

# Suicide chez les Autochtones au Canada



Collection recherche de la Fondation autochtone de guérison

© Fondation autochtone de guérison, 2007

Publié par :

Fondation autochtone de guérison  
75, rue Albert, pièce 801, Ottawa (Ontario) K1P 5E7  
Téléphone : (613) 237-4441  
Sans frais : (888) 725-8886  
Télécopieur : (613) 237-4442  
Courriel : [research@ahf.ca](mailto:research@ahf.ca)  
Site internet : [www.ahf.ca](http://www.ahf.ca)

Conception graphique et mise en page par :  
Fondation autochtone de guérison

Impression par :  
Dollco Printing

Version imprimée :  
ISBN 978-1-897285-50-3

Version électronique :  
ISBN 978-1-897285-52-7

L'utilisation du nom « Fondation autochtone de guérison » et du logo de la Fondation est interdite.  
La Fondation encourage cependant la reproduction du présent document à des fins non commerciales.

Ce projet de recherche a été financé par la Fondation autochtone de guérison (FADG), cependant les opinions exprimées dans ce rapport sont les opinions personnelles de l'auteur ou des auteurs.

This document is also available in English.

# Suicide chez les Autochtones au Canada

Rédigé pour le compte de la

Fondation autochtone de guérison

par

Laurence J. Kirmayer

Gregory M. Brass

Tara Holton

Ken Paul

Cori Simpson

Caroline Tait

2007



---

## Table des matières

Préface.....	vii
Abréviations .....	ix
Glossaire .....	xi
Résumé.....	xv
<b>1. Introduction.....</b>	<b>1</b>
La portée de ce rapport.....	2
Définitions du suicide et du comportement suicidaire .....	3
Méthodes d'étude sur le suicide.....	5
Études cliniques.....	5
Études épidémiologiques.....	6
Études ethnographiques.....	10
Sommaire du présent rapport.....	11
<b>2. Épidémiologie du suicide chez les Autochtones au Canada .....</b>	<b>13</b>
La démographie des Autochtones au Canada.....	13
La prévalence du suicide chez les populations autochtones .....	16
La prévalence des tentatives de suicide et de l'idéation suicidaire.....	22
Différences associées à l'âge.....	24
Différences entre les sexes .....	26
Situation de famille.....	27
Des changements avec le temps : effets de la période et effets de la cohorte .....	28
Épidémie de suicides.....	33
Méthodes de suicide .....	34
Sommaire.....	35
<b>3. Origine du suicide : vulnérabilité et résilience individuelles .....</b>	<b>37</b>
Troubles psychiatriques.....	38
Idéation et tentatives suicidaires antérieures.....	41
Consommation d'alcool et de substances psychoactives .....	43
Dépendance aux jeux de hasard.....	45
Facteurs liés au développement .....	46
Traits de la personnalité et du tempérament .....	46
Effet de l'alcool sur le fœtus .....	47
Rôle des parents et éducation des enfants .....	48
Séparation pendant l'enfance, perte et éclatement de la famille .....	48
Abus physique et sexuel pendant l'enfance.....	49
Désespoir, résolution de problèmes et raisons de vivre.....	51
Orientation sexuelle.....	53
Facteurs interpersonnels.....	55
Environnement physique .....	56
Résilience ou ressort psychologique.....	57

Interaction des facteurs de risque et des facteurs de protection .....	59
Sommaire.....	62
<b>4. Origine du suicide : souffrance sociale et survivance.....</b>	<b>63</b>
Structure sociale et économie .....	63
Pauvreté et chômage .....	64
Réserves, établissements et milieux urbains.....	65
Incarcération .....	66
Famille et religion.....	66
Désorganisation sociale et traditionnalisme.....	67
Facteurs culturels-historiques.....	68
Changement culturel, modernisation et acculturation .....	70
Acculturation.....	71
Niveau d'études.....	74
Assimilation forcée.....	75
Incidence du régime des pensionnats.....	75
Abus sexuel dans les pensionnats .....	78
Des collectivités sans enfant.....	79
Répercussions intergénérationnelles de la fréquentation des pensionnats .....	80
Établissement d'un rapport entre les pensionnats et le suicide .....	82
Les organismes de protection de la jeunesse et l'adoption systématique à l'extérieur des collectivités autochtones .....	84
Extension et application des services de protection de la jeunesse aux collectivités autochtones .....	85
Incidence de la pratique des « Sixties Scoop » [placement d'un très grand nombre d'enfants autochtones à l'extérieur des collectivités autochtones, dans des foyers non autochtones] .....	87
Continuité culturelle, mieux-être communautaire et identité collective.....	88
Sommaire.....	90
<b>5. Approches efficaces en prévention du suicide.....</b>	<b>95</b>
Niveaux de prévention.....	96
Programmes efficaces de prévention du suicide.....	99
Stratégies de prévention primaire.....	101
Restriction des moyens létaux .....	101
Programmes scolaires de prévention du suicide .....	102
Programmes de soutien par des pairs .....	105
Approches communautaires .....	106
Formation d'« anges-gardiens » .....	109
Médias de masse.....	109
Prévention secondaire : Intervention et traitement précoces .....	110
Rôle des professionnels et des services pour la santé mentale.....	111
Prévention tertiaire ou post-intervention.....	113
Sommaire.....	113
<b>6. Conclusion : Mieux comprendre et prévenir le suicide.....</b>	<b>115</b>

Une perspective intégrative sur le suicide .....	115
Adaptation des pratiques en prévention destinées aux populations autochtones.....	120
Taille et localisation des collectivités .....	120
Accessibilité aux services .....	121
Offre ou disponibilité de travailleurs autochtones en santé mentale.....	122
Protection de la vie privée et confidentialité.....	122
Diversité culturelle et linguistique.....	123
Rapidité du changement culturel et social.....	124
Lignes directrices concernant les « meilleures pratiques » en prévention du suicide.....	124
Orientation générale .....	126
Planification et coordination.....	127
Prévention .....	127
Intervention .....	128
Post-intervention.....	129
Évaluation .....	130
Conclusion .....	131
<b>Appendice A) Programmes de formation recommandés en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide.....</b>	<b>133</b>
Applied Suicide Interventions Skills Training/Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST).....	133
Formation de 5 jours en prévention du suicide destinée aux collectivités autochtones .....	134
White Stone : Formation pour la prévention du suicide chez les jeunes autochtones à l'intention des jeunes éducateurs.....	136
Community-Based Suicide Prevention Program (CBSPP) .....	137
Zuni Life Skills Development Curriculum (ZLSD) .....	139
Jicarilla Suicide Prevention Program.....	140
Northwest Territories Suicide Prevention Training (NTSPT) .....	141
Information sur les ressources relatives aux programmes recommandés en prévention du suicide .....	143
<b>Appendice B) Ressources additionnelles : Manuels et boîtes à outils .....</b>	<b>145</b>
Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies .....	145
National Inuit Youth Suicide Prevention Framework.....	145
National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy Program Framework .....	145
Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations .....	146
Trousse d'évaluation et de planification en matière de prévention du suicide dans les communautés des Premières Nations.....	146
Aboriginal Healing and Wellness Strategy Suicide Prevention and Intervention Resource Kit.....	147
<b>Appendice C) Ressources additionnelles : Organismes .....</b>	<b>149</b>
<b>Références .....</b>	<b>151</b>

