issus d'une des quatre communautés préalablement ciblées pour lesquels un répondant a pu être identifié. Le taux de suicide est plus élevé pour les hommes de 15 à 25 ans (Kirmayer, Fletcher et Boothroyd, 1998), mais compte tenu que les groupes autochtones sont répartis sur un vaste territoire et que le nombre de suicides dans une communauté est faible, nous avons inclus les deux sexes et n'avons pas déterminé d'âge maximal afin d'augmenter les possibilités de recrutement pour cette étude. L'originalité de cette étude réside dans l'approche de l'autopsie psychologique et considérant les difficultés associées à l'étude, le nombre projeté de cas était de 30. Dans les faits, de l'information a été colligée sur un total de 33 cas de suicide. Cependant, un répondant s'est retiré, un cas n'avait que 15 ans au moment de son décès et pour un autre cas, trop peu d'informations ont été colligées. Pour ces raisons, ces trois cas ont été exclus de l'analyse. Cette étude comprend 30 Autochtones adultes décédés par suicide. Par contre, dû à des informations insuffisantes, il n'était pas possible de coter deux cas sur les dimensions spécifiques des expériences à l'enfance et les événements de vie pour deux cas. L'analyse approfondie porte sur 28 cas. Les cas ne se répartissent pas de façon égale parmi les communautés. La majorité (n=18) provient de la communauté « Les Boisés », huit demeurent à « Des Rivières » alors que deux habitent « Petit-Lac » et deux autres « Grand-Lac ».

5.7. Instruments

Les instruments servant à la collecte de données sont le « Life Events and Difficulties Schedule » (LEDS) (Brown, Harris et Bifulco, 1989), le « Child Experience of Care and Abuse » (CECA), (Bifulco, Brown et Harris, 1986), et une grille d'entrevue ethnographique conçue pour les besoins de l'étude. Les protocoles

d'entrevue et la grille ethnographique se retrouvent en annexes. L'auteure a effectué toutes les entrevues avec les répondants. Elle a été formée à l'utilisation et à la cotation du LEDS et du CECA.

5.7.1. Les facteurs contextuels

La conception de la grille d'entrevue ethnographique s'inspire largement d'une grille validée et utilisée dans une recherche sur la contagion du suicide dans des petits villages (Garneau et Tousignant, nd). Il s'agit d'une entrevue semi-structurée visant à recueillir l'information du contexte communautaire dans lequel se sont produits les suicides. Il cible la collecte d'éléments socio-historiques, jugés importants par les répondants pour tenter d'expliquer les affections récentes touchant leur communauté, les rituels entourant les suicides ainsi que le sens donné par les membres de la communauté du nombre important de suicides. Ces entrevues ont été conduites auprès des 15 acteurs communautaires autochtones et non-autochtones, soit des intervenants en toxicomanie (n = 4), en prévention du suicide (n = 2) et en prévention de violence conjugale (n = 1), un psychologue, un directeur d'école, un policier, un chef de police, un pair aidant, un travailleur social, un directeur de santé et un directeur de services sociaux.

5.7.2. Les événements et difficultés de vie

Les événements et difficultés de vie vécus durant les 12 mois précédant le décès sont analysés à l'aide du LEDS. Selon cet instrument, un événement de vie fait référence à un changement identifiable ou à un écart de la routine quotidienne, susceptible de causer une réaction de stress importante chez la plupart des gens.

(Tousignant et Harris, 2001). Une difficulté est une situation ou condition problématique qui perdure sur une période d'au moins quatre semaines.

Brown et ses collègues (1989) ont développé le LEDS dans le but d'évaluer le rôle des événements stressants dans l'étiologie de certains troubles psychiatriques. Le LEDS accorde une importance centrale à l'analyse contextuelle des événements et difficultés de vie, ainsi qu'à la datation de ceux-ci permettant de déterminer leur chronologie. Notamment, pour ces raisons, cet instrument est supérieur aux listes d'événements à cocher (Paykel, 1983; Tousignant, 1992). Un autre avantage important de cet instrument est de tenir compte des difficultés de vie. Il s'administre par une entrevue semi-structurée.

Plusieurs études démontrent la validité du LEDS et l'accord inter-juge est élevé avec des coefficients kappa supérieurs à 0,70 (Tousignant, 1992). L'utilisation de cet instrument auprès de tierces personnes a fourni de l'information très fiable avec un taux d'accord se situant entre 80% et 91% selon les études (Brown et Harris, 1989; Brown, 2003). Le LEDS a été utilisé avec succès dans des recherches entreprises dans des pays divers tels en Autriche, en République Tchèque, en Colombie, au Niger, au Kenya et en Inde, démontrant une absence de biais culturels. La pertinence du LEDS pour la recherche interculturelle est en partie due à l'utilisation du contexte personnel pour évaluer l'impact des événements (Brown et Harris, 1989). Pour la présente étude, des valeurs culturelles des Autochtones sont prises en compte, comme l'importance des aînés, de la famille étendue et des mentors traditionnalistes.

L'outil prévoit des « feuilles de cotation » pour chaque événement ou difficulté de vie, donnant une structure spécifique à l'information recueillie afin de permettre la codification. Celle-ci se fait selon deux échelles de gravité de menace à court et à long terme qui inclut quatre niveaux, soit, en ordre croissant de gravité ou de sévérité, peu ou pas sévère, comportant une certaine sévérité, modérément sévère et sévère.

Le processus de codification exclut les réactions subjectives du répondant, évitant le risque de contamination pour le codificateur. Les expériences et événements rapportés sont basés sur des faits et appuyés d'exemples vécus par le sujet et non basés sur les réactions subjectives de ce dernier face à une expérience ou à un événement. Pour soutenir la codification, le LEDS propose des dictionnaires d'événements et de difficultés, munis de centaines d'exemples chacun. Organisés par domaine de vie, les types d'événements et de difficultés prévus par les dictionnaires incluent les événements et difficultés reliés au domaine relationnel, avec l'entourage et le conjoint, le domaine judiciaire, scolaire, financier, de l'emploi, de la santé physique et mental du cas et de l'entourage ainsi que les événements et difficultés liés au logement et au décès de personnes proches.

En outre, l'instrument prévoit la classification d'événements sévères selon le potentiel d'humiliation que celui-ci peut provoquer. Seulement les événements préalablement cotés comme « sévères » peuvent faire l'objet d'une deuxième catégorisation en considérant le contexte proximal de ceux-ci. La cotation des événements humiliants se raffine par la catégorisation en trois sous-échelles, dont deux sont utilisées dans cette étude. Seul le dernier événement sévère fait l'objet de cette codification selon les sous-échelles « humiliation/séparation » et « humiliation-simple ».

Afin d'évaluer le rejet, la sous-échelle « humiliation/séparation » est utilisée. Les événements sévères cotés « humiliation/séparation » sont ceux qualifiant un bris dans la relation comportant une dévaluation de la personne. Le bris de la relation implique nécessairement qu'une personne significative exclut le sujet de sa vie. La dévaluation implique un rabaissement de la personne directement relié à l'échec de son rôle social. Plus précisément, l'événement est directement lié à l'incapacité du sujet à assumer son rôle social, dans un contexte où des éléments identitaires sont mis en cause par une personne significative. Par exemple, la conjointe du sujet quitte ce

dernier suite à des avertissements répétés qu'il doit cesser d'investir une somme importante d'argent dans les machines vidéo-poker. À cause de ce comportement, qu'il n'arrive pas à changer, son identité de conjoint est mise en cause par les critiques dont il est l'objet de la part de sa conjointe puisqu'il n'assume pas pleinement son rôle de soutien émotif et de pourvoyeur. Ces comportements sont à la base du désintègrement de son couple et du départ de sa conjointe. La codification de l'événement « départ de la conjointe » implique nécessairement le contexte proximal dans lequel ce départ a eu lieu. Cette interprétation de la sous-échelle « humiliation/séparation » est plus spécifique que ce qui est originalement prévu par le LEDS afin de bien cerner le rejet au sens que le veut cette étude puisque le rejet nécessite la présence du rabaissement et du bris de la relation.

Lorsqu'un événement comporte un élément d'humiliation mais que la relation demeure intacte, la sous-échelle « humiliation-simple » sera alors utilisée. Selon la définition du LEDS, les événements cotés « humiliation-simple » sont ceux causant un sentiment important de diminution de la valeur personnelle, sans toutefois provoquer un bris dans la relation.

Suite à l'analyse du matériel recueilli et en suivant les règles générales du LEDS, une autre sous-échelle s'est dégagée, soit, « humiliation/atteinte la réputation sociale ». La sous-échelle « humiliation/atteinte la réputation sociale » qualifie les événements sévères qui provoquent un sentiment important de diminution de la valeur personnelle et qui revêtent un caractère public impliquant un changement dans la manière d'être considéré par la famille élargie ou le village dans son entier suite à cet événement. Il n'est pas nécessaire que ces événements comportent un élément de séparation pour recevoir cette cote. Pour l'attribution de cette sous-échelle, les règles de codification du LEDS prévues pour les événements humiliants ont été suivies.

Les sous-échelles « humiliation-simple » et « humiliation/séparation » sont mutuellement exclusives. La sous-échelle « humiliation/atteinte à la réputation sociale » peut s'ajouter à l'une ou l'autre cote d'humiliation afin de rendre compte d'une dimension supplémentaire de l'événement. Ces sous-échelles servent essentiellement à distinguer certains événements, en apportant des précisions sur la nature de ceux-ci et en visant une meilleure compréhension de leur rôle dans l'étiologie de troubles psychosociaux ou dans ce cas, le suicide.

Toutes les cotes ont fait l'objet d'une discussion avec un expert. L'accord inter-juges à l'aveugle de tous les événements et de toutes les difficultés de 20% (n = 6) des cas a également été fait. Le coefficient kappa a été calculé pour les 30 événements et les 20 difficultés de ces six cas. L'accord inter-juges pour la menace à court terme des événements atteint un kappa de 0,84, de 0,60 pour la menace à long terme et de 0,79 pour les difficultés. La discussion avec un expert et l'accord inter-juges ont permis d'atteindre un consensus quant à la cote à apposer aux situations rapportées.

5.7.3. Les expériences de l'enfance

Administré sous la forme d'une entrevue semi-structurée, le CECA (Bifulco et al., 1986) a servi à évaluer les attitudes et les soins parentaux, les pertes et les expériences précoces d'adversités vécus au cours de l'enfance, c'est-à-dire de la naissance à 17 ans. Cet instrument explore des dimensions importantes de la relation parent-enfant selon 14 variables exposées plus loin.

Les informations recueillies à l'aide du CECA concernent des comportements et des faits et non des sentiments ou des appréciations subjectives des événements, produisant ainsi un corpus d'informations beaucoup plus objectif. Par ailleurs, durant

l'entrevue, le répondant est encouragé à produire le plus d'exemples concrets possibles afin de permettre l'appréciation de façon objective de la fréquence, la durée et la gravité des situations familiales. L'outil prévoit des « feuilles de cotation » donnant une structure spécifique à l'information recueillie ce qui permettra la codification. À moins d'indication contraire, la plupart des variables du CECA se cotent sur une échelle de quatre points, jugeant de la sévérité ou de la gravité de l'événement à partir de ces exemples concrets. Les deux premiers points représentent des épisodes de gravité importante. Les deux autres points reflètent des situations de moindre importance. Les règles de cotation du CECA sont spécifiques pour chaque échelle et le dictionnaire de références contient des dizaines d'exemples pour chacune. Chaque échelle est cotée séparément pour chacun des parents ou parents substituts vivant avec l'enfant.

Les coefficients alpha pour la concordance inter-juges sont supérieurs à 0,78, sauf pour une échelle à 0,63 (Bifulco et al., 1994). La fiabilité de l'information rapportée par un pair est élevée, se situant entre 84% et 94% selon les échelles (Bifulco, Brown, Lillie et Jarvis, 1997). En outre, cet instrument a été utilisé dans une recherche sur les familles de réfugiés (Tousignant, Habimana, Brault, Bendris et Sidoli-Leblanc, 1993), démontrant une absence de biais culturels. Dans le cadre de cette étude, toutes les cotes ont fait l'objet d'une révision par un expert et un consensus a été atteint dans tous les cas quant aux cotes à attribuer. Ce qui suit est une description sommaire de chacune des échelles, incluant les nuances apportées pour les fins de cette étude.

Rejet / abandon

Le rejet de l'enfant par le parent constitue le degré de « non-existence » de l'enfant aux yeux du parent. Elle fait référence aux comportements et paroles du parent visant à annihiler l'enfant. L'abandon constitue le délaissement physique et

définitif de l'enfant par le parent. L'échelle de rejet / abandon combine ces deux concepts et vise à évaluer le bris de la relation parent-enfant.

Antipathie

L'antipathie reflète une attitude critique, froide, voire hostile, du parent envers l'enfant. Il y a recoupement entre l'antipathie et le rejet, et les remarques rejetantes doivent être considérées lors de la cotation de la variable « rejet/abandon ».

Indifférence / négligence

La variable indifférence / négligence évalue l'absence des éléments nécessaires à la croissance harmonieuse d'un enfant. Ainsi, le CECA définit l'indifférence/négligence par le désengagement du parent à fournir un soutien matériel adéquat à l'enfant, des soins nécessaires à sa santé et à sa sécurité et par le désintérêt du parent de la vie affective, sociale et scolaire de l'enfant. Cependant, bien que prévu par cette échelle, l'intérêt du parent quant aux activités scolaires de l'enfant n'a pas été considéré dans cette étude afin de tenir compte des différences culturelles de l'époque.

Discipline et supervision

Le degré de contrôle exercé par le parent quant à la vie de l'enfant se reflète par deux échelles, soit, la discipline et la supervision parentale. Bien que l'éducation traditionnelle des enfants autochtones pouvait être considérée comme « extrêmement libérale » (Larose, 1984), elle était centrée sur les besoins de l'enfant et impliquait la contribution et le soutien d'un réseau complexe de membres de la famille élargie (Echohawk, 1997). Cette préoccupation du bien-être, de la sécurité et de l'initiation des plus jeunes membres du groupe est cohérente avec ce qui est prévu par ces échelles du CECA. Dans cette optique, l'auteure n'y voit aucun biais culturel. La discipline parentale traduit la présence et le renforcement des règles de conduite par

les parents dans le but de fournir un encadrement sain à l'enfant, une routine à la vie familiale et un environnement sécurisant afin de favoriser sa socialisation positive. Fournir un environnement sécuritaire et surveiller les actions de l'enfant de façon suffisante à assurer sa sécurité représente la supervision parentale. Lorsque le laxisme du parent revêt des formes extrêmes, l'indifférence/négligence sera également cotée.

Tension / discorde

L'échelle tension / discorde mesure le degré de conflit dans l'environnement familial entre les parents, le niveau général de tension et la présence de violence physique directe et indirecte entre ces derniers.

Abus physique

L'échelle d'abus physique évalue le degré de violence dans le foyer, généralement initiée par un parent et dirigée vers l'enfant. Les situations d'abus physiques sont cotées selon le degré de violence de l'événement. La plus sévère inclut la menace avec une arme ou des blessures graves. La moins sévère prévoit des incidents comme une poussée ou une tape sur les fesses ou les cuisses (discipline physique). Les situations de discipline physique durant lesquelles un objet est utilisé ou lorsque le parent frappe l'enfant sur la tête ou le visage sont incluses sous l'échelle d'abus physique.

Abus sexuel

Les critères d'inclusion relatifs à l'échelle d'abus sexuel se basent sur les balises suivantes : un contact sexuel inapproprié selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent, un abus de pouvoir de la part d'un adulte envers l'enfant, l'utilisation de menace ou de force et tout contact sexuel outrepassant les frontières normales entre l'enfant et l'entourage (ex. : figures d'autorité, fratrie, etc.). Le soutien reçu et la

réponse négative au moment du dévoilement de l'abus durant l'enfance sont également considérés lors de la cotation de cette échelle.

Abus psychologique

L'abus psychologique est considéré lorsque le parent utilise des méthodes cruelles ou causant une détresse à l'enfant dans le but de le soumettre ou avec l'intention d'endommager ou de limiter le développement psychologique de ce dernier. Par contre, même en l'absence de l'intention de soumettre l'enfant, l'abus psychologique sera tout de même considéré lorsque les méthodes éducatives s'avèrent exagérément sévères, cruelles ou dangereuses. Le CECA inclut neuf modes par lesquels le parent parvient à soumettre l'enfant, divisés en deux catégories, soit, des moyens physiques ou des moyens psychologiques. Les moyens physiques incluent priver l'enfant de ses besoins de base, saboter ou endommager un objet de valeur, infliger une détresse ou un inconfort. Les moyens psychologiques incluent déshumaniser, humilier, terroriser, manipuler par le chantage émotif, corrompre/exploiter, menacer de rejeter/abandonner l'enfant. Chacune des formes d'abus psychologique vécue par l'enfant est cotée sur une échelle de sévérité et ce, pour chacun des parents.

Renversement de rôles

L'échelle de renversement de rôles évalue le niveau de responsabilité « parentale » transféré sur l'enfant.

Chaleur affective

L'échelle de chaleur affective reflète la démonstration physique d'affection du parent envers l'enfant ou à l'inverse, le manque de chaleur affective.

Secrets

La présence de secrets dans la famille dont l'enfant est tenu à l'écart ou ceux qu'il porte est évaluée par l'échelle de secrets.

Favoritisme et bouc émissaire

Le rôle de la fratrie est approfondi par les échelles de favoritisme et de bouc émissaire. Ces échelles rendent compte d'un traitement différent d'un enfant en particulier par les parents. L'échelle de favoritisme, comme son nom l'indique, fait état des situations où un enfant est favorisé par l'un ou l'autre des parents. À l'inverse, l'échelle bouc émissaire identifie les situations où un enfant est rendu responsable de toutes les fautes.

Dysfonction familiale

Le CECA ne prévoit pas d'échelle de dysfonction familiale. Cependant, une combinaison d'échelles de cet instrument peut servir à évaluer ce concept. Ainsi, visant à qualifier le niveau de fonctionnement global de la famille pouvant avoir un effet pernicieux sur le développement de l'enfant, elle est évaluée ici par la présence à un niveau sévère ou modérément sévère de quatre variables, soit la négligence/indifférence, la discipline inconstante, la violence psychologique et la tension/discorde.

5.8. Absence de groupe contrôle

Le devis de recherche initial prévoyait la composition d'un groupe témoin équivalent, constitué d'Autochtones appartenant à la même Nation et issus du même village que les cas, apparié par sexe et par âge, mais n'ayant jamais fait de tentative de suicide. Une étude pilote menée par l'auteure afin de confirmer la faisabilité de la constitution d'un tel groupe a démontré l'impossibilité d'un tel devis. Un séjour de

deux semaines dans une des quatre communautés ciblées, comptant environ 1700 habitants, a permis le recrutement d'un seul homme âgé entre 18 et 35 ans n'ayant pas d'antécédents suicidaires, c'est-à-dire n'ayant jamais tenté de mettre fin à sa vie. Les intervenants de la santé et des services sociaux, le psychologue de la communauté et la travailleuse sociale de l'école secondaire ainsi que des intervenants des autres programmes tels que la prévention de la toxicomanie et de la violence familiale (une douzaine en tout) ont été mis à contribution dans le but de cibler des répondants potentiels, mais sans succès. Ils ne parvenaient pas à identifier des hommes n'ayant jamais fait de tentative de suicide! Même parmi les intervenants communautaires répondant aux critères (âge, sexe, appartenance communautaire), tous avaient des antécédents de tentative de suicide. Une petite annonce a été placée dans quatre endroits stratégiques de la communauté et un appel à été fait à la radio communautaire dans la langue maternelle des personnes. Ces initiatives ont également été infructueuses. Former un groupe témoin avec des hommes ayant fait une tentative de suicide non létal représentait une option qui a été écartée. Une difficulté importante existe dans la détection de certaines variables explicatives dû à une trop grande similarité des groupes appariés (Hawton et al., 1998) et les coûts financier, matériel et temporel reliés au recrutement d'un nombre suffisamment élevé de sujets et de sujets contrôles aurait mis en péril la faisabilité de l'étude. Cette recherche sera donc une étude exploratoire descriptive portant sur une série de cas consécutifs de suicide.

5.9. Considérations éthiques

Tel qu'il est mentionné précédemment, diverses questions éthiques ont été considérées tout au long de cette recherche. À prime abord, toutes les activités liées à cette étude ont été conduites dans le plus grand respect des membres des communautés participantes et de toutes personnes ayant contribué de près

(répondants, travailleurs communautaires) ou de loin (dirigeants, professionnels) à cette étude. Rappelons que les dirigeants de chacune des communautés ont donné leur aval au projet de recherche et collaborent par le biais d'un travailleur communautaire au recrutement des répondants. Les considérations éthiques suivies tout au long de cette recherche sont en accord avec les principes établis par l'Organisation nationale de la santé des Autochtones en matière de recherche (Snarch, 2004). De plus, les répondants n'ont jamais été sollicités directement par l'auteure pour participer à l'étude. Seuls les personnes sur qui l'entrevue n'aurait vraisemblablement pas d'impact négatif, selon l'intervenant collaborateur, ont été approchées. Afin de permettre à la personne endeuillée par suicide de cheminer dans son deuil, le décès par suicide devait précéder d'au moins six mois le moment du recrutement du répondant potentiel. Beskow et ses collègues (1990) recommandent un délai de 2 à 6 mois entre le suicide et le moment de l'entrevue. Par ailleurs, l'auteure effectuant toutes les entrevues est formée en évaluation et en intervention de crise suicidaire. Les répondants ont signé un formulaire de consentement (Annexe 1) expliquant l'objectif de la recherche et le déroulement de l'entrevue. Un « débriefing » a été effectué dans tous les cas à la fin de l'entrevue et l'étudiante invitait les répondants à consulter les services de santé mentale disponibles dans la communauté quand elle le jugeait nécessaire.

De plus, par respect pour les membres des communautés, des dirigeants et des répondants ayant si généreusement permis la présente étude, les communautés seront désignées par des noms fictifs afin de préserver la confidentialité et d'éviter l'identification des cas à l'étude ou de leur famille.

CHAPITRE VI

RÉSULTATS I : CONTEXTE COMMUNAUTAIRE DES SUICIDES

Ce chapitre présente les quatre communautés participantes afin de situer les cas dans leur contexte social plus large. D'abord, l'épidémiologie du suicide dans les communautés participantes sera présentée. Une courte synthèse suivra et précisera les éléments socio-historiques jugés importants par les répondants pour tenter d'expliquer les affections récentes touchant leur communauté, les rituels entourant les suicides ainsi que le sens donné par les membres de la communauté au nombre important de suicides. Les répondants sont divers intervenants de première et de deuxième ligne ainsi que des dirigeants. Finalement, les liens interpersonnels de personnes suicidées faisant partie d'une de deux séries de suicide reconnues par les intervenants et dirigeants communautaire seront présentés.

6.1. Épidémiologie du suicide

Dans le but de présenter un tableau complet du suicide dans les quatre communautés ciblées par l'étude, nous avons cherché à obtenir les statistiques compilées sur le nombre de décès par suicide dans chaque communauté, en contactant d'abord le service de police local. Celui-ci compile les données officielles sur le suicide, comprenant le sexe de la victime et l'année du décès. Par contre, afin qu'il soit enregistré par les autorités, le décès doit survenir dans la communauté. Nous avons appris par les policiers et les autorités de la santé en place que cette façon de

faire représente de nombreuses lacunes puisqu'elle sous-estime de façon importante le nombre de décès par suicide survenant chaque année dans les communautés autochtones. En effet, dans des cas où le passage à l'acte suicidaire survient dans la communauté, mais que le décès est constaté à l'extérieur, ce décès n'est pas comptabilisé dans le registre officiel. Les communautés ne comptent aucun médecin résidant pouvant constater le décès sur place, malgré la présence d'un dispensaire de soins de santé. Une infirmière informe que parfois, dans certaines circonstances très précises, le médecin peut constater le décès par téléphone et les infirmières du dispensaire procèdent aux suites nécessaires. Dans ces situations, le suicide est comptabilisé.

Par ailleurs, un répondant précise que les séjours à l'extérieur de la communauté ou le fait de résider dans la municipalité voisine, mais de revenir fréquemment sur la réserve durant la période précédant le décès, augmente la confusion quant aux cas de suicide inclus ou non dans les registres. Afin d'illustrer l'ampleur de ce phénomène, au moins 11 des 30 cas compris dans cette étude n'ont pas été comptabilisés comme « suicidés » par les autorités responsables, malgré le fait qu'ils appartenaient à la Bande et étaient résidents des communautés. Trois cas n'étaient pas inclus dans le registre officiel de suicide, car ils habitaient depuis quelques mois dans le village voisin, mais les intervenants les ont considérés comme appartenant à la communauté et les ont inclus dans leurs statistiques. Un autre cas, provenant de la communauté de « Des Rivières », est décédé à « Petit-Lac » et a été comptabilisé par les intervenants des deux communautés. À titre comparatif, pour la période entre 1990 et 2000, les policiers de deux communautés ont recensé un total de quatre suicides alors que les intervenants des mêmes communautés en ont comptabilisés 18²³ pour la même période.

²³ Incluant les cas habitant dans le village voisin, mentionnés précédemment (n = 3).

Concernant les données du coroner, l'identification en tant qu'Autochtone se base sur le lieu de résidence, c'est-à-dire si la personne demeure dans une communauté autochtone, elle sera identifiée comme membre des Premières Nations. Cependant, si elle demeure hors-réserve lors de son décès, son appartenance ethnique risque fortement de passer sous silence et l'adresse courante semble être utilisée pour déterminer le lieu de résidence. Donc, un Autochtone habitant dans le village voisin ne sera pas identifié comme « Autochtone » au bureau du coroner. Une recherche demandée au bureau du coroner a produit une liste de 10 suicides survenus dans une des communautés entre 1998 et 2004. Cette même communauté a identifiée 13 suicides pour la période entre 1998 et 2003. En vérifiant la liste de la communauté et celle du coroner, cette dernière n'incluait pas les trois suicides survenus en juin 2003, compris sur la liste de la communauté. Ceci pourrait simplement être dû à un délai dans le traitement des données.

Néanmoins, d'autres démarches ont été entreprises auprès des intervenants communautaires afin d'identifier le nombre de décès par suicide parmi les membres des quatre communautés. Le nombre de suicides, pour la période de 1990 à 2003²⁴, s'élève à 61, avec un ratio hommes-femmes de 3 :1,06 et une étendue d'âge de 11 à 56 ans, mais la très grande majorité se situant entre 15 et 39 ans (n = 58/61). Le tableau 2 présente la distribution de ces suicides par âge pour la période de 1990 .

²⁴ Le nombre de suicides recensés est basé sur cette période spécifique, puisque c'est une période commune pour laquelle toutes les communautés ont des données complètes sur le suicide.

Tableau 2 Distribution des suicides des quatre communautés participantes pour la période de 1990 à 2003 par catégories d'âges

Catégories d'âges	Nombre de personnes ²⁵	Nombre de suicides	Taux personnes (x100 000)	Taux de suicides (x100 000)
0-4 ans	760	0	12 816	0
5-14 ans	1500	3	25 295	200
15-19 ans	540	14	9 106	2 593
20-24 ans	470	19	7 926	4 043
25-44 ans	1670	23	28 162	1 377
45-54 ans	425	1	7 167	235
55-64 ans	320	1	5 396	313
65-74 ans	160	0	2 698	0
75-84 ans	65	0	1 096	0
85 ans et plus	20	0	337	0
TOTAL	5930	61	100 000	1 029

²⁵Selon le recensement de Statistique Canada (2005)

6.2. Facteurs contextuels

Cette partie offre une synthèse de la description que 15 acteurs clés provenant des quatre communautés et nommés dans le chapitre cinq, font de la situation actuelle dans leur communauté. Une communauté est en situation particulière comparativement aux trois autres. Sa date de création et sa proximité à une ville québécoise de grosseur moyenne changent les enjeux par rapport aux autres communautés. La communauté de Grand-Lac diffère quelque peu des autres communautés quant à ses caractéristiques sociodémographiques (voir section 5.1.2). De plus, selon les répondants provenant de la communauté, celle-ci traverse une crise identitaire collective. La langue n'est plus parlée couramment dans les foyers et les autres communautés appartenant à la même Nation la mettent à l'écart, la considérant « urbanisée » ou « blanchie ». De plus, contrairement aux trois autres communautés participant à l'étude, cette dernière n'a pas connu de problématique importante reliée au suicide. Ceci est illustré par l'affirmation d'une répondante : « Il y a eu des suicides, mais ils n'ont pas un impact généralisé sur tout le monde, seulement sur les familles impliquées. ».

Les personnes interrogées provenant des trois autres communautés décrivent, de façon unanime, la vie « avant » la création de la réserve et « avant » l'arrivée du chemin comme étant plus paisible, plus calme. Plus difficile, certes, le travail ne manquait pas pour entretenir le campement, nourrir les gens, nourrir le feu et pourvoir aux besoins de tous. Par contre, la consommation d'alcool était limitée, les familles vivaient au rythme de la nature et les enfants étaient intégrés aux activités et travaux quotidiens, selon leur âge et leurs capacités. La création de la réserve a demandé aux parents d'ajuster leurs pratiques éducatives puisque la communauté couvre une superficie beaucoup plus grande que les campements. À cet effet, un répondant affirme que les enfants pouvaient désormais « rôder plus loin que lorsqu'ils se

promenaient autour du campement ». Néanmoins, plusieurs familles demeurent semi-nomades, pratiquant chasse et cueillette et transmettant ces pratiques et ces valeurs à leurs enfants. Selon plusieurs répondants, les bouleversements les plus importants sont survenus un peu plus tard avec l'arrivée du chemin. L'extrait suivant illustre bien cette affirmation : « ...avec le chemin, arriva l'alcool et c'est là que ça a commencé, la consommation et la violence ». Certains acteurs ont mentionné au passage la question des pensionnats.

Dans la description générale de leur communauté, la consommation et la violence interpersonnelle ressortent comme thèmes principaux dans le discours des personnes interrogées. Dans le même ordre d'idée, plusieurs répondants déplorent le manque de modèle positif auquel peuvent s'identifier les jeunes. À cet effet, un dirigeant affirme « mêmes les parents ne sont pas de bons modèles pour leurs jeunes...tout le monde consomme, il y a de la boisson partout! Tout le monde consomme, on ne s'occupe plus de nos enfants. ». De plus, les personnes interrogées affirment que la situation s'aggrave. Un répondant autochtone actif dans la communauté depuis plus de quarante ans confirme en ajoutant : « Les jeunes consomment de plus en plus jeunes, il y a plus de violence, de vandalisme, de manque de respect. Avant, on ne barrait même pas les portes et on pouvait partir pour trois ou quatre jours, les gens se respectaient. Maintenant, on ne peut plus faire ça, quelqu'un va entrer chez vous, il n'y a plus de respect! ». Plusieurs répondants déplorent le manque de solidarité entre les gens de la communauté et citent : « Tout le monde se connaît, mais on voit très peu d'entraide. ». De façon générale, les répondants accueillent favorablement les ressources communautaires disponibles, mais témoignent d'un manque d'opportunités, surtout pour les jeunes. Un répondant affirme « il y a très peu à faire dans la communauté et les gens ont très peu de moyens [financiers]. ».

De façon générale, les membres des communautés interrogés perçoivent le suicide comme un geste individuel. Les répondants relatent qu'on accuse une personne, un groupe ou un événement en particulier afin d'expliquer le passage à l'acte d'un individu. On ne voit pas le suicide comme étant le symptôme d'une communauté mal en point. Les répondants ajoutent que les membres des communautés ne se questionnent pas nécessairement sur l'âge très jeune (11-12 ans) de certaines victimes du suicide et ce que cela représente pour la communauté. À cet effet, une répondante affirme « ...à la place, on pleure beaucoup, on s'accuse mutuellement, on pointe du doigt les intervenants et ceux-ci viennent parfois à se remettre eux-mêmes en question, ainsi que leurs collègues ». Quand la crise survient, on exige une action et les interventions se multiplient, au point de se dupliquer et devenir confuses et « désorganisantes ». Dans le cas d'une série de quatre suicides en deux mois, une intervenante confie : « Cette multiplication des interventions semble avoir contribué à augmenter l'anxiété chez la population ». Par contre, à mesure que le sentiment d'urgence laisse place à la quotidienneté, la routine reprend et les membres de la communauté se démobilisent jusqu'à la prochaine crise. Un répondant relate : « On éteint des feux. On voit que ça boucane encore, mais il n'y a pas d'action à long terme ».