### Liste des figures

Figure 2-1)	Comparison of National Suicide and Self-Inflicted Injury Rates, 2000 .....	16
Figure 2-2)	Comparison of Suicide Rates of First Nations and General Population in Canada, 1980–1999 .....	17
Figure 2-3)	Age-standardized Suicide Rate for Males by Region, 1997 .....	19
Figure 2-4)	Age-standardized Suicide Rate for Females by Region, 1997 .....	19
Figure 2-5)	Average Annual Suicide Rate Among Inuit in Nunavut by Region, 1999–2003 .....	20
Figure 2-6)	Average Annual Suicide Rate in British Columbia First Nations by Tribal Council, 1993–2000 .....	21
Figure 2-7)	Average Annual Suicide Rate Among Inuit in Nunavut by Community, 1999–2003 .....	21
Figure 2-8)	Taux bruts de décès par suicide par groupe d'âge, Premières Nations et population canadienne 1989–1993 .....	25
Figure 2-9)	Suicide Rates in Nunavut by Sex and Age Cohort, 1999–2003 .....	25
Figure 2-10)	Number of Deaths by Suicide in Nunavut, 1975–2003 .....	29
Figure 2-11)	Number of Deaths by Suicide in Nunavik, 1972–2001 .....	30
Figure 2-12)	Suicide Rates in Nunavut by Age, 1980–2003 .....	30
Figure 2-13)	Nombre de décès par suicide dans la nation Nishnawbe Aski, 1986–1995 .....	31
Figure 2-14)	Suicide Rates in British Columbia First Nations, 1993–2000 .....	31
Figure 2-15)	Suicide Rates in Alberta First Nations, 1992–2001 .....	32
Figure 3-1)	Interaction des facteurs de risque et des facteurs de protection personnels liés au suicide .....	61
Figure 4-1)	Youth Suicide Rates by Number of Cultural Continuity Factors in British Columbia First Nations, 1987–1992 .....	89
Figure 4-2)	Effets transgénérationnels de l'expérience des pensionnats .....	92
Figure 6-1)	Modèle intégratif des origines ou causes du suicide .....	118
Figure 6-2)	Niveaux d'intervention en prévention du suicide .....	125

### Liste des tableaux

Table 2-1)	Taux de suicide recensé chez les groupes autochtones au Canada .....	18
Table 3-1)	Facteurs de protection liés à la santé mentale chez les Autochtones .....	60
Table 4-1)	Effets transgénérationnels des pensionnats .....	84
Table 5-1)	Stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé .....	97
Table 5-2)	Facteurs de risque et facteurs de protection applicables en prévention .....	99

---

## Préface

Ce rapport a été rédigé en vertu d'un contrat avec la Fondation autochtone de guérison et grâce à l'appui accordé par le Fonds de la recherche en santé du Québec, le Conseil québécois de la recherche sociale et les Instituts de recherche en santé du Canada – Institut de la santé des autochtones. Cependant, ces organismes n'assument aucune responsabilité quant à son contenu.

L'analyse documentaire a été effectuée avec la collaboration de Elizabeth Anthony, Margaret Cargo, Geneviève Garneau, Arlene Laliberté, Katherine Gofton, Elizabeth A.M. Guerrier, Melissa Mair, Chantal Robillard, Lara Stern, Hani Tamim et Catherine Zygmuntowicz. Marcelle Durrum, Marsha Vicaire et Claire Fantus m'ont fourni de l'aide pour la rédaction. Je remercie Kay Berckmans et Antonella Clerici qui ont assuré le soutien administratif.

Le contenu de ce document repose en grande partie sur des articles et des rapports publiés antérieurement par l'équipe de Aboriginal Mental Health Research Team (Kirmayer et coll., 1993a; 1993b; 1994a; 1999). L'équipe de collaborateurs ayant produit ces premières études était composée des personnes suivantes : Lucy Boothroyd, Louise Bujold-Brown, Rose DuFour, Nadia Ferrara, Kathryn Gill, Barbara Hayton, Vania Jimenez, Arlene Laliberté, Brenda Laronde Simpson, Michael Malus, Consuelo Quesney, André Smith, Yeshim Ternar et Terri Yu.

Laurence J. Kirmayer, M.D.

Montréal, mai 2006



---

## Abréviations

AAS	American Association of Suicidology
ACADRE	Aboriginal Capacity and Developmental Research Environments / Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé (CDCARS)
ACYRN	Aboriginal Community Youth Resilience Network
APN	Assemblée des Premières Nations
FADG	Fondation autochtone de guérison
AHWS	Aboriginal Healing and Wellness Strategy / Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones (SRMA)
ARBD	Alcohol-related birth defects / Malformation congénitale liée à l'alcool (MCLA)
ASIST	Applied Suicide Intervention Skills Training / Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST)
CASP	Canadian Association for Suicide Prevention / Association canadienne pour la prévention du suicide (ACPS)
CBSPP	Community-Based Suicide Prevention Program
CI	Confidence interval / Intervalle de confiance (IC)
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CSP	Centre for Suicide Prevention
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DSM	Diagnostic and Statistical Manual / Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)
FAE	Fetal alcohol effects / Effet de l'alcool sur le fœtus (EAF)
FAS	Fetal alcohol syndrome / Syndrome d'alcoolisme foetal (SAF)
FNIHB	First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada / Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI)
INAC	Indian and Northern Affairs Canada / Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC)
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
NAHO	National Aboriginal Health Organization / Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)
NAYSPS	National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy / Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (SNPSJA)
NIYC	National Inuit Youth Council
NTSPT	Northwest Territories Suicide Prevention Training / Guide de formation en prévention du suicide dans les Territoires du Nord-Ouest
OR	Odds ratio
OSPN	Ontario Suicide Prevention Network
RHS	First Nations Regional Longitudinal Health Survey / L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS)
RR	Relative risk / Risque relatif (RR)
SPRC	Suicide Prevention Resource Centre / Centre de ressources sur la prévention du suicide (CRPS)
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitor / inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine (ISRS)

WHO	World Health Organization / Organisation mondiale de la santé (OMS)
ZLSD	Zuni Life Skills Development Curriculum

---

## Glossaire

**Ambivalence** – L’ambivalence fait référence au conflit entre des souhaits ou des désirs contradictoires chez une personne; dans le contexte du suicide, notamment, la personne ambivalente peut simultanément ressentir le désir de mourrir et le désir de vivre.

**Anomie** – Le sociologue Émile Durkheim utilise ce terme pour désigner un manque d’ordre social et d’intégration au sein d’une société; il évoque la possibilité qu’il y ait une relation entre les conditions sociales et le suicide. Le *suicide anémique* peut survenir dans une société où sévit un manque d’« ordre collectif » en raison des changements sociaux radicaux auxquels elle est soumise.

**Antidépresseur** – Un médicament administré pour traiter une dépression majeure.

**Anxiété** – Manifestation d’un état d’angoisse ou de désarroi (anxieux) ou le sentiment d’une grande nervosité et de peur; un trouble psychiatrique caractérisé par un état de malaise extrême.

**Bimodal** – Distribution statistique présentant deux sommets.

**Cohorte** – En épidémiologie, un groupe bien cerné de personnes qui ont une expérience d’exposition commune ou ont été exposées et sont par la suite suivies. Une *cohorte de naissance* (*génération*) est un groupe de personnes nées au cours d’une même période de temps.

**Comorbidité** – La cooccurrence de deux ou plus de deux maladies ou affections/troubles; on fait généralement référence à un trouble psychiatrique ou psychologique concomitant avec des troubles liés à la consommation de substances psychoactives.

**Corrélation** – Une relation entre des variables ou des mesures faisant en sorte que, si l’une d’entre elles augmente, l’autre le fait aussi (une corrélation positive), et de même si l’une des variables diminue, l’autre diminue également (corrélation négative).

**Corrélat** - Éléments (facteurs) en relation avec un autre par corrélation.

**Dépression** – Trouble psychiatrique caractérisé par une tristesse persistante, un état d’abattement, l’absence de motivation, la perte d’intérêt ou de plaisir dans les activités habituelles, du mal à se concentrer ou à penser, une perte d’énergie, de la fatigue, un ralentissement, léthargie ou agitation. Comme autres symptômes, on indique la perte d’appétit, des troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), la perte d’intérêt à l’égard de la sexualité et la perte de poids.

**Distribution** – En épidémiologie, c’est le type et la fréquence d’une caractéristique chez une population. En statistique, il s’agit plutôt de la fréquence observée ou théorique de valeurs d’une variable.

**DSM-IV** – La quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l’American Psychiatric Association; le répertoire ou le système diagnostique normalisé des troubles/affections psychiatriques en usage au Canada et aux États-Unis.

**Dysphorie** – Une humeur désagréable comme l'irritabilité, la tristesse ou l'anxiété.

**Effet de la période** – Un effet résultant de facteurs qui influent sur une population entière à un moment donné (p. ex., l'introduction de changements dans des pratiques diagnostiques).

**Effet sur une cohorte** – Une variation de la santé ou d'autres caractéristiques qui s'expliquent par certains facteurs auxquels une cohorte de naissances spécifique de la population a été exposée.

**Étude longitudinale** – Une étude qui suit l'évolution d'un groupe de personnes à mesure que le temps passe (tout au long d'une période).

**Facteur de protection** – Un aspect ou qualité chez une personne ou propre à un environnement qui contribue à diminuer la probabilité d'apparition d'une maladie ou d'augmentation de la résilience.

**Facteur de risque** – Un aspect chez une personne ou propre à un environnement qui augmente la possibilité de maladie (ou de troubles pathologiques).

**Fiabilité** – Le degré selon lequel une mesure (p. ex., test psychologique) reste constante après plusieurs évaluations et dans des conditions restées identiques.

**ICD-10** – La dixième édition de *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, le système diagnostique normalisé en usage au niveau international (y compris les diagnostics psychiatriques similaires à ceux répertoriés dans DSM-IV).

**Incidence** – Le nombre de nouveaux cas de personnes se déclarant malades durant une période donnée au sein d'une population spécifique (p. ex., de nouveaux cas de maladie dans une population pendant une période déterminée).

**Locus de contrôle** – Une évaluation axée sur la croyance d'une personne que ce qui lui arrive est sous son propre contrôle (maître de la situation/*locus de contrôle interne*) ou sous le contrôle d'autres personnes ou de forces extérieures (*locus de contrôle externe*).

**Maladie affective bipolaire** (qu'on désigne également comme psychose maniaco-dépressive) – Un trouble psychiatrique caractérisé par des périodes (de manie-dépression) cycliques (s'étendant sur des jours, des semaines ou des mois) où la personne ressent des fluctuations extrêmes d'humeur allant d'accès maniaques (euphoriques) à l'abattement (dépression).

**Morbidité** – Toute pathologie ou maladie.

**Odds ratio** – La mesure d'une association qui quantifie la relation entre une exposition/un risque et les résultats (de santé) provenant d'une étude comparative (p. ex., un facteur ayant un odds ratio de 2,0 augmenterait la probabilité d'un résultat par 2).

**Parasuicide** – Tout comportement de prédisposition à l'auto-mutilation intentionnelle et pathogène (grave) qui peut constituer un risque de décès.

---

**Post-intervention** – La post-intervention fait référence à des interventions effectuées « après coup » dans le but de traiter et d'atténuer les répercussions d'un traumatisme ou d'un suicide.

**Prévalence** – Le nombre de cas ou de personnes touchés par une maladie, un problème ou un trouble/état (pathologique), au sein d'une population donnée à un moment déterminé.

**Prévention primaire** – Une intervention qui vise à empêcher l'occurrence de nouveaux cas de maladie, de trouble ou d'état pathologique, dans une population.

**Psychométrie** – Des caractéristiques statistiques relatives à des échelles, dont la fiabilité et la validité. De plus, c'est le domaine d'étude se rapportant à la théorie et à la technique de la mesure psychologique, ce qui comprend la mesure des connaissances, des attitudes/dispositions et des traits de la personnalité. Ce domaine s'intéresse principalement à l'étude des différences entre les individus.

**Psychose** – Une affection mentale se manifestant par l'anomalie du contact avec la réalité, dont les symptômes comprennent entre autres des hallucinations (entendre ou voir des choses que les autres n'entendent pas, ni ne voient), et du délire (de fausses croyances ou convictions qui ne peuvent pas être changées, même si elles sont clairement démontrées comme erronées).

**Recherche directe de cas** – Dépistage d'une population à l'aide d'un questionnaire ou d'une entrevue dans le but d'identifier des personnes suicidaires.

**Résilience (ou ressort psychologique)** – La capacité de s'adapter positivement et de bien se développer en dépit de l'adversité.

**Schizophrénie** – Un trouble psychique caractérisé par des symptômes psychotiques chroniques, ce qui peut comprendre du délire, des hallucinations, des pensées désordonnées, un comportement ou un discours anormal, de même que le retrait social, qui nuit à la capacité de la personne d'interagir avec d'autres.

**Sens/notion de la cohérence (SOC)** – SOC est une orientation psychologique globale selon laquelle une personne a l'assurance que la vie vaut la peine d'être vécue, qu'elle a la capacité de satisfaire à ses exigences et que ses efforts à cet égard en valent la peine. «TRAD. Le sens de la cohérence se compose de trois éléments : la faculté de compréhension, la faculté de gestion et la perception d'une signification. (Antonovsky, 1993).

**Taux de mortalité** – La fréquence de décès dans une population donnée pendant un intervalle de temps précis.

**Traits névrotiques** – Un trait de personnalité caractérisé par une prédisposition à ressentir des symptômes multiples et des émotions négatives (inquiétude, anxiété ou dépression).

**Trouble de conduites** – Un trouble de l'enfance ou de l'adolescence caractérisé par des activités anti-sociales répétées et persistantes qui violent les droits des autres. Comme symptômes, ce trouble se manifeste par la violence physique ou verbale dirigée vers les autres, la violation répétée des règles et des normes sociales propres à l'âge, le vol et la tricherie, la malhonnêteté envers les autres dans le but de fuir les responsabilités, de se défilier, ou pour en tirer des bénéfices personnels.

**Trouble de la personnalité** – Des troubles de la personnalité sont des états mentaux ou psychiques liés à des aspects persistants de la personnalité de personnes mésadaptées, ce qui entraîne des effets négatifs sur la qualité de vie de ces personnes et/ou sur celle des autres.

**Trouble de la personnalité antisociale** – Un diagnostic psychiatrique dans le cas d'une personne aux prises avec des difficultés sociales réitérées et persistantes, notamment des démêlés avec la justice, de l'inconsistance au niveau de l'emploi et de l'irresponsabilité dans son rôle de parent. À l'adolescence, les manifestations peuvent comporter de l'école buissonnière ou l'expulsion de l'école, des fugues, l'habitude invétérée de mentir, de la débauche sexuelle, de la consommation excessive de substances psychoactives, des bagarres et du vandalisme.