Les paradoxes entourent le suicide dans ces communautés. D'une part, les gens des communautés, surtout les jeunes, idéalisent les personnes décédées par suicide, les considérant comme courageuses. Par exemple, un site web glorifiant le suicide a été créé suite au décès par suicide d'une jeune de la communauté. Des répondants affirment « Le suicide est vu comme une force dans la communauté ». Ils relatent entendre souvent, de la part des membres de la communauté, des phrases comme celles-ci : « il a eu le courage de le faire »; « il va arrêter de souffrir » ou « le bon Dieu voulait qu'il meure de même ». Les décès par suicide sont glorifiés. En parlant des rites funéraires suite à un suicide, une intervenante affirme : « Beaucoup d'attention est donnée aux personnes décédées par suicide, à tel point qu'un client me

disait s'être demandé s'il devait poser un geste semblable pour que son père parle de lui avec autant d'amour que le père [du jeune suicidé]. ». Des manifestations extraordinaires entourent souvent les rites funéraires lorsqu'il s'agit de décès par suicide. Un défilé mortuaire, le port d'un brassard en l'honneur de jeunes décédés par suicide et une quantité exceptionnelle de fleurs et de personnes aux funérailles en sont quelques exemples. Une intervenante commente au sujet des funérailles d'une personne en particulier décédée par suicide « beaucoup de fleurs et de pleurs, pourtant de son vivant, elle n'était pas particulièrement aimée ». Des témoignages de souffrance au micro durant l'exposition du corps d'un homme décédé par suicide et l'encadrement de la lettre de suicide représentent d'autres exemples.

En parcourant la communauté, on remarque un non-investissement dans l'apparence générale des maisons et des cours. Bien qu'entourée d'une forêt dense, les arbres sont absents de la communauté, sauf quelques broussailles ou arbustes, donnant ainsi une apparence transitoire ou temporaire à celle-ci. Fait troublant, on peut y voir nombre de bouquets, de couronnes mortuaires et autres indices que quelqu'un a investi temps et effort au cimetière de la communauté. Ces constats renforcent la notion d'investissement du mort au lieu du vivant, évoqué par les répondants.

D'autre part, le suicide est banalisé et se retrouve souvent dans le discours de tous les jours de plusieurs jeunes et adultes. Par exemple, les répondants affirment entendre souvent des phrases telles que : « Ça ne va pas bien, je vais me suicider ». Ils ajoutent que plusieurs parents ne refusent rien à leurs jeunes de peur qu'ils n'attendent à leur vie et selon les répondants, plusieurs jeunes utilisent la menace de suicide comme outil de manipulation. Il devient alors très difficile, selon eux, de distinguer les manipulations et la banalisation des crises suicidaires réelles. Les gens confiant leurs idées suicidaires ou leurs intentions à des proches se voient souvent

ridiculisés, mis au défi ou tout simplement ignorés. Le thème du suicide est récurrent dans les communautés. D'ailleurs, une tentative ou un suicide représente la première idée traversant la tête des intervenants lorsque l'ambulance se fait entendre. Les enfants entendent parler de suicide dès un jeune âge (5 ou 6 ans). Dans un exemple rapporté par un répondant, un enfant de 6 ans mimait la pendaison du frère aîné de son ami pour expliquer à sa mère ce qu'il avait entendu à l'école. Dans les quatre communautés, les membres parlent de suicide à l'école, en petits et grands groupes, au primaire comme au secondaire, en classe avec le professeur ou un intervenant (bienveillant, mais pas toujours formé à cet effet) et dans la cour d'école entre amis. Les gens parlent de suicide lors de rassemblements communautaires publics pendant lesquels ils partagent, témoignent de leur souffrance, de leurs idéations suicidaires et de leurs tentatives de suicide antérieures. Un rassemblement communautaire ayant pour thème spécifique la prévention du suicide réunissait des membres de plusieurs communautés et offrait divers ateliers (ex. : sur le deuil, sur l'impact d'un suicide sur le corps policier ou médical, etc.). Des endeuillés par suicide et des personnes avec des antécédents suicidaires ont témoigné de leur souffrance et ont partagé leur vécu. Suite à ce rassemblement d'une durée de quelques jours, une personne s'est enlevée la vie. Les répondants ne croient pas à l'existence d'un lien entre ces deux événements.

Les aînés, quant à eux, mettent en cause la sédentarisation et l'écart entre les générations. Un traditionaliste explique : « avant, les aînés parlaient aux jeunes pour leur donner le sens de la vie, maintenant ils ne le font plus, les jeunes sont perdus ». Par ailleurs, un intervenant affirme qu'on ne doit pas confondre « aînés » et « personnes âgées ». En effet, selon lui, plusieurs personnes âgées sont « déconnectées des traditions [autochtones] et des jeunes d'aujourd'hui à cause de la religion » et elles découragent la pratique d'activités traditionnellement autochtones. Toutefois, ce même intervenant, ayant effectué un retour aux enseignements

ancestraux guidé par un aîné, fait fi des conseils de certaines personnes âgées. Celui-ci organise des séjours dans la forêt pour les jeunes et autres activités traditionnelles afin d'initier les jeunes à leur culture autochtone. Il croit qu'en effectuant un retour à leurs racines culturelles, ces jeunes seront moins vulnérables aux problèmes psychosociaux et au suicide.

De façon générale, selon les répondants, la consommation abusive d'alcool, le manque de respect envers autrui et le manque de solidarité et d'entraide communautaire caractérisent à certains égards les communautés participantes. En ce qui concerne le suicide plus spécifiquement, un culte de la mort ou du passé se fait sentir par l'investissement important dans les décédés, ce qui s'oppose à une certaine négligence du vivant, comme en fait foi les exemples relatés précédemment. On se rend compte également de l'omniprésence du suicide dans les communautés, que ce soit par le nombre très élevé de décès, de tentatives de suicide, dans le discours ou les inquiétudes des gens. Comme pistes de solutions, un retour aux enseignements traditionnels a été suggéré explicitement. Plus implicitement, nous retenons du discours des répondants le soutien aux parents, l'investissement en l'avenir, notamment en l'enfant, l'arrêt de la consommation d'alcool et l'entraide communautaire.

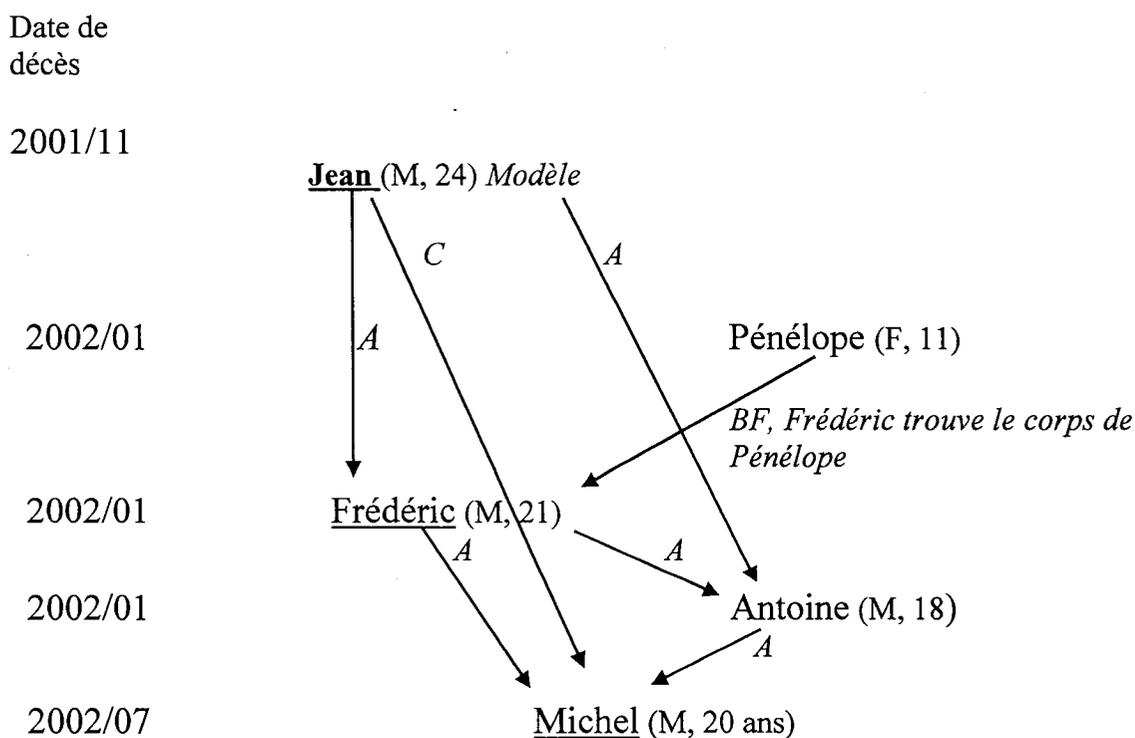
6.3. Séries de suicides communautaires

Deux des quatre communautés ont connu des séries de suicides. Dans les deux communautés, les ressources en place ne comptabilisaient pas le nombre de tentatives de suicide.

Deux séries de suicides sont survenues dans une communauté. La première série comptait trois suicides et s'étendait sur une période de quatre mois, mais n'a pas

suscité de démarches particulières de prévention du suicide de la part des intervenants communautaires. Cette série comptait deux jeunes hommes de moins de 20 ans et une femme âgée de 31 ans. Il n'y a pas de liens interpersonnels apparents entre ces cas. Puis, 18 mois plus tard, survient une autre série de suicides reconnue comme telle, cette fois par les intervenants et les dirigeants communautaires. La série compte quatre suicides et s'étend sur une période de six semaines. Un autre suicide s'ajoute à cette série cinq mois plus tard portant le total à cinq décès en six mois, soit quatre jeunes hommes âgés entre 18 et 25 ans et une fillette. Le moyen de suicide pour tous les cas est la pendaison et trois cas sur cinq étaient incarcérés. Tous les jeunes hommes faisaient partie du même groupe d'amis. Le premier cas de la série, Jean (voir figure 5) ayant lui-même vécu le suicide de son frère, 21 mois auparavant, était un garçon sportif et très populaire et on soupçonne un effet d'entraînement sur les autres qui ont suivi. En fait, il était le leader du groupe auquel appartenaient les trois autres jeunes hommes. Le deuxième suicide, Pénélope, est survenu un mois plus tard. Il n'existait pas de lien direct entre le premier et le deuxième cas. Pénélope était victime d'abus sexuel de la part de son frère qui avait le même âge que Jean. Le troisième cas, Frédéric, était le beau-frère de Pénélope, c'est lui qui a trouvé le corps et son nom était inscrit dans sa lettre de suicide. De plus, il faisait partie du cercle d'amis de Jean. Le quatrième suicide, Antoine, était également inclus dans le cercle d'amis des quatre autres jeunes hommes. Le cinquième suicide, Michel était le cousin de Jean. Ainsi, les liens entretenus par ces cas, la popularité et le statut de modèle de Jean, ont pu influencer les cas subséquents dans leur décision de mettre fin à leur vie.

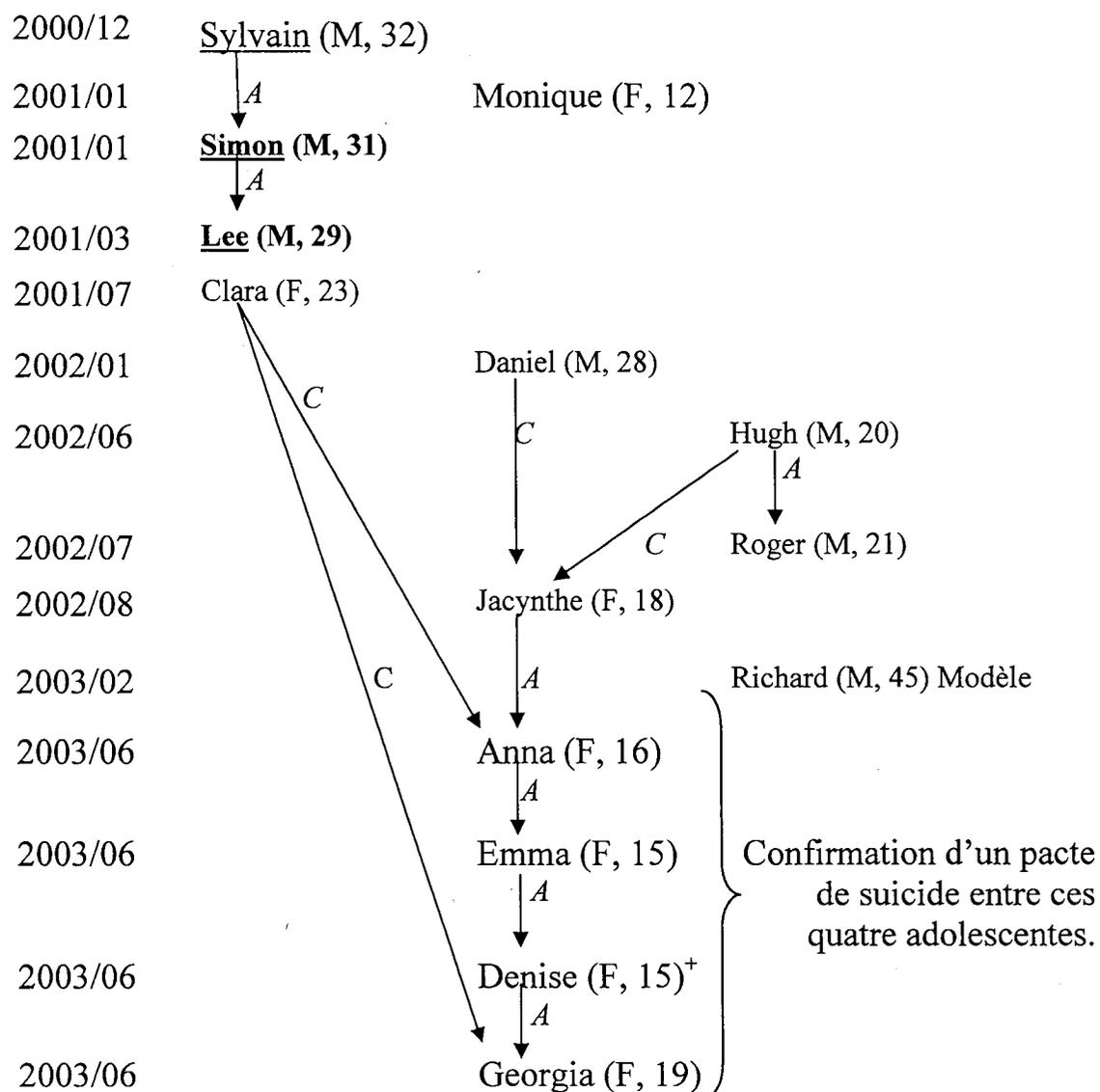
Figure 5* Lien entre les suicides d'une série dans la communauté de Des Boisées.



*Les indications entre parenthèse précisent le sexe, soit masculin (M) ou féminin (F) et l'âge des cas. Les flèches indiquent un lien interpersonnel unissant les cas. La lettre en italique à droite de la flèche précise le lien : *A* : *ami*; *C* : *cousin*; *BF* : *beau-frère*. Tous les noms sont fictifs. Ceux en gras indiquent les cas ayant vécu le suicide d'un membre de leur fratrie avant leur décès. Ceux soulignés indiquent les cas faisant partie des 30 cas analysés de façon plus précise.

Dans l'autre communauté, la série de suicides comprenait 13 décès s'échelonnant sur une période de 31 mois. Cette série incluait sept hommes âgés entre 20 et 45 ans et six filles entre 12 à 23 ans. Le moyen de suicide est la pendaison pour neuf cas, l'arme à feu pour deux et inconnu pour deux cas. Il existe des liens interpersonnels entre plusieurs cas de cette série (voir figure 6). Le premier suicide de cette série était le fait d'un homme de 32 ans. Il était l'ami de Simon et Lee, les troisième et quatrième cas de la série. Ces deux derniers étaient des amis d'enfance. Ils ont tous les deux perdu un frère par suicide plusieurs années auparavant. Le deuxième suicide de la série était le fait d'une fillette de 12 ans. Il ne semble pas y avoir de lien entre ce suicide et les autres de la série. Le cinquième cas était une jeune femme de 23 ans, cousine d'Anna et Georgia les 11^e et 13^e cas de la série. Le sixième cas, Daniel, un homme de 28 ans était le cousin de Jacynthe, le 9^e cas de suicide. Hugh et Roger, les 7^e et 8^e cas de la série, deux jeunes hommes de 20 et 21 ans étaient amis et une période d'à peine deux semaines séparent leur décès. Le 9^e cas, Jacynthe, était la cousine de Roger et amie d'Anna. Le 10^e suicide de la série, Richard, était un homme de 45 ans et un modèle dans la communauté. Puis, en juin 2003, trois adolescentes âgées entre 15 et 19 se suicident. Elles étaient de bonnes amies et se sont toutes pendues dans leur garde-robe entre 16h30 et 17h. Une autre adolescente de 15 ans, faisant partie de ce cercle d'amies, a tenté de se pendre, mais a été sauvée. Cette dernière a révélé faire partie d'un pacte de suicide avec ses copines.

Figure 6* Lien entre les suicides d'une série dans la communauté de Des Rivières.

Date de décès

*Les indications entre parenthèses précisent le sexe, soit masculin (M) ou féminin (F) et l'âge des cas. Les flèches indiquent un lien interpersonnel unissant les cas. La lettre en italique à droite de la flèche précise le lien : *A* : ami; *C* : cousin; *BF* : beau-frère. Tous les noms sont fictifs. Ceux en gras indiquent les cas ayant vécu le suicide d'un membre de leur fratrie avant leur décès. Ceux soulignés indiquent les cas faisant partie des 30 cas analysés de façon plus précise.

+ Il s'agit d'une tentative de pendaison non fatale.

CHAPITRE VII

RÉSULTATS II : ANALYSE DE 30 CAS DE SUICIDE

Ce chapitre présente les cas de suicide qui constituent le corpus analysé dans cette étude. Nous y retrouverons une description des caractéristiques telles l'âge, le sexe, le statut marital, l'occupation et la situation d'habitation, les moyens de suicide utilisés et la présence de témoins dans certains cas. Nous décrirons des facteurs de risque associés, tels que l'incarcération, les antécédents suicidaire et psychiatriques ainsi que les habitudes de consommation d'alcool et de drogue des cas. Des données ont été colligées sur l'état mental de la personne au moment de son décès, c'est-à-dire, si elle était sous l'influence d'alcool ou de drogues et sur le temps écoulé entre le dernier événement de vie significatif et le suicide. Les tableaux 3 et 4 présentent la description des cas et les circonstances entourant le suicide. Nous tenterons d'établir les liens entre ces éléments et de spécifier les liens interpersonnels entre les cas appartenant à des séries communautaires ou familiales seront également spécifier.

Nous poursuivrons la démarche avec les résultats reliés spécifiquement aux questions de recherche précisées dans la section 4.2. Il s'agit des événements de vie vécus durant la dernière année de la vie, soit, la nature de l'événement précipitant le suicide, la fréquence et la nature de tous les événements sévères vécus par les cas durant cette période ainsi que les résultats des interactions parent-enfant durant l'enfance. Pour clore ce chapitre, nous présenterons de façon narrative, les cas-types, sujets fictifs décrivant les expériences vécues.

7.1. Caractéristiques

7.1.1. Âge et sexe

Les 30 cas de cette étude se situent entre 17 et 56 ans avec 29 cas de moins de 34 ans et un âge médian de 25 ans. Le jeune de 17 ans a été inclus puisqu'il était à moins de deux mois de son 18e anniversaire de naissance lorsqu'il s'est enlevé la vie. Parmi ce groupe, 27 sont des hommes et trois sont des femmes.

7.1.2. Statut marital et situation d'habitation

Plus de la moitié des cas sont célibataires (n = 18), huit habitent en union libre depuis au moins six mois, trois cas mariés et un veuf. Plus de la moitié des cas (n = 16), dont six vivant en couple, dépendent d'un membre de leur famille (parent, beaux-parents, frère, sœur) ou d'autres membres de leur famille élargie (grands-parents ou tante) pour un logement. Dans au moins dix cas, il y a des indications de surpopulation dans le logement avec de six à 11 personnes (incluant au moins quatre adultes) par habitation. Six des 14 autres cas habitent leur propre maison ou appartement, trois sont sans domicile fixe, habitant temporairement avec des membres de leur famille élargie et cinq sont en prison ou dans une maison de transition au moment de leur décès.

7.1.3. Occupation

Des 30 cas, trois occupent un emploi au moment de leur décès. Les autres cas sont sans emploi, soit 24 (80%) vivant de la sécurité du revenu, deux complétant un stage en milieu de travail et un reçoit des prestations d'assurance chômage.

7.1.4. Moyen de suicide

Les cas se sont suicidés entre 1983 et 2002, avec une majorité (n = 24) après 1990. La pendaison est le moyen le plus utilisé (n = 22), suivie de loin par l'arme à feu (n = 7). Le dernier cas s'est couché sous un véhicule en mouvement. L'information disponible sur les circonstances entourant le suicide indique que quatre cas se sont enlevés la vie devant des témoins. Trois de ces quatre cas se sont enlevés la vie avec une arme à feu devant un ou plusieurs membres de leur fratrie et le quatrième s'est couché sous un véhicule devant huit enfants de 6 à 12 ans. Dans trois autres circonstances, la pendaison a eu lieu à l'extérieur, dans la communauté, où le corps a été exposé à la vue de tous. Pour neuf cas, il n'y a pas d'information disponible quant à la présence de témoins lors du suicide.

7.2. Facteurs de risque associés

7.2.1. Incarcération

Près du quart des cas (23%; n = 7) étaient détenus lors de leur passage à l'acte. De ce nombre, trois étaient prévenus, c'est-à-dire qu'ils étaient en état d'arrestation et étaient détenus dans une cellule du poste de police local en attendant leur inculpation officielle. Les trois cas étaient en état d'ébriété au moment de leur passage à l'acte et ce geste s'est produit quelques heures seulement après leur arrestation. De plus, tous ces cas étaient connus pour leur consommation de cocaïne. Les quatre autres cas avaient été condamnés et étaient détenus depuis plusieurs semaines (entre 4 et 8 semaines). Aucun d'eux n'était en état d'ébriété au moment de leur décès par suicide, mais il y a un cas pour lequel l'analyse toxicologique a révélé la présence de cannabis dans son système. Pour ce même cas, le suicide est survenu dans les 24 heures du dernier événement de vie significatif. Pour les autres, de deux jours à huit semaines se sont écoulés entre le dernier événement grave et leur suicide.

7.2.2. Tentatives de suicides antérieures

Seize cas avaient déjà attenté à leur vie avant leur décès par suicide. De ce nombre, neuf cas ont été sauvés in extremis suite à une tentative de pendaison ($n = 8$) ou à un saut en bas d'un pont ($n = 1$). Les sept autres n'ont pas eu recours à des soins médicaux après leur tentative. Pour 14 des 16 cas, une tentative de suicide a eu lieu durant la dernière année précédant leur décès. Neuf cas ont tenté plus d'une fois de s'enlever la vie, affichant entre 2 et 4 tentatives répertoriées. Cependant, ces données peuvent ne constituer qu'un niveau de base conservateur de la prévalence de tentatives de suicide. Par exemple, un cas a tenté de se suicider en ingérant une grande quantité de médicaments qu'il a vomis. Il a raconté son désarroi à sa sœur quelques heures après sa tentative de suicide. D'autres cas n'ont pas informé leurs proches de leur tentative et le constat à cet effet a été fait post-mortem par le coroner, guidé, dans la plupart des cas, par la présence de cicatrices aux poignets et aux avant-bras. De la même façon, le nombre maximal de tentatives de suicide répertoriées est basé sur l'information disponible. Dans un cas, le coroner note la présence de cicatrices indiquant « plusieurs » tentatives de suicide antérieures, sans toutefois préciser un nombre exact.

7.2.3. Troubles psychiatriques

Selon les informations recueillies auprès des répondants, trois cas avaient reçu un diagnostic psychiatrique, dans les semaines précédant leur suicide. Un cas souffrait de dépression diagnostiquée par un médecin généraliste suite à une tentative de suicide une semaine avant son geste fatal. Il a reçu des antidépresseurs, mais ne les prenait pas régulièrement et continuait à consommer de l'alcool et de la drogue. Un autre cas souffrait de schizophrénie-paranoïde diagnostiquée suite à son

incarcération. Il a été transféré à un hôpital psychiatrique où il s'est enlevé la vie deux mois plus tard. Suite à deux tentatives de suicide en moins de deux heures, le troisième cas, également incarcéré, a vu un psychiatre qui a émis le diagnostic d'un trouble sévère de comportement accompagné d'une polytoxicomanie, deux jours avant son suicide.

Le rapport du coroner indique une dépression ou un état dépressif pour trois autres cas. On y consigne également l'information sur la suicidalité ou la tentative de suicide de ces cas. Bien qu'aucun diagnostic psychiatrique ne soit clairement indiqué dans le rapport du coroner, la présence d'un trouble psychiatrique est plus équivoque pour deux cas, comme en témoignent les informations suivantes. Suite à une tentative de suicide, un cas incarcéré a été transféré à l'hôpital « pour recevoir les soins nécessaires à son état ». Le dossier ne précise cependant pas s'il s'agit de soins physiques seulement ou de soins psychiatriques. L'autre cas présente à peu près la même mention, mais ce dernier n'était pas incarcéré. Il a toutefois été transféré d'un centre hospitalier à un hôpital suprarégional, mais la nature des soins reçus n'était pas indiquée. Pour un autre cas, également détenu, le rapport du coroner portait cette mention : « pas le moindre indice de dépression avant suicide. Violent envers autrui, très facilement porté à la violence, aucune tendance suicidaire, aucun état dépressif ». Cette information provient vraisemblablement de l'institution où l'individu était détenu.

7.2.4. Alcool et drogue

S'appuyant sur la description des habitudes de consommation d'alcool des 30 cas à l'étude, 28 d'entre eux consommaient l'alcool de façon abusive, du moins durant la dernière année de leur vie. Les critères permettant de qualifier la consommation abusive se basent sur le « pattern » de consommation, ainsi que sur les

conséquences pernicieuses associées à l'ingestion d'alcool. Des exemples incluent l'ingestion d'une quantité importante de boissons alcoolisées en peu de temps (ex. : 12 bières en quelques heures) ou des beuveries s'étendant sur plusieurs jours. La consommation entraîne d'autres difficultés, soit, relationnelles, conjugales, familiales, judiciaires ou financières. Le changement marqué chez la personne en état d'ébriété, se manifeste par des actes de violence ou d'agressivité.

Le début de l'utilisation de substances psychoactives pour au moins cinq cas remonte à l'enfance, entre l'âge de 8 et 12 ans et à l'adolescence vers l'âge de 15 ans, pour au moins deux autres cas. Ces sept cas ont tous inhalé fréquemment du naphtha, gaz produisant une intoxication importante et des dommages irréversibles au cerveau. En outre, plusieurs cas (n = 23) consommaient de la drogue, soit, la cocaïne (n = 12), le cannabis sous diverses formes (n = 5), et les autres substances non spécifiées (n = 6). Pour les sept autres cas, le répondant ignorait si le cas consommait des drogues.

Tableau 3 Description des cas

Âge	Sexe	Statut marital	Situation d'habitation	Occupation	Historique d'abus d'alcool	Historique d'utilisation de drogue/Type
17	M	Célibataire	Détention	Assistance sociale (AS)	Non	Information insuffisante
18	M	Célibataire	Dépendant	AS	Information insuffisante	Information insuffisante
18	M	Célibataire	Détention	AS	Oui	Oui/non spécifié
18	M	Célibataire	Détention	AS	Oui	Oui/Cocaïne
18	M	Célibataire	Dépendant	AS	Oui	Oui/Cannabis
19	M	Célibataire	Dépendant	AS	Oui	Oui/Cocaïne
19	M	Union libre	Dépendant	AS	Oui	Oui/Cocaïne
20	M	Célibataire	Dépendant	Commis	Oui	Oui/non spécifié
20	M	Célibataire	Dépendant	AS	Oui	Oui/non spécifié
21	M	Union libre	Dépendant	AS	Oui	Oui/Cannabis
21	M	Célibataire	SDF	AS	Oui	Oui/Cannabis
23	M	Célibataire	Son logement	AS	Oui	Information insuffisante
24	M	Marié	Son logement	AS	Oui	Oui/non spécifié
24	M	Union libre	Son logement	Stagiaire	Oui	Oui/Cocaïne
24	M	Célibataire	Détention	AS	Oui	Oui/Cocaïne
25	M	Marié	Son logement	Mécanicien	Oui	Oui/Cocaïne
25	M	Célibataire	Dépendant	AS	Oui	Oui/Cocaïne
26	M	Célibataire	Dépendant	Journalier	Oui	Oui/Cocaïne
28	M	Célibataire	SDF	AS	Oui	Information insuffisante
29	F	Séparée	SDF	AS	Oui	Oui/Cocaïne
29	M	Veuf	Dépendant	AS	Oui	Oui/non spécifié
30	M	Union libre	Dépendant	AS	Oui	Information insuffisante
30	F	Célibataire	Dépendant	AS	Oui	Oui/Cocaïne
31	F	Union libre	Dépendant	AS	Oui	Information insuffisante
31	M	Union libre	Dépendant	AS	Oui	Oui/Cocaïne
32	M	Célibataire	Son logement	AS	Oui	Oui/Cocaïne
32	M	Marié	Dépendant	AS	Oui	Oui/Cannabis
33	M	Célibataire	Dépendant	AS	Oui	Oui/non spécifié
34	M	Union libre	Son logement	AS	Oui	Non
56	M	Célibataire	Maison de transition	AS	Oui	Oui/Cannabis

7.3. État mental au moment du suicide

7.3.1. Enivrement

En ce qui concerne les circonstances entourant le décès par suicide, deux facteurs revêtent un intérêt notable. D'une part 22 cas étaient en état d'ébriété au moment de leur suicide et un cas était sous l'effet du cannabis. L'information recueillie durant l'entrevue indique que les 22 cas avaient consommé une quantité importante d'alcool dans les heures précédant leur suicide et dans certains cas, pendant plusieurs jours. Une analyse toxicologique a été effectuée pour huit des 23 cas. Celle-ci indiquait, pour sept cas, un taux d'alcool sanguin variant entre près de deux et quatre fois le seuil légal d'intoxication de 80 mg d'alcool / dl de sang et, pour un cas, la présence de cannabis. Un manque d'information rend la détermination de l'état impossible pour trois cas. Cependant, pour un cas, le répondant affirme que trois jours avant son suicide, celui-ci a consommé beaucoup d'alcool et ce, pendant près d'une semaine, mais aucune information ne vient étayer ce fait au moment du suicide. Les quatre autres cas n'étaient vraisemblablement pas en état d'ébriété lors du suicide.

7.3.2. Impulsivité apparente

Quelques 21 cas se sont suicidés dans les heures suivant le dernier événement grave, cinq s'enlevaient la vie la semaine suivant le dernier événement, pour un cas le suicide est survenu deux semaines après et pour un autre cas, le dernier événement sévère précède le suicide de huit semaines. Pour les deux autres cas, aucune information n'est disponible à cet effet. Par ailleurs, des 21 cas passant à l'acte quelques heures suivant le dernier événement grave, 18 étaient en état d'ébriété au moment de l'événement et des traces de cannabis ont été retrouvées dans le sang d'un

autre. Pour un cas, l'intoxication est survenue immédiatement après le dernier événement et avant le suicide. Enfin, un dernier cas consommait de façon abusive trois jours avant son décès, mais aucune information n'est disponible quant à son état lors du suicide.

Tableau 2 Circonstances du suicide

Date du décès	Alcool impliqué	Suicide impulsif ²⁶	Tentative antérieure	Statut de détention	Moyen
11-1986	Non	Non	Non	Incarcéré	Pendaison
08-1992	Manque info ²⁷	Manque info	Manque info	Non	Pendaison
04-1996	Non	Non	Oui ^{††}	Incarcéré	Pendaison
02-2000	Cannabis	Non	Non	Incarcéré	Pendaison
08-2002	Oui (217) [*]	Oui	Oui [†]	Non	Pendaison
04-1989	Oui	Oui	Oui [†]	Non	Pendaison
04-2000	Manque info	Oui	Oui	Non	Pendaison
05-1985	Oui	Oui	Manque info	Non	Arme à feu
07-2002	Non	Non	No	Non	Pendaison
05-1992	Oui	Non	Oui [†]	Non	Arme à feu
01-2002	Manque info	Non	Oui ^{††}	Non	Pendaison
06-1989	Oui	Non	Oui ^{††}	Non	Pendaison
11-1983	Oui	Oui	Manque info	Non	Arme à feu
05-1997	Oui	Oui	Auto mutilation [†]	Cellule	Pendaison
11-2001	Non	Non	Non	Incarcéré	Pendaison
05-1992	Oui (207)	Oui	Oui ^{††}	Non	Arme à feu
11-1992	Oui	Oui	Oui ^{††}	Non	Pendaison
11-1992	Oui	Oui	Oui [†]	Non	Pendaison
10-1996	Oui	Oui	Oui ^{††}	Non	Écrasé
01-1998	Oui (215)	Oui	Non	Non	Pendaison
03-2001	Oui	Oui	Oui ^{††}	Non	Pendaison
09-1997	Oui	Oui	Menace [†]	Non	Pendaison
02-2002	Oui	Oui	Oui	Non	Arme à feu
05-2000	Oui	Oui	Manque info	Non	Pendaison
01-2001	Oui (222)	Oui	Oui [†]	Non	Pendaison
09-1990	Oui (312)	Oui	Oui ^{††}	Cellule	Pendaison
12-2000	Oui (139)	Oui	Non	Cellule	Pendaison
06-1994	Oui	Oui	Oui ^{††}	Non	Pendaison
01-1997	Oui	Oui	Manque info	Non	Arme à feu
06-2001	Oui (104)	Oui	Non	Maison de transition	Arme à feu

²⁶ Ici, un suicide « impulsif » caractérise les suicides ayant eu lieu à moins de 24 heures suivant le dernier événement significatif rapporté.