**Trouble de la personnalité limite (borderline)** – Un problème de santé mentale caractérisé par l'instabilité des humeurs, par l'instabilité de l'image de soi-même et des relations interpersonnelles. Comme symptômes, ce trouble se manifeste par des accès de colère intense (bleue), de la dépression et de l'anxiété qui peuvent durer des heures ou, tout au plus, une journée. Ces épisodes peuvent être associés à un comportement agressif impulsif, à de l'auto-mutilation et à la consommation abusive de substances psychoactives.

**Validité** – Confirmation que le test, le questionnaire ou l'entrevue ou le diagnostic qu'on considère évalue réellement ce qu'il est supposé évaluer.

---

## Résumé

Le suicide est un événement profondément troublant qui remet en question notre conception du sens et de la valeur de la vie, qui suscite beaucoup de souffrances et une profonde perplexité chez la famille et les amis des personnes ayant mis fin à leur vie. Qu'est-ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue en dépit des difficultés et de l'adversité? Qu'est-ce qui incite des personnes à prendre la décision de s'enlever la vie ou de poser impulsivement un acte d'autodestruction sans même envisager l'avenir qui les attend? Dans quelle mesure le suicide est-il révélateur de la souffrance ressentie par la personne ou témoigne-t-il d'une situation pénible dans l'ensemble de la société? Même si le suicide n'est qu'un des indicateurs de la souffrance individuelle et collective, il faut lui accorder une attention spéciale en raison de sa gravité et de son irrévocabilité.

Au cours des dernières années, les Autochtones au Canada sont aux prises avec un taux de suicide beaucoup plus élevé que celui de la population générale. En effet, chez les Canadiens, le taux global a diminué, alors que, dans certaines populations et collectivités autochtones, ce taux n'a cessé d'augmenter depuis les deux dernières décennies. Bien qu'il y ait d'énormes variations dans l'ensemble des collectivités, des bandes et des nations, le taux de suicide global dans les collectivités de Premières Nations est deux fois plus élevé que dans la population canadienne en général; chez les Inuit, il est encore plus élevé – de 6 à 11 fois supérieur à celui de la population générale. Pour les Autochtones, le suicide témoigne de la détresse des jeunes. De 10 ans à 29 ans, les jeunes autochtones dans les réserves sont 5 à 6 fois plus à risque de mourir de suicide que leurs semblables faisant partie de la population générale. Un tiers de l'ensemble des décès chez les jeunes autochtones est attribuable au suicide. Même si la différence entre les sexes est moins importante que celle dans la population non autochtone, les hommes risquent davantage de mourir de suicide que les femmes, mais celles-ci font plus souvent des tentatives de suicide. Malgré le fait qu'il y ait une préoccupation généralisée au sujet de ces données alarmantes, un manque d'information sur le suicide chez les Autochtones, de la source du problème, ainsi que sur les interventions efficaces pour l'empêcher, continue d'exister.

Le suicide est un comportement ou un acte, non pas un trouble mental distinct. Comme tout comportement, il résulte de l'interaction de nombreux facteurs d'ordre personnel, historique et contextuel différents. Le suicide peut être associé à un grand nombre de problèmes personnels et sociaux et il a de multiples causes déterminantes qui diffèrent dans chacun des cas. En fait, le suicide n'est qu'un des indices de la santé et du bien-être d'une population; il s'avère donc important de le considérer dans le contexte plus général de la santé et du bien-être psychologique et social.

Le suicide n'est jamais l'aboutissement d'une seule cause, mais il surgit d'un réseau complexe de circonstances interagissantes au niveau personnel et social. Suivant la perspective de la prévention, les facteurs contributifs au suicide peuvent être considérés en termes de facteurs de risque qui accroissent la probabilité d'un comportement suicidaire et de facteurs de protection susceptibles de la réduire. Font partie de ces facteurs de risque et de ces facteurs de protection, les milieux physique et social; la constitution, le tempérament ou les expériences de développement de la personne en cause; les relations interpersonnelles; la consommation abusive d'alcool et de substances psychoactives; les idées suicidaires et les tentatives de suicide précédentes; des troubles psychiatriques coexistants. Ces facteurs individuels qui ont une incidence sur le suicide chez les Autochtones ne sont pas différents de ceux qu'on retrouve dans d'autres populations et dans d'autres collectivités, mais la prévalence et l'interpénétration de ces facteurs diffèrent dans le cas des collectivités autochtones en raison de leur histoire de colonisation et de leurs interactions ultérieures avec les institutions sociales et politiques de la société canadienne.

Le suicide n'est qu'un des indicateurs de la détresse dans les communautés. Pour chaque cas de suicide, il peut y avoir à l'arrière plan un grand nombre de personnes souffrant de dépression, d'anxiété et d'autres sentiments d'obstruction ou d'empêchement d'agir, d'impuissance et de désespoir. D'autre part, chaque suicide a des conséquences dévastatrices qui bouleversent un grand nombre de personnes – la famille, les proches et les pairs qui trouvent un écho de leur propre situation difficile et qui, même parfois, peuvent être incités à envisager de se suicider face à cet événement. Le cercle du sentiment de perte, de deuil et de détresse comme suite au suicide s'étend à toute la communauté. Dans de petites localités autochtones où bien des personnes sont parentes et où bien des gens sont confrontés à des histoires semblables de malheurs personnels et collectifs, les répercussions d'un suicide peuvent être particulièrement désastreuses et graves.

Même si une grande partie de la documentation sur le suicide dans la population en général est appropriée ou applicable à l'expérience vécue par les Autochtones, des considérations spécifiques d'ordre culturel, historique et politique peuvent toutefois contribuer à la prévalence plus élevée et nécessiter de repenser les modèles et les hypothèses issus du courant de pensée général. Dans le présent rapport, nous soulignons ce qui est distinct chez les Autochtones au Canada dans le but de faire ressortir le manque important de connaissances et d'orienter l'élaboration et l'adaptation de stratégies de prévention culturellement appropriées.

De façon générale, les facteurs de risque associés au suicide chez les jeunes autochtones sont semblables à ceux liés au suicide dans la population typique des jeunes gens. On relève parmi ces facteurs la dépression, le désespoir, le manque d'estime de soi ou une image négative de soi-même, la consommation abusive de substances psychoactives (particulièrement l'alcool), le suicide d'un membre de la famille ou d'un ami, des antécédents personnels d'abus physique ou sexuel, une histoire de violence familiale, de négligence de la part des parents, d'un manque de soutien parental, de relations difficiles avec des pairs ou d'isolement social et d'une piètre performance à l'école. Deux modes de comportement imbriqués témoignant d'une vulnérabilité au suicide ressortent de la documentation existante : (1) une dépression grave est un facteur contributif clé dans le cas de nombreux suicides; (2) des situations de crise dans la vie, de l'abus de substances psychoactives et des traits de caractère personnel marqués d'impulsivité violente (desseins agressifs) peuvent avoir joué un rôle important dans bien des suicides, surtout chez les jeunes. Quant aux facteurs de protection, ils contribuent à assurer une résilience personnelle; ce sont notamment des facteurs comme l'harmonie et la cohésion de la famille, la participation aux activités familiales, une bonne communication et le fait que la personne en cause se sent bien comprise par chaque membre de la famille, a de bonnes relations avec ses pairs et réussit bien à l'école.

Être bien renseigné sur ces facteurs donne des moyens permettant l'identification des jeunes de la communauté qui sont exposés à un risque plus grand de se suicider, notamment ceux qui ont des problèmes de santé mentale (surtout ceux qui souffrent de dépression, mais aussi un problème d'abus des substances psychoactives, d'anxiété ou des problèmes de conduite associés à un comportement impulsif et agressif), une histoire de victime de violence physique ou sexuelle, un ami ou un proche ayant tenté de se suicider, de mauvaises relations avec ses parents et une fréquentation ou une performance scolaire problématique. En offrant des services de santé mentale, en se mobilisant pour assurer du soutien social et en augmentant la participation communautaire pour ces jeunes et leur famille, on devrait pouvoir diminuer le risque de suicide. Également, des interventions précoces auprès des familles et des collectivités dans le but d'assurer le développement sain des enfants en bas âge (des bébés) et des enfants en général peuvent réduire la prévalence de troubles de la personnalité et d'autres problèmes de santé mentale qui deviennent beaucoup plus difficiles à traiter chez les adolescents ou chez les adultes.

Toutefois, ce portrait de la vulnérabilité et de la résilience individuelles n'est qu'une des facettes du tableau général de la situation. Le comportement suicidaire a des répercussions sur de nombreuses populations de jeunes dans certaines communautés autochtones, mais il n'en a pas dans d'autres collectivités. Cette situation nous fait bien comprendre qu'il y a des forces sociales d'importance capitale qui opèrent aux niveaux des communautés, des régions et des nations. Bien saisir le rôle que ces facteurs sociaux à grande échelle exercent s'avère par conséquent crucial pour parvenir à cerner les agents contributifs les plus importants au suicide dans le cas d'une population ou d'une collectivité autochtone spécifique, ou celui d'une personne en particulier.

Le stress de l'acculturation et de la marginalisation (responsable du manque d'acquisition et d'appréciation des valeurs et de l'identité autochtones, de même que de l'incapacité à s'auto-identifier aux valeurs culturelles de la société dominante) a été maintes et maintes fois décrit comme un facteur de risque lié au suicide chez l'adolescent autochtone. La marginalisation culturelle et les problèmes concomitants relatifs à la formation de l'identité peuvent rendre un jeune autochtone vulnérable, le pousser au suicide, même en l'absence de dépression clinique. Ces processus liés au stress causé par la marginalisation et l'acculturation ne portent pas simplement atteinte aux différences individuelles dans l'adaptation, mais ils sont aussi des agents grandement déterminés par des forces sociales et politiques hors du contrôle de la personne.

Les politiques gouvernementales de l'assimilation forcée mises en application par le biais du régime des pensionnats et des organismes de protection de la jeunesse ont eu pour conséquence une profonde dissociation dans la transmission de la culture et le maintien de collectivités saines. Les répercussions du régime des pensionnats (indiens) et d'autres mesures systématiques de suppression culturelle et d'assimilation forcée peuvent transparaître aux niveaux de l'expérience individuelle, des systèmes familiaux, des collectivités et des nations ou de populations toutes entières. Chacun de ces niveaux a son propre mécanisme pouvant transmettre des effets négatifs à travers des générations. Chaque niveau possède aussi sa propre façon de réagir : par la résilience, la revitalisation et le renouveau. La personne, la famille, la collectivité, la nation interagissent pour façonner chaque génération successive, afin qu'il y ait une continuation transgénérationnelle (historique), tout en préservant le caractère unique à bien des égards de leurs expériences. Les causes historiques des problèmes actuels doivent être reconnues et résolues pour qu'il y ait développement d'interventions efficaces susceptibles de transformer les cycles intrafamiliaux.

Quoiqu'il y ait encore absence de bonnes études d'évaluation et de démonstrations (de projets témoins) indiquant que les programmes de prévention du suicide fonctionnent vraiment, même dans le contexte de la population générale, des résultats récents laissent toutefois présager que certains types précis d'interventions sont susceptibles d'être efficaces. En effet, il y a des données probantes indiquant le bienfait des programmes ou interventions qui : (1) interdisent l'accessibilité à des moyens pouvant mener au suicide; (2) donnent à l'école de l'information/éducation qui permet d'acquérir des habiletés d'adaptation, d'apprendre de quelle façon on peut reconnaître et identifier les personnes à risque et comment les diriger vers des services de counselling ou de santé mentale; (3) forment des jeunes à l'entraide par les pairs, à être « des aidants naturels » envers leurs camarades; (4) forment d'autres personnes avec qui les jeunes peuvent être en contact fréquemment (des enseignants, des infirmières/infirmiers, des prestataires de soins de santé primaires, des membres du clergé, des parents) afin qu'ils soient capables de reconnaître les jeunes à risque et de les renvoyer à des services spécialisés; (5) mobilisent la communauté pour que les responsables établissent des programmes de prévention du suicide, mettent sur pied une équipe d'intervention en situation de crise, du soutien à la famille et des activités qui rassemblent les jeunes et les Aînés pour que ces derniers leur transmettent leurs

connaissances et leurs valeurs culturelles; (6) s'assurent que les médias de masse présentent le suicide et les autres problèmes communautaires de façon judicieuse.

Quant aux personnes déjà considérées à risque de suicide ou souffrant d'autres problèmes de santé mentale, il est crucial de s'assurer qu'elles aient accès à des services de santé mentale compétents, adaptés. Selon la gravité du problème, les services visés englobent la psychiatrie, la psychologie, le counselling, l'entraide par les pairs, ainsi que d'autres formes d'aide et de guérison proprement autochtones. Les familles et les amis affligés par un suicide devraient également obtenir du counselling et d'autres formes de soutien disponibles. Par ailleurs, comme les jeunes dans les collectivités autochtones sont bien évidemment les plus affectés par le suicide, les mesures se doivent de porter principalement sur les jeunes, de leur accorder priorité. Cela étant dit, toute intervention visant à atténuer les souffrances et à reconforter, à assurer le bien-être des parents et des proches du jeune, fera du bien également au jeune concerné et contribuera à prévenir le suicide.

Compte tenu de la limitation des connaissances au sujet des efforts en prévention du suicide et de ce qui fonctionne bien, la recherche doit continuer à exercer un rôle important. En fait, la recherche de mesures favorisant la participation peut contribuer directement à la prévention du suicide en renforçant la capacité des collectivités. Pour parvenir à ces effets bénéfiques, la recherche doit être menée en collaboration avec les communautés pour en assurer la pertinence et la correspondance entre ce qu'elle vise et les besoins et les perceptions de la localité. Un code d'éthique pour la conduite de recherches faites conjointement avec des collectivités et des personnes autochtones a été publié par la Commission royale sur les peuples autochtones et l'Organisation nationale de la santé autochtone.

Souvent, le suicide est une réaction face au sentiment d'être pris au piège, coincé dans un cul-de-sac sans issue. C'est presque toujours avec effort qu'on se libère de sentiments de frustration, de deuil et de douleur psychique (morale) interminables.<sup>9</sup> La prévention du suicide doit par conséquent neutraliser les sentiments de frustration, de désespoir et de douleur insupportables sous toutes leurs formes nocives, offrir d'autres moyens de changer ou de fuir ces situations intolérables. Dans bien des cas, la solution peut impliquer le recours à la psychothérapie, à la médication ou à d'autres formes de guérison qui permettent à la personne de recouvrer le sentiment de capacité d'agir, de pouvoir personnel, d'auto-efficacité et de valeur personnelle. Là où la perte de l'espoir atteint les collectivités dans l'ensemble, malheureusement, cette approche individualisée peut être terriblement inefficace. Cependant, au lieu de transformer les communautés autochtones en « milieux thérapeutiques » où tout le monde se préoccupe de problèmes de santé mentale, il peut être plus efficace de s'attaquer directement aux problèmes sociaux qui mettent en péril des générations entières de jeunes gens en appuyant le développement communautaire et le renforcement du pouvoir politique/de l'autonomie. Ainsi, les jeunes gens évolueront avec leurs parents, leurs aînés, et les communautés, en se départissant d'une position de marginalisation, d'impuissance et de pessimisme pour parvenir à celle du pouvoir d'agir, de la créativité, de la confiance en soi et de l'espoir.