²⁷ L'information recueilli était insuffisante.

* Les nombres entre parenthèses indique la concentration d'alcool dans le sang (mg d'alcool / dl de sang), lorsque cette information est disponible

† Indique les tentatives de suicide commis dans l'année précédant le suicide complété

†† Indique plus d'une tentative de suicide commis pendant l'année précédant le suicide complété

7.4. Séries de suicides communautaires

Tel qu'il est présenté précédemment, deux des quatre communautés ont connu des séries de suicides. Des 30 cas répertoriés, neuf provenaient de l'une ou l'autre des séries détaillées dans la section 6.3. Trois suicides ayant eu lieu dans une période relativement courte (quatre mois) ne semblaient pas être liés les uns aux autres. Trois autres cas, membres de la série de suicides recensée à Des Boisés, étaient de très bons amis et faisaient tous partie du même groupe de jeunes. Il s'agit de Jean, Frédéric et Michel (voir figure 2). Enfin, trois cas identifiés dans la série de suicides recensée à Des Rivières, Sylvain, Simon et Lee (voir figure 3) étaient de très bons amis. Simon et Lee, des amis d'enfance, ont chacun vécu le décès par suicide d'un frère huit ans auparavant. Ces deux derniers étaient également amis et se sont suicidés à deux semaines d'intervalle.

7.4.1. Séries de suicides familiales

Par ailleurs, dans ces deux communautés, nous retrouvons cinq séries familiales de deux frères et deux séries de trois frères s'étant suicidés pour un total de 16 cas faisant partie d'une série familiale. Dans une communauté, une série de trois frères s'étend sur 70 mois, avec 32 mois séparant le premier suicide du deuxième. L'autre série de trois frères est comprise dans une période de 43 mois avec un intervalle de 26 mois entre les deux derniers. Cette communauté compte également deux séries de deux frères. Une période de 21 mois sépare les décès par suicide de deux frères et l'autre série familiale s'est produite sur une période de trois mois. Dans l'autre communauté, nous retrouvons trois séries familiales de deux frères. Une période de huit ans sépare le décès des deux frères de deux séries familiales et 28 mois se sont écoulés entre le décès par suicide de deux autres frères.

7.5. Événements vécus durant la dernière année

Questions de recherche :

- a) Les personnes décédées par suicide ont-elles vécu des événements de vie au cours de la dernière année de leur vie?

Afin de préciser le contexte environnemental proximal vécu par les cas, préalable au suicide, les événements et difficultés de vie ont été comptabilisés. De façon globale, le nombre d'événements sévères ou modérément sévères vécus durant les 12 derniers mois avant le suicide se situe entre 1 et 10 (voir annexe 5 pour résumé). En moyenne, l'ensemble des cas ont vécu 7,65 événements de vie majeurs au cours de la dernière année de vie. En général, le type d'événements rencontrés comprend tous les domaines couverts par le LEDDS. Le tableau 5 contient les détails sur le type d'événements sévères, la fréquence de ce type d'événements répertoriée et le nombre de cas touchés. La grande majorité d'entre eux ont vécu des événements reliés au domaine relationnel et près de la moitié ont vécu des événements de vie liés au domaine juridique.

Le tableau 6 présente les types de difficultés sévères ou modérément sévères vécues et le nombre de cas touchés. Au total, 24 cas ont vécu des difficultés sévères au cours de la dernière année de leur vie. Rappelons qu'une difficulté est une situation ou une condition problématique qui dure au moins quatre semaines. Les difficultés interpersonnelles prédominent.

Tableau 5 Événements sévères ou modérément sévères vécus durant la dernière année de vie.

Type d'événements	Fréquence des événements	Nombre de cas impliqués
Décès	3	3
Emploi	2	2
Financier	1	1
Judiciaire	33	14
Logement	3	2
Relationnel avec conjoint	36	18
Relationnel avec personnes significatives (sauf conjoint)	17	15
Santé (physique et mentale)	6	6
Santé des personnes significatives	6	6
Scolaire	1	1
Suicide de personnes significatives	8	6
Tentatives de suicide de personnes significatives	2	2

Tableau 6 Difficultés sévères ou modérément sévères vécus durant la dernière année de vie.

Type de difficulté	Fréquence des difficultés	Nombre de cas impliqués
Professionnelle	0	0
Financière	1	1
Judiciaire	1	1
Logement	2	2
Relationnelle avec personne significative (sauf conjoint)	15	15
Relationnelle avec conjoint	3	3
Santé	2	2
Scolaire	0	0
Autres	0	0

7.5.1. Nature de l'événement précipitant

- b) Les personnes décédées par suicide ont-elles vécu un rejet d'une personne significative peu de temps avant leur passage à l'acte ?

Mentionnons que l'information s'est avérée insuffisante pour permettre la codification de deux cas. Cette section porte donc sur 28 cas.

Afin d'avoir une meilleure compréhension de l'occurrence du suicide, une attention particulière a été accordée au dernier événement grave vécu par les cas. Tous les derniers événements préalablement cotés sévères ou modérément sévères, ont fait l'objet d'une analyse plus précise afin de déterminer la nature de ceux-ci à l'aide du contexte dans lequel ils ont été vécus par les cas (voir section 5.7.2).

L'analyse du dernier événement révèle que celui-ci pouvait être qualifié d'humiliant dans 23 cas. De ce nombre, 14 comportent une dimension « d'humiliation-simple » n'ayant pas occasionné le bris de la relation. Le tableau 4 décrit ces événements et le contexte proximal ayant permis la codification selon la sous-échelle « humiliation-simple » et la sous-échelle « atteinte à la réputation sociale ». Neuf événements humiliants ont entraîné le bris de la relation selon la sous-échelle « humiliation/séparation ». En lien avec la question de recherche b), neuf cas ont vécu un rejet d'une personne significative peu de temps avant leur passage à l'acte. Le tableau 5 contient la description de l'événement, le contexte dans lequel il a été vécu ainsi que les événements comportant en même temps une dimension d'atteinte à la réputation sociale. Les événements entraînant une atteinte à la réputation sociale sont associés à l'humiliation-simple dans six cas et à l'humiliation/séparation dans sept cas. Le tableau 6 présente les derniers événements ne comportant pas de dimension d'humiliation.

Tableau 7 Description des derniers événements codifiés « humiliation-simple » incluant la dimension « atteinte à la réputation sociale.

#CAS	Description de l'événement et du contexte dans lequel il a été vécu	Rép ²⁸
1	Quelques semaines avant le suicide, S ²⁹ est accusé de viol ³⁰ . Une enquête policière est en cours et les rumeurs, plaçant S au centre des bavardages, allaient bon train. Le soir du suicide, S consommait avec des amis. Un ami parmi le groupe l'a confronté, l'accusant ouvertement et le traitant de violeur. La situation a dégénéré et S s'est battu contre quatre de ses amis. Moins de deux heures plus tard, son corps est retrouvé.	X
2	S a habité avec ses grands-parents depuis un très jeune âge. Quelques mois avant le suicide, S a été accusé d'attouchement sexuel sur sa jeune nièce. Une plainte est portée à la police et S devait comparaître en Cour. Ceci a causé un conflit majeur qui a perduré, au sein de la famille élargie, certains membres appuyant S et d'autres le rejetant. S est étiqueté comme abuseur sexuel par les membres de la communauté. Une semaine avant le suicide, S est entré chez lui en état d'ébriété. Il était agressif. Son grand-père a tenté de le calmer, mais S a battu son grand-père (un aîné). Il s'est pendu une semaine plus tard.	X
3	S était dans une fête avec sa conjointe. Il consommait alcool et drogue. Il a surpris sa conjointe avec un autre homme. Il est entré chez lui. Il était hors de lui, confus et il hurlait. Les policiers se sont rendus sur place. S s'est barricadé dans sa maison avec une arme à feu. Il menaçait les policiers et leur lançait des projectiles. Son oncle est arrivé et a tenté de le raisonner. S s'est tué avec son arme devant son oncle.	X
4	S s'est injecté de la cocaïne pendant toute la nuit et il a consommé de l'alcool toute la journée avec un ami. Il a frappé sa conjointe à plusieurs reprises au visage et à la tête. Il a continué à la frapper jusqu'à l'arrivée des policiers. S a résisté à l'arrestation, il a été menotté et emmené au poste. Il s'est pendu dans sa cellule quelques heures plus tard.	X

²⁸ Codifié selon la sous-échelle « atteinte à la réputation sociale » lorsque marqué d'un « X ».

²⁹ S pour désigner le cas à l'étude.

³⁰ Certains détails ont été modifiés afin d'éviter l'identification des cas.

Tableau 7 Suite

#CAS	Description de l'événement et du contexte dans lequel il a été vécu.	Rép
5	Quelques semaines avant son suicide, une bonne amie de S s'est suicidée. S est arrêté et mis en détention provisoire pour méfait. Il est libéré sous condition, puis se pend, en état d'ébriété, quelques jours après.	X
6	S consommait avec des amis. Une bagarre a éclaté entre S et un ami. S est mis en état d'arrestation. Il a dit au gardien qu'il était tanné et s'est pendu dans sa cellule quelques heures après.	X
7	S était dans une fête chez des amis, il consommait et chantait avec eux. Il a appris que sa copine lui a été infidèle. Moins d'une heure plus tard, il est retrouvé pendu.	
8	S a découvert sa conjointe avec un autre homme. Il est entré chez lui, a pris de la drogue et s'est tué avec une arme à feu.	
9	S consommait dans une fête d'amis avec sa conjointe. Il a découvert cette dernière avec un autre homme. Il est entré chez lui et s'est tué avec une arme à feu.	
10	S consommait dans une fête avec sa copine. Il a appris que sa copine lui a été infidèle. Il l'a confrontée, une dispute a éclaté et S a frappé sa conjointe. Cette dernière a frappé S à son tour et ses deux amies sont venues à son secours. Les trois femmes ont battu S. Il s'est pendu quelques heures plus tard.	
11	S était en état d'ébriété. Il est entré chez sa conjointe et l'a découverte avec un autre homme. Il a battu les deux personnes sévèrement. Elles ont porté plainte à la police et S est arrêté et incarcéré. Il s'est pendu quelques heures plus tard dans sa cellule.	
12	S consommait de l'alcool depuis près d'une semaine. Il a vendu le magnétoscope de ses parents pour s'acheter de l'alcool. Sa sœur l'a découvert et l'a confronté. Il s'est suicidé quelques heures plus tard.	
13	S était hébergé depuis quelques jours chez sa tante. Durant une fête où plusieurs personnes étaient présentes, S consommait. Une dispute a éclaté entre S et sa tante et cette dernière l'a mis dehors. Il s'est suicidé quelques heures plus tard.	
14	S subissait la violence physique et verbale de la part de sa conjointe. Le soir du suicide, il consommait de l'alcool chez lui avec sa conjointe et des amis. Une dispute a éclaté entre S et sa conjointe. Cette dernière l'a rabaissé devant leurs invités. S s'est pendu quelques heures plus tard.	

Tableau 8 Description des derniers événements codifiés « humiliation/séparation », incluant la dimension « atteinte à la réputation sociale ».

#CAS	Description de l'événement et du contexte dans lequel il a été vécu	Rép ³¹
15	S n'habitait plus la communauté depuis plusieurs mois. Sa promiscuité sexuelle était la raison principale de son ostracisme de la part des autres femmes de la communauté. Le soir du suicide S consommait de l'alcool dans une fête avec son conjoint. Une dispute a éclaté et son conjoint l'a quittée. Elle s'est pendue quelques heures plus tard.	X
16	S était en maison de transition suite à une incarcération de quelques mois. Dans la semaine précédant le suicide, sa conjointe lui a annoncé qu'elle le trompait depuis quelques semaines et qu'elle mettait fin à la relation. S a consommé de l'alcool et s'est tué avec une arme à feu devant des membres de sa fratrie.	X
17	S était en centre de réadaptation fermé depuis deux jours. Il n'a eu aucune nouvelle de sa mère depuis plusieurs mois. Il a appris qu'il sera transféré à Montréal et mis sous garde fermé pour deux ans. Son père lui a rendu visite mais ne l'a pas salué en partant. S s'est pendu quelques heures plus tard.	X
18	Des semaines avant son suicide, S est mis en arrestation suite à une violente bagarre. S a demandé à voir sa conjointe qui a refusé. Ses parents ont également refusé de le voir. Suite à cet événement, le père a coupé définitivement les liens avec son fils. S reçoit une sentence de plusieurs mois d'emprisonnement. Le jour de son décès, il a appris qu'il y avait d'autres accusations qui pesaient contre lui et qu'il risquait de voir sa sentence s'allonger. Il s'est pendu quelques heures après.	X
19	S était incarcéré depuis un mois dans un centre de détention provincial. Il n'a reçu aucune visite ni appel de la part de sa mère depuis sa condamnation de garde fermée quatre mois auparavant. Deux jours avant son décès, S s'est fait battre.	X

³¹ Codifié selon la sous-échelle « atteinte à la réputation sociale » lorsque marqué d'un « X ».

Tableau 8 Suite

#CAS	Description de l'événement et du contexte dans lequel il a été vécu	Rép
20	Quelques semaines précédant le suicide, S est entré chez lui en état d'ébriété. Il était violent verbalement envers sa conjointe et l'a mise dehors. Deux semaines plus tard, il s'est barricadé dans une maison avec une arme à feu. Il a tiré en l'air et a menacé les policiers qui encerclaient la maison. L'oncle de S est intervenu et après argumentations, a réussi à convaincre S de lui donner l'arme à feu. Il est mis en état d'arrestation. Il a été transféré à l'hôpital psychiatrique où il s'est pendu huit semaines plus tard. Son père a coupé les liens avec son fils, ne l'ayant jamais visité ni chercher à le contacter. La conjointe avait maintenu la séparation conjugale.	X
21	S habitait avec sa copine chez les parents cette dernière. S consommait abusivement et était violent verbalement et physiquement envers sa copine. La conjointe et sa mère ont mis S à la porte. S s'est pendu quelques jours plus tard.	X
22	S consommait alcool et cocaïne depuis plusieurs jours. Il s'est chicané avec sa conjointe et cette dernière l'a quitté. Quelques jours plus tard, S a tenté de voir sa conjointe, mais était agressif envers cette dernière. Sa conjointe et son père ont mis S dehors violemment. S s'est pendu quelques heures après.	
23	S consommait avec son conjoint. Une dispute est survenue entre les deux et le conjoint l'a quittée. Elle s'est pendue quelques heures plus tard.	

Tableau 9 Description des derniers événements ne comportant pas de dimension d'humiliation.

# Cas	Description de l'événement et du contexte dans lequel il s'est produit
24	Plusieurs semaines avant le suicide, S est hospitalisée suite à une surdose de cocaïne. La veille de son décès, elle a tenté d'emprunter de l'argent aux membres de sa famille qui ont refusé.
25	S consommait dans une fête avec sa conjointe. Une dispute a éclaté entre ces derniers et S a quitté la fête. Il est entré chez lui et s'est tué avec une arme à feu.
26	S consommait alcool et drogue avec des amis à l'extérieur de la communauté. Une bagarre est survenue entre S et un étranger. S est entré chez son ami. Il s'est pendu quelques heures plus tard.
27	Quelques semaines avant son suicide, le meilleur ami de S s'est suicidé. S vivait des difficultés conjugales depuis que sa conjointe avait appris ses infidélités. Elle menaçait de le quitter, mais n'avait pas fait de démarches en ce sens. Deux jours avant le suicide de S, un ami d'enfance s'est suicidé.
28	S consommait dans une fête de famille. Une dispute a éclaté entre S et son frère et les deux hommes se sont battus. Le père de S les a séparés. S s'est pendu quelques heures plus tard.

7.6. Résultats des analyses des interactions parent-enfant

Questions de recherche

- c) Les personnes décédées par suicide ont-elles vécu un rejet à l'enfance de la part d'au moins une figure parentale ?
- d) Les personnes décédées par suicide ont-elles vécu au sein d'une famille dysfonctionnelle?

Mentionnons que pour cette partie de l'étude, l'information était insuffisante pour permettre la codification de deux cas. Ainsi, cette partie de l'analyse porte sur 28 cas de suicide. Rappelons que 16 cas sont membres d'une même fratrie, soit cinq séries de deux frères et deux séries de trois frères.

Rejet / abandon

En lien avec la question de recherche concernant le rejet et l'abandon parental, 11 des 28 cas ont vécu un rejet / abandon sévère ou modérément sévère. Des exemples de rejet/abandon sévère ($n = 9$) incluent l'abandon réel de l'enfant, le placement de l'enfant en famille d'accueil alors que ses frères et sœurs demeurent à la maison ou le refus du père d'entrer en relation avec l'enfant. Le rejet / abandon modérément sévère ($n = 2$) s'illustre par l'enfant de moins de 17 ans qui quitte définitivement le foyer familial en affirmant qu'il n'a pas sa place, sous le regard indifférent des parents et l'enfant qui se fait dire explicitement et de façon répétitive qu'il n'est pas aimé (voir l'annexe 6 pour un résumé des situations vécues à l'enfance). Un manque d'information spécifique a rendu la codification de cette variable impossible pour un cas.

Négligence / indifférence

La très grande majorité des cas à l'étude (24/28) ont été victimes de négligence et d'indifférence parentales sévères au cours de leur enfance et ce, par les deux parents. Les exemples les plus courants de négligence / indifférence sont le manque de nourriture et le fait d'être laissé seul à un très jeune âge (moins de 10 ans) ou surveillé par d'autres enfants (moins de 10 ans) pour des périodes s'étendant entre une journée et deux semaines.

Chaleur affective

Dans plusieurs cas (16/28) on dénote un manque de chaleur affective sévère ou modérément sévère par au moins un parent. Ne démontrer que rarement de l'affection à l'enfant en le serrant, en l'embrassant ou en le prenant dans les bras représente un manque de chaleur affective. Pour les Autochtones interviewés, la « chaleur affective » des parents se démontre par des « taquineries » et le fait de rire avec ses enfants, plus que par des contacts physiques. Ainsi, l'absence de contacts physiques et de « taquineries » a été considérée lors de la cotation du manque de chaleur affective.

Supervision

Pour la grande majorité des cas (n = 20), la supervision est relâchée. Ceci signifie que, de façon générale, les parents ne savent pas toujours où, ni avec qui sont les enfants. Pour trois cas, la supervision est inconstante. La supervision peut être considérée comme « adéquate » pour cinq des 28 cas.

Discipline

Pour ce qui est de la discipline, 23 des 28 cas subissaient une discipline inconstante de la part des parents. Ceci reflète un contexte dans lequel le parent exerce une discipline physique sévère si le comportement de l'enfant ne lui plaît pas, malgré un manque de supervision de sa part et une absence de règles explicite. La

discipline était relâchée pour quatre cas. L'encadrement était adéquat (modéré-ferme, mais juste) pour un cas où il y avait présence de règles explicites accompagnées de conséquences proportionnelles à la faute commise.

Abus psychologique

L'expérience d'abus psychologique est le fait de 24 cas, 8 ayant subi un abus psychologique sévère et 16 ayant vécu un abus modérément sévère. Des manifestations de cet abus pouvaient inclure le fait de rester caché toute une nuit dans une cave sanitaire par peur d'être battu (terroriser), voir sa mère se faire battre au sang par son père qui est conscient de sa présence (sabotage ou endommagement d'objets de valeur) ou essuyé des insultes à répétition (infliger une détresse ou un inconfort). De la même façon, être constamment mis de côté et insulté parce que l'enfant souffrait d'énurésie (menace de rejet / abandon; humiliation), se voir enfermer pendant trois jours avec interdiction de sortir, même pour manger ou faire ses besoins (privation des besoins de base). D'autres exemples incluent l'humiliation comme le fait d'être forcé à danser devant d'autres adultes sous la menace de coups, et la déshumanisation représentée par le père qui feint de jouer avec l'enfant en lui demandant de se placer sur une planche en pivot sur une autre et en l'envoyant choir sur un tas de planches. L'abus psychologique modérément sévère concerne surtout la sous-échelle de « sabotage ou endommagement d'objets de valeur » et reflète, dans tous ces cas, le fait que le père bat la mère devant l'enfant et dans un cas le petit frère également. Un autre exemple est de se voir interdire de manger et mettre dehors par sa belle-mère ou son beau-père sans que le parent intervienne (privation des besoins de base).

Antipathie

L'échelle d'antipathie révèle que dix cas sont victimes d'une attitude critique, froide, voire hostile sévère (n = 4) ou modérément sévère (n = 6) de la part d'au moins un parent. Plusieurs cas sont la cible de critiques, d'insultes constantes et de

menaces de rejet. Dans d'autres cas, l'antipathie est reflétée par le refus d'un parent substitut (beau-père) de parler et même de regarder l'enfant de sa conjointe. D'autres parents sont difficiles à plaire et ce, malgré les efforts soutenus de l'enfant à l'école ou sa performance remarquable dans un sport.

Renversement de rôle

Au total, neuf cas ont endossé les responsabilités parentales de façon sévère (n = 5) ou modérément sévère (n = 4), dont en témoigne l'échelle de renversement de rôle. Des exemples incluent le fait de chasser seul pour nourrir la famille dès l'âge de 9 ou 10 ans, manquer l'école pour s'occuper de la maison et des autres enfants, intervenir, dès l'âge de 7 ans, pour tenter de protéger sa mère d'un père ou d'un conjoint violent.

Favoritisme

Pour six cas, un frère ou une sœur était le favori d'un parent. Dans trois cas, ce dernier était le favori de son père. Ceci impliquait recevoir plus de respect de la part du parent, avoir moins de tâches à faire ou recevoir des gâteries plus souvent que les autres enfants.

Bouc émissaire

Dans six cas, un frère ou une sœur avait le rôle de bouc émissaire et sept cas avaient ce rôle. Ceci incluait se faire disputer plus souvent et/ou plus durement, avoir des gâteries moins souvent que les autres enfants et parfois endosser le blâme seul alors que la faute n'appartient pas à l'enfant ou n'était pas le seul.

Secret

Six cas étaient porteurs d'un secret comportant de graves conséquences. Quatre d'entre eux étaient au courant d'une ou de plusieurs infidélités d'un ou des deux parents et devaient le cacher à l'autre parent. L'exemple le plus extrême

implique deux cas (frères) ayant été témoin de la « vente » de leur mère à un autre homme par leur père pour une caisse de bière. Ils n'étaient pas présents dans la pièce lors de l'exploitation sexuelle de leur mère, mais ils savaient ce qui s'était passé. La mère leur a fait jurer de ne jamais parler de l'événement, même entre eux.

Tension / discorde

L'omniprésence de la violence conjugale dans les familles des cas à l'étude se reflète par la tension/discorde sévère pour 25 des 28 cas. Pour 10 cas, le père est violent et la mère subit cette violence, mais pour les 15 autres cas, la violence est réciproque. En général, dans les cas de violence réciproque, il s'agit de disputes orageuses et de bousculades. Les cas où la mère subit la violence du père sont généralement plus graves et incluent des situations où la mère en ressort défigurée. Par exemple, après s'être fait battre par son conjoint les yeux d'une femme n'étaient que deux fentes à cause de l'enflure. Une mère de deux cas s'est fait casser plusieurs os par son conjoint et ce, à différentes reprises, soit, la joue, le bras, la mâchoire et une vertèbre. Les 25 cas sont témoins de plusieurs situations de violence.

Abus physique

Treize cas subissaient de l'abus physique sévère ($n = 2$) ou modérément sévère ($n = 11$) de la part d'un parent. Deux frères se démarquent par l'abus de leur père et où la mère pensait que la mort de l'un d'eux résulterait des tabassages dont ils étaient victimes. L'abus physique modérément sévère prend deux formes pour les 11 cas. De toute évidence, pour sept d'entre eux, il s'agit d'abus physique dirigé envers l'enfant. Les exemples incluent se faire frapper avec un bâton ou recevoir des coups de pieds, et ce, sans avertissement ou sans raison apparente. Dans un cas, l'enfant de sept ans tentait de protéger sa mère alors que celle-ci se faisait battre par son conjoint, lequel a jeté l'enfant contre un mur. L'abus physique reflète une discipline physique déraisonnable, à cause de la force utilisée ou le manque de contrôle du parent, pour les quatre autres cas. Par exemple, un cas s'est aventuré du côté de la rivière où il

était interdit de jouer. La mère l'a su et quand l'enfant a retrouvé sa mère au village, cette dernière l'a battu en tapant partout sur le corps, incluant la tête et le visage. De plus, cet événement a eu lieu devant d'autres personnes.

Abus sexuel

Parmi les 28 cas, huit ont été victimes d'abus sexuel. L'information à ce sujet est très mince, surtout pour quatre cas. Ce n'est qu'à l'âge adulte et en état d'ébriété que ces derniers ont dévoilé aux répondants l'abus subi durant l'enfance. Dans l'autre moitié des cas, il s'agit tous d'hommes de la communauté de Des-Rivières, victimes de la même personne qui occupait une position de pouvoir dans la communauté. Plusieurs garçons, incluant deux des cas répertoriés dans cette étude, ont tenté de dévoiler l'abus, mais les gens de la communauté n'ont pas voulu croire les garçons.

7.6.1. La dysfonction familiale

L'analyse du fonctionnement global de la famille révèle que la famille, dans 24 cas, peut être qualifiée de dysfonctionnelle car tous, sans exception, ont été victimes d'indifférence ou de négligence parentale, d'une discipline inconstante ou d'un manque total d'encadrement, d'abus psychologique et de tensions importantes et ce, à des seuils sévères ou modérément sévères. Pour 16 cas, cette dysfonction était ponctuelle et ne survenait que lors des périodes de consommation des parents. Cependant, les parents consommaient d'une à quatre fois par mois et les périodes de consommation variaient d'une journée à deux semaines. La consommation abusive des parents entraînait d'autres conséquences, telles que les parents non disponibles car malades de boisson, partir en retard pour l'école sans déjeuner parce que les parents se sont levés en retard, manquer de nourriture parce que le parent a utilisé l'argent pour se procurer de la boisson, etc. En dehors des périodes de

consommation, ces derniers subvenaient aux besoins de leur famille et encadraient adéquatement leurs enfants. La situation familiale vécue par ces enfants s'illustre par les extraits suivants : « [quand les parents ne consommaient pas] on ressemblait à une famille normale. Ma mère faisait les tâches ménagères, elle nous réveillait pour aller à l'école. On avait trois repas par jour, on échangeait durant les repas. Des fois on allait camper toute la famille ensemble...Mais quand les parents étaient en boisson, on était laissé à nous-mêmes, des fois pendant une couple de jours... Il fallait qu'on s'organise tout seul. Il fallait se chauffer quand c'était l'hiver et pour la nourriture, il fallait aller chasser. Quand ils prenaient un coup...ça arrivait des fois qu'ils se chicanaient, des fois c'était une bataille...les deux se frappaient...se lançaient des affaires. On entendait la chicane et c'est comme si on ne comprenait plus rien et on ne savait pas quoi faire ».

Les parents des quatre cas n'ayant pas de problème de consommation représentent également ceux qui offrent un environnement familial stable à leurs enfants, malgré une grande pauvreté. Un exemple est celui d'une mère qui élevait seule ses dix enfants. La répondante rapporte qu'ils se couchaient parfois le ventre vide, mais que ce n'était pas parce que sa mère avait « bu son chèque », c'est-à-dire utiliser son argent de l'aide sociale pour se procurer de l'alcool.

7.7. Présentation de cas-types

Cette section présente les cas selon trois « cas-types » et décrit de façon narrative, les expériences de vie des 28 cas analysés. Bien qu'ils représentent un groupe relativement homogène, quelques différences émergent et permettent de former des groupes. Les cas-types ont été construits à partir des événements et difficultés de vie majeurs ayant marqué la dernière année de leur vie et selon les situations familiales vécues à l'enfance. Les détails tels que le nom, l'âge, le rang

dans la famille, le lieu d'habitation, etc., bien que représentatifs des cas du même type, sont fictifs et ne correspondent pas à un cas en particulier. Les cas-types sont Pierre qui a adopté une trajectoire de délinquance, Robert qui est très isolé et Steven qui semble avoir décroché de la vie pour se vouer presque entièrement à sa consommation d'alcool et de drogues.

Pierre, 23 ans

Pierre est le troisième d'une famille de 4 enfants. Son père travaille comme assistant à l'école et sa mère s'occupe de la maison. Ses parents ont tous les deux un problème d'alcool. Ils partent consommer pendant deux ou trois jours, parfois même toute la semaine. Fréquemment les enfants se retrouvent seuls à la maison. C'est souvent sa sœur de 8 ans qui garde Pierre, 5 ans, et ses deux autres frères. Lorsque les parents sont à la maison, Pierre fait toujours très attention à ne pas les déranger, car il ne sait jamais comment ils vont réagir à sa présence. Parfois, ils sont contents de le voir, mais à d'autres moments, ils l'humilient. Pierre peut aussi se faire frapper sans trop savoir pourquoi. À d'autres moments, ce sont ses parents qui se disputent ou se battent. Pierre est témoin de la violence entre ses parents.

Alors que Pierre a environ 7 ans, sa mère délaisse le foyer. Ensuite, son père l'amène chez ses grands-parents. Il n'a jamais vraiment compris pourquoi lui devait quitter de la maison familiale alors que sa sœur et ses frères sont demeurés chez le père. Il ne comprend pas non plus pourquoi son père ne vient jamais le visiter, et ce, même s'il habite à proximité. Vers l'âge de 12 ans, Pierre va visiter son père, qui vit maintenant avec une nouvelle conjointe. Cette dernière n'a pas voulu le laisser entrer. Pierre insiste et retourne voir son père. Parfois la conjointe le laisse entrer, d'autres fois, elle lui dit de partir. Lors d'une de ses visites, la conjointe refuse de lui donner de la nourriture pour le souper en lui disant d'aller manger ailleurs et en lui

rappelant qu'il n'est pas chez lui. Durant tout ce temps, son père n'est jamais intervenu en faveur de son fils. Lorsque la conjointe ne le laisse pas entrer, le père n'intervient aucunement et il n'a jamais cherché à le revoir.

Pierre a commencé à sniffer du Nafta à l'adolescence et, quand il a eu plus d'argent, il a commencé à boire de l'alcool. Il a aussi commencé à faire du vandalisme dans la communauté et des vols de cigarettes ou d'alcool au magasin général. Ses grands-parents ont alors commencé à le surveiller, mais il était déjà hors de contrôle. Son père ne se préoccupe pas plus de lui et il ne sait pas toujours où rejoindre sa mère. Suite à quelques courts séjours en centre de réadaptation, ses parents ne se sont toujours pas manifestés.

Jeune adulte, Pierre est déjà papa de deux petites filles. Il n'a pas de travail et habite chez les parents de sa conjointe. Il vit plusieurs difficultés conjugales, dont l'escalade peut aboutir à des gestes de violence. Sa consommation et son infidélité sont des sujets de dispute majeurs. Chaque fin de semaine, il consomme alcool et drogues en grande quantité. Cette situation ne plaît pas à son beau-père qui lui fait souvent des reproches à ce sujet. Pierre connaît également plusieurs démêlés avec la justice, surtout pour des crimes mineurs tels des vols à l'étalage ou des bagarres en état d'ébriété. Ces infractions lui attirent également les réprimandes de sa conjointe et de son beau-père.

Pierre est incarcéré en établissement correctionnel provincial pendant quelques semaines. Il a fait plusieurs actes de vandalisme dans la communauté et a battu un intervenant communautaire. Durant son incarcération au poste local, la police avertit son père qui répond que ce n'est pas son problème. Sa conjointe a également refusé de lui rendre visite. Personne ne s'est manifesté pour le soutenir et il a été transféré au poste de police en ville pour comparaître sans avoir vu qui que ce soit. Il a été reconnu coupable et a reçu une sentence de six mois de prison. Au centre

correctionnel, ses parents ne lui ont jamais rendu visite, mais sa conjointe lui téléphone à l'occasion. Il se mêle peu aux autres détenus. Un jour, il apprend que d'autres accusations sont retenues contre lui et qu'il devra retourner en Cour, risquant de voir sa sentence s'allonger. Deux jours plus tard, un codétenu le retrouve pendu dans la salle des douches.