---

## Introduction

Note : Pour faciliter la lecture du présent document, le masculin est considéré comme genre neutre.

[TRADUCTION] Alors que j'avais 14 ans, un élève de ma classe s'est suicidé et, comment dire, ce malheur touche tout le monde. On se sent, vous savez, juste incroyablement vide à l'intérieur, parce qu'on ne fait pas cela, on ne peut pas faire cela, c'est trop difficile à comprendre. La façon dont une personne se sentirait (à ce moment-là), aller aussi loin que de se tuer, vous savez... C'est tellement grave que des personnes pareilles, vous savez, [des personnes] qui se sentent bien dans la vie... Quelqu'un dans son entourage se tue et on commence à s'interroger aussi sur sa vie. C'est un effet en cascade; c'est juste que tous les proches tombent sous le coup et se sentent écrasés par le poids de cette tension créée par la personne qui s'est tuée (jeune de Première Nation).<sup>1</sup>

Le suicide est un événement profondément troublant qui remet en question notre conception touchant le sens et la valeur de la vie; il laisse dans son sillage la douleur et la perplexité chez la famille et les amis de ces personnes ayant attenté à leur vie. Qu'est-ce qui fait que la vie vaut la peine d'être vécue malgré les épreuves et l'adversité? Qu'est-ce qui fait que quelqu'un décide de se donner la mort ou de se comporter impulsivement de façon autodestructrice en ne faisant aucun cas de son avenir? Dans quelle mesure le suicide est-il révélateur de souffrances personnelles ou d'une situation sociale générale particulièrement pénible? Quoique le suicide ne soit qu'un des indicateurs de la souffrance individuelle et collective, il faut lui porter une attention particulière en raison de sa gravité et de son irrévocabilité.

Au cours des dernières années, les Autochtones au Canada ont été éprouvés par un taux de suicide beaucoup plus élevé que celui chez la population générale. Alors que le taux global au Canada a diminué, dans certaines collectivités et populations autochtones, ce taux a continué de grimper depuis les deux dernières décennies (Commission royale sur les peuples autochtones, 1995). Même s'il y a d'énormes variations parmi les collectivités, les bandes et les nations, le taux global de suicide chez les populations des Premières Nations représente le double de celui de l'ensemble de la population canadienne; le taux chez les Inuit est encore plus élevé – 6 à 11 fois supérieur à celui de la population générale (gouvernement du Canada). Pour ce qui est des Autochtones, le suicide témoigne de la détresse chez la jeunesse. De l'âge de 10 à 19 ans, les jeunes autochtones vivant dans les réserves ont 5 à 6 fois plus de risques de se suicider que leurs pairs au sein de la population générale (Comité consultatif sur la santé mentale autochtone, Direction générale des services médicaux, 1991a). Plus du tiers des décès chez les jeunes autochtones sont attribuables au suicide (Santé Canada, 2003). Malgré l'inquiétude généralisée que suscitent ces statistiques alarmantes, le manque d'information sur le suicide chez les Autochtones, ses causes, et sur les interventions efficaces en cette matière persiste (Comité consultatif sur la prévention du suicide, 2003).

Le présent rapport vise à faire l'intégration et l'analyse des comptes rendus de recherche disponibles afin de mieux comprendre les causes du suicide et d'identifier les interventions efficaces. Dans le cadre de ce rapport, la préférence est accordée aux études sur le suicide chez les Autochtones au Canada, ce qui comprend les

---

<sup>1</sup> Toutes les citations sont extraites d'archives recueillies par les programmes de formation en prévention du suicide qui font partie du *Centre for Suicide Prevention* à Calgary, Alberta, Canada. Le *Centre for Suicide Prevention* a autorisé l'utilisation des citations le 16 février 2006.

Indiens inscrits et les Indiens non inscrits, les Inuit et les Métis dans des milieux ruraux et urbains. Par ailleurs, on y retrouvera également de l'information pertinente sur le suicide chez d'autres peuples autochtones en Amérique du Nord, en Australie et d'autres endroits, de même que chez la population nord-américaine en général. De plus, nous avons effectué un examen des travaux de recherche déterminant les facteurs de risque et les facteurs de protection associés au suicide, de la documentation sur l'abus physique et sexuel, sur les pensionnats et d'autres causes de stress social, même si le suicide n'y était pas formellement analysé, afin d'identifier des liens possibles. En dernier lieu, un examen des modèles de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale actuellement appliqués a été mené dans le but d'identifier des pratiques exemplaires qui peuvent être adaptées aux populations et aux collectivités autochtones.

Le suicide relève du comportement ou de la conduite et ne constitue pas un trouble psychiatrique distinct. Comme tout comportement, il résulte de l'interaction de nombreux facteurs personnels, historiques et contextuels différents. En effet, le suicide peut être associé à une grande diversité de problèmes personnels et sociaux et, dans chacun des cas, il a maintes causes contributives différentes. En fait, le suicide n'est qu'un des indicateurs de la santé et du mieux-être d'une population. Il est donc important de considérer le suicide en fonction du contexte plus vaste de la santé et du mieux-être psychologique et social. Par conséquent, ce rapport tentera de situer l'expérience des Autochtones dans les contextes plus généraux de la santé mentale et de la société canadienne (Kirmayer, Brass et Tait, 2000).

Bien qu'une grande partie de la documentation sur le suicide chez la population en général peut s'appliquer à l'expérience des Autochtones, il y a toutefois des considérations culturelles, historiques et politiques qui leur sont particulières et qui contribuent à la prévalence élevée, ce qui oblige à repenser les modèles et les hypothèses conventionnels. Ce rapport fait ressortir ce qui est propre aux Autochtones au Canada pour permettre de cerner les lacunes en matière de connaissances et d'orienter l'élaboration et l'adaptation de stratégies de prévention appropriées à la culture.

### La portée de ce rapport

Le présent rapport a été rédigé sur commande de la Fondation autochtone de guérison. Il vise à faire l'examen des travaux de recherche se rapportant au suicide et aux tentatives de suicide chez les Autochtones au Canada (Première Nation, Inuit et Métis)<sup>2</sup> afin de répondre à quatre grandes questions :

1. Que sait-on au sujet de la prévalence et de la distribution du suicide dans les populations et les collectivités autochtones au Canada?
2. Quels sont les facteurs qui augmentent ou diminuent le risque de suicide chez des individus et des collectivités?

---

<sup>2</sup> Tout au long de ce rapport, le terme *Autochtone* est utilisé pour couvrir l'ensemble des Premières Nations, des Inuit et des Métis au Canada. En parlant de peuples indigènes provenant d'autres pays, les termes retenus auxquels on a recours actuellement ou ceux de la langue d'origine de l'étude spécifique sont adoptés. Pour ce qui est des États-Unis, les termes *Amérindiens*, *Indigènes des amériques*, *autochtones de l'Alaska ou Indiens d'Amérique* et *Esquimau* sont utilisés selon l'usage dans la source faisant l'objet de l'examen.

3. Qu'avons-nous comme données probantes pour établir un lien entre le suicide et les séquelles intergénérationnelles de l'expérience vécue dans les pensionnats, particulièrement l'abus physique et sexuel?
4. Quelles sont les meilleures pratiques et les interventions appliquées actuellement dans le domaine de la prévention du suicide et auprès des personnes suicidaires et des collectivités touchées?

En décembre 2003, une vaste recherche documentaire a été effectuée à l'aide du réseau Internet et a mis à contribution Medline et PsychINFO. Les termes utilisés dans le cadre de cette recherche faisaient mention de tentative de suicide et de suicide (complété), de groupes ethniques (Indigènes/Aborigènes), Autochtones, Amérindiens, Premières Nations, Esquimau, Inuit. Des articles ont été choisis en raison de leur qualité scientifique et de leur pertinence par rapport aux questions de santé mentale autochtone. De plus, on a recensé des rapports obtenus d'organisations autochtones et de centres d'information sur le suicide. À la suite de la recension de ces ouvrages et documents, le présent rapport met l'accent sur la présentation de la documentation scientifique; mais celle-ci est analysée et intégrée tout au long du rapport en prêtant une attention toute particulière aux documents existants qui font état des perspectives autochtones présentées dans des comptes rendus de conférences, de séances d'information et de consultations.

### Définitions du suicide et du comportement suicidaire

Le comportement suicidaire englobe toute une série d'actes autodestructeurs. La définition classique du suicide nous vient du sociologue Emile Durkheim :

[TRADUCTION] Le terme *suicide s'applique à tous les cas de décès résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif commis par la victime elle-même alors qu'elle sait quel effet cet acte produira* (1951 :44).

Quoique cette définition semble claire et précise, elle présuppose cependant qu'il est possible de savoir ce que des personnes en état de crise ou se démenant dans une période prolongée d'intense détresse pensaient au moment d'agir. Généralement, il n'y a aucun moyen de reconstituer en toute certitude ce que quelqu'un pensait ou projetait au moment de son décès. Même pour les proches qui connaissaient bien la personne, il peut être très difficile de déterminer avec précision le mobile ou l'intention qui l'a poussée à se donner la mort. Dans le cas de tentative de suicide, les personnes peuvent n'avoir que très peu de souvenirs des circonstances entourant leur geste du fait qu'elles étaient en état d'ébriété, droguées ou en état d'extrême confusion ou d'agitation. Sur le plan clinique, des patients retracent souvent des motivations contradictoires et complexes qui évoluent à mesure qu'ils se rétablissent et qu'ils tentent de se distancer de la crise qu'ils ont vécue. Dans le cas d'études sur des décès par suicide où des évaluations ne peuvent être faites que rétrospectivement en interviewant d'autres personnes (ce qu'on appelle une « autopsie psychologique »), les avis concernant l'intention des personnes suicidées restent inévitablement incertains.

Les rapports officiels des coroners sur des suicides ou d'autres causes de décès sont souvent incorrects, incomplets, et ils ne contiennent pas d'information déterminante qui permet l'analyse précise des corrélats psychologiques et socio-culturels d'un suicide. En réalité, le suicide est associé à un stigmate considérable; c'est pourquoi la famille et les autorités peuvent être réticentes à le rapporter ou à le reconnaître. Même les dossiers des hôpitaux peuvent être imprécis (Rhodes et coll., 2002). L'automutilation peut ressembler à une

maladie préexistante ou son aggravation, ce qui rend difficile de faire le départage entre le suicide et une « mort naturelle ».

Les chercheurs ont fait la distinction entre des recherches sur des *tentatives de suicide*, des *suicides complétés* et des *parasuicides* (un comportement d'automutilation ou entraînant un risque qui met la vie en danger sans que le suicide soit un objectif voulu consciemment). L'Organisation mondiale de la santé a défini le parasuicide comme :

[TRADUCTION] poser un acte n'ayant pas d'issue fatale, selon lequel une personne adopte délibérément un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autres, entraînera des blessures volontaires, ou l'amènera à absorber une quantité excessive d'une substance prescrite ou généralement admise comme posologie thérapeutique, dans le but de réaliser des changements recherchés au moyen d'effets physiques réels ou prévus (1986:2).

Il s'agit d'une définition complexe qui suppose des évaluations de la motivation difficiles à faire. C'est pourquoi il y a une polémique à propos de ce qui entre dans la catégorie des comportements liés au suicide ou le parasuicide. À titre d'exemple, beaucoup de façons d'agir dangereuses, risquées, ou autodestructrices peuvent être motivées par le même sentiment de désespoir, de souffrance, et le même désir de fuir une vie de malheurs que ceux qui incitent des personnes au suicide. D'autre part, dans bien des collectivités autochtones, certains types de comportements périlleux (comme de conduire un véhicule tout terrain sans casque) sont si fréquents chez les jeunes qu'on ne peut faire la distinction entre ceux qui sont déprimés ou suicidaires et ceux qui vont bien. Un comportement de prise de risques et un comportement suicidaire peuvent être en partie apparentés du fait que les deux sont influencés par certains facteurs liés à la personnalité, dont l'impulsivité.

Certains accidents peuvent être associés à une grande détresse morale et au désir de mourir (Clarke, Frankish et Green, 1997); toutefois, il peut arriver aussi que l'accident ne résulte pas d'une intention bien précise, mais qu'il soit plutôt attribuable à un manque d'attention causé par des préoccupations ou par une distraction. Dans des cas comportant des actes réitérés d'autodestruction comme l'abus de substances psychoactives, certains observateurs sont enclins à interpréter ce comportement comme une forme de « suicide par retardement ». On présume qu'il y a là une intention d'autodestruction qui ne peut se confirmer. Par ailleurs, des personnes peuvent se trouver prises dans divers modes de comportement considérés autodestructeurs sans qu'elles aient l'intention de se donner la mort. De plus, en général, le comportement suicidaire implique un certain degré d'ambivalence amenant la personne à ressentir simultanément le désir de mourir et l'espoir d'obtenir de l'aide et d'être secourue (Williams, 2001).

Dans certaines circonstances, des personnes peuvent tenter de se suicider d'une façon qui vise manifestement à exprimer leur détresse. Prenons l'exemple d'une personne qui menace de faire une overdose devant quelqu'un et attend de voir sa réaction. On qualifie parfois ce type d'agissements d'« attitude suicidaire », ce qui souligne bien le fait que ces gestes ont pour but de lancer un message frappant, saisissant, destiné à provoquer une réaction chez les autres (Linehan, 2000).

En dernier lieu, il arrive que des personnes posent des actes répétés d'automutilation sans avoir l'intention bien arrêtée de se donner la mort. Par exemple, elles peuvent se taillader à plusieurs reprises. Dans ce cas, il ne s'agit pas de tentatives de suicide, mais plutôt de gestes posés en vue de contrôler d'intenses sentiments

de tension émotionnelle et d'anxiété. Comme ces personnes sont très angoissées, mais sans aucune intention de mourir, elles peuvent cacher aux autres ces blessures volontaires ou ces actes d'automutilation et, en général, elles ressentent un certain soulagement du seul fait qu'elles se soient infligées ces lésions. Ce type de comportement peut être chronique, se répéter à maintes reprises pendant des années. Le terme « acte autodestructeur intentionnel » est parfois considéré comme synonyme de parasuicide ou de tentative de suicide et, plus globalement, il s'étend à tout comportement d'automutilation répétitif.