L'histoire de Pierre représente une trajectoire dans un contexte de grande vulnérabilité. Rejeté au cours de son enfance, il accumule les réprimandes de la part de son entourage à l'âge adulte. Sa consommation abusive est la principale source de conflits dans ses relations avec autrui. Par son incapacité à assumer ses rôles sociaux de conjoint et de fils, il subit le rejet de la part de personnes significatives, soit sa conjointe et ses parents. Par ses comportements socialement réprobateurs, il brise sa réputation sociale. En effet, ses démêlés avec la justice font en sorte qu'il est étiqueté délinquant par les membres de sa communauté et de sa famille. Ce fait change donc la perception vis-à-vis Pierre par les personnes qui lui sont chères, ainsi que par la communauté en général. L'événement final peut être perçu par le cas comme un « point de non retour » où toute sa vie semble s'écrouler autour de lui et où les efforts de la reconstruire ne sont pas disponibles et les obstacles semblent infranchissables. L'absence de soutien de la part de sa famille durant son incarcération confirme sa non-valeur aux yeux d'autrui, ce qui peut représenter un élément important dans l'explication de son suicide.

Robert, 31 ans

Robert est le cadet d'une famille de cinq enfants. Il a grandi au sein d'une famille hautement dysfonctionnelle, où la violence de son père envers sa conjointe et ses enfants ne se limite pas seulement à ses périodes de consommation d'alcool. La mère de Robert tente tant bien que mal de protéger son fils. Cependant, cette dernière

développe un problème relié à la consommation d'alcool et Robert est victime de négligence en étant laissé aux soins de ses frères et de sa sœur et ce, parfois pendant plusieurs jours. Vers l'âge de 12 ans, Robert est abusé sexuellement par un enseignant de la communauté. Lui, son frère et un de leurs amis se rendent régulièrement chez ce dernier. L'enseignant leur donne des cadeaux et les amène faire des promenades en voiture. Un jour, le frère de Robert tente de dévoiler les attouchements sexuels qu'ils subissent de la part de cet enseignant. Robert nie, mais les autres enfants le confrontent et lui demandent d'avouer, qu'ils l'ont vu se rendre chez l'enseignant. Plusieurs enfants sont dans cette situation, mais ils ont tous très honte et les enfants s'accusent mutuellement. Cependant, malgré le dévoilement par les enfants, les parents refusaient de les croire puisque l'enseignant est très respecté dans la communauté.

Adulte, Robert consomme abusivement de l'alcool, ce qui lui attire les réprobations de sa conjointe et de sa famille. Robert est très isolé ayant subi plusieurs pertes, soit, son meilleur ami par suicide et son frère par surdose accidentelle. Sa mère est hospitalisée alors que sa sœur est en deuil de son conjoint et de son enfant, décédés à quelques semaines d'intervalle. Robert n'a donc plus de confident et sa relation conjugale bat de l'aile depuis plusieurs mois. Il consomme depuis quelques jours chez un cousin avec plusieurs personnes dont sa conjointe et son frère. Aux petites heures du matin, il surprend sa conjointe avec un autre homme. Robert retourne chez lui et son frère le suit quelques minutes plus tard. En entrant dans la maison, il trouve Robert assis dans un coin de sa cuisine, une carabine pointée sous son menton. Son frère tente de le raisonner et de récupérer l'arme, mais Robert lui dit seulement « ça fait mal de se faire tromper par sa femme » et appuie sur la gâchette. Il meurt instantanément.

L'histoire de Robert est marquée par une enfance très difficile. Il a évolué dans une famille hautement dysfonctionnelle dans laquelle l'abus physique et la

violence conjugale n'étaient pas en lien avec la consommation des parents, donc plus imprévisibles. Le dernier événement sévère vécu par Robert s'est produit dans un contexte de vulnérabilité et consiste en une humiliation personnelle de la part d'une personne significative. Comme Pierre, Robert s'attire les récriminations de son entourage à cause de sa consommation. Ces critiques constantes lui transmettaient le message de sa non-valeur aux yeux d'autrui, créant chez lui un état important de fragilité. De plus, le réseau social de Robert très limité et les pertes significatives vécues en peu de temps ont pu contribuer à augmenter sa vulnérabilité. Dans ce contexte et en état d'ébriété, l'infidélité de sa conjointe a été le coup qu'il n'a pas pu encaisser ou « la goutte qui a fait déborder le vase ».

Steven, 24 ans

Steven est le 3^e d'une famille de 10 enfants. Son père, un travailleur saisonnier, passe les semaines estivales en dehors de la communauté pour ne revenir que la fin de semaine et sa mère reste au foyer. Les parents de Steven consomment abusivement l'alcool. Au cours de l'été, lors des retours du père la fin de semaine et environ deux fois par mois l'hiver, les parents partent consommer. Leur période de consommation varie entre un et quatre jours. Durant ces moments, Steven et les autres enfants n'ont rien à manger et doivent chauffer la maison l'hiver et s'occuper des plus petits. Lorsque les parents ne sont pas en boisson, ils amènent Steven ainsi que ses frères et sœurs en forêt. Ils pratiquent diverses activités traditionnelles comme la chasse et la cueillette de petits fruits et d'herbes à vertu médicinale. Lorsque Steven est malade, la mère concocte des « potions » à l'aide d'herbes pour le soigner. Lors de sa 2^e année scolaire, il a gagné un ruban pour son assiduité. En 3^e année, il a commencé à sniffer du « Nafta » avec son frère aîné et a rapidement gradué à l'alcool et à la drogue.

Adulte, Steven habite toujours la maison familiale. Il ne travaille pas. Il n'a pas de conjointe stable et connaît plusieurs relations amoureuses durant la dernière année. Il consomme abusivement alcool et cocaïne. Il utilise une grosse part de son chèque d'aide sociale pour se procurer drogue et alcool. Ceci ne plait pas à ses parents qui le critiquent à ce sujet. Il n'a pratiquement plus d'activités qui ne soient pas reliées à la consommation et ses périodes de lucidité sont de plus en plus rares.

En un peu plus de deux ans, Steven a vécu le décès par suicide d'un de ses frères et de deux de ses amis. Il parle souvent de suicide lorsqu'il est en état d'ébriété et a tenté de mettre fin à ses jours par divers moyens comme une surdose de médicaments, des lacérations aux poignets et un projectile dans le ventre. Un soir, alors qu'il consomme dans un bar en ville avec sa cousine, Steven est impliqué dans une bagarre qui semble sans conséquence. À la fermeture du bar, il rentre à la maison avec sa cousine. Cette dernière va se coucher. Le lendemain, elle retrouve Steven pendu dans son cabanon.

L'histoire de Steven se caractérise par un nombre élevé de pertes par suicide et par sa consommation importante de cocaïne. De plus en plus isolé, Steven se suicide suite à un incident qui semble banal.

CHAPITRE VIII

DISCUSSION

8.1. Une perspective écologique pour mieux comprendre le suicide des Autochtones

Le but de cette recherche est de décrire le suicide dans quatre communautés autochtones du Québec. Les objectifs spécifiques consistent à 1) établir le profil des communautés participantes, comprenant les données sociodémographiques, le taux de suicide et l'opinion de certains intervenants et dirigeants sur la situation vécue au sein de ces communautés et les liens interpersonnels de cas constituant des séries de suicide; 2) présenter les caractéristiques des cas de suicide d'adultes recensés; 3) analyser les événements de vie survenus durant la dernière année de la vie des cas, soit la nature et la fréquence de ceux-ci et plus précisément, vérifier si les cas ont subi un rejet d'une personne significative peu de temps précédant leur suicide; 4) analyser les situations familiales vécues durant l'enfance des cas, à savoir, s'ils ont vécu au sein d'une famille pouvant être qualifiée de dysfonctionnelle et plus précisément, vérifier si les cas ont subi un rejet de la part d'une figure parentale.

Les résultats de cette étude renseignent, entre autres, sur les nombreux stressseurs qu'ont dû affronter les cas au cours de leur vie. Le taux de suicide et l'information recueillie sur le contexte communautaire mettent en lumière un milieu de vie dans lequel les freins à l'épanouissement individuel et collectif abondent. Les détails des événements de vie vécus durant l'année précédant le suicide témoignent de stressseurs importants aux plans familial, conjugal et individuel. Les

caractéristiques des cas informent que la majorité d'entre eux s'engageaient dans des comportements autodestructeurs, tel l'abus de substances prohibées, et parfois, dès un très jeune âge. Ces comportements peuvent s'interpréter comme l'expression d'un malaise profond présent depuis plusieurs années. L'analyse des interactions parent-enfant à l'enfance suggère que le milieu familial d'origine peut créer une vulnérabilité importante qui amène l'individu à s'engager dans cette trajectoire autodestructrice en adoptant des comportements à risque. Ces constats indiquent que le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1989) peut être utile pour mieux comprendre le suicide dans ces communautés (Henry et al., 1993). En effet, des liens complexes unissent les facteurs de risque de suicide des individus (Shneidman, 1993). Selon Shneidman (1993), le suicide est défini comme un « acte à facettes multiples renfermant la présence d'éléments biologiques, culturels, sociologiques, interpersonnels, intrapsychiques, logiques, conscients et inconscients et philosophiques [...] »³². L'analyse du suicide selon une perspective écologique permet de considérer, dans un même modèle et de façon dynamique, les multiples facettes donnant lieu au suicide. En effet, puisque le modèle écologique est suffisamment large pour intégrer d'autres modèles explicatifs (Chagnon et Charbonneau, 1998) et qu'il est, à la base, un modèle développemental, celui-ci permet d'intégrer les événements vécus à l'enfance qui ont eu vraisemblablement un impact important sur le développement ou la trajectoire de vie des cas, et en même temps, de considérer les contextes environnementaux proximal et distal ayant servi de niche culturelle au suicide.

Le désavantage socio-économique des communautés participantes par rapport à l'ensemble du Québec, représente des facteurs macrosystémiques ayant un impact sur l'individu. Le profil sociodémographique des communautés, les facteurs contextuels et la présence marquée du suicide dans ces communautés sont des facteurs

³² Shneidman, S. (1993) Traduction libre

exosystémiques effectuant une pression quotidienne sur la personne y évoluant. De plus, les perturbations culturelles vécues par les parents des cas lors de la création des réserves et l'accessibilité accrue de l'alcool constituent des facteurs chronosystémiques majeurs. Ces perturbations ont affecté la structure même de la famille, le microsystème le plus important pour le développement de la personne, ainsi que les liens unissant les individus au sein des collectivités.

Dans la section qui suit, les résultats de l'étude concernant les caractéristiques des cas, les facteurs de risque associés, l'état mental au moment du suicide, les liens interpersonnels entre les cas et les événements de vie, seront discutés selon une perspective écologique. En effet, les comportements adoptés par les cas pour faire face aux pressions peuvent être mieux compris si l'on considère les nombreuses forces externes (sociales, communautaires, familiales et conjugales) et internes (individuelles, psychologiques) exerçant une pression sur l'individu ainsi que les nombreuses interactions entre ces éléments. De plus, les résultats seront interprétés en rapport avec les écrits scientifiques sur le suicide.

8.2. Profil communautaire : L'environnement des réserves indiennes est-il pathogène?³³

Cette question, posée par Larose (1989), demeure d'actualité près de 20 ans plus tard. Le profil sociodémographique des communautés participantes indique que les résidents de ces milieux doivent affronter des conditions économiques et sociales défavorables. Toutes les communautés se comparent négativement à l'ensemble du Québec au plan des caractéristiques sociodémographiques (Statistiques Canada, 2005). En effet, elles font face, à des degrés relatifs, à la pauvreté, au décrochage scolaire, au manque de possibilités d'emploi et à la surpopulation. Ainsi, ces données

³³ Titre de l'article de Larose, F. (1989)

confirment que les membres des communautés autochtones du Québec ont une qualité de vie inférieure au reste des habitants de la province sur l'ensemble des variables mesurées. Le taux brut de suicide pour trois communautés participantes s'élevait à 68,94/100 000 en 1996, ce qui représente une mortalité par suicide de 3,5 à 5 fois plus élevée que celle observée au Québec et au Canada, respectivement pour la même année (Coloma, 1999). Selon les écrits scientifiques, des corrélations positives ont été identifiées entre le taux de suicide des Autochtones et le chômage (Lester, 1997), la pauvreté (Bagley, 1991; Lester, 1995a, 1995c; Sigurdson et al., 1994), la latitude nordique et la distance d'une ville de plus de 5 000 de population (Bagley, 1991). Les données de cette étude concordent donc avec celles recensées dans les écrits.

Par ailleurs, les répondants clés font état d'autres facteurs contextuels importants à considérer en plus des facteurs macrosociaux nommés précédemment. En effet, pour tenter d'expliquer les problèmes psychosociaux et le suicide affligeant leur communauté, plusieurs intervenants de première et de deuxième ligne, ainsi que certains dirigeants, font état de communautés caractérisées par une consommation abusive d'alcool et de drogues, un manque de modèle positif pour les jeunes, peu de respect envers autrui, ainsi qu'un manque de solidarité et d'entraide entre les membres. Les répondants évoquent implicitement une lacune du capital social (Mignone et O'Neil, 2005) présent dans leur communauté, par des interactions entre les individus de pauvre qualité, un manque de confiance envers autrui et des normes et valeurs de plus en plus individualistes. Un tel tissu social érodé offre moins de protection contre le désengagement de la vie pour ses membres (Durkheim, 1985).

8.2.1. Séries de suicides communautaires : influence sociale à l'œuvre?

Joiner (1999) indique que les suicides semblent se produire en grappes, c'est-à-dire plus d'un décès par suicide dans une période de temps relativement courte dans une même localité. Ceci est également le cas dans le contexte des communautés autochtones du Canada (Wilkie et al., 1998) et des États-Unis (Wissow et al., 2001). Cependant, il n'est pas certain qu'un phénomène d'influence sociale ou d'imitation joue un rôle (Joiner, 2003). Dans les petites sociétés, l'avènement d'une série de suicide renforce l'hypothèse que l'influence sociale sur l'idée du suicide soit un facteur (Tousignant, 1998). Dans une série de suicides documentée dans une petite communauté autochtone du Manitoba, trois des six suicides étaient des adolescents faisant partie du même groupe d'amis et tous se sont pendus (Wilkie et al., 1998). Ceci suggère qu'une certaine transmission de l'idée de suicide ou d'imitation du geste peut être à l'œuvre.

Dans le cas des séries de suicides (section 6.5.1.), l'influence sociale peut être soupçonnée pour au moins deux des trois séries. L'une des séries est constituée de quatre jeunes hommes âgés entre 18 et 25 ans et d'une fillette. Tel qu'il est mentionné, tous les cas se sont pendus et trois des quatre jeunes hommes étaient incarcérés au moment de leur suicide. Tous les jeunes hommes font également partie du même groupe d'amis et entretiennent des liens interpersonnels étroits les uns avec les autres. Le premier suicide de la série, un garçon sportif et très populaire, est le chef du groupe et il semble y avoir eu un effet d'entraînement. Il a lui-même vécu le suicide de son frère qui s'est pendu en prison 21 mois auparavant. Ainsi, les liens entretenus par ces cas, la popularité et le statut de modèle du premier, ont pu influencer les cas subséquents dans leur décision de mettre fin à leur vie. Dans l'autre communauté, la série de suicides comprend 13 décès s'échelonnant sur une période de 31 mois. Cette série inclut sept hommes de 20 à 45 ans et six filles de 12 à 23 ans. Le moyen de suicide est la pendaison pour neuf cas, l'arme à feu pour deux

et inconnu pour deux cas. Il existe des liens interpersonnels entre plusieurs cas de cette série (voir figure 3). En effet, il n'y a que deux personnes faisant partie de cette série de suicides qui semblent n'entretenir aucun lien direct avec les autres cas recensés, soit, une fillette de 12 ans et un homme de 45 ans. Cependant, ces deux suicides ont eu un impact important auprès des membres de la communauté, notamment à cause de l'âge de la fillette et de la position de modèle occupé par l'homme. Malgré l'absence de lien direct avec les autres cas, ils ont pu, néanmoins, avoir une influence sur ces derniers dans leur décision de mettre fin à leur vie. En outre, la confirmation d'un pacte de suicide entre quatre adolescentes renforce l'hypothèse de la nature contagieuse de l'idée du suicide. Trois d'entre elles se sont pendues dans leur garde-robe entre 16h30 et 17h. La quatrième a tenté de se pendre dans son garde-robe mais a été découverte par sa sœur de 10 ans et a survécu à sa tentative de suicide. Ainsi, les caractéristiques similaires de plusieurs cas, les liens entretenus entre ces derniers, le choix de moyens et la confirmation d'un pacte de suicide représentent des indices qu'une influence sociale dans la décision du suicide soit un facteur important dans ces communautés.

8.2.2. Conséquences des suicides sur les communautés et effets des communautés sur les suicides.

Les intervenants travaillant dans les communautés relatent des conséquences nombreuses et importantes de ces séries de suicides sur les deux communautés en cause. En effet, dans les deux cas, les manifestations de souffrance se font de façon très démonstrative, voire même exubérante. Il y a de nombreuses personnes, énormément de fleurs et des pleurs aux funérailles des victimes. Dans un cas, la lettre de suicide a été encadrée, ce qui a été perçu par les intervenants comme une glorification du suicide. Dans les deux communautés, une fillette compte parmi les personnes s'étant enlevée la vie et dans les deux communautés, l'âge de la victime

contribue au choc des membres. L'épuisement parmi les membres de la communauté et les intervenants peut également contribuer à ce que deux intervenants ont qualifié « d'hystérie collective » qui s'est installée dans les deux communautés à la suite des suicides. Ce qui est décrit comme « hystérie collective » est non seulement une angoisse généralisée mais comprend des incidents où des personnes rêvaient aux défunts et se sentaient appelées vers la mort par ces derniers. Certaines personnes « prédisent » le nombre de victimes à venir dans la série de suicides et dans des cas plus rares, nomment ces « futures victimes ». Des incidents plus marginaux incluent des hallucinations visuelles et auditives collectives. L'exemple relaté est celui d'un groupe de jeunes hommes rapportant qu'un cas de la série « s'est manifesté » à son frère et à ses amis.

Cette anxiété aiguë et collective, tout en étant une manifestation des sentiments d'insécurité et d'impuissance vécus par les membres, contribue à augmenter ces sentiments et peut donc contribuer à la suicidalité des plus fragiles d'entre eux. De plus, faisant partie de la même Nation Autochtone, les membres de ces deux communautés entretiennent des liens de parenté et d'amitié tissés parfois très serrés. Alors il est vraisemblable que les événements se produisant dans une communauté aient également des conséquences pernicieuses sur l'autre. Ces constats de séries de suicides communautaires soulignent l'importante vulnérabilité de celles-ci. Ainsi, les suicides en série suggèrent l'existence de facteurs communautaires sous-jacents aux comportements autodestructeurs, tel le suicide, qui doivent être analysés plus attentivement. Les sections qui suivent examinent les caractéristiques des cas de suicide afin de faire le lien avec les données macrosystémiques.

8.3. Description des cas : caractéristiques individuelles et le reflet de communautés mal en point

8.3.1. Âge et sexe

En ce qui concerne le jeune âge des cas répertoriés, il se démarque de l'ensemble des suicides d'adultes au Québec. En effet, tous les cas sauf un avaient moins de 35 ans, alors que pour l'ensemble de la province, près de la moitié des suicides (48,6%) ont été le fait d'adultes âgés entre 30 et 49 ans et 28,7% étaient le fait des 50 ans et plus (St-Laurent et Bouchard, 2004). L'âge médian des communautés participantes se situe entre 17 et 30 ans, alors que celui du Québec est de près de 40 ans (38,8). Dans un contexte ayant une forte proportion de jeunes personnes, le jeune âge de la majorité des cas de suicide n'indique pas outre mesure les facteurs contribuant spécifiquement à ce phénomène, car le nombre plus élevé de suicide chez les jeunes peut simplement être le reflet du nombre plus élevé de personnes dans cette catégorie d'âge. Des analyses statistiques plus précises seraient nécessaires sur ce point. Cependant, un taux de natalité élevé est souvent le lot des communautés défavorisées et des pays en voie de développement (Population Reference Bureau, 1999), ce qui nous ramène aux conditions sociales défavorables dans les milieux autochtones.

Neuf cas à l'étude sur 10 sont des hommes. Cette proportion n'est que légèrement supérieure à la proportion d'hommes parmi tous les suicides d'adultes dans ces communautés pour la période de 1983 à 2002 (86,3%). Ces deux proportions sont légèrement supérieures à celle des suicides d'hommes parmi la population générale, qui est de 80% (St-Laurent et Bouchard, 2004). Selon les caractéristiques étudiées, les cas de femmes autochtones ne diffèrent pas des suicides d'hommes autochtones, à part le fait qu'aucune d'entre elles n'était incarcérée.

8.3.2. Statut marital et situation d'habitation

Plus de la moitié des cas sont célibataires ($n = 18$), huit habitent en union libre depuis au moins six mois, trois sont mariés et un est veuf. Plus de la moitié des cas ($n = 16$), dont six vivant en couple, dépendent d'un membre de leur famille (parent, beaux-parents, frère, sœur) ou d'autres membres de leur famille élargie (grands-parents ou tante) pour un logement. Dans au moins dix cas, il y a des indications de surpopulation dans le logement avec de six à 11 personnes (incluant au moins quatre adultes) par habitation. De façon générale, la surpopulation est une condition de vie de plus de la moitié des cas ($n = 16$). Elle peut représenter un irritant important, pouvant exacerber des événements stressants (Brown et al., 1978). Il est vrai que cet arrangement peut être dû au jeune âge et à la situation matrimoniale des cas, puisque 14 étaient âgés de moins de 24 ans et 18 d'entre eux étaient célibataires. Néanmoins, les données de Statistiques Canada (2005) démontrent qu'entre 23% et 29% des ménages dans trois des quatre communautés participantes à l'étude et 3,3% dans l'autre communauté sont occupés par plus d'une personne par pièce. Cette surpopulation peut mener à des effets pernicieux sur la santé physique et mentale des membres de la maisonnée et ce, tant pour les enfants que pour les adultes (Office of the Deputy Prime Minister, 2004).

8.3.3. Occupation

Le taux d'emploi parmi les cas s'avère très faible, avec 10% d'entre eux occupant un travail rémunéré. La majorité (80%) d'entre eux reçoit des prestations d'aide sociale. Le taux d'emploi dans les communautés participantes pour la population de 15 ans et plus se situe entre 24,7% et 42,3%, comparé à 58,9% pour la population du même âge pour la province (Statistiques Canada, 2005). Ces résultats s'ajoutent aux données existantes indiquant un manque sévère et chronique

d'opportunités pour les jeunes Autochtones. Ces occasions manquantes pour les jeunes sont discutées longuement par Chandler (2000) et ses collègues (2003) en lien avec un risque accru de suicide. En effet, selon ces auteurs, le manque d'opportunité pour les jeunes amène une difficulté à se projeter dans l'avenir et à prendre des décisions concernant leur propre vie. Ceci a des effets nuisibles dans plusieurs communautés autochtones, comme l'indique un taux de suicide inversement proportionnel au nombre de ce que les auteurs appellent des « jalons de continuité culturelle » représentés par des opportunités d'emploi et un contrôle sociopolitique local (Chandler et Lalonde, 1998). En outre, selon Tousignant et Harris (2001), l'absence d'emploi et l'oisiveté entraînée par cette absence peuvent représenter des facteurs de vulnérabilité pour le développement d'un trouble psychiatrique.

8.3.4. Moyens de suicide

Pour 22 des 30 cas, la pendaison est le moyen utilisé pour mettre fin à leur vie. Sept ont utilisé l'arme à feu et un cas s'est couché sous un véhicule en mouvement. La surreprésentation de la pendaison comme moyen de suicide limite considérablement les possibilités de prévention du suicide par le contrôle des moyens. Cette surreprésentation soulève cependant d'autres questions sur le choix des moyens de suicide méritant une analyse plus poussée, surtout parmi une population de chasseurs ayant des armes à feu facilement accessibles.

8.3.5. Présence de témoins : aspects de vengeance et de réparation

L'information disponible sur les circonstances entourant le suicide indique que quatre cas se sont enlevés la vie devant des témoins. Trois des quatre se sont tirés avec une arme à feu devant un ou plusieurs membres de leur fratrie et le

quatrième s'est couché sous un véhicule devant huit enfants de 6 à 12 ans. Dans trois autres circonstances, la pendaison s'est effectuée à l'extérieur, dans la communauté, où le corps était exposé à la vue de tous. Ainsi, pour ces sept cas, le suicide revêt un aspect public. De plus, pour au moins trois des cas revêtant un aspect public, certains indices, tel l'endroit, le moment ou d'autres circonstances entourant le décès, soulèvent le doute que le suicide revêt un aspect de vengeance. Par exemple, suite à l'infidélité de sa conjointe, un jeune homme se pend sur le balcon des voisins de cette dernière. De la même façon, un homme tire en direction de l'amant présumé de sa femme en criant des obscénités, se barricade dans sa maison en menaçant les policiers de son arme et se tire devant son frère qui tentait de le raisonner. Dans les petites localités, Tousignant (1998) rapporte qu'il est fréquent de rencontrer des thèmes de suicide récurrents, tels les suicides comportant un aspect de vengeance ou de réparation. En effet, il poursuit en affirmant que certains suicides peuvent représenter un discours visant à réparer des ruptures dans le tissu social ou à rétablir l'intégrité de sa famille ou de sa réputation sociale. Dans cette optique, la mise en scène du suicide pour au moins les sept cas mentionnés, évoque ce discours, certes agressif, mais communiquant néanmoins une intention de réparer une intégrité personnelle ou familiale bafouée ou de renouer des liens rompus.

Nonobstant l'intention derrière le suicide, les membres de l'entourage semblent percevoir celui-ci comme réparateur. Ils se servent du rite funéraire pour se « racheter » des lacunes envers le décédé durant son vivant. Ceci s'appuie par les informations recueillies auprès des intervenants travaillant dans les communautés. En effet, ces derniers rapportent des réactions émotives de peine importantes par des parents qui étaient très indifférents à l'endroit de leur enfant de son vivant, faisant dire à un ami que la mort était peut-être la seule façon d'être considéré par son propre père. De plus, plusieurs intervenants rapportent que le suicide est perçu comme un acte de courage ou encore, pour accéder à un statut supérieur suivant le suicide et illustrent ce fait par l'extrait suivant : « beaucoup de pleurs et de fleurs aux

funérailles, pourtant de son vivant, elle n'était pas particulièrement aimée ». Ces exemples témoignent d'une « existence » dans la mort qui est renforcée par le soin plus prononcé à l'aspect esthétique du cimetière local que du village dans son ensemble. Le suicide devient alors une dernière tentative de compter aux yeux des parents et des membres de la communauté par lesquels ils étaient mis à l'écart. Dans cette optique, les suicides et les réactions de deuil dans les communautés rejoignent le concept de suicide réparateur proposé par Tousignant (1998), lors d'une étude sur le suicide dans les petites collectivités.

8.4. Facteurs de risque associés : suicides progressifs?

8.4.1. Incarcération au moment du suicide

Un taux de judiciarisation disproportionnel s'ajoute à la feuille de route déjà lourde des Autochtones du Canada (SCC, 2002) et renforce le concept d'une trajectoire de comportements autodestructeurs menant au suicide. En effet, la trajectoire de plusieurs cas, ponctuée de démêlés avec la justice à l'adolescence, peut représenter des cris de détresse manifestés par des jeunes abandonnés et rejetés, souffrant d'une grande solitude et manquant d'habiletés ou de ressources personnelles pour exprimer leur souffrance d'une façon socialement acceptable. Certains auteurs (Broué et Guévremont, 1994) soutiennent qu'il est nécessaire, considérant le nombre élevé de suicides masculins, de tenir compte des demandes d'aide modelées selon les genres.

La proportion de cas détenus en cellule ou en établissement correctionnel provincial au moment de leur suicide est importante (23,3%). Ces données confirment l'information selon laquelle les Autochtones représentent 17% de toutes les admissions dans un établissement correctionnel au Canada, alors que ce groupe ne compte que pour 2,7% de la population (SCC, 2002). Un Autochtone adulte a six

fois plus de risque d'être incarcéré que son homologue non-Autochtone. Cependant, aucune information concernant spécifiquement le suicide d'Autochtones en milieu carcéral n'est disponible (Daigle, 2005 - conversation personnelle). En général, les études rapportent un taux de suicide plus élevé parmi les détenus que dans la population en général (Blaauw, Arnsman, Kraaij, Winkel, et Bout, 2002; Lester et Danto, 1993; Stuart, 2003), sans toutefois fournir de taux précis (Blaauw et al., 2002).

8.4.2. Troubles psychiatriques

Bien que les troubles psychiatriques peuvent jouer un rôle dans le suicide de certains groupes d'Autochtones (Boothroyd et al., 2001; Sigurdson, 1994), les résultats de cette étude rejoignent plutôt ceux de l'étude de Kettl et Bixler (1993) qui n'ont pas trouvé de différence significative sur la présence de troubles psychiatriques pour un groupe de 33 suicides comparativement à un groupe équivalent de sujets contrôles. La présente étude n'indique que six personnes ayant reçu un diagnostic de troubles psychiatriques, dont trois de façon post-mortem par le coroner à la constatation de tentatives de suicide antérieures. Bien sûr, cette étude ne peut affirmer de façon non équivoque l'absence de troubles mentaux puisque aucun instrument diagnostique n'a été utilisé. Néanmoins, le LEDS, en plus de poser directement la question quant à la présence d'un diagnostic de trouble de santé mentale, couvre une grande variété de comportements pouvant alerter à la présence d'un trouble. Les résultats peuvent représenter une indication du nombre moins élevé de troubles psychiatriques parmi ces cas que lors d'autres études.

8.4.3. Alcool et drogue

Selon plusieurs auteurs, il est sans contredit qu'il existe un lien entre la consommation de drogues illicites et le suicide (Murphy, 2000; Suominen, Isometsä, Haukka et Lönnqvist, 2004; Tousignant, 2001; Weiss et Hufford, 1999; Wilcox, Conner et Caine, 2004). Il est postulé que la hausse de l'abus de substances a contribué substantiellement à l'augmentation importante du taux de suicide parmi les jeunes, surtout masculins, depuis une trentaine d'années et dans plus d'une douzaine de pays (Murphy, 2000). Parmi les 30 cas, 76,7% faisaient usage de drogues illégales. Par ailleurs, la presque totalité des cas à l'étude (28/30) consommait l'alcool de façon abusive, du moins durant la dernière année de leur vie. Le début de l'utilisation de substances psychoactives remonte à l'enfance, entre l'âge de 8 et 12 ans pour au moins cinq cas et vers l'âge de 15 ans pour au moins deux autres. L'importante proportion des cas abusant d'alcool et la précocité de certains quant au début de la consommation peuvent s'expliquer par des pressions sociales importantes invitant à la consommation d'alcool dans les communautés participantes. Les répondants clés affirment que « tout le monde consomme ». Il ne faut donc pas se surprendre que, malgré les conséquences pernicieuses de la consommation abusive d'alcool, certains auteurs affirment que celle-ci, même au delà du seuil de pathologie convenu dans le DSM-IV, peut représenter une expression de socialisation positive (O'Neill, 1993). Surtout qu'un refus de consommer entraîne un certain ostracisme dans certaines communautés.

Un dirigeant interrogé avance que, de façon générale, les parents consomment l'alcool de façon abusive au point où ils négligent leurs enfants. La dépendance ou l'abus de substances pourrait servir à palier à un manque remontant à l'enfance (Steinhauer, 1996), représenter une fuite (Menninger, 1938) ou à soulager un état affectif inconfortable (Kaplan 1996 in Newcomb, Vargas-Carmona et Galaif, 1999). Dans cette optique, la consommation importante de substances psychoactives durant

la dernière année de leur vie servait sans doute à anesthésier leur profond mal de vivre. D'ailleurs, plusieurs auteurs affirment que la dépression, l'alcoolisme et le suicide sont des signes de la démoralisation massive qui affecte les groupes des Premières Nations (Foulks, 1980; Guyette, 1982; Hockirchen et Jilek, 1985; Skilnyk, 1985 in O'Neill, 1993; Kettl et Bixler, 1993; Sigurdson et al., 1994). L'omniprésence de l'alcool dans les communautés à l'étude et les conséquences pernicieuses résultant de la consommation abusive constituent d'autres facteurs environnementaux exerçant une pression non négligeable sur les individus.