En dépit de ces ambiguïtés, les études de recherche sur le suicide continuent de faire la distinction entre le suicide, la tentative de suicide et le parasuicide (Hawton, 1986; Maris, 1992). Chacun de ces termes englobe une série différente de comportements si on les applique dans le cadre d'une recherche pour sélectionner un groupe de personnes; chaque définition permet d'identifier un groupe plus ou moins différent, quoique, dans l'ensemble, les trois définitions se recoupent en partie. Même si les études indiquent des différences au niveau des facteurs contributifs de chacune de ces formes d'automutilation, il reste que ceux-ci sont certainement très liés (Williams, 2001). L'histoire de certaines personnes dont le décès est attribuable à un suicide montre une évolution précise de l'idéation suicidaire (avoir des pensées suicidaires) qui passe de la tentative de suicide à l'acte léthal (Jeanneret, 1992). Par conséquent, le comportement suicidaire peut être considéré comme une séquence de degrés de gravité des blessures; des liens peuvent alors être établis entre les divers niveaux du comportement mettant la vie en danger.

Ce rapport se penchera à la fois sur les tentatives de suicide et le décès par suicide. Le cas échéant, nous ferons ressortir les contrastes importants entre les groupes de personnes identifiés à l'aide de chacune des définitions. Pour les décès par suicide, les statistiques sont généralement plus aisément disponibles et moins équivoques. Quant aux études sur des corrélats psychologiques, elles sont plus faciles à mener auprès de personnes ayant fait une tentative de suicide et pouvant participer à des entrevues et répondre à des questionnaires. Dans ce contexte, certaines formes de comportement dangereux (comportant des risques), la tentative de suicide, de même que l'idéation suicidaire, seront considérés comme précurseurs ou facteurs de risque d'un suicide.

Récemment, on s'est interrogé sur l'emploi des termes servant à décrire le suicide, à savoir s'il pouvait y avoir des connotations négatives. Les termes un « suicide réussi » et un « suicide complété » peuvent par méprise transmettre un sentiment de satisfaction, de réalisation ou d'accomplissement. L'Association canadienne de prévention du suicide recommande actuellement (2004) d'utiliser la phrase « décès par suicide ». Le présent rapport adopte cette terminologie, sauf dans les cas où il cite directement d'autres auteurs.

### Méthodes d'étude sur le suicide

Il existe trois grandes stratégies permettant d'étudier le problème du suicide : clinique, épidémiologique et ethnographique. Chacune d'entre elles a ses forces et ses limitations. L'intégration de ces domaines de connaissances constitue un objectif à atteindre en matière de santé mentale.

#### Études cliniques

Les études cliniques s'intéressent aux sujets dans l'environnement des services de santé. Généralement, des études de ce type font la comparaison entre des personnes ayant tenté de s'enlever la vie et d'autres vues en consultation dans une clinique ou à l'hôpital. Cet examen permet de faire une étude comparative

systématique de sujets aux prises avec d'autres types de problèmes de santé mentale, mais non suicidaires. À titre d'exemple, même si on constate que la dépression est étroitement liée au suicide, une faible minorité de personnes souffrant de dépression grave font effectivement des tentatives de suicide. Le fait de bien comprendre la différence entre ceux commettant une tentative de suicide et ceux qui ne le font pas permet de cerner les éléments cruciaux au-delà de la dépression et de la démoralisation qui contribuent au comportement suicidaire. Des études cliniques peuvent comporter la mesure de paramètres biologiques, de même que des variables psychologiques et sociaux se rapportant à l'expérience de la personne concernée. D'un point de vue idéal, les cliniciens établissent de bons rapports avec les patients qu'ils traitent afin de parvenir à dégager un portrait précis, juste, de leur personnalité, de leur vécu, ainsi que des situations difficiles qu'ils affrontent. Toutefois, l'environnement de la consultation, clinique ou service hospitalier, reste limité par rapport aux possibilités de tout comprendre des problèmes personnels qui sont profondément ancrés dans les contextes familial et communautaire. De plus, bien des gens commettant des tentatives de suicide ne viennent pas chercher de l'aide, ni ne consultent dans des milieux non cliniques; on peut donc être induit en erreur si l'expérience d'un sous-ensemble de personnes venues chercher un traitement clinique est généralisée à l'ensemble de la collectivité.

Des études cliniques peuvent décrire les caractéristiques des personnes ayant tenté de se suicider qui viennent d'elles-mêmes consulter ou qui sont amenées en consultation et arrivent ainsi à identifier ce qui aurait pu constituer des facteurs de risque et des facteurs de protection importants. Il reste cependant que des études cliniques ne peuvent pas déterminer la prévalence du suicide dans la collectivité, ni la contribution relative du risque suicidaire chez la population générale. L'information sur la population générale est importante pour permettre de cerner les causes sociales de la suicidabilité et de développer des méthodes de prévention en tenant compte de la population. Les résultats d'études communautaires sur la santé mentale indiquent que de nombreuses personnes ne demandent jamais d'aide, préférant traiter leurs problèmes à leur façon ou avec l'aide de leur famille et de ressources communautaires. Par ailleurs, celles qui s'adressent aux services de santé sont principalement traitées dans le cadre des soins de santé primaires, non en psychiatrie ou en santé mentale. Il est donc nécessaire d'effectuer des enquêtes communautaires pour déterminer la prévalence réelle des tentatives de suicide et pour analyser l'efficacité des ressources familiales et communautaires, de même que celle des interventions spécialisées (Goldberg et Huxley, 1992). Étudier les mécanismes ou les voies d'accès pour l'obtention de services d'aide peut aussi permettre d'identifier des dimensions qui font problème, dont la reconnaissance de la détresse et des différences dans le domaine du traitement, ce qui pourrait améliorer l'efficacité de la prestation des services.

### Études épidémiologiques

Les enquêtes épidémiologiques présentent les meilleures méthodes permettant d'identifier les facteurs de risque et les facteurs de protection qui jouent un rôle décisif au niveau d'une personne vulnérable, de même que des facteurs aux niveaux de la famille, du réseau social, de la collectivité culturelle, de la société ou de la nation, qui peuvent toucher des populations toutes entières. Cependant, la plupart des études épidémiologiques sur le suicide existantes ont principalement porté sur des facteurs influant sur la personne plutôt que sur la collectivité (Borges, Anthony et Garrison, 1995).

Pour ce qui est des méthodes de recherche épidémiologiques actuelles en psychiatrie, elles privilégient des interviews diagnostiques structurées et des comptes rendus systématiques sur les détails de l'histoire et de l'expérience personnelles (Tsuang et Tohen, 2002). Malheureusement, la mémoire individuelle est

curieusement défaillante, même dans le cas d'événements particulièrement marquants sur le plan personnel, et les souvenirs sont entachés par les préoccupations et les conceptions du moment présent (Rogler, Malgady et Tryon, 1992). Par conséquent, si une personne souffre de dépression, elle se rappellera des périodes similaires de dépression et de désespoir de sa vie; cependant, dès qu'elle se sent mieux, les souvenirs conservés de ces moments-là peuvent s'avérer flous et être tout simplement oubliés même s'il s'agissait d'épisodes graves. En fait, cette mémoire sélective dessert bien les mécanismes d'adaptation permettant aux personnes de laisser de côté les expériences douloureuses qu'elles ont vécues, en quelque sorte de les oublier, mais elle entrave une juste appréciation des histoires personnelles. De plus, les gens peuvent être réticents à révéler un comportement et un vécu à l'égard duquel ils ressentent de la honte, de l'embarras, ou qui les présentent sous un jour défavorable. Ces facteurs limitent le degré de fiabilité accordée aux investigations