8.5. État mental au moment du suicide

8.5.1. Intoxication : souffrances amplifiées par l'alcool?

Le nombre élevé de cas intoxiqués lors de leur passage à l'acte constaté dans cette étude (73,3%) est consistant avec d'autres études ayant démontré qu'en moyenne l'alcool est un facteur dans 69% des cas de suicide d'Autochtones et qu'entre 40% et 62,4% de ces cas sont légalement intoxiqués (May et al., 2002). Ces données sont très élevées considérant que pour la population en général la présence d'alcool dans le sang a été rapportée dans 20% à 40% des cas de suicide (Pirkola, Suominen et Isometsa, 2004).

La présente étude informe un peu plus sur le rôle de l'alcool dans le passage à l'acte suicidaire, en ce sens que tous les cas intoxiqués sauf un ont vécu l'événement précipitant le suicide en état d'ébriété ce qui a donc pu contribuer à leur décision de mettre fin à leur vie. En effet, selon Shneidman (1993), le suicide résulte d'une constriction de la perception ou d'une vision en tunnel, causée par une souffrance psychologique trop grande, ne permettant pas à la personne de considérer des options plus viables à long terme. L'alcool, en tant que déprimeur, a pu rendre l'individu

plus sensible aux stimulations, ayant pour effet d'amplifier les émotions négatives vécues durant les derniers moments de la vie des cas. Devant de telles constatations, il serait logique de se demander si les passages à l'acte se seraient produits sans l'action de l'intoxication aiguë (Weiss et Hufford, 1999). Dans ce contexte, l'alcool risque davantage d'influencer les taux de suicide dans certaines communautés autochtones, puisque, tel que constaté dans cette étude, la consommation d'alcool de plusieurs cas se caractérisait par l'ingestion de grandes quantités d'alcool en peu de temps, causant invariablement une intoxication aiguë. De tels constats ont également été rapportés par May et ses collègues (2002) concernant la consommation d'alcool de plusieurs Autochtones du Nouveau-Mexique. Ce «pattern» de consommation est surtout le fait des moins de 40 ans (May et al., 2002), population pour laquelle le risque de suicide est le plus grand parmi les Autochtones (Kirmayer, 1994). Ces observations s'ajoutent à l'information concernant les habitudes de consommation durant la dernière année discutée précédemment soutenant que l'abus de substance en lien avec le suicide parmi les Autochtones revêt une importance considérable et mérite qu'on s'y attarde sérieusement.

8.5.2. Impulsivité apparente : résultat d'une suicidalité dormante?

Le très court laps de temps, soit à peine quelques heures, entre le dernier événement de vie sévère et le suicide indique qu'un «état impulsif»³⁴ dû à des «pressions environnementales aiguës»³⁵ représente un élément non négligeable du suicide de plusieurs cas (n = 21). En effet, ces derniers ont tous vécu un événement de vie sévère, tel une rupture ou une arrestation, dans les heures précédant leur passage à l'acte fatal. La présence d'impulsivité du geste suicidaire a été trouvée

³⁴ Traduction libre de « state impulsivity » désignant un type d'impulsivité différent du trait impulsif, élaboré par Dougherty, Mathias, Marsh, Moeller, Swan (2004).

³⁵ Ibid. Traduction libre de « acute environmental influences ».

dans une étude parmi des Autochtones des États-Unis (LeMaster et al., 2004). Cette étude rapporte une proportion ayant planifié leur tentative de suicide s'élevant à 3,1% pour les 15 à 24 ans et à 2,9% pour les 25 ans et plus, alors que les taux rapportés de tentatives se situent à 8,5% et de 8,8% respectivement pour les mêmes groupes d'âge. L'absence de planification de la tentative de suicide soulève une remise en question de l'applicabilité universelle de la compréhension actuelle du processus suicidaire. Présenté de façon linéaire, le processus suicidaire débute par l'apparition de l'idée de suicide et à mesure que les éléments du plan se mettent en place, l'urgence suicidaire, c'est-à-dire l'éventualité du passage à l'acte, augmente. Le fait que plusieurs cas se soient suicidés dans un laps de temps très court peut indiquer qu'une planification très rapide ait eu lieu ou peut souligner une absence de planification du suicide, comme c'était le cas pour environ 5% des suicides rapportés par LeMaster et ses collègues (2004). Une investigation plus précise de ce thème s'avère nécessaire pour une meilleure compréhension du processus suicidaire parmi les Autochtones.

En outre, presque tous les cas de suicide « impulsif » étaient intoxiqués au moment de leur passage à l'acte ($n = 18/21$). L'alcool est fortement lié aux tentatives de suicide impulsives (Weiss et Hufford, 1999). En effet, l'impulsivité, l'abus de substances et la suicidalité peuvent produire un effet synergique léthal (Dougherty, Mathias, Marsh, Moeller et Swann, 2004), résultant en une altération du jugement, une augmentation de l'agressivité, une désinhibition accrue (Weiss et Hufford, 1999) et influençant possiblement le choix du moyen de suicide (Pirkola et al., 2004). Les recherches révèlent qu'en général, les tentatives de suicide impulsives en état d'ébriété tendent à être moins létales (Baca-Garcia et al., 2001; Baca-Garcia et al., 2005; Brown, Overholser, Spirito et Fritz, 1991). Ceci n'est pas le cas ici, puisque les moyens de suicide choisis par tous les cas sauf un se trouvaient parmi les plus létaux, soit l'arme à feu et la pendaison (Gunnell et al., 2005), ce qui pourrait expliquer l'issue fatale.

Par ailleurs, l'impulsivité apparente du suicide n'exclut pas la présence d'un plan de suicide sous-jacent ou latent, ce qui serait concordant avec l'omniprésence du suicide dans ces communautés constatée dans l'étude par les séries de suicides et le nombre élevé de tentatives de suicide à vie parmi les cas.

8.6. Événements de vie

8.6.1. Nature et fréquence des événements

Afin de préciser le contexte environnemental proximal préalable au suicide, les événements et difficultés de vie atteignant les cotes de gravité les plus élevées selon le LEDS et vécus par les cas durant la dernière année de leur vie ont été comptabilisés. L'examen révèle une moyenne de 7,6 événements majeurs et ce, touchant tous les domaines de la vie. Les cas de cette étude se démarquent d'autres études sur le suicide. Par exemple, une étude finnoise (Heikkinen, Aro et Lönqvist, 1992, 1993) rapportait une moyenne de deux événements majeurs par cas vécus durant la dernière année de vie et ce, pour 82% de tous les suicides consécutifs du pays en 1987. Quelques 24 cas ont vécu 24 difficultés de vie. De toutes les difficultés, 18 concernent les relations interpersonnelles dont trois sont avec le conjoint. Évidemment, ce serait seulement en comparant le groupe à l'étude avec un groupe de sujets équivalents n'ayant pas d'antécédents suicidaires à vie, que des conclusions pourraient être tirées de ces résultats.

Néanmoins, il s'en dégage, d'une part, que la majorité des cas à l'étude ont subi des pressions environnementales substantielles dans l'année précédant leur passage à l'acte. D'autre part, les répercussions familiales et sociales de la consommation abusive d'alcool se précisent. En effet, tel qu'il est mentionné précédemment, la presque totalité des cas consommaient l'alcool de façon abusive, ce qui augmente les

possibilités de vivre des événements de vie «auto-générés» (Tousignant et Harris, 2001), c'est-à-dire des conséquences directes et indirectes de leur consommation problématique. Plusieurs événements et difficultés de vie, comme les conflits interpersonnels avec des personnes significatives ou les démêlés avec la justice, sont directement liés à la surconsommation d'alcool et de drogues. Ces faits s'illustrent par le cas qui se fait constamment reprocher sa consommation d'alcool par ses parents ou sa conjointe et la violence en état d'ébriété entre amis ou entre conjoints. D'autres exemples incluent les situations d'infidélité ou de promiscuité sexuelle facilitées par une désinhibition accrue à cause des effets grisants de l'alcool. Il en est de même pour les autres domaines de la vie. Par exemple, se faire arrêter pour conduite avec facultés affaiblies ou tenter de se suicider en état d'ébriété. Ces situations évitables entraînent des conséquences importantes et qui perdurent au delà la période de consommation. En effet, ce genre de situation érode le tissu social car elle en résulte des conflits interpersonnels opposant souvent des clans les uns aux autres et divisant ainsi les membres de la communauté. Ce type de comportement représente également des modèles inadéquats pour les jeunes.

8.6.2. Nature de l'événement précipitant : Humiliation/Rejet

Le thème de la séparation, du rejet et de l'abandon dans la compréhension des problèmes psychosociaux revient à plusieurs reprises et sous diverses formes. Selon Pritchard (1995), le rejet représente le thème unissant les facteurs de risque personnels et socio-structurels du suicide. Il précise que devant la détresse psychologique entraînée par des facteurs personnels et environnementaux, la personne se voit subjectivement ou objectivement rejetée et c'est ce rejet qui est potentiellement léthal. Plusieurs recherches avancent que le rejet constitue un facteur de risque pour le suicide parmi la population générale (Sabbath, 1971; Tousignant et Mishara, 1981; Tousignant, 1998; Tousignant et al., 2004) et aussi chez les Autochtones (Dizmang et al., 1974, Kirmayer, 1994; Tousignant et Chela, 1991). Par

contre, aucune recherche n'est complète, c'est-à-dire offrant à la fois une théorie articulant les spécificités du rôle du rejet dans l'étiologie du suicide et des données empiriques la soutenant. Par exemple, des constatations d'un rejet ont été rapportées pour des cas de suicide en général (Tousignant, 1998; Tousignant, 2004) et pour les Autochtones (Dizmang et al., 1974; Kirmayer, 1994), sans toutefois définir précisément le concept, ni élaborer sur la nature de son rôle. De la même façon, lorsqu'une théorie du rejet est élaborée comme celle proposée par Sabbath, elle n'est pas soutenue par des résultats de recherche empirique (Wagner, 1997).

Dans cette étude, le rejet a été évalué de façon objective en n'incluant que les derniers événements graves comportant à la fois une rupture définitive de la relation avec au moins une personne significative et une dévalorisation du cas par cette personne. Cette façon de procéder offrait des balises claires quant à la définition du rejet de la personne, assurant ainsi une rigueur dans l'analyse de l'événement précipitant et le contexte proximal dans lequel il a été vécu. Le dernier événement a été un rejet non équivoque pour neuf cas.

Cependant, certains événements comportaient une dévaluation incontestable, attaquant l'identité de rôle du cas sans toutefois causer le bris de la relation ($n = 6$) ou pour lequel le bris de la relation ne pouvait pas être évalué puisque le suicide a eu lieu immédiatement après ce dernier événement ($n = 8$). Il a donc été jugé nécessaire de prendre en considération ces événements, tout en maintenant les critères d'inclusion précis quant à la constitution du rejet, puisqu'ils revêtent une importance évidente dans l'explication du suicide des cas.

Le rejet et l'humiliation, des événements très chargés émotionnellement (et dans plusieurs cas vécus en état d'ébriété), peuvent donner l'impression d'une certaine finitude, c'est-à-dire qu'il sera difficile, voire impossible, de faire marche arrière ou de poursuivre sa vie devant ce qui est perçu comme un échec ou le jugement sévère

d'autrui. Dans le cas d'Autochtones vivant sur réserve, la fuite physique implique nécessairement de quitter la communauté. Cette éventualité peut ne pas être envisageable. En effet, une personne se définit par les relations qu'elle entretient avec autrui (Pritchard, 1995). Ceci se manifeste d'autant plus dans les petites collectivités car la particularité de celles-ci réside en l'étendue des liens interpersonnels existant entre les membres de la communauté. Dans ce contexte, l'amour et l'approbation des voisins deviennent des éléments fondamentaux à l'identité et peu d'issues existent pour échapper au rejet (O'Neil, 1996; Tousignant, 1998).

Par ailleurs, Pritchard (1995) soutient que le suicide est un phénomène interactif et que dans cette optique, le rejet est vécu par la personne souffrante, sa famille et la communauté en général. Il explique que les stressors environnementaux contribuent à la détresse psychologique de l'individu qui, devant un rejet objectif ou subjectif, se suicide. Par ce geste ultime, il rejette en retour sa famille et sa communauté. Toujours selon cet auteur, une culture peut imposer un sentiment de rejet à l'individu depuis sa naissance qui sera accru par un désavantage socio-économique chronique. L'analyse du suicide sous l'angle de ce type de dynamique offre un point de vue intéressant pour la compréhension de ce phénomène dans les communautés autochtones et fait le lien entre les éléments macrosystémiques discutés précédemment et les événements de vie vécus par les cas peu de temps avant leur suicide. En plus de constituer un facteur de risque pour le suicide (Bagley, 1991; Lester, 1995a, 1995c; Sigurdson et al., 1994), la comparaison défavorable des communautés à l'ensemble du Québec au plan des variables socio-économiques et démographiques témoigne de la marginalisation des communautés autochtones à l'intérieur du Québec. L'analyse des séries de suicide fait état d'éléments d'influences entre les fortes émotions vécues dans les communautés causées par les suicides et leur impact pernicieux sur les membres les plus fragiles. Dans le même ordre d'idée, le dernier événement était un rejet objectif dans neuf cas et pouvait

constituer un rejet subjectif dans 14 cas, qui ont tous répondu à cette humiliation par leur autodestruction. Face aux lacunes mentionnées et à la lumière des résultats de cette étude, une poursuite de ce thème de recherche semble prometteuse.

8.7. Interactions parent-enfant à l'enfance : point de départ d'une trajectoire autodestructrice?

L'analyse de la dernière année de vie des cas de suicide indique, pour la majorité, un nombre élevé d'événements de vie et de difficultés interpersonnelles. Les résultats suggèrent également pour plusieurs, une trajectoire de vie à risque marquée par la délinquance, la promiscuité, des tentatives de suicide parfois multiples et la consommation abusive de substances psychoactives. En considérant le suicide en tant qu'extrémité d'un continuum de comportements à risque, l'importante proportion de cas consommant abusivement alcool et drogues et s'engageant dans d'autres comportements à risque, indique des facteurs de vulnérabilité sous-jacents ayant amené ces individus à s'engager dans une telle trajectoire autodestructrice.

8.7.1. Rejet / abandon

Selon les données recueillies sur l'enfance des cas de cette étude, 11 des 28 cas ont vécu un rejet/abandon atteignant les cotes de gravité les plus élevées du CECA par au moins une figure parentale et ce, avant l'âge de 17 ans. Dans sa théorie de l'enfant sacrifié, Sabbath (1969) avance que le seul souhait inconscient du parent pourrait être suffisant pour rendre vulnérable un jeune au suicide. En ce qui concerne ces 11 cas à l'étude les parents n'ont pas seulement souhaité la disparition de l'enfant, ils l'ont écarté de leur vie dans les faits et de façon non équivoque. Évidemment, d'autres études, prospectives si possible, s'avèrent nécessaires pour étayer empiriquement cette hypothèse (Wagner, 1997). Néanmoins, les résultats soutiennent

qu'un rejet à l'enfance peut jouer un rôle dans la vulnérabilité des Autochtones au suicide soutenant une piste de recherche intéressante. Ces résultats concordent avec l'affirmation de Maris et ses collègues (2000) qui postulent qu'un rejet à l'enfance peut être un facteur de risque pour le suicide à l'adolescence ou plus tard, à l'âge adulte. Ils citent les travaux d'Erikson pour appuyer l'idée que des événements de vie négatifs à l'enfance peuvent entraîner des difficultés développementales chez l'enfant, freinant son processus vers la maturité et ayant des impacts négatifs sur tous les stades de vie ultérieurs.

8.7.2. Dysfonction familiale

D'autres résultats concernant la situation familiale à l'enfance des cas à l'étude s'avèrent intéressants. La majorité des cas (24/28) ont vécu au sein d'une famille hautement dysfonctionnelle, définie par la présence d'un seuil de sévérité élevé ou modérément élevé d'indifférence ou de négligence parentale, de discipline inconstante ou d'un manque total d'encadrement, d'abus psychologique et de tensions/discorde.

De plus en plus d'auteurs soutiennent que les expériences d'adversité vécues à l'enfance peuvent avoir des effets déterminants sur la santé physique et psychologique à l'âge adulte, notamment sur l'abus de substance et les comportements suicidaires (Dube, Felitti, Dong, Giles et Anda, 2003). Suite à une recension extensive des écrits sur les facteurs de risque et de protection du suicide, Beautrais (2003) en vient à conclure qu'il y a des preuves grandissantes établissant un lien entre l'exposition à des expériences d'adversité à l'enfance et une vulnérabilité accrue au suicide. Wagner (1997) soutient qu'un lien causal ne peut être établi entre les événements à l'enfance et le suicide, mais il affirme néanmoins qu'une corrélation claire existe entre ces deux phénomènes.

Pris séparément, chaque type d'expérience d'adversité à l'enfance comme ceux qui constituent le concept de dysfonction dans cette étude, peuvent avoir un impact à long terme et jouer un rôle dans le suicide d'adolescents (Hollenbeck, Dyl et Spirito, 2003), de jeunes adultes (Beautrais, 2003) et les idéations suicidaires d'adultes (Briere et Runtz, 1988, in Bifulco, Moran, Baines, Bunn et Stanford, 2002). En outre, Anderson et ses collègues (Anderson, Tiro, Webb Price, Bender et Kaslow, 2002) ont démontré que l'impact d'abus psychologique, physique et sexuel à l'enfance sur le risque de faire une tentative de suicide peut être cumulatif pour des femmes noires américaines pauvres. En effet, le risque de tentative de suicide augmente en fonction du nombre de types d'abus vécus par cette population à l'enfance. L'expérience d'un type d'abus hausse significativement le risque d'attenter à sa vie de 1,83 fois, deux et trois types d'abus augmentent significativement ce risque de 2,29 et 7,75 fois plus respectivement. Pour leur part, Bifulco et ses collègues (2002) rapportent que différentes formes de maltraitance à l'enfance sont liées aux pensées et aux tentatives de suicide et que celles-ci semblent avoir un impact cumulatif pour les femmes de leur échantillon. Ils remarquent une hausse du risque de comportement suicidaire en lien avec la gravité de la maltraitance (Bifulco et al., 2002). Cet effet cumulatif des expériences d'adversité sur le risque de commettre une tentative de suicide a été confirmé pour les hommes autant que pour les femmes (Dube et al., 2003).

Dube et ses collègues (2003) avancent que l'effet cumulatif d'expériences d'adversité multiples à l'enfance a un impact négatif puissant sur le cerveau en développement d'un enfant par l'activation répétée et/ou chronique de la réponse au stress. Ils soutiennent également que la relation entre les expériences d'adversité à l'enfance et les problèmes physiques et psychologiques à l'âge adulte serait davantage liée ou médiatisée par les conséquences sociales et psychologiques négatives associées aux expériences d'adversité (Dube et al., 2003). Par exemple, le

fait d'avoir été maltraité à l'enfance est corrélé avec une mauvaise estime de soi, des relations interpersonnelles conflictuelles et des événements de vie sévères à l'âge adulte qui, en retour, sont des facteurs de risque de la dépression et d'autres conséquences néfastes sur la santé (Bifulco, Brown, Moran, Ball et Campbell, 1998). De la même façon, les difficultés interpersonnelles au milieu de l'adolescence médiatiseraient les effets entre la maltraitance à l'enfance et le fait d'attenter à sa vie à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (Johnson et al., 2002).

8.7.3. Consommation abusive des parents : impacts pernicieux sur le développement de l'enfant

Pour plus de la moitié des cas ($n = 16$), la consommation abusive d'alcool par les parents précède la dysfonction et, sans consommation, les parents encadrent bien leurs enfants. Cette constatation rejoint celle d'autres auteurs (Kettl et Bixler, 1991, 1993; Hunter, 1991), à l'effet que ce sont les enfants des alcooliques qui se suicident. En outre, les données trouvées pour la très grande majorité des cas ($n = 24/28$) sont consistantes à celles d'autres études indiquant qu'un environnement familial chaotique et instable durant l'enfance a été mis en cause pour expliquer le suicide de jeunes Autochtones (Dizmang et al., 1974). De plus, le lien entre le rôle du milieu familial et le suicide se voit renforcer par les liens familiaux existants entre plusieurs cas de cette étude. Rappelons, parmi les 30 cas à l'étude, que 16 font partie d'une série familiale nucléaire et ce nombre n'inclut pas les membres de la famille qui se sont suicidés et qui n'ont pas été recensés par l'étude. Cependant, la concentration du suicide dans certaines familles ne se limite pas à la concentration de troubles psychiatriques dans certaines familles (Kim et al., 2005). Kaplan et Maldaver (1993) affirment que les dynamiques familiales peuvent affecter le risque suicidaire d'un individu.

Selon eux, le développement de l'identité doit s'appuyer sur une base familiale sécurisante afin d'engendrer des enfants résilients avec une solide identité personnelle. À cet effet, dès les années trente, de nombreux cliniciens ont observé les effets perniciose de l'absence prolongée d'une figure parentale sur le développement des enfants (Bowlby, 1978). Brown et ses collègues (1989) précisent pour leur part que ce sont les soins moins qu'adéquats reçus plus que l'absence en soi qui a une influence importante. En outre, les nombreuses publications de Bowlby menant à l'articulation de la théorie de l'attachement, évoquent qu'une relation instable avec une figure parentale à l'enfance cause un attachement « insécure » et mène à des relations interpersonnelles instables et à d'autres effets néfastes à l'âge adulte.

Meyer et Phillips (1990) ajoutent que le développement des bébés et des enfants en bas âge se construit à partir des rétroactions verbales et non verbales des parents face aux comportements verbaux et non-verbaux des enfants. L'« objet d'amour » principal (le parent) est la figure centrale pour le développement sain d'un enfant. À tous les stades du développement, le parent a un rôle à jouer afin que ce stade soit accompli par l'enfant et pour que ce dernier puisse s'engager dans la prochaine étape développementale sur des bases « sécures ». Ces auteurs avancent que l'alcoolisme d'un parent devient une composante perniciose de la dynamique familiale et du développement sain de l'enfant au sein de cette famille dysfonctionnelle. Ils ajoutent que lorsque l'objet d'amour principal est imprévisible, belligérant ou préoccupé par la consommation du conjoint, le développement psychologique de l'enfant en souffrira et ce dernier internalisera une peur de l'abandon et un sentiment persistant de honte. Ils poursuivent en affirmant que l'enfant connaîtra peu de succès dans ses interactions futures avec autrui et, qu'à mesure que son système cognitif se développera, les images distordues d'être sans valeur croîtront. Ces enfants deviennent des adolescents et des jeunes adultes vulnérables au rejet d'autrui.

8.8. Concentration sur les changements culturels : un cul-de-sac pour la prévention?

En parcourant les écrits sur le suicide parmi les Autochtones, nous constatons rapidement une forte concentration autour du thème des changements culturels rapides comme facteurs de risque incontournables du suicide de ce groupe (Blanchard et al., 1976; Kettl et Bixler, 1991; Kirmayer, 1994; May, 1990; McIntosh et Santos, 1981; McIntosh, 1984; Spaulding, 1986; Spencer, 2000; Westlake Van Winkle et May, 1986, 1993). Certains auteurs précisent que les changements rapides et irréversibles entraînent un vide culturel ou une confusion identitaire pour les jeunes, contribuant ainsi à la hausse spectaculaire du taux de suicide (Berlin, 1987; Brave Heart et DeBruyn, 1998; Brave Heart, 2003; Chandler et Lalonde, 1998; Chandler, 2000; EchoHawk, 1997; Kettl et Bixler, 1991; Leenaars et al., 1998; Leenaars et al., 1999; McIntosh, 1984; Range et al., 1999; Spaulding 1986; Strickland, 1997; Sullivan et Brems, 1997). Ce consensus autour du sujet donne au lecteur l'impression que la problématique du suicide dans les communautés autochtones a été résolue, que la réponse a été trouvée. Or, en examinant les statistiques récentes sur le suicide parmi ce groupe, nous constatons que ce n'est pas du tout le cas. Ainsi, il peut être imprudent d'attribuer tous les problèmes psychosociaux rencontrés par les Autochtones aujourd'hui aux bouleversements historiques du passé puisque cette façon de faire pourrait servir à évacuer le problème, car à force de vouloir tout expliquer, ce facteur n'explique plus rien.

Les résultats de cette recherche offrent un éclairage sur une séquence des facteurs menant au suicide. Certes, les bouleversements subis par les Autochtones représentent un facteur de répercussions majeures sur des générations, la plus importante étant probablement les changements imposés à la structure et au rôle de la famille, le microsystème le plus important pour le développement de la personne.

La création de trois des communautés est récente et les répondants relatent clairement un « avant » et un « après » leur venue dans la communauté. Les extraits suivants illustrent ces situations. Une répondante affirme : « quand on restait [dans la forêt], [le contrôle parental] se faisait tout seul parce que [...] aussitôt qu'il faisait noir, on était tous dans la maison [...] mais rendu ici, là il n'y avait pas vraiment de règlement [et] mes parents, ils étaient beaucoup plus dans la consommation ». Une autre répondante rapporte : « [avant], on suivait vraiment la nature, mais rendu ici c'était plus pareil [...] ça marchait plus [...] Quand on était [dans la forêt], il y avait 3-4 familles ensemble, on savait que nos parents étaient, admettons en visite chez nos grands-parents et on savait qu'ils reviendraient même si on était tout seul à la maison. Ici, rendu ici avec la consommation ben là, on était comme plus «insécure» mettons. Et il y avait beaucoup plus de consommation ». En plus des changements vécus au plan familial lors de la création de la communauté, ces exemples évoquent le rapprochement entre la sédentarisation, la consommation abusive d'alcool et la désorganisation familiale subséquente. Toujours selon les répondants, cette consommation abusive a eu des répercussions au plan de la violence conjugale, de la négligence des enfants et de la détérioration des liens interpersonnels, soit, le respect et l'entraide entre les membres des communautés.

Dans ce contexte, les bouleversements culturels peuvent être considérés comme précurseurs à la situation sociale des Autochtones aujourd'hui, mais ils ne sont assurément pas la cause du suicide. De toute évidence, cette mise au banc des changements rapides limite considérablement les pistes de prévention, car nul n'a d'emprise sur les événements du passé. Les études scientifiques doivent donc chercher au delà de la victimisation historico-politique de ce peuple afin de comprendre l'enchevêtrement complexe des nombreux facteurs jouant un rôle dans le suicide d'un groupe afin de dégager une théorie du problème pouvant être testée par les études subséquentes et qui pourrait mener à des voies de prévention concrètes.

8.9. Vers une théorie du problème utilisable pour la prévention

Tel qu'il est mentionné, considérer la problématique du suicide selon une perspective écologique où la dysfonction familiale constitue le point de départ d'une trajectoire autodestructrice représente une optique intéressante pour des pistes de solution réalistes.

Selon le modèle écologique (Bronfenbrenner, 1989), le microsysteme le plus important pour soutenir le développement sain de l'enfant est la famille. Les théories développementales indiquent qu'un environnement familial insécurisant rend les personnes issues de ce milieu vulnérables au suicide (Kaplan et Maldaver, 1993; Maris et al., 2000; Meyer et Philips, 1990). Les études empiriques soutiennent que les expériences d'adversité à l'enfance peuvent avoir un impact cumulatif (Anderson et al., 2002; Dube et al., 2003), à long terme et jouer un rôle dans le suicide d'adolescents (Hollenbeck et al., 2003), de jeunes adultes (Beautrais, 2003) ainsi que dans les idéations suicidaires d'adultes (Briere et Runtz, 1988, cité dans Bifulco et al., 2002). En outre, leur relation avec les problèmes de santé mentale et physique à l'âge adulte serait liée ou médiatisée par les conséquences sociales et psychologiques négatives qui y sont associées telle qu'une mauvaise estime de soi ou des relations conflictuelles avec autrui (Bifulco et al., 1998; Dube et al., 2003; Johnson et al., 2002).

Sur le plan ontosystémique, la dysfonction familiale vécue par la plupart des cas dès un très jeune âge a pu contribuer à l'intégration d'un sentiment personnel de non-valeur. L'humiliation vécue par la majorité des cas peu de temps avant leur suicide a pu raviver une profonde blessure remontant à l'enfance où cet événement a pu représenter une trop grande charge émotive confirmant au cas sa non-valeur vécue depuis l'enfance. On présuppose que des éléments identitaires de base ont été mis en cause peu de temps avant le suicide de la majorité (23/28) d'entre eux. Dans cette

optique, l'abus de substances psychoactives par la presque totalité des cas pouvait servir à palier à ce manque (Steinhauer, 1996), représenter une fuite (Menninger, 1938) ou servir à soulager un état affectif inconfortable (Kaplan 1996 cité dans Newcomb et al., 1999). Selon Menninger (1938), puisque ces personnes ne peuvent plus nier ni changer l'environnement dénigrant et abusif, ni échapper aux sentiments de perte d'amour et d'abandon, ils doivent alors fuir la souffrance et dans ce contexte, le suicide fournit une réponse plus durable que d'autres comportements de fuite, qui, pour des Autochtones vivant sur réserve peuvent être impossibles ou non envisageables.

Au plan exosystémique, peu de ressources formelles sont disponibles pour soutenir les familles, les interactions interindividuelles sont de pauvre qualité, les membres ont peu confiance les uns envers les autres et les normes et valeurs deviennent de plus en plus individualistes. Selon Durkheim (1985), un tel tissu social érodé offre moins de protection contre le désengagement de la vie pour ses membres les plus fragiles. Au plan macrosystémique, le manque d'opportunité d'emploi et la pauvreté, entre autres, exercent des pressions indues sur les individus.

8.10. Résultats secondaires

8.10.1. Traumas

Au sein d'une famille alcoolique, les enfants sont soumis à des expériences douloureuses et traumatisantes de façon répétitive et puisqu'ils ne peuvent ni compter sur une famille aimante, soutenante et organisée pour les aider à comprendre ni liquider ces émotions, ils apprennent à nier ou à réprimer des sentiments ou des événements (Meyers et Phillips, 1990). Cette affirmation est en lien avec des observations faites au cours de la cueillette de données pour cette étude, soit les entrevues avec les proches des cas. En effet, cinq des 12 membres de la fratrie interviewés se sont montrés très réticents à dévoiler des événements de l'enfance de leur proche décédé par suicide. Un répondant affirme qu'il « trouve ça difficile de reculer en arrière, qu'il a des mauvais souvenirs dont il préfère ne pas se rappeler ». Pour les autres répondants, il semble y avoir une idéalisation des parents et une minimisation des événements d'adversité vécus à l'enfance comme le témoigne leur incapacité à relater des exemples pour appuyer des affirmations ou encore, en mettant beaucoup d'emphase sur un événement agréable alors que le portrait général qui ressort de l'entrevue est celle d'une famille hautement dysfonctionnelle. L'extrait suivant, du témoignage d'une sœur, illustre ce fait : « il y a eu des moments désagréables avec ma famille, mais pas beaucoup. ». Plus tard durant l'entrevue, elle dévoilera que ses parents partaient consommer, laissant les enfants seuls à la maison environ deux fois par mois et qu'ils s'engageaient souvent dans de violentes disputes à leur retour. Elle poursuit en disant « Je ne m'en souviens pas beaucoup des moments désagréables, je me rappelle plus comme d'une famille normale..., il y avait des activités, comme aller ramasser des bleuets, toute la famille ensemble. ». Deux exemples plus exceptionnels laissent croire que des symptômes d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) peuvent être présents. Il s'agit de deux participantes qui

affirment ne pas se souvenir de grandes périodes de leur enfance. Elles ne se souviennent pas des conséquences à un manquement aux règlements, si leur frère a déjà été frappé ou comment ses parents s'impliquaient dans la vie de ce dernier. Il manque beaucoup trop d'éléments pour affirmer que ces femmes souffraient d'un TSPT, mais ces trous de mémoire et l'idéalisation des parents faisant preuve de grandes difficultés à pourvoir un environnement familial sécuritaire, signalent tout de même des pistes de recherche intéressantes à poursuivre.

8.10.2. Bidirectionnalité de la violence conjugale

L'analyse des interactions parents-enfant des cas de cette étude indique en outre qu'une très grande majorité des cas ont été témoins de violence conjugale entre les parents. Plus spécifiquement, un « pattern » de violence « bidirectionnelle » qui signifie une violence perpétrée par les deux partenaires est révélé. En effet, dans plusieurs cas, les deux parents adoptent les rôles d'abuseur et de victime puisque la mère autant que le père manifestaient des comportements de violence physique directe (bousculades, coups), indirecte (lancer des objets) et verbale (crier, dénigrer, injurier). Des études sur le sujet, recensées par Langhinrichsen-Rohling (2005), démontrent que la violence conjugale a souvent lieu dans un contexte de conflit familial et est plutôt le fait d'une dynamique de couple violente dans laquelle les deux conjoints s'engagent dans des comportements de violence verbale et physique, directe et indirecte. Le taux de violence conjugale perpétré par l'épouse et dirigé vers son conjoint est égal ou supérieur au taux d'actes de violence commis par l'homme envers cette dernière (Langhinrichsen-Rohling, 2005).

8.11. Les limites de cette étude

L'absence de groupe témoin s'avère la limite la plus importante de cette étude. En effet, plusieurs données colligées dans cette étude sont intéressantes et décrivent un état de situation problématique à plusieurs niveaux, mais sans la présence d'un groupe témoin de personnes n'ayant jamais fait de tentative de suicide avec lequel comparer ces résultats, leur portée est très limitée. Les raisons expliquant cette lacune ont été présentées à la section 5.8.

D'autres limites de cette étude sont principalement inhérentes au type de devis, soit l'étude rétrospective de cas avec informateur par la méthode d'autopsie psychologique et en lien avec la population à l'étude. En effet, les inconvénients reliés aux autopsies psychologiques sont connus et bien documentés (Beskow et al., 1990).

En lien plus étroit avec cette étude, les limites consistent en une quantité d'informations restreintes. En effet, afin de respecter la rigueur des règles de cotation des instruments (CECA et LEDS) utilisés, la simple affirmation d'un événement, que ce soit à l'enfance ou durant les 12 derniers mois de la vie, n'est pas suffisante. Des exemples soutenant l'affirmation doivent être rapportés et ce n'est pas toujours possible pour le répondant de les fournir. Par exemple, dans un cas, le répondant est certain que son frère (le cas à l'étude) se faisait exagérément punir par son père, mais ne peut pas dire comment cette punition exagérée se traduisait dans les faits. Il peut rapporter des exemples impliquant un autre frère en disant qu'il croit que le cas a vécu des situations similaires, mais ne peut pas se rappeler un incident particulier impliquant ce dernier. Donc, dans ce cas, bien qu'un abus physique puisse être soupçonné, il n'a pas été codifié. De la même façon, la grande majorité des cas d'abus physique n'atteignent pas le seuil de sévérité le plus élevé, car dans plusieurs cas, un manque d'information sur les conséquences des abus ne permet pas une cote

plus sévère. Par exemple, une répondante rapporte que son fils (le cas à l'étude), alors âgée de 7 ans, s'est interposé entre elle et son conjoint lors d'une bataille. Le père a jeté son fils contre un mur. La femme n'a pu confirmer si l'enfant a été blessé ou a perdu conscience (des conséquences justifiant une cote de sévérité élevée), elle-même étant sévèrement blessée par son conjoint et ignorant les détails quant aux conséquences de la violence envers son enfant.

Le même constat peut être fait en ce qui concerne les événements de vie vécus durant l'année précédant le suicide. En effet, plusieurs cas n'ayant pas de confidents, certains événements ont pu passer inaperçus par l'entourage. Par exemple, dans certains cas, le dossier du coroner mentionne la présence de cicatrices indiquant une ou plusieurs tentatives de suicide qui n'ont pas été rapportées par le répondant durant l'entrevue. Dans cette optique, bien que les événements d'adversité vécus à l'enfance et durant la dernière année de vie des cas soient nombreux et sévères, ils ne représentent vraisemblablement que le seuil inférieur des événements vécus.

L'idéal pour pallier à cette lacune aurait été d'inclure la participation d'un deuxième répondant dans le devis de recherche. Cette option a été tentée pour les deux premiers cas. Cependant, elle s'est avérée onéreuse en temps et la quantité d'informations nouvelles apportées par les deuxièmes répondants était limitée. En outre, il était souvent difficile d'identifier un deuxième répondant pour plusieurs cas. Cette option a donc été mise de côté et nous avons plutôt opté pour l'analyse des dossiers du coroner et des rapports d'enquête de la police pour confirmer les informations colligées.

Une autre limite de l'étude réside en la période relativement longue entre les décès par suicide. En effet, de nombreux changements sociaux ont eu lieu entre 1983 et 2002, introduisant des différences au sein du groupe étudié. De plus, puisque cette étude est de nature rétrospective, elle s'appuie largement sur la mémoire des

répondants pour reconstruire rigoureusement la trajectoire des personnes décédées par suicide. Or, les cas dont le suicide a eu lieu plus antérieurement ne se démarquaient pas des autres sur le plan de la quantité d'information colligée. Il est certain qu'une courte période entre les décès augmente la possibilité de généraliser les résultats de l'étude (Beskow et al., 1990). Cependant, puisque cette étude est peu généralisable compte tenu du devis descriptif et des disparités entre les communautés, la période n'affecte pas outre mesure les résultats.

Enfin, une autre limite consiste en l'absence d'une entrevue diagnostique. En effet, la description des cas de suicide aurait été plus complète si une entrevue diagnostique avait fait partie du devis. Toutefois, de démontrer la présence ou l'absence d'un trouble psychiatrique n'était pas l'objectif de l'étude et une entrevue diagnostique aurait allongé considérablement la durée de l'entrevue et de ce fait, aurait pu mettre en péril la faisabilité de l'étude.

8.12. Les forces de cette étude

Cette étude présente tout de même des forces et ce, tant sur le plan méthodologique que sur le plan de l'avancement des connaissances sur le suicide parmi les Autochtones adultes et sa prévention.

8.12.1. Sur le plan méthodologique

Sur le plan méthodologique, cette étude est la première à utiliser la méthode de l'autopsie psychologique incluant l'entrevue des proches d'Autochtones décédés par suicide et confirme donc la faisabilité de cette approche. Les études utilisant la méthode de l'autopsie psychologique pour l'étude du suicide d'Autochtones ont eu recours à l'analyse des dossiers médicaux (Boothroyd et al., 2001) ou ont questionné des intervenants et autres professionnels travaillant dans les communautés (Blanchard

et al., 1976). L'entrevue des proches a permis de faire ressortir une information abondante et beaucoup plus nuancée permettant ainsi une reconstruction rigoureuse de la trajectoire de vie des cas décédés par suicide.

De plus, cette étude a permis l'élaboration d'une nouvelle sous-échelle du LEDS. Tel qu'il est mentionné à la section 5.7.2., le dernier événement sévère a fait l'objet d'une deuxième catégorisation, soit, la classification selon le potentiel d'humiliation que celui-ci peut provoquer. Suite à l'analyse du matériel recueilli et en suivant les règles générales du LEDS, une autre sous-échelle s'est dégagée, soit, « humiliation/atteinte à la réputation sociale ». Cette nouvelle sous-échelle vise à qualifier les événements sévères revêtant un caractère public et impliquant la manière d'être considéré par autrui suite à cet événement. Une telle sous-échelle revêt une importance particulière dans les petites collectivités à l'intérieure desquelles il devient plus difficile d'échapper au jugement d'autrui, surtout à cause de la proximité physique des individus et de l'enchevêtrement des réseaux sociaux limités. Ainsi, le fait d'avoir une bonne ou une mauvaise réputation sociale risque d'avoir des répercussions plus importantes pour le futur de l'individu en question résidant dans une petite communauté, que ce soit pour se trouver une nouvelle conjointe, un travail ou simplement se tisser des liens interpersonnels, que dans une grande ville où, grâce à l'anonymat, il est plus facile de reconstruire sa vie suite à un échec personnel ou à une erreur de jugement.

8.12.2. Sur le plan des connaissances

Sur le plan des connaissances, cette étude apporte des nuances importantes sur la nature des événements d'adversité vécus à l'enfance. En effet, contrairement à l'information véhiculée dans les communautés participantes affirmant que les personnes qui se suicident ont toutes été victimes d'abus sexuel, cette étude n'a identifié qu'une minorité d'individus ayant subi de tels torts. De plus, les écrits

scientifiques sur le sujet mettent l'accent sur l'acculturation et les changements culturels rapides pour expliquer la proportion parfois endémique de suicides parmi les jeunes dans plusieurs communautés autochtones. Or, les résultats de cette étude tendent plutôt à identifier la présence, à un degré considérable, d'une dysfonction familiale comme étant à l'origine de la vulnérabilité de la grande majorité des cas à l'étude.

En outre, cette étude apporte des précisions quant aux conséquences de la consommation abusive d'alcool dans ces communautés. En effet, la dysfonction familiale est souvent une conséquence directe de la consommation abusive d'alcool par les parents. La majorité des cas consomment également l'alcool de façon abusive et cette habitude provoque souvent des événements et des difficultés de vie ayant des répercussions personnelles et communautaires importantes. En outre, une majorité de cas étaient intoxiqués au moment de vivre l'événement précipitant le suicide.

L'identification de la nature des événements précipitant le suicide et des pressions environnementales vécues par les cas, soit la nature et la fréquence des événements et difficultés de vie, s'avère également une première en ce qui concerne le suicide d'Autochtones. Cette information, en plus de contribuer à une meilleure compréhension du phénomène du suicide revêt une importance pour la prévention qui sera présentée plus loin.

8.12.3. Sur le plan communautaire

Sur le plan communautaire, cette étude a été bénéfique à plusieurs niveaux. La nature participative du devis impliquait nécessairement de tenir compte des préoccupations des dirigeants et des responsables de la santé et des services sociaux. La recherche s'est donc non seulement déroulée dans le plus grand respect des

communautés participantes, mais aussi des besoins en information des communautés ont été comblés. En effet, une partie des données de l'étude a déjà été présentée aux dirigeants et aux responsables de la santé et des services sociaux dans le cadre d'une journée d'étude visant à mieux concentrer les efforts de prévention du suicide au sein de ces communautés. D'autres journées de ce type sont prévues pour la présentation des résultats de l'étude qui leur seront remis dans un rapport final.

De plus, plusieurs intervenants communautaires ont bénéficié d'une courte formation sur les étapes d'une recherche. Ils ont d'ailleurs mis en pratique leurs nouvelles connaissances afin de construire les listes de décès par suicide dans trois communautés. Ces listes ont été maintenues par la suite et elles s'avèrent un outil de suivi important pour les responsables communautaires. En outre, plusieurs répondants ont affirmé que la participation à l'entrevue a eu un effet bénéfique sur eux. Malgré un certain bouleversement émotif, la plupart des répondants se sont montrés satisfaits de la rencontre et ont affirmé que l'entrevue leur a permis de « ventiler », alors que d'autres ont apprécié la structure apportée par l'entrevue, ce qui leur a permis de constater qu'ils n'auraient pas pu faire plus pour aider le cas. En somme, les bénéfices pour les répondants semblent dépasser l'inconfort de remuer des souvenirs parfois douloureux.

8.12.4. Sur le plan de la prévention

L'analyse des résultats de cette recherche selon une perspective écologique a permis de constater la complexité de la problématique du suicide dans les communautés autochtones. En effet, tel qu'il est mentionné, les facteurs de vulnérabilité identifiés se répercutent sur tous les niveaux du système influençant la trajectoire de vie de la personne, soit au niveau macrosystémique, exosystémique, microsystémique, mésosystémique et chronosystémique. Les efforts pour prévenir le

suicide doivent donc tenir compte de cette interaction et doivent toucher tous ces systèmes. Ainsi, sur le plan de la prévention, les résultats de cette recherche ont permis d'identifier des éléments devant se retrouver au cœur des efforts de promotion de la santé mentale, de prévention du suicide et d'intervention de crise suicidaire.

Promotion de la santé mentale

L'omniprésence du suicide dans ces communautés appelle un changement de perspective, soit de promouvoir la vie au lieu de mettre tous les efforts sur la prévention du suicide. Intervenir en amont, avant le développement de la dynamique suicidaire, offre de meilleures perspectives que « d'éteindre des feux » lorsque la détresse psychologique devient intolérable et que les idéations suicidaires deviennent de plus en plus persistantes.

Les efforts de promotion doivent inclure le soutien aux familles. Le nombre élevé de cas ayant subi des événements d'adversité à l'enfance suggère des besoins importants qui doivent être considérés afin de permettre aux enfants de croître dans des environnements sécuritaires et sécurisants. En plus d'implanter des interventions existantes comme des programmes de parentalité, des activités de nature communautaire visant les familles doivent être envisagées. Des exemples d'activités sont des comptoirs d'échanges vestimentaires, des ateliers de cuisine collective, des jardins communautaires, des ateliers de stimulation maman-bébé, etc. De telles activités, en plus de soulager financièrement les familles participantes et raviver les valeurs traditionnelles de la place centrale de l'enfant, peuvent créer un sentiment de solidarité entre les participants et contribuer de ce fait au retissage des liens interpersonnels entre les membres de la communauté. Par contre, l'objectif de soutenir les familles ne pourra pas être atteint sans s'intéresser à la problématique de la consommation abusive d'alcool.

La récurrence du thème de l'abus d'alcool par les parents des cas et par les cas eux-mêmes, et l'intoxication aiguë durant les derniers moments de leur vie, confirment l'urgente nécessité d'implanter et de soutenir des initiatives communautaires intensives ayant pour objectif d'enrayer la consommation abusive d'alcool dans ces communautés. En effet, la consommation abusive d'alcool par les parents précède la dysfonction familiale et, par la négligence qu'elle entraîne, place les enfants à risque accru d'autres conséquences néfastes, telles que d'être témoin de violence ou victime d'abus physique et dans certains cas, sexuel. L'abus d'alcool et de drogues par les cas entraîne des conséquences pernicieuses dans leurs relations interpersonnelles, affaiblissant ainsi leur système de soutien et augmentant leur isolement social. L'intoxication aiguë peut causer une amplification des émotions négatives vécues et une restriction de la perception des solutions disponibles, ce qui vient augmenter les probabilités de recourir au suicide. Dans cette optique, l'alcool se retrouve au centre de la problématique du suicide des Autochtones. Toutes les activités de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide passent nécessairement par l'adoption de saines habitudes de consommation et par l'enrayement des problèmes de toxicomanie.

Les initiatives existantes, par exemple le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), conçu par Santé Canada au début des années 1970, doivent faire l'objet d'une évaluation rigoureuse afin de cibler les éléments qui fonctionnent et ceux qui ne fonctionnent pas. À première vue, ce type de programme n'a pas connu beaucoup de succès dans les communautés participantes, puisque, selon les informateurs clés, les problématiques liées à l'alcool ne cessent d'augmenter. Une conscientisation collective des effets pernicioseux de l'alcool ou un « marketing social » intensif et soutenu dans le temps des effets pernicioseux de l'alcool aux plans prénatal, familial, conjugal et communautaire doit être conçu par les responsables communautaires de telle façon à lancer le message clair que les abus minent la culture, les liens parents-enfants et les

liens interpersonnels. Un service de « haltes-garderies » disponible en soirée et pendant la fin de semaine où les parents pourraient faire garder leurs enfants pour ainsi éviter que leur consommation se répercute sur leur enfant pourrait être envisagée. Les effets limités soupçonnés des programmes génériques conçus « pour » les communautés doivent être remplacés par des initiatives locales conçues « par » et « pour » les membres des communautés. Des modèles positifs pour les jeunes doivent se mobiliser et offrir des alternatives à la consommation. Des activités « sèches » (sans alcool) motivant les jeunes à s'impliquer dans la vie communautaire et tirant profit de leurs compétences et talents pourraient être mises sur pied. Ces activités briseraient leur isolement et leur permettrait de connaître des succès, augmentant ainsi leur estime de soi. De telles initiatives auront vraisemblablement des répercussions positives sur le retissage de liens communautaires significatifs qui, en retour, représenteront un filet de sécurité pour les individus les plus fragiles.

Par contre, il ne faut pas perdre de vue les facteurs macrosystémiques affectant les individus qui évoluent au sein de ces communautés. En effet, la marginalisation des Autochtones, la pauvreté endémique et les logements surpeuplés sont des problèmes sociaux qui doivent être résolus, préférablement par des initiatives locales et recevant l'appui de l'extérieur. Pour ce faire, les droits des Autochtones doivent être reconnus et respectés par les deux paliers gouvernementaux. Un appui à la revitalisation et la revalorisation culturelle déjà amorcées dans les communautés participantes représente une première étape importante. En effet, une fierté culturelle ravivée constitue une base solide soutenant la formation identitaire des jeunes Autochtones. La reconnaissance de la langue vernaculaire et des enseignements traditionnels par leur inclusion dans le curriculum scolaire représente une initiative concrète en ce sens. L'appui économique au développement de véhicules culturels pourrait en être une autre.

Prévention du suicide et intervention de crise

Bien que les efforts de promotion de la vie représentent des mesures nécessaires pour contrecarrer la trajectoire autodestructrice menant au suicide dans ces communautés, des actions de prévention du suicide doivent être mise en place. En plus des actions existantes, les résultats de cette étude apportent plusieurs indications concrètes en ce sens.

Les résultats confirment de toujours prendre au sérieux les menaces de suicide, même (ou surtout si) la personne est en état d'ébriété. Ceci peut sembler évident, mais trois des quatre communautés affirment avoir comme politique de prévention du suicide de ne pas intervenir auprès de personnes en état d'ébriété. Or, 22 cas étaient en état d'ébriété au moment de s'enlever la vie. La promotion d'un «buddy-système» lors des périodes de consommation où, à tour de rôle, un ami consomme peu pour être «l'ange gardien» de l'autre ami pourrait être une alternative à explorer. La formation de sentinelles représente également une activité relativement peu coûteuse pouvant connaître un succès. Les données soutiennent également le besoin de services de prévention du suicide facilement accessibles en dehors des heures d'ouverture de bureau puisque la grande majorité des suicides ont eu lieu la fin de semaine ou durant la nuit. Une « maison pour homme » offrant un endroit pour dégriser, se loger temporairement suivant une rupture, proposant une écoute attentive et des références devrait être envisagée. Une telle initiative pourrait contribuer à prévenir la violence en plus des passages à l'acte suicidaires. Ce lieu pourrait également servir de lieu de rassemblement pour hommes, leur permettant de quitter temporairement les tracasseries quotidiennes et les stress du logement surpeuplé afin de se ressourcer avec leurs semblables. Les données indiquent qu'il serait également prudent de surveiller de très près un prévenu, voire de ne pas le laisser seul lorsqu'il est en cellule au poste local. De la même façon, mettre en place un système de

soutien aux détenus amérindiens lors de leur incarcération en ville pourrait contribuer à réduire la prévalence de suicide de ce sous-groupe de la population.

Les données sur les séries de suicides soutiennent la nécessité de mettre en œuvre un plan de postvention communautaire clair afin de restreindre l'impact d'un suicide. Cependant, les dirigeants et intervenants doivent être vigilants à ce que les effets de ces activités de postvention ne servent pas à alimenter la crise, tel qu'il a été le cas dans les communautés participantes ayant vécu une série de suicides.

CONCLUSION

Dans l'introduction de cette thèse, nous évoquons la présence du suicide à travers les temps et les civilisations. Les écrits scientifiques nous informent que les Autochtones n'échappaient pas à cette règle. Cependant, d'un phénomène quasi inexistant au tournant du siècle dernier, le suicide parmi ce groupe est devenu l'une des principales causes de décès parmi les jeunes membres. Selon plusieurs auteurs, les bouleversements relativement rapides du mode de vie des Autochtones et le stress d'acculturation contribuent, à des degrés divers, aux problématiques que connaissent certains groupes aujourd'hui. Par contre, il peut être hasardeux d'attribuer tous les problèmes psychosociaux rencontrés par les Autochtones aujourd'hui à l'acculturation, puisque cette façon de faire pourrait servir à évacuer le problème. En effet, cette mise en cause générale ne permet pas de rendre compte des déterminants étiologiques spécifiques en jeu dans l'apparition des problèmes sociaux et de comprendre l'enchevêtrement complexe des nombreux facteurs jouant un rôle dans le suicide de ces groupes. De toute évidence, cette mise au banc de l'acculturation limite considérablement les pistes de prévention, car nul n'a d'emprise sur les événements du passé. Nous pouvons avoir une influence sur les événements actuels. Dans cette optique, l'examen de la famille d'origine et des événements précédant le suicide représente une avenue intéressante pour mieux comprendre ce phénomène.

Le but de cette thèse était de contribuer à la compréhension du suicide chez les Autochtones, en examinant les situations de vie qui, pour certaines personnes, ont été jugées suffisamment intolérables pour qu'elles causent volontairement leur propre mort. L'utilisation de la lunette écologique permet de souligner la notion du développement des enfants dans un contexte familial connaissant parfois des lacunes. Le fait que la consommation abusive d'alcool précède la dysfonction familiale est une information importante à signaler, puisqu'elle peut servir à dégager des pistes de prévention éventuelles. En outre, l'analyse des interactions parent-enfant à l'enfance suggère que le milieu familial d'origine peut créer une vulnérabilité importante qui amène l'individu à s'engager dans une trajectoire autodestructrice en adoptant des comportements à risque.

Le modèle écologique permet également de ne pas perdre de vue l'influence des facteurs en jeu dans le développement du risque suicidaire. Une des forces de cette thèse était de tracer la trajectoire de vie de personnes Autochtones décédées par suicide, donc d'établir une séquence d'événements menant au geste ultime d'autodestruction et de décrire le contexte dans lequel ils ont été vécus. Les résultats renseignent, entre autres, sur les nombreux chocs vécus par les cas au cours de leur vie et les difficultés chroniques auxquelles ils doivent faire face quotidiennement. Le taux de suicide et l'information recueillie sur le contexte communautaire mettent en lumière un milieu de vie dans lequel les freins à l'épanouissement individuel et collectif abondent. Les détails des événements de vie vécus durant l'année précédant le suicide témoignent de stressseurs importants aux plans familial, conjugal et individuel.

Les informations recueillies sur les caractéristiques des cas et les circonstances entourant le décès soutiennent peu l'efficacité des efforts de prévention du suicide classiques. Les caractéristiques des cas informent que la majorité d'entre eux s'engageaient dans des comportements autodestructeurs, tel l'abus de substances

prohibées, et parfois, dès un très jeune âge. Ces comportements peuvent s'interpréter comme l'expression d'un malaise profond présent depuis plusieurs années, soutenant la nécessité de promouvoir la santé mentale des personnes et ce, dès la tendre enfance. En ce qui concerne les circonstances entourant le décès, la grande majorité des suicides ont eu lieu dans les heures qui ont suivi le dernier événement grave, aux petites heures du matin, alors que les personnes étaient en état d'ébriété. La fenêtre permettant une intervention de crise est très étroite et les intervenants formés ne sont généralement pas disponibles à ces moments. Une « maison pour homme » ou une maison en temps de crise disponible la nuit et la fin de semaine pourrait s'avérer une alternative intéressante. Par contre, ces données soutiennent une prévention précoce du suicide en soutenant une croissance saine et un soutien aux parents. La famille doit être un lieu sécuritaire et sécurisant pour les enfants ce qui leur permettra de devenir des adultes résilients et épanouis. Les efforts de prévention du suicide doivent donc se concentrer sur les familles actuelles dans le but de les aider à développer des adultes sains et heureux. Nul n'a d'emprise sur les événements du passé. Concentrons-nous à préparer l'avenir.

RÉFÉRENCES

- Aboriginal Healing Foundation. (1998). *Residential School Update*. Ottawa: AFN Health Secretariat.
- Aboriginal Healing Foundation. (2002). *Residential School Update*. Ottawa: AFN Health Secretariat.
- Affaires Indiennes et du Nord du Canada. (1999). *Guide des collectivités indiennes du Québec*. Ottawa: Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Anderson, P. L., Tiro, J. A., Webb Price, A., Bender, M. A., & Kaslow, N. J. (2002). Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 131-138.
- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Basurte, E., Prieto, R., Ceverino, A., Saiz-Ruiz, J., & De Leon, J. (2001). A Prospective Study of the Paradoxical Relationship Between Impulsivity and Lethality of Suicide Attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(7), 560-564.
- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Garcia-Resa, E., Blasco, H., Braquehais-Conesa, D., Oquendo, M. A., Saiz-Ruiz, J., & de Leon, J. (2005). Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(2), 152-156.
- Bagley, C. (1991). Poverty and suicide among Native Canadians: A replication. *Psychological Reports*, 69(1), 149-150.
- Bastien, M.-F. (1996). *Comparaison du réseau de soutien social et de l'intégration scolaire chez des adolescents suicidaires et non-suicidaires avec carence d'attention parentale*. Thèse doctorale, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Beaulieu, A. (1997). *Les Autochtones du Québec: Des premières alliances aux revendications contemporaines*. Saint-Laurent: Éditions Fides.

- Beautrais, A. L. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1137-1156.
- Berlin, I. N. (1987). Suicide among American Indian adolescents: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17(3), 218-232.
- Berry, J. W. (1985). Acculturation among circumpolar peoples: implications for health status. *Arctic Medical Research*, 40, 21-7.
- Berry, J. W. (1992). Psychological and Social Health of Aboriginal Peoples in Canada. Conférence présentée lors du State of Research in the field of Aboriginals Affairs, Ottawa.
- Beskow, J., Runeson, B., & Åsgård, U. (1990). Psychological autopsies: Methods and ethics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20(4), 307-323.
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1986). *Child Experience of Care and Abuse*. London: Royal Holloway College.
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1994). Childhood experience of care and abuse (CECA): A retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(8), 1419-1435.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Lillie, A. & Jarvis, J. (1997). Memories of childhood neglect and abuse: corroboration in a series of sisters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 365-374.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Moran, P., Ball, C., & Campbell, C. (1998). Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine*, 28(1), 39-50.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241-258.
- Bistodeau, D. & Daigle, M. (2000). La prévention du suicide en milieu carcéral: évaluation d'une expérience novatrice. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 29(1), 49-64.
- Bjerregaard, P. (2001). Rapid socio-cultural change and health in the arctic. *International Journal of Circumpolar Health*, 60(2), 102-111.

- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. W., & Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress, 15*(1), 9-16.
- Blanchard, J. D., Blanchard, E. L., & Rolls, S. (1976). Psychological autopsy of an Indian adolescent suicide with implications for community services. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 6*(1), 3-10.
- Boothroyd, L. J., Kirmayer, L. J., Spreng, S., Malus, M., & Hodgins, S. (2001). Completed suicides among the Inuit of northern Quebec, 1982-1996: A case-control study. *Canadian Medical Association Journal, 164*(6), 749-755.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte. 1: L'attachement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Brave Heart, M. Y., & DeBruyn, L. M. (1998). The American Indian holocaust: Healing historical unresolved grief. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 8*(2), 60-82.
- Brave Heart, M. Y. (2003). The historical trauma response among Natives and its relationship with substance abuse: A Lakota illustration. *Journal of Psychoactive Drugs, 35*(1), 7-13.
- Brent, D. A. (1989). The psychological autopsy: Methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior, 19*(1), 43-57.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C. J., Roth, C., Schweers, J., & Balach, L. (1993). The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: Use of family history. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(2), 118-122.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. In R. Vasta (éd.) *Annals of child development. A Research Annual. Six theories of child development: revised formulations and current issues. Volume 6* (p. 187-249). London: JAI Press.
- Broué, J., & Guévremont, C. (1994). La résistance des intervenants dans l'accueil et la référence des conjoints violents. *Le travailleur social, 62*(3), 101-103.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Bifulco, A. (1989). *Life Events and Difficulties Schedule*. London: Royal Holloway College.

- Brown, G. W., & Harris, T. O. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.
- Brown, G. W. (2003). *The road from childhood neglect and abuse to adult depression*. Conférence donnée lors d'une réunion du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Brown, L. K., Overholser, J. C., Spirito, A., & Fritz, G. K. (1991). The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(1), 95-99.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Center for Disease Control and Prevention. (2003). Injury mortality among American Indian and Alaska Native children and youth - United States, 1989-1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 52(30), 697-701.
- Chagnon, F., & Charbonneau L. (1998). La prévention du suicide auprès des hommes selon une approche écologique. In *Actes du colloque de l'Association québécoise de suicidologie (Rivière-du-Loup)*, (p.111-121). Montréal: Association québécoise de suicidologie.
- Chagnon, F. (2000). *Les événements stressants, les mécanismes d'adaptation et le suicide chez les adolescents admis en centres de réadaptation*. Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Chagnon, F., Renaud, J., & Farand, L. (2001). Suicide et délinquance juvénile: Phénomènes distincts ou manifestations d'une même problématique? *Criminologie*, 34(2), 85-102.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219.
- Chandler, M. J. (2000). Surviving time: The persistence of identity in this culture and that. *Culture and Psychology*, 6(2), 209-231.

- Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B. W., & Hallett, D. (2003). Personal persistence, identity development, and suicide: a study of native and non-native north american adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 68*(2), 1-130.
- Coloma, C. (1999). *Programme Mikon: La mortalité dans les communautés Atikamekw*. Rapport de recherche non publié.
- Commission royale sur les peuples autochtones. (1995). *Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones*. Ottawa: Groupe Communication Canada.
- Conner, K. R., Conwell, Y., & Duberstein, P. R. (2001). The validity of proxy-based data in suicide research: A study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*(6), 452-457.
- Cutcliffe, J. R. (2005). Toward an understanding of suicide in First-Nation Canadians. *Crisis, 26*(3), 141-145.
- Dahlberg, L. L., Ikeda, R. M., & Kresnow, M. (2004). Guns in the home and risk of a violent death in the home: Findings from a national study. *American Journal of Epidemiology, 160*(10), 929-936.
- Daigle, M. (1999). La prévention des comportements suicidaires en milieu carcéral: Évaluation de la situation et approche préventive. *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé, 2*(avril-juin), 303-311.
- Davenport, J. A., & Davenport, J. (1987). Native American suicide: A Durkheimian analysis. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work, 68*, 533-539.
- Day, G. D., & Lanier, A. P. (2003). Alaska Native mortality, 1979-1998. *Public Health Reports, 118*(6), 518-530.
- De Leo, D., & Spathonis, K. (2004). Culture and suicide in late life. *Psychiatric Times, 20*(11), 14-17.
- DeWilde, E. J., Kienhorst, I. C. W. M., Diekstra, R. F. W., & Wolters, W. H. G. (1992). The relationship between adolescent suicidal behaviour and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry, 149*(1), 45-51.

- Dinges N. G., & Duong-Tran, Q. (1993). Stressful life events and co-occurring depression, substance abuse and suicidality among American Indian and Alaska Native adolescents. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(4), 487-502.
- Dizman, L. H., Watson, J., May, P. A., & Bopp, J. (1974). Adolescent suicide at an Indian reservation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44(1), 43-49.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh, D. M., Moeller, F. G., & Swann, A. C. (2004). Suicidal behaviors and drug abuse: Impulsivity and its assessment. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(Suppl), S93-S105.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268-277.
- Durkheim, É. (1985). *Le suicide : Étude de sociologie*. Paris: Presses universitaires de France.
- EchoHawk, M. (1997). Suicide: The scourge of Native American people. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(1), 60-67.
- Eveno, S. (1998). *Le suicide et la mort chez les Mamit-Innuat*. Thèse de doctorat, Québec, Université Laval.
- Frideres, J. (1993). *Native people in Canada: Contemporary conflicts*. Toronto: Prentice Hall Canada.
- Garneau, G., et Tousignant, M. (nd). Grille d'entrevue ethnographique non publié.
- Garroute, E. M., Goldberg, J., Beals, J., Herrell, R., & Manson, S. M. (2003). Spirituality and attempted suicide among American Indians. *Social Science and Medicine*, 56(7), 1571-1579.
- Gartrell, J. W., Jarvis, G. K., & Derksen, L. (1993). Research note: Suicidality among adolescent Alberta Indians. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 23(4), 366-373.
- Gélinas, C. (1999). L'organisation sociale des Atikamekw au XIXe siècle. *Recherches amérindiennes au Québec*, 29(1), 91-104.
- Gélinas, C. (2002). La création des réserves atikamekw en Haute-Mauricie (1895-1950), ou quand l'Indien était vraiment un Indien. *Recherches amérindiennes au Québec*, 32(2), 35-48.

- Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., & Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: A systematic review. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 433-442.
- Harwell, T. D., Hansen, D., Moore, K. R., Jeanotte, D., Gohdes, D., & Helgerson, S. D. (2002). Accuracy of race coding on American Indian death certificates, Montana 1996-1998. *Public Health Reports*, 117(1), 44-49.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: A review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), 269-276.
- Hawton, K., Houston, K., Malmberg, A., & Simkin, S. (2003). Psychological autopsy interviews in suicide research: The reactions of informants. *Archives of Suicide Research*, 7(1), 73-82.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lonnqvist, J. (1992). The partners' views on precipitant stressors in suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(5), 380-384.
- Heikkinen, M., Aro, A., & Lönnqvist, J. (1993). Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), 343-358.
- Henry, C. S., Stephenson, A. L., Hanson, M. F., & Hargett, W. (1993). Adolescent suicide and families: An ecological approach. *Adolescence*, 28(110), 291-308.
- Hlady, G. W., & Middaugh, J. P. (1988a). The underrecording of suicide in state and national records, Alaska, 1983-1984. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18(3), 237-244.
- Hlady, G. W., & Middaugh, J. P. (1988b). Suicides in Alaska: Firearms and alcohol. *American Journal of Public Health*, 78(2), 179-180.
- Hollenbeck, J., Dyl, J., & Spirito, A. (2003). Social factors: Family functioning. In A. Spirito, & J. C. Overholser (Éds.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From Research to Practice* (p. 161-189). Boston: Academic Press.
- Howard-Pitney, B., Lafromboise, T. D., Basil, M., September, B., & Johnson, M. (1992). Psychological and social indicators of suicide ideation and suicide attempts in Zuni Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 473-476.

- Hunter, E. (1991). Out of sight, out of mind - 1. Emergent patterns of self-harm among aborigines of remote Australia. *Social Science and Medicine*, 33(6), 655-659.
- Hunter, E., & Harvey, D. (2002). Indigenous suicide in Australia, New-Zealand, Canada and the United States. *Emergency Medicine*, 14(1), 14-23.
- Isometsa, E. T. (2001). Psychological autopsy studies: A review. *European Psychiatry*, 16(7), 379-385.
- Jetten, M. (1992). *Enclaves amérindiennes : les « réductions » du Canada 1637-1701*. Sillery: Septentrion.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Joiner, T. E. (1999). The clustering and contagion of suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 8(3), 89-92.
- Joiner, T. E. (2003). Contagion of suicidal symptoms as a function of assortative relating and shared relationship stress in college roommates. *Journal of Adolescence*, 26(4), 495-504.
- Kaplan, K. J., & Maldaver, M. (1993). Parental marital style and completed adolescent suicide. *Omega: Journal of Death and Dying*, 27(2), 131-154.
- Kettl, P. A., & Bixler, E. O. (1991). Suicide in Alaska Natives 1979-1984. *Psychiatry*, 54(1), 55-63.
- Kettl, P. A., & Bixler, E. O. (1993). Alcohol and suicide in Alaska Natives. *American Indian and Alaska Natives Mental Health Research*, 5(2), 34-45.
- Kim, C. D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A. D., & Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: A family study of male suicide completers from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1017-1019.
- Kirmayer, L. J. (1989). Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Social Science and Medicine*, 29(3), 327-339.

- Kirmayer, L. J. (1994). Suicide among Canadian Aboriginal peoples: Overview. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 31(1), 3-58.
- Kirmayer, L. J., Malus, M., & Boothroyd, L. J. (1996). Suicide attempts among Inuit youth: A community survey of prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(1), 8-17.
- Kirmayer, L. J., Fletcher, C., & Boothroyd, L. J. (1998). Suicide among the Inuit of Canada. In A. A. Leenaars, S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R. J. Dyck, M. J. Krall, & R. C. Bland (Éds.), *Suicide in Canada* (pp. 189-211). Toronto: University of Toronto Press.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), 607-616.
- LaDue, R. (1994). Coyote returns: Twenty sweats does not an Indian expert make. *Women Therapy*, 15(1), 93-111.
- Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Top 10 greatest «hits»: Important findings and future direction for intimate partner violence research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(1), 108-118.
- Larose, F. (1984). Du passif à l'actif: L'Amérindien et l'école au Québec. *Recherches amérindiennes au Québec*, 14(4), 66-71.
- Larose, F. (1989). L'environnement des réserves indiennes [au Québec] est-il pathogène? *Revue québécoise de psychologie*, 10(1), 31-44.
- LaFromboise, T. D., & Howard-Pitney, B. (1995). Suicidal behaviour in American Indian female adolescents. In S. S. Canetto & D. Lester (Éds.) *Women and Suicidal Behavior* (pp. 157-173). New York: Springer Publishing.
- Leenaars, A. A., Anawak, J., & Taparti, L. (1998). Suicide among the Canadian Inuit. In R. J. Kosky, H. S. Eshkevari, R. D. Goldney, & R. Hassan (Eds.), *Suicide prevention: The Global Context* (pp. 111-120). New York: Plenum Press.
- Leenaars, A. A., Anawak, J., Brown, C., Hill-Keddie, T., & Taparti, L. (1999). Genocide and suicide among Indigenous people: The North meets the South. *Canadian Journal of Native Studies*, 19(2), 337-363.

- LeMaster, P. L., Beals, J., Novins, D. K., Manson, S. M., & AI-SUPERPPF Team. (2004). The prevalence of suicidal behaviours among Northern Plains American Indians. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(3), 242-254.
- Lester, D., & Danto, B. L. (1993). *Suicide Behind Bars: Prediction and Prevention*. Philadelphia: Charles Press Publishers.
- Lester, D. (1994). Native American suicide and homicide rates: Are they associated with white suicide and homicide rates. *Psychological Reports*, 74(2), 702.
- Lester, D. (1995a). American Indian suicide rates and the economy. *Psychological Reports*, 77(3), 994.
- Lester, D. (1995b). Social correlates of American Indian suicide and homicide rates. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 830.
- Lester, D. (1995c). Suicide and homicide among Native Americans: A comment. *Psychological Reports*, 77(1), 10.
- Lester, D. (1997). Unemployment and suicide in American Indian youth in New-Mexico. *Psychological Reports*, 81(1), 58.
- Manson, S. M., Shore, J. H., & Bloom, J. D. (1985). The depressive experience in American Indian communities: A challenge for psychiatric theory and diagnosis. In A. Kleinman & B. Good (Éds.), *Culture and Depression : Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder* (pp. 361-368). Berkeley: University of California Press.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: Guilford Press.
- Maser, J. D., & Dinges, N. (1993). Comorbidity: Meaning and uses in cross-cultural clinical research. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(4), 409-425.
- May, P. (1990). A bibliography on suicide and suicide attempts among American Indians and Alaska Natives. *Omega: Journal of Death and Dying*, 21(3), 199-214.
- May, P., Westlake Van Winkle, N., Williams, M. B., McFeeley, P. J., DeBruyn, L. M., & Serna, P. (2002). Alcohol and suicide death among American Indians of New Mexico: 1980-1998. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 240-255.

- McIntosh, J. L., & Santos, J. F. (1981). Suicide among Native Americans: A compilation of findings. *Omega: Journal of Death and Dying*, 11(4), 303-316.
- McIntosh, J. L. (1984). Suicide among Native Americans: Further tribal data and considerations. *Omega: Journal of Death and Dying*, 14(3), 215-229.
- Menninger, K. (1938). *Man Against Himself*. New York: Harcourt, Brace and World.
- Meyer, D. C., & Phillips, W. M. (1990). No safe place: Parental alcoholism and adolescent suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 44(4), 552-562.
- Mignone, J., & O'Neil, J. (2005). Social capital and youth suicide risk factors in First Nations communities. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Suppl), S51-S54.
- Miller, K. E., King, C. A., Shain, B. N., & Naylor, M. W. (1992). Suicidal adolescent's perceptions of their family environment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(2), 226-239.
- Morgenstern, H. (1982). Uses of ecologic analysis in epidemiologic research. *American Journal of Public Health*, 72(12), 1336-1344.
- Muecke, C., Hamel, D., Bouchard, C., Martinez, J., Pampalon, R., & Choinière, R. (2005). *Doit-on utiliser la standardisation directe ou indirecte dans l'analyse de la mortalité à l'échelle des petites unités géographiques?* [Québec]: Institut national de santé publique.
- Murphy, E. G. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. In K. Hawton & K. van Heeringen (Éds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 135-146). Chichester: John Wiley and Sons.
- Newcomb, M. D., Vargas-Carmona, J., & Galaif, E. R. (1999). Drug problems and psychological distress among a community sample of adults: Predictors, consequences, or confound? *Journal of Community Psychology*, 27(4), 405-429.
- O'Neil, T. (1993). Feeling worthless: An ethnographic investigation of depression and problem drinking at the Flathead reservation. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(4), 447-469.
- O'Neil, T. (1996). *Disciplined Hearts: History, Identity and Depression in an American Indian Community*. Berkeley: University of California Press.

- Office of the Deputy Prime Minister (2004). The Impact of Overcrowding on Health and Education: A Review of the Evidence and Literature. *Housing research summary*, 210.
- Olson, L. M., & Wahab, S. (2006). American Indians and suicide: A neglected area of research. *Trauma, Violence, and Abuse*, 7(1), 19-33.
- Payette, T., & Tousignant, M. (2000). Le suicide chez les jeunes hommes toxicomanes: Facteurs de risque, prévention et intervention. *L'intervenant*, 16(3), 31-34.
- Paykel, E. S. (1983). Methodological aspects of life events research. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(3), 341-352.
- Petawabano, B. H., Gourdeau, E., Jourdain, F., Palliser-Tulugak, A., & Cossette, J., (1994). *La santé mentale et les Autochtones du Québec*. Montréal: Gaétan Morin éditeur.
- Pirkola, S. P., Suominen, K., & Isometsa, E. T. (2004). Suicide in alcohol-dependent individuals: Epidemiology and management. *CNS Drugs*, 18(7), 423-436.
- Pouliot, L., & De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 36(5), 491-510.
- Pritchard, C. (1995). *Suicide - The ultimate rejection?: A psycho-social study*. Philadelphia: Open University Press.
- Pronovost, J., & Leclerc, D. (2000). *Analyses de rapports d'événements suicidaires d'adolescents desservis en Centres jeunesse: Résultats en bref*. [Québec]: Association des Centres jeunesse du Québec.
- Pronovost, J., & Leclerc, D. (2002). L'évaluation et le dépistage des adolescents suicidaires en Centres jeunesse. *Revue de psychoéducation et d'orientation*, 31(1), 81-100.
- Population Reference Bureau. (1999). *World Population: More than just numbers*. Washington: Population Reference Bureau.
- Range, L. M., Leach, M. M., McIntyre, D., Posey-Deters, P. B., Marion, M. S., Kovac, S. H., Banos, J. H., & Vigil, J. (1999). Multicultural perspectives on suicide. *Aggression and Violent Behavior*, 4(4), 413-430.

- Rhodes, E. R. (2003). The health status of American Indian and Alaska Native males. *American Journal of Public Health*, 93(5), 774-778.
- Sabbath, J. (1969). The suicidal adolescent: The expendable child. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 8(2), 272-289.
- Sabbath, J. (1971). The role of the parents in adolescent suicidal behaviour. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. 38(7-8), 211-220.
- Services correctionnels du Canada. (2002). *Profil démographique des peuples autochtones du Canada et des délinquants autochtones détenus dans des établissements correctionnels fédéraux*. Site web consulté le 3 mars 2006. http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/correctional/abissues/know/10_f.shtml
- Shneidman, E. S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 11(4), 325-340.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as Psychache : A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Northvale: Jason Aronson.
- Shneidman, E. S. (1996). *The Suicidal Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Sigurdson, E., Staley, D., Mats, M., Hildahl, K., & Squair, K. (1994). A five year review of youth suicide in Manitoba. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(8), 397-403.
- Snarch, B. (2006). Ownership, control access, and possession (OCAP) or self-determination applied to research: A critical analysis of contemporary First Nations Research and some options for First Nations Communities. *Journal of Aboriginal Health*, 1(1), 80-95.
- Spaulding, J. M. (1986). Recent suicide rates among ten Ojibwa Indian bands in northwestern Ontario. *Omega: Journal of Death and Dying*, 16(4), 347-354.
- Spencer, D. J. (2000). Anomie and demoralization in transitional cultures: The Australian Aboriginal model. *Transcultural Psychiatry*, 37(1), 5-10.
- Statistiques Canada. (2005). *Profil de la population autochtone du recensement 2001*. Site web consulté le 20 novembre 2005. http://www12.statcan.ca/francais/profil01ab/PlaceSearchForm1_F.cfm

- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec: que savons-nous de la situation récente?* [Québec]: Institut national de santé publique du Québec.
- Strickland, J. (1997). Suicide among American Indian, Alaska Native and Canadian Aboriginal youth: Advancing the research agenda. *International Journal of Mental Health*, 25(4), 11-32.
- Stuart, H. (2003). Suicide behind bars. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(5), 559-564.
- Sullivan, A., & Brems, C. (1997). The psychological repercussions of the sociocultural oppression of Alaska Native peoples. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 123(4), 411-440.
- Suominen, K., Isometsä, E., Haukka, J., & Lönnqvist, J. (2004). Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide: A 5-year follow-up study after deliberate self-harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 720-724.
- Tousignant, M., & Mishara, B. (1981). Suicide and culture: A review of the literature (1969-1980). *Transcultural Psychiatric Research Review*, 18, 5-31.
- Tousignant, M., & Chela, T. (1991). Suicide in Third World countries: The case of rural Ecuador. *Omega: Journal of Death and Dying*, 23(3), 191-198.
- Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris: Presse universitaire de France.
- Tousignant, M., Habimana, E., Brault, M., Bendris, N., et Sidoli-Leblanc, E. (1993). Les rapports entre générations dans les familles de réfugiés au Québec. *Revue internationale d'études canadiennes*, Hors série, 171-181.
- Tousignant, M. (1998). Suicide in small-scale societies. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 291-396.
- Tousignant, M. (2001, Octobre). L'alcool et les drogues mènent-ils au suicide? Conférence d'ouverture présentée au XXIXe colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec, Trois-Rivières.
- Tousignant, M., & Harris, T. O. (2001). *Événements de vie et psychiatrie: Apport des études du Life Events and Difficulties Schedule*. Paris: Doin – Groupe Liaisons S.A.

- Tousignant, M., Séguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2004). Événements intergénérationnels comme déclencheurs du suicide. In *Prévention du suicide et pratiques de réseaux : Deuxième congrès international de la francophonie en prévention du suicide : Les Actes* (pp. 172-176). Liège: Maison du social.
- Thompson, J. W., & Walker, D. R. (1990). Adolescent suicide among American Indians and Alaska Natives. *Psychiatric Annals*, 20(3), 128-133.
- Trottier, M., & Légaré, G. (nd). *20 juin 1951: Adoption de la nouvelle Loi sur les Indiens*. Site web consulté le 10 décembre 2005.
www.bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/evenements/996.html.
- Trovato, F. (2000). Canadian Indian mortality during the 1980s. *Social Biology*, 47(1-2), 135-145.
- van Heeringen, K., Hawton, K., & Williams, J. M. G. (2000). Pathways to suicide: An Integrative approach. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Éds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 223-234). Chichester: John Wiley and Sons.
- Voegelin, E. W. (1937). Suicide in northeastern California. *American Anthropologist*, 39(3), 445-456.
- Vincent, O. (1995). *Histoire de l'Abitibi-Témiscamingue*. Québec: IQRC
- Wagner, B. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behaviour. *Psychological Bulletin*, 121(2), 246-298.
- Waldram, J. B., Herring, D. A., & Young, T. K. (1995). *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural and Epidemiological Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press.
- Weiss, R. D., & Hufford, M. R. (1999). Substance abuse and suicide. In G. Douglas, & M. D. Jacobs (Éds.), *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention* (pp. 300-310). San Francisco: Jossey-Bass.
- Westlake Van Winkle, N., & May, P., A. (1986). Native American suicide in New-Mexico, 1957-1979: A comparative study. *Human Organization*, 45(4), 296-309.
- Westlake Van Winkle, N., & May, P. A. (1993). An update on American Indian suicide in New-Mexico, 1980-1987. *Human Organization*, 52(3), 304-315.

- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(Suppl), S11-S19.
- Wilkie, C., Macdonald, S., & Hildhal, K. (1998). Community case study: Suicide cluster in a small Manitoba community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(8), 823-828.
- Wissow, L. S., Walkup, J., Barlow, A., Reid, R., & Kane, S. (2001). Cluster and regional influences on suicide in a southwestern American Indian tribe. *Social Science and Medicine*, 53(9), 1115-1124.
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27(2), 151-208.
- Woolcock, M., & Narayan, D. (2000). Social capital: Implications for development theory, research and policy. *The World Bank Research Observer*, 15(2), 225-249.
- Wyman, L. C., & Thorne, B. (1945). Notes on Navaho suicide. *American Anthropologist*, 47(2), 278-288.
- Young, T. J. (1990). Poverty, suicide and homicide among Native Americans. *Psychological Reports*, 67(3 Pt 2), 1153-1154.
- Young, T. J. (1991). Suicide and homicide among Native Americans: Anomie or social learning. *Psychological Reports*, 68(3 Pt 2), 1137-1138.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport, J. & E. Seidman (Éds.), *Handbook of Community Psychology* (pp.43-63). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

ANNEXE 1
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

La présente recherche est entreprise comme thèse de doctorat en psychologie communautaire. Elle vise à mieux comprendre le phénomène du suicide dans les communautés autochtones afin de mieux prévenir cette problématique. Cette recherche consiste en la comparaison des trajectoires de vie de personnes décédées par suicide avec celles n'ayant jamais fait de tentative.

Votre participation est demandée dans le cadre de cette recherche. Votre participation consiste en une entrevue où on vous demandera de raconter certains aspects de la vie de votre proche décédé par suicide. Afin de permettre l'analyse des données, l'entrevue sera enregistrée sur cassette audio. Soyez assuré que toutes les données recueillies seront traitées avec la plus stricte confidentialité. Vous pouvez vous retirer à n'importe quel moment durant l'entrevue sans que cela ne vous cause préjudice.

Si vous avez quelques questions que ce soit ou pour toute autre demande concernant votre participation à l'étude, une carte vous est laissée à cet effet.

Moi, _____, j'ai bien lu et compris le présent formulaire, j'accepte de participer à la recherche et que l'entrevue soit enregistrée.

Signature

Date

ANNEXE 2

CHILD EXPERIENCE OF CARE AND ABUSE (CECA)

Le CECA est composé de questions semi-structurées ayant pour but de recueillir des informations sur les attitudes et les soins parentaux, sur les pertes, les expériences précoces d'adversité que S a vécues au cours de son enfance jusqu'à l'âge de 17 ans. Il explore les variables comme l'indifférence, la négligence, l'antipathie, le rejet. Les questions s'adressent séparément aux expériences familiales de S avec les figures parentales masculines et féminines de chacun des foyers dans lequel S a vécu. Le CECA permet aussi d'explorer les expériences familiales d'adversité et de protection de S.

Des exemples concrets sont nécessaires présentant la fréquence, la durée et la gravité des situations discutées. Ils permettront d'évaluer plus objectivement les expériences abordées.

J'aimerais d'abord faire le tableau des différents foyers dans lesquels S a vécu.

INDIFFÉRENCE / NÉGLIGENCE / REJET / CHALEUR AFFECTIVE

Pouvez-vous me décrire les attitudes des parents de S à son égard ?

Est-ce que vous diriez que S s'entendait mieux avec son père ou sa mère ?

Pensez-vous que son père / sa mère avaient vraiment du temps à consacrer à S lorsqu'il était petit ?

S'intéressaient-ils aux activités scolaires et à ses loisirs ?

- ◆ *Est-ce que ses parents allaient rencontrer ses professeurs, lisaient-ils le bulletin ?*
- ◆ *Est-ce qu'ils aidaient S dans ses travaux scolaires ?*
- ◆ *Ses parents l'ont-ils informé au sujet de la sexualité ?*
- ◆ *À quel âge ?*
- ◆ *Pouvait-il en parler facilement à ses parents ?*

Est-ce que S avait tout ce dont il avait besoin (nourriture, vêtements, argent de poche) ?

- ◆ *Qu'est-ce qui se passait quand S était malade ?*
- ◆ *Est-ce que ses parents prenaient bien soin de lui ?*
- ◆ *Qui dormait dans la même chambre ?*
- ◆ *Qui dormait dans le même lit ?*
- ◆ *Est-ce que cela a eu des conséquences ?*

Est-ce que les parents de S lui montraient beaucoup d'affection ou de tendresse?

- ◆ *Soit en parole ou en geste – comment l'exprimaient-ils ?*

Est-ce que S se sentait désiré ?

Comment les parents de S le manifestaient-ils ?

- ◆ *S a-t-il déjà pu sentir que ses parents ne l'aimaient pas / ne le désiraient pas ?*
- ◆ *... que S était de trop dans leur vie – ou un fardeau ? Quand ?*
- ◆ *Qu'est-ce qu'ils ont dit à S pour qu'il se sente ainsi ?*

Est-ce que ses parents lui manifestaient du soutien et de l'encouragement lorsqu'il en avait besoin ?

- ◆ *... ou le consolait lorsqu'il avait de la peine – ou à des moments importants de sa vie ?*

S se sentait-il en sécurité ?

S se sentait-il négligé ?

SUPERVISION

Quel âge avait S lorsqu'il a été laissé seul à la maison pour la première fois ?

- ◆ *Qu'avait-il l'habitude de faire à ce moment ? (mauvais coups ?)*

Est-ce que les parents de S l'empêchaient de sortir, de voir ses amis ? Pourquoi ?

Ses parents savaient-ils toujours où S était et avec qui il était ?

- ◆ *S s'éloignait-il très loin de la maison ?*

- ◆ *Est-ce que ses parents auraient pu savoir où il se trouvait même si S ne l'avait pas dit ?*

Comment cela a-t-il évolué à mesure qu'il grandissait ?

À l'adolescence, est-ce que les parents surveillaient ses entrées et sorties ?

Se mêlaient-ils de sa vie privée ? (écouter ses conversations téléphoniques)

- ◆ *Quelles étaient les heures pour entrer et sortir à la maison ?*

DISCIPLINE

Qui prenait surtout la responsabilité de voir à ce que S se conduise bien ?

- ◆ *Comment cela se passait-il ?*

Y avait-il des règlements à propos des endroits où S pouvait jouer, des heures de rentrée et de coucher ? Les manières à table ?

Qu'arrivait-il lorsque S manquait aux règlements ?

- ◆ *Donnez-moi un exemple.*
- ◆ *Étiez-vous toujours certains de savoir à quoi vous en tenir avec ces règles ?*
- ◆ *Est-ce que les parents de S maintenaient leurs règles ?*
- ◆ *Acceptaient-ils de bonnes excuses ?*
- ◆ *Laisaient-ils des chances ?*

S a-t-il déjà pensé que ses parents étaient stricts ? ou trop mous ?

S a-t-il déjà été puni ou engueulé sans aucune raison apparente ? (ex : si les parents étaient de mauvaise humeur ou avaient pris un verre.)

Est-ce que ses frères et sœurs étaient traités différemment ? Pourquoi était-ce comme cela ?

VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE / ANTIPATHIE

Est-ce que les parents de S avaient tendance à le menacer de quelque façon ?

- ◆ *Soit des menaces physiques ou menaçaient de quitter S ou de le renvoyer de la maison ?*

Ont-ils déjà eu à son égard des actes de cruauté ?

Est-ce que S a dit avoir senti qu'il avait peur d'eux ?

Est-ce que les parents de S l'insultaient, le blessaient en lui disant des choses méchantes ?

- ◆ *Qu'est-ce qu'ils disaient ?*
- ◆ *Étaient-ils cruels ? Quand et comment ?*

Est-ce qu'ils critiquaient souvent S ?

- ◆ *Quelle est la pire chose qu'ils lui aient dite ? Cela se produisait-il souvent ?*

S s'est-il déjà senti humilié par ses parents ? Comment ?

Que faisait l'autre parent lorsque l'autre agissait comme cela ?

Étaient-ils difficiles à satisfaire ?

- ◆ *Était-ce exagéré ? Comment ? Quand ?*

S a-t-il déjà pensé que ses parents ne lui faisaient pas confiance ?

- ◆ *Vous rappelez-vous une occasion où ils ont manifesté ce manque de confiance à l'égard de S ?*

Y a-t-il eu des moments où S n'aimait pas ses parents ? Pourquoi ?

Les parents de S le félicitait-il beaucoup ?

- ◆ *À quelle fréquence ?*
- ◆ *Que disaient-ils ?*

RENVERSEMENT DES RÔLES

Quels étaient les tâches que S avait à faire à la maison pour aider la famille ?

Trouvait-il qu'il en avait trop ou pas assez à faire ?

S était-il fier de faire tout cela pour ses parents ?

S a-t-il déjà senti que ses parents comptaient beaucoup sur lui ?

- ◆ *Qu'ils dépendaient de lui ?*

S a-t-il déjà senti que ses parents n'arrivaient pas à prendre soin des enfants de la famille lorsque S était enfant ?

S a-t-il déjà senti que ses parents étaient dépassés par la situation ?

Étaient-ils incapables de s'arranger avec la situation ?

- ◆ *Comment cela se manifestait-il ?*
- ◆ *Comment expliquez-vous cela ?*
- ◆ *S a-t-il déjà manqué l'école pour aider ses parents ?*

S pouvait-il aller voir l'un ou l'autre de ses parents lorsqu'il était blessé ?

S pensait-il qu'il aurait pu s'arranger tout seul ?

Ses parents se confiaient-ils souvent à S ?

- ◆ *Que confiaient-ils ?*
- ◆ *À quelle fréquence ?*

S a-t-il eu à agir comme messenger entre ses parents (l'un demande de dire à l'autre de faire quelque chose)

- ◆ *Est-ce que l'un des parents s'est déjà plain du comportement de l'autre? exemple?*

S s'est-il déjà senti inquiet à propos de ses parents ?

S sentait-il qu'il devait faire quelque chose pour qu'ils se sentent mieux ?

- ◆ *Y avait-il des périodes où s'était différent ?*

FAVORITISME / BOUC ÉMISSAIRE

Est-ce que tous les enfants étaient traités de la même façon ?

- ◆ *Si non, comment et pourquoi ?*

Est-ce que les parents de S avaient des favoris dans la famille ?

- ◆ *Qui ? Est-ce que cela a toujours été ainsi ?*
- ◆ *Quand cela a-t-il commencé ?*

- ◆ *Comment cela s'est-il manifesté ?*

Favoritisme : parent qui favorisait
enfant favorisé

Bouc-émissaire : parent en cause
enfant victime

SECRETS

S a-t-il déjà été au courant d'un secret qu'il devait cacher à d'autres concernant l'un de ses parents ?

- ◆ *Y a-t-il déjà eu des secrets liés à la famille que S devait cacher à d'autres ?*
- ◆ *Si oui, de qui était gardé le secret ?*

TENSIONS / DISCORDES FAMILIALES

Y avait-il des tensions ou des disputes à la maison ?

- ◆ *Si oui, à quelle fréquence, de quel type, qui était impliqué, durée et comment cela se réglait-il de façon générale ?*

Est-il arrivé que quelqu'un cesse de parler aux autres ?

- ◆ *Pourquoi ?*
- ◆ *Pendant combien de temps ?*

Les parents de S faisaient-ils un effort pour ne pas se chicaner en présence des enfants ?

- ◆ *S les voyait-il ou entendait-il leurs disputes ?*
- ◆ *Les échanges étaient-ils orageux ?*
- ◆ *Se lançaient-ils des objets ?*
- ◆ *À quelle fréquence cela se produisait-il ?*

Les choses s'arrangeaient-elles après une querelle ou est-ce que cela traînait pendant un certain temps ?

Comment S se sentait-il lorsque ses personnes se chicanaient ?

- ◆ *Qui était impliqué ?*

ABUS PHYSIQUES

Est-ce que les parents de S l'ont déjà frappé ?

- ◆ *Lequel d'entre eux ?*
- ◆ *Comment, a-t-on utilisé un objet (bâton, pantoufle ou autre)*
- ◆ *À quelle fréquence ?*
- ◆ *À quel âge ?*
- ◆ *Cela se passait-il de la même façon à chaque fois ?*
- ◆ *S a-t-il été menacé de se faire frapper ?*
- ◆ *Que faisait l'autre parent à ce moment là ?*

Se sont-ils déjà mis en colère contre S, brisé des objets, mordus ?

Était-ce la même chose pour les frères et les sœurs de S ?

Quelle est la pire expérience que S ait pu vivre ?

- ◆ *Qui était présent à ce moment là ?*
- ◆ *Comment S a réagi ?*
- ◆ *Comment s'est-il senti ? A-t-il pleuré, a-t-il blâmé quelqu'un à ce moment là ?*

Est-ce que quelqu'un a essayé d'arrêter cela d'une façon ou d'une autre ?

- ◆ *Que faisait l'autre parent ?*
- ◆ *S en a-t-il parlé à quelqu'un d'autre ?*
- ◆ *Quelle a été sa réaction ?*
- ◆ *Les services sociaux ou les policiers ont-ils été impliqués ?*
- ◆ *S a-t-il été obligé d'aller à l'hôpital ?*
- ◆ *Est-ce que quelqu'un à l'école s'en est aperçu ?*
- ◆ *Y a-t-il quelqu'un qui a essayé de protéger S d'une façon ou d'une autre ?*
- ◆ **Quelles étaient les personnes impliquées ?**

ABUS SEXUELS

NB NE PAS INSISTER SI LA PERSONNE RÉAGIT FORTEMENT.

Est-ce que S a été victime d'abus sexuels à l'intérieur de la famille ?

- ◆ *De qui ?*
- ◆ *Comment cela est-il arrivé ?*

Est-ce arrivé en dehors de la famille ?

- ◆ *Si oui, de qui ? (parents, conjoint, enfants, amis)*
- ◆ *Quand ? Comment, de quelle manière, fréquence, durée ?*
- ◆ *Est-ce que quelqu'un a essayé d'arrêter cela d'une façon ou d'une autre ?*
- ◆ *S en a-t-il parlé à quelqu'un ?*
- ◆ *Y a-t-il quelqu'un qui a essayé de protéger S d'une façon ou d'une autre ?*
- ◆ **Que faisait l'autre parent ?**

Qui était la figure dominante ?

- ◆ *Père – mère – équivalent*

ANNEXE 3

LIFE EVENTS AND DIFFICULTIES SCHEDULE (LEDS),

1. Notes à l'interviewer

Gras : Questions obligatoires, elles doivent être posées si l'aspect n'a pas déjà été couvert durant l'entrevue.

Italique : Questions suggérées qui ne sont utilisées que lorsqu'un événement ou une difficulté a été identifiée. Ces questions représentent un aide-mémoire concernant les aspects qui doivent être couverts durant l'entrevue.

- a) **Lorsqu'un événement est identifié, questionnez en détail les incidents factuels qui ont abouti à l'événement ou qui en découlent (exemple : décisions précédant un changement d'emploi ou un mariage) afin d'établir le degré de menace contextuelle. Utilisez le matériel en italique au début des sections pour vous guider.**
- b) **Voyez à bien établir la date de chaque événement et le lien entre chaque événement et les autres événements ou difficultés.**
- c) **Rappelez au répondant le cercle de personnes couramment comprises dans la grille (elle-même, conjoint, enfants, père, mère, frères, sœurs, confidentes).**
- d) **Rappelez au répondant la période de temps couverte par l'entrevue.**
- e) **Adaptez la formulation des questions selon les échantillons et le répondant (enfant, parent, confident).**

RÉFÉRENCE :

**LIFE EVENTS AND DIFFICULTIES SCHEDULE (LEDS), BROWN, G. W.,
HARRIS, T. AND BIFULCO, A. (1978, 1988, 1989) TRADUCTION ET
ADAPTATION DE LEMYRE, L. (1990)**

Le matériel descriptif contenu dans ce volume doit être traité avec la plus grande confidentialité et ne doit être cité sous aucune circonstance sans permission.

Nous sommes intéressés à connaître les conditions de vie de S, c'est à dire ce qui s'est passé d'important dans les douze derniers mois.

Mais tout d'abord, j'aurais besoin de quelques informations de base.

Complétez la feuille de réseau (fiche sociodémographique) :

◆ Numéro du sujet	◆ Nom / âge (des membres du réseau de S)
◆ Prénom du sujet	◆ Lien
◆ Âge	◆ Maisonnée
◆ État civil	◆ Confident / fréquence du contact
◆ Occupation	
◆ Date de décès	
◆ Date d'entrevue	

Maintenant, j'aimerais vous entretenir de la période qui remonte à un an avant le décès de S, soit du _____ au _____.

Je vais vous poser des questions sur des choses majeures qui sont arrivées à S, à vous ou à des personnes proches de S. Il peut aussi s'agir d'événements où S a été impliqué directement. Les personnes proches peuvent être : conjoint de S, enfants, parents, frères, sœurs, autres personnes qui vivaient avec S ou confidents de S.

SECTION 1 – SANTÉ

Dans la dernière année de vie de S, est-ce qu'il ou un membre de son entourage a été malade ? Conjoint, enfant, parent, etc. DATER

Est-ce que S entrevoyait que ça puisse arriver ?

Jusqu'à quel point était-ce sérieux ?

- ◆ Était-ce une urgence ?
- ◆ Qu'a dit le médecin : raison de la maladie, chance de récupérer, perspectives, etc.
- ◆ Était-ce traitable, soins insuffisants, inadéquats ?
- ◆ Est-ce déjà arrivé auparavant ?

Impact sur :

- ◆ Quel a été l'impact sur le travail de S – possibilité de perdre son emploi ?
- ◆ Congé de maladie payé – problème pour obtenir des soins appropriés ?
- ◆ Manifestations, douleurs, symptômes, combien de temps au lit ?

- ◆ Interférence avec les loisirs, passe-temps, plan pour l'avenir ?

Maladie d'autrui seulement :

- ◆ S en doutait-il ?
- ◆ Quelle a été l'implication de S dans la maladie de x ?
- ◆ Soins infirmiers, degré de contagion, danger que x meurt ou reste handicapé ?
- ◆ Changement de comportement de x : colère, irritabilité, ingratitude, blâme, gêne ?

Futur :

- ◆ Quelles étaient les raisons de croire que ça risque d'arriver à nouveau ?
- ◆ Probabilité estimée, conséquences envisagées ?

Dans les douze derniers mois, y a-t-il quelqu'un qui a été admis à l'hôpital ou qui en est sorti ? Est-ce que S pensait que cela risquait d'arriver ? DATER

- ◆ Pour quelle raison ?
- ◆ Urgence ?
- ◆ Anesthésie locale – générale ? Combien de temps ?
- ◆ Problèmes durant le séjour à l'hôpital ? Ajout des questions précédentes, au besoin...

Y a-t-il quelqu'un parmi les proches de S qui est décédé ou qui risquait de décéder au cours de la dernière année ? DATER

- ◆ De quoi ? (se référer aux questions précédentes si nécessaire)
- ◆ Était-ce prévisible ?
- ◆ Combien de fois S voyait cette personne avant et durant sa maladie ?
- ◆ Est-ce que S était présent ?
- ◆ Est-ce que S s'est impliqué, de quelle façon ?
- ◆ Est-ce que S a eu à reconforter les affligés ?
- ◆ Problèmes face aux arrangements funéraires ou au testament ?
- ◆ Impact sur la façon de vivre de S après le décès ?

Y a-t-il quelqu'un d'autre que S connaissait qui est décédé ou qui risquait de décéder ? DATER

- ◆ Qui était cette personne ? Depuis combien de temps S connaissait cette personne ?

- ◆ À quelle fréquence S voyait cette personne ?
- ◆ Implication de S autour de l'événement ?

Y a-t-il eu une forme quelconque d'opération chirurgicale du date au date, pour S ou conjoint, famille, confident ? Est-ce que S s'attendait à ce qu'il y ait des opérations au cours de cette période ? DATER

- ◆ Sérieux ? anesthésie générale ? nombre de jours à l'hôpital ? sans travail ? autres conséquences ?

Est-ce que S a reçu - ou s'attendait de recevoir - une mauvaise nouvelle à propos d'une maladie chez quelqu'un ? DATER

- ◆ Quoi, qui, conséquences ?

Y avait-il des problèmes de maladie chronique qui affectait S ou une personne significative pour lui ?

- ◆ Qui, implication pour la personne et pour S.

Exemple : Quelqu'un proche de S ou S lui-même souffrait-il ou risquait-il de souffrir de l'un ou l'autre des troubles suivants :

- ◆ Trouble au niveau de la poitrine
- ◆ Haute pression
- ◆ Trouble cardiaque ou thrombose
- ◆ Varices ou hémorroïdes
- ◆ Asthme
- ◆ Tuberculose
- ◆ Bronchite chronique
- ◆ Trouble du foie ou de la vessie
- ◆ Ulcère d'estomac
- ◆ Autre trouble de l'estomac chronique
- ◆ Trouble du rein ou pour uriner
- ◆ Arthrite ou rhumatisme
- ◆ Trouble nerveux ou désordre mental de quelque nature qu'elle soit
- ◆ Diabète
- ◆ Trouble thyroïdien
- ◆ Blanc de mémoire, perte de conscience ou périodes d'étourdissement
- ◆ Troubles répétés à la colonne vertébrale ou au dos
- ◆ Trouble de peau chronique

- ◆ Hernie ou rupture
- ◆ Épilepsie
- ◆ Migraine
- ◆ Trouble menstruel ou autre trouble gynécologique
- ◆ Trouble par rapport à la contraception

(Qui, quel degré, conséquences, implications pour S ou quelqu'un de ses proches, DATE)

Est-ce que l'un des proches de S lui causait du souci - ou aurait pu lui en causer - pour d'autres raisons ? soit à cause de l'âge (sénilité ou invalidité) ou de problème d'alcoolisme, de drogue, de jeu d'argent, de handicap mental ou autre ?

- ◆ Est-ce que S a eu ou aurait eu à avoir des contacts formels, médicaux ou légaux à cause de ces problèmes ? DATER

S'il y a invalidité chez un enfant, demandez :

- ◆ Difficulté à être reconnu, à obtenir un diagnostic ou de l'aide ?
- ◆ Conséquences pour S, est-ce fréquent dans la famille ?
- ◆ Effet sur son comportement, sa personnalité / performance, classe spéciale, thérapie / cours en surplus.
- ◆ Inquiétude pour le futur (plan quand l'enfant sera grand) ?
- ◆ Impact sur la supervision, soins infirmiers, changements de routine, d'emploi de S, possibilité d'un repos, garde spécialisée ou temporaire, interférence dans la vie sociale, aide particulière autre que celle liée à la thérapie ou l'école, aide provenant des services sociaux / organismes bénévoles, équipements, transformation apportées à la maison, membre d'un groupe d'entraide.
- ◆ Réactions du conjoint, des autres enfants, de l'entourage, stigma.

Depuis date, y a-t-il eu des troubles nerveux dans la famille de S ou parmi ses proches ? Est-ce que S en envisageait ? DATER

Quelqu'un a-t-il eu - ou devait-il - être référé à un psychiatre ou à un psychologue ? être traité en clinique externe, à l'hôpital ou encore dans un bureau de la protection de la jeunesse ? DATER

Et à propos de son conjoint / parents / frères ou sœurs de S ?

- ◆ Type de problème, conséquences, stigma, antécédents, risque ? rôle de S dans le stigma, DATER.

Est-ce que S ou l'un de ses proches a tenté ou qui risquait de se suicider ?

- ◆ Comment, quand, conséquences, antécédents, risque, rôle de S ? DATER

S a-t-il eu un accident de quelque nature que ce soit entre date et date ? Y a-t-il des raisons de croire que S aurait pu craindre qu'il y en ait ? Et par rapport aux proches de S ?

- ◆ Sur la route ou dans la maison ? Comment, quoi, conséquences physiques, financières, etc. DATER

Est-ce que S a été impliqué ou bien témoin, d'un accident de la route ou autre type d'accident ?

- ◆ Jusqu'à quel point était-ce sérieux ? (dommages, blessés, assurances, cour justice)
- ◆ Comment est-ce arrivé ? Jusqu'à quel point s'était impliqué ? DATER

Y a-t-il eu une grossesse dans la famille ou l'entourage de S, est-ce que S en prévoyait une ? DATER

- ◆ Était-ce la première ? Était-elle planifiée ? Réactions du conjoint et de l'entourage ? Question d'avortement ? Impact sur les moyens financiers ou le plan de carrière ? Implication pour le logement ? Complications pour cette grossesse ou d'autres antérieures ? Admission à l'hôpital ? Questions sur les croyances religieuses ou morales ?

Parmi les proches de S, y a-t-il eu une fausse couche ou un avortement ? Est-ce que S en prévoyait ?

- ◆ Marié ou relation stable, âge...

Y a-t-il quelqu'un dans la famille de S ou dans son réseau qui a donné naissance à un enfant ou qui allait le faire pour la période de date à date ? DATER

- ◆ Complications à la naissance ou après...
- ◆ Santé de l'enfant et de la mère, implications pour S, lien...
- ◆ Y a-t-il eu naissance de petits-enfants pour S ?

Y a-t-il quelqu'un qui a perdu un bébé ou qui risquait de le perdre ?

Est-ce qu'une femme parmi les proches de S a tenté de devenir enceinte et a éprouvé des difficultés ?

- ◆ Qui, proximité et implication de S ?

SECTION II – CHANGEMENT DE RÔLE OU DE RELATION

* Pour tout changement ayant trait aux relations interpersonnelles :

Temporaire. Depuis combien de temps ?
 Combien de fois S voyait la personne avant que le changement ne se soit produit ?
 Jusqu'à quel point S faisait des choses avec cette personne ?
 Combien de fois S a vu cette personne après l'événement ?
 Distance ? Contact téléphonique ?
 Comment S et cette personne s'entendaient avant – et après l'événement ?
 Préparation. Évidence de rejet / culpabilité ?
 Augmentation de l'interaction ?
 Comment S s'arrangeait – temps / tension ?

Y a-t-il quelqu'un dans l'entourage de S qui s'est marié - ou qui projetait de le faire - au cours de la période du date au date ? DATER

- ◆ Quand, quand cela a-t-il été décidé, temps que le couple se connaît, quand cela a-t-il été rendu officiel, était-ce attendu, complications ou retards, réactions des proches ?
- ◆ Implication d'un changement d'interaction pour S ?

Y a-t-il quelqu'un dans l'entourage de S qui s'est fiancé - ou qui projetait de le faire - au cours de la dernière année ? DATER

- ◆ Quand, quand cela a-t-il été décidé, temps que le couple se connaît, quand cela a-t-il été rendu officiel, était-ce attendu, complications ou retards, réactions des proches ?
- ◆ Implique un changement d'interaction pour S ?

Y a-t-il quelqu'un proche de S qui a pris sa retraite ou qui prévoyait le faire ? DATER

- ◆ Était-ce attendu ? Quels changements cela a produit ? \$, routine, dépendance sur S ?

Est-ce quelqu'un de l'entourage de S a passé proche de vivre une séparation au cours de la dernière année de vie de S ?

- ◆ Est-ce que S était impliqué, si oui en quoi ? Était-ce prévu ?

Est-ce que S a vécu une séparation ou a songé à le faire ? DATER

- ◆ Quelles étaient les circonstances : raisons, préparatifs, anticipation, qui a quitté, forcé de partir, quelqu'un d'autre d'impliqué, relation alternative d'un autre conjoint ?
- ◆ Côté financier / habitation, garde des enfants, leurs réactions...
- ◆ Séparation amicale / harcèlement / violence. Réactions de la famille.
- ◆ Avis légaux, quand, arrangements sur l'entretien de la propriété...
- ◆ À quelle fréquence S voyait son ex-conjoint ?

Au cours de la période du date au date, est-ce que S ou un membre de son entourage est entré à l'école ou a songé à le faire (école : primaire – secondaire – collège – université) ?

- ◆ Départ de la maison pour aller étudié, implications pour S, financièrement, temps disponible...

Est-ce que S ou un membre de son entourage, a passé un examen important ou un concours de qualification ? Est-ce qu'une de ces personnes songeaient à le faire, au cours des 12 derniers mois de vie de S ?

- ◆ Résultats, conséquences pour S ?

Dans la dernière année, est-ce que S s'est fait de nouveaux amis d'un sexe ou l'autre ? Avait-il des raisons de s'attendre à en avoir de nouveaux dans la prochaine année ?

- ◆ Comment ? Quand ? Fréquence ? Confidences ?

Est-ce que S a perdu quelqu'un de proche ou bien a-t-il a vu beaucoup moins une personne en particulier ? Soit à cause d'un déménagement, d'un décès ou simplement parce que leurs routes ont divergées ? Est-ce que cela risquait d'arriver au cours de cette période ?

- ◆ Établissez le pourquoi. Fréquence avant – après. Qualité du lien.
- ◆ Si c'est la perte d'un amoureux, demander ce qui est arrivé à la suite de l'événement ?
- ◆ Si pertinent – problème d'ordre sexuel, infidélité du conjoint, contraception...

Y a-t-il eu de grands changements dans le temps que S passait ou envisageait passer avec ses amis ou sa parenté ?

- ◆ Pourquoi ? Fréquence de... à... ? etc.

Pour les célibataires, séparés ou veufs : Est-ce que S a déjà pensé à se fiancer ou à se marier ?

- ◆ Cela fait combien de temps ? Est-ce que S avait des regrets ? Qu'est-il arrivé ?
- ◆ Pensez-vous que S aurait aimé se marier ?

N'y a-t-il eu que S (et son conjoint) à la maison depuis date ? Y a-t-il eu quelqu'un qui est venu vivre avec S de quelque façon que ce soit ? Était-ce à prévoir ?

- ◆ Pour combien de temps ?
- ◆ Tel que prévu ? Motif ? Lien ? Coût ? Intimité ? Repas ? DATER

Y a-t-il quelqu'un qui est parti de la maison ou qui devait le faire ?

- ◆ D'une façon permanente ? Pourquoi ? Conséquences pour S ? \$? DATER

Y a-t-il quelqu'un que S a vu ou envisageait voir beaucoup moins ou beaucoup plus fréquemment ?

- ◆ Pourquoi ? Liens ? Conséquences pour S ? DATER

Est-ce que S a changé - ou prévoyait changer - la façon dont il passait ses loisirs ?

- ◆ Croyez-vous que S avait l'impression de consacrer suffisamment de temps à ses loisirs ?
- ◆ Y a-t-il des choses que S aurait aimé faire mais qu'il ne pouvait pas faire ? Pourquoi ? (ex : \$, gardienne, transport, etc.)
- ◆ Est-ce que S invitait des gens à la maison, de quelque façon que ce soit ?
- ◆ Est-ce que S a eu des problèmes quelconques avec des amis ? A-t-il été inquiet pour un ami ?

Est-ce que S a eu des vacances depuis date ? Prévoyait-il en prendre au cours de la dernière année de sa vie ?

- ◆ Où ? Organisé comment ? Avec qui ? Coûteux ? Plaisant ? Accident, vol, maladie ?
- ◆ Est-il arrivé quelque chose d'imprévu ou d'important durant l'absence ou au retour de S ?

SECTION III – DOMICILE

Est-ce que S a déménagé au cours de la période du ... au ... ? Prévoyait-il le faire ?

- ◆ Pourquoi ? Décidé comment ? Quand ? Difficultés ? Dépenses ? Conséquences ?
- ◆ Sentiment d'être coupé de quelque chose ? Gardiennes d'enfants ? etc.
- ◆ Nouveaux amis ? Impact au niveau de l'emploi ?
- ◆ Problèmes face à la maison / aux voisins ? etc.

Depuis combien de temps S vivait à ce domicile ?

- ◆ Est-ce qu'il appartenait à S en propre ?

Est-ce que S aimait rester dans sa demeure ?

Pouvez-vous me dire si les choses suivantes ont causé un problème à S ?

- ◆ Est-ce que S disposait d'un espace suffisant ? (nombre de pièces, excluant la salle de bain)
- ◆ S avait-il l'impression d'avoir suffisamment d'intimité (chambre à partager)
- ◆ Problème face à la réparation de la maison ? (toit, humidité, rats – difficultés à se faire payer / rembourser)
- ◆ S en a-t-il parlé avec son propriétaire / Régie des loyers ?

- ◆ S a-t-il eu des problèmes avec le propriétaire, en prévoyait-il ? (restrictions, voisinage, services disponibles, bruits, pollution, trafic, stationnement, trop isolé, danger, place pour les enfants – passé ou envisagé)

Est-ce que S a eu - ou anticipait-il - des problèmes pour payer le loyer / hypothèque ?

Possédait-il une voiture - ou envisageait-il en acheter une ? Conduisait-il ?

- ◆ Coût, trouble ? Travailler sans ?

SECTION IV – EMPLOI / ÉTUDE

Est-ce que S aimait son occupation (emploi / étude) ?

- ◆ Difficulté ? Nombre d'heures ? Payé suffisamment ? Responsabilité ? Avancement possible ? Voyageement ? Entente ? Temporaire ou contractuel ?

Y a-t-il quelque chose qui est arrivé à S au travail / étude ou qui risquait d'arriver ?

- ◆ Décidé quand ? Par qui ? Implications pour S ? Faits. DATER

S a-t-il été - ou envisageait-il être - sans emploi ou en dehors des études ?

- ◆ Motif ? Décidé quand ? Par qui ? Implications pour S ? Faits. DATER

S a-t-il eu - ou envisageait-il - avoir un nouvel emploi / cours – changer d'emploi / cours ou avoir une promotion ?

- ◆ Décidé quand ? Par qui ? Responsabilité ? Faits. DATER

S a-t-il eu des problèmes avec ses collègues de travail ?

A-t-il eu d'autres difficultés au travail / école ?

- ◆ Est-ce que S a eu l'impression qu'on lui imposait des demandes trop fortes au travail / école ?
- ◆ Échéances à rencontrer; Insuffisance d'information / formation; mauvaises conditions environnementales; transfert d'un emploi à un autre pour un salarié temporaire; demandes contradictoires; etc.
- ◆ S s'attendait-il à des changements quelconques dans son travail / école ?
- ◆ Est-ce que S était membre d'un syndicat ?
- ◆ Pouvait-il se prévaloir de congés de maladie bien payés s'il était malade ?
- ◆ Comment se sentait S face à l'avenir, croyait-il qu'il allait rester à cet emploi / école ?
- ◆ Envisageait-il quitter son emploi / école pour une raison ou une autre ?
- ◆ Si pertinent, questionner à propos de la menace que représentait laisser son emploi / école ?

Jusqu'à quel point était-ce important de bien réussir son emploi / cours ?

S a-t-il fait différents types de travail par le passé ?

- ◆ S a-t-il jamais eu à démissionner / quitter un emploi ou à être mis à pied ?
- ◆ ... ne pas oublier que les étudiants possèdent parfois un emploi à temps partiel qui peut être source d'événements ou de difficultés tout comme leur contexte d'étude.

Qui est le soutien financier de la maisonnée ?

Est-ce que ce principal soutien financier a travaillé tout le temps durant les derniers douze mois ?

- ◆ Congé de maladie ? Grève ? Manque de travail ? Pourquoi ? Quand ? Préparation ?
- ◆ Possibilité d'un nouvel emploi ? Quel genre ?
- ◆ Impact sur la vie familiale et les finances – dernière année / potentiellement; DATER

S a-t-il eu ou aurait-il eu la possibilité de recevoir une promotion quelconque à son travail ?

- ◆ Impact sur S; \$; DATER

S a-t-il eu des problèmes quelconques à l'emploi ? en prévoyait-il ?

- ◆ Si perte d'emploi, lui aurait-il été facile de se trouver un nouvel emploi ?

Un autre membre important de la famille de S a-t-il cessé de travailler d'une façon ou d'une autre pendant ce temps ? Était-ce prévu ?

- ◆ Inscrire les périodes de quatre mois ou plus où cette personne n'a pas travaillé ?

SECTION V – ASPECT FINANCIER

Est-ce que S a eu des soucis financiers entre le date et le date ? S s'est-il vu dans l'obligation d'emprunter à quelqu'un ? Prévoyait-il avoir des difficultés financières ?

- ◆ Détails sur les dettes ou les prêts, raisons, modalités ? exemple de l'ampleur de la difficulté. DATER

Est-ce que quelqu'un a emprunté ou envisageait emprunter de l'argent à S ?

Est-ce que S a dû prêter ou envisageait-il devoir prêter quelque chose dont il avait besoin ?

Est-ce que S recevait des prestations d'aide sociale ou d'assurance emploi - ou prévoyait-il devoir le faire ?

- ◆ S avait-il des problèmes quelconques avec des bénéficiaires sociaux ?

Est-ce que S a laissé des comptes impayés (arrérage) ? DATER

- ◆ Loyer; gaz; électricité; téléphone;
- ◆ Y a-t-il eu des services coupés ? Lettres menaçant de le faire ou menace de poursuite judiciaire ?

S a-t-il eu des difficultés à obtenir du crédit ? Envisageait-il devoir faire une demande ?

- ◆ Des choses reprises par les compagnies de reprises de finance ? DATER
- ◆ Des problèmes avec l'impôt ?

SECTION VI – ASPECT CONJUGAL

Est-ce que S et sa conjointe ont vécu ensemble à la maison pendant les douze derniers mois ? Anticipaient-ils le faire pour les douze prochains mois ?

- ◆ Aucune séparation, même temporaire ? (ex : pour le travail) Quand ? Pourquoi ? DATER

Jusqu'à quel point diriez-vous que S et sa conjointe s'entendait bien en général ?

- ◆ Diriez-vous qu'il y avait certains problèmes dans la relation ? Lesquels ? En prévoyaient-ils ?

Est-il arrivé quelque chose qui a fait que S et sa conjointe ne voyaient plus la relation de la même façon ? Y a-t-il des raisons de croire qu'ils ne verraient plus la relation de la même façon ?

- ◆ Y a-t-il eu des disputes importantes au cours de la dernière année ?
- ◆ Sujet habituel ? (mariage, finances, etc.) Fréquence ?
- ◆ Qu'arrivait-il durant les disputes ? cris, objets lancés, violence verbale ou physique...
- ◆ Est-ce que l'un frappait l'autre ? blessures, fréquence, DATER
- ◆ S voyait-il arriver les sujets de dispute au cours de la dernière année ?

Avez-vous l'impression que S pouvait parler à sa conjointe facilement ?

- ◆ Parlaient-ils de choses qui les inquiétaient ?

- ◆ S souhaitait-il pouvoir se confier plus ?
- ◆ Lorsque sa conjointe avait des inquiétudes en parlait-elle avec S ?

Est-ce que la conjointe de S est affectueuse ? Démonstrative ?

Aimaient-ils faire les mêmes choses lorsqu'ils se retrouvaient ensemble ?

Est-ce que les parents de sa conjointe s'entendent bien avec S ?

- ◆ Et sa famille, est-ce que S s'entendait bien avec elle ?
- ◆ Comment S envisageait la relation dans le futur ?
- ◆ Questionnez sur une tension quelconque. Étayez de faits et d'exemples.

À propos de l'aspect sexuel, y a-t-il eu des problèmes ou des difficultés de ce côté là ? S en prévoyait-il ?

Est-ce que ça arrivait à S de refuser de faire l'amour ?

- ◆ Est-ce que cela a créé des problèmes ? S s'est-il déjà senti obligé à faire l'amour ?

Il arrive que dans certains couples l'un des partenaires s'implique avec quelqu'un d'autre, était-ce le cas pour l'un ou l'autre ? S avait-il des raisons de croire que cela arrive dans l'année à venir ?

- ◆ Comment S l'a su ? Quand ? Première fois ? Longtemps ? Su ? Danger ?

Si S était divorcé ou remarié : Est-ce que S a eu des contacts avec son ex-conjointe ? En anticipait-il ?

- ◆ S a-t-il eu des difficultés avec son ex-conjointe ? problèmes légaux ou autres; enfant, etc.

Si S vivait seul : Est-ce que S avait une amie de cœur ou des relations sexuelles depuis date ?

- ◆ Des problèmes, ex : fidélité, sexe, instabilité de l'un des partenaires; solitude, difficultés financières ?

SECTION VII – INTERACTION AVEC LES PARENTS ET LES AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE

Si parents vivants : Comment S s'entendait-il avec ses parents ?

Concernant mère, père, frères, sœurs de S : *Y a-t-il eu des changements dans la façon dont S s'entendait avec eux ? Comment les voyait-il ou comment se sentait-il face à eux au cours de la dernière année ?*

- ◆ Quelle différence ? Qui ? DATER

Diriez-vous qu'il existait des tensions ou difficultés entre eux ?

- ◆ S'évitaient-ils ?

S avait-il l'impression qu'il pouvait se confier ?

S avait-il l'impression qu'il était obligé de dire ce qu'il faisait - ou ce qui lui arrivait - ou qu'ils avaient trop leurs mots à dire dans ce qui lui arrivait ?

- ◆ Questionnez au niveau de l'interférence.

Y avait-il beaucoup de pressions familiales ?

- ◆ Beaucoup de comparaisons avec ses frères / sœurs / cousins ? à d'autres personnes de son âge ?

Jusqu'à quel point diriez-vous que les membres de sa famille s'entendaient bien ensemble ?

- ◆ Diriez-vous qu'il y avait certains problèmes entre eux ?
- ◆ Des querelles de quelque nature que ce soit ou des périodes où ils ne se parlaient pas ?
- ◆ Est-ce que S en prévoyait ?
- ◆ Est-ce que les membres de la famille de S l'ont inquiété d'une manière ou d'une autre ?
- ◆ Risquaient-ils de le faire ?

SECTION VIII – ENFANTS (si pertinent)

Si S vivait avec ses enfants :

Comment diriez-vous que S s'entendait en général avec ses enfants ?

- ◆ Avaient-ils parfois des disputes, S en prévoyait-il ? Sont plutôt faciles ?
- ◆ Comment étaient les enfants à l'école ?
- ◆ Inquiétudes à propos des amis, des activités ? des soucis face à la cigarette; la drogue; vol; sexualité; ou autre chose ?
- ◆ Découverte surprenante ou choquante sur eux – anticipée ou non ?

SECTION IX – CRISES

Est-il survenu quelque chose à la maison ? vols; feu; attaque dans la rue; avances sexuelles contre le gré de S, du date au date ?

Depuis le date, S a-t-il connu une autre forme d'urgence ou de crise impliquant l'un de ses proches ?

- ◆ Nature du délit; première fois ? Peur de conséquences ou de représailles, blessures, police ?
- ◆ Première fois en cour, autres condamnations; verdict; implications financières ?
- ◆ Qu'est-ce que les autres personnes ont dit ? Qu'ont-ils dit au travail ?
- ◆ Impact sur la conduite automobile (si perte de permis) ?
- ◆ Si un vol ou perte ou dommages à la propriété : Comment ? Faute de S ?
- ◆ Vu le voleur ? Combien ont-ils pris ? Problèmes avec l'assurance ? Objets irremplaçables ? Dommages ?

S avait-il raison de croire que cela risquait d'arriver à nouveau ?

S a-t-il eu - ou aurait-il eu - à annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu'un ?

- ◆ Quoi ? À qui ?

Y a-t-il eu des problèmes légaux ? S a-t-il eu à comparaître en cour - ou aurait-il eu à le faire ?

- ◆ Contact avec un avocat, police ? À quel sujet ? Qu'est-il arrivé ?

Est-ce que S ou l'un de ses proches, a été impliqué avec la police, la cour ou la prison d'une façon ou d'une autre ?

- ◆ Est-ce que S le prévoyait ? À quel sujet ? Qu'est-il arrivé ?

Est-ce que S ou quelqu'un d'autre dans la famille a eu un contact avec un travailleur social, un CLSC, un agent de l'aide sociale, un conseiller marital, un agent de probation ?

Est-ce que l'un des membres de l'entourage de S a vécu une crise ou des difficultés nécessitant une aide de S ? DATER

- ◆ Ex : Quelqu'un qui ait eu à aller rester avec un parent malade.
- ◆ Autres problèmes ou difficultés vécues ou anticipées dont vous n'auriez pas encore parlé ?

S a-t-il perdu un animal domestique, l'anticipait-il ?

- ◆ Comment ? Depuis combien de temps avait-il cet animal ? Acquirit un autre ? DATER

Si non québécois :

S a-t-il éprouvé des problèmes liés au fait de vivre dans ce pays plutôt que chez lui ?

- ◆ Prévoyait-il des problèmes ? Visa d'immigration, naturalisation, changement de nom...

Parfois les gens apprennent des choses inattendues sur d'autres personnes qui leur sont proches, telles que découvrir qu'un ami vole ou prend de la drogue ou que leur conjointe a une aventure. Est-ce que S a appris quelque chose qui aurait pu changer sa perception envers cette personne ? S l'anticipait-il ?

- ◆ S a-t-il reçu ou attendait-il des nouvelles troublantes ?

SECTION X – ANTICIPATION

Est-ce que S - ou l'un des membres de son entourage - a reçu des nouvelles inattendues de quelque chose qui est arrivé ou devait arriver ? Par exemple, recevoir une lettre annonçant de quitter le logement ou la maison, une mise à pied ou quelque chose de cet ordre ?

Accorder du temps pour penser...

SECTION X – GÉNÉRAL

Je vous ai posé de nombreuses questions portant sur les changements qui se sont produits pour S depuis date, y a-t-il d'autres changements importants que S aurait pu vivre - ou que S s'attendait à vivre et que vous n'auriez pas mentionné ?

Est-il arrivé quelque chose à S qui aurait pu le décevoir durant cette période et dont vous n'auriez pas parlé ?

Est-ce que S a dû prendre d'importantes décisions au cours de cette période – en aurait-il eu à prendre ?

Vous avez compris que nous sommes intéressés à connaître tout ce qui aurait pu déranger S, tout ce qui est arrivé d'important, d'excitant ou de désagréable. Y a-t-il quelque chose de particulier qui a fait plaisir à S, s'attendait-il à quelque chose en ce sens ?

- ◆ Une visite d'un parent, rencontre avec quelqu'un, une vacance, un cadeau, une auto, etc.

Y a-t-il quelque chose qui se serait avéré meilleur que S ne l'anticipait ?

- ◆ Réussite financière, relation qui s'est améliorée d'une façon quelconque, etc.

Maintenant je vais vous poser une question bizarre, mais nous la posons à tout le monde : Y a-t-il quelque chose chez S lui-même dont il aurait pu y accorder une attention particulière ?

- ◆ Son apparence, sa façon de faire les choses, quelque chose comme ça...

FIN DE LA GRILLE D'ENTREVUE

Lorsque vous remerciez la personne répondante pour avoir participé à l'étude, demandez la permission de recommuniquer avec elle, si nécessaire, afin de vérifier certaines informations plus en détail.

LEDS – LISTE DE CONTRÔLE

Numéro : sujet et conjoint

Sociodémographie : âge, sexe, scolarité, travail (type, heures, stabilité, charge) statut civil, vit où, avec qui.

Réseau : conjoint, enfants, parents, frères, sœurs, belle-famille, ami-es proche-s, confident-es (fréquence, contenu)

Événements : Pour (S, conjoint, enfants, parents, frères, sœurs, Proche) et (Passé et ce que S envisageait à court terme), (date si prévue, implication directe de S, contexte et circonstances, soutien et réactions des autres, complications, conséquences, \$, durée)

(en vue de coter : Menace court terme, long terme, actuelle; Perte; Danger; Défi; Positif; Atteinte ou frustration de but; Soulagement; Ancrage; Redépart; Inconnu; Probabilité contextuelle)

Section I – **Santé** : hospitalisation, opérations, maladies, accidents, décès.

Section II, IV – **Travail** : début, arrêt, changement, promotion, grève, entrevues, retraite.

Section II, IV – **Études** : retour, tests, examens, perfectionnement, échec, diplôme.

Section II, VI – **Mariage** : fiançailles, emménagement, chum, séparation, divorce, aventures.

Section II – **Naissance**, grossesse, avortement, fausse-couche.

Section III – **Déménagement**, achat-vente de maison, partage du logement.

Section II, VII – **Relations** : gain ou perte d'amis.

Section IX – **Crises** : accidents, assauts, vols, violence.

Section IX – **Légal** : police, avocat-e, juge, témoin, accusé.

Section X, XII – **Autres** : grosses nouvelles, révélation, décisions, déception, succès, surprise, crises, loterie, vacances, loisirs.

Difficultés chroniques (prévoir une grille subjective pour chaque item ci-dessous)

- 1) **Travail** : nombre d'heures, temps supplémentaires, permanence, quarts, risque, atmosphère, ambition.
- 2) **Logement** : propriétaire / locataire, coût, voisin, troubles.
- 3) **Santé** : S, conjoint, enfant, parents, proches.
- 4) **Finances** : dettes, budget.
- 5) **Conjugales** : temps ensemble, activités, entente, sexualité, soutien émotionnel, aide, communication.

ANNEXE 4

GRILLE D'ENTREVUE ETHNOGRAPHIQUE

En général, concernant la communauté :

Depuis combien de temps la communauté a été créée?

Comment la (les) relocalisation(s) a (ont) il affecté les gens?

À quand remonte les premières problématiques?

Quels sont-elles?

Le suicide est apparu quand?

Quelle a été l'évolution de la communauté depuis ce premier cas?

Quand est-ce devenu une problématique importante (en nombre)?

Comment les gens réagissent-ils aujourd'hui?

Comment décririez-vous le climat de la communauté?

À quels facteurs attribuez-vous le suicide?

Quel est, selon vous, le rôle des dirigeants?

Se reportant directement au cas de suicides en série :

Comment la société percevait les suicidés précédents?

Est-ce qu'il s'agissait d'un leader de la communauté?

Quelle a été l'influence de ce suicide sur la communauté?

S'est-il développé un sentiment de fatalisme que la communauté ne pouvait rien faire?

Comment la communauté réagissait-elle à mesure que le nombre de suicide augmentait? (quelle a été l'évolution à travers la série)

La communauté percevait-elle ces suicides comme un indicateur de la santé de la communauté?

Comment la communauté perçoit-elle le suicide?

Avez-vous vu une augmentation des tentatives de suicide?

Quels ont été les rites entourant les funérailles des suicidés?

Étaient-ils différents de autres décès? Précisez.

Quel était le lien entre les différents suicides?

Investigué : lien de parenté, depuis combien de temps, etc.

Faisaient-ils partie du même groupe d'ami?

École, lieu de travail, club etc.

Quelle influence pouvait avoir le premier suicide sur les suicides ultérieurs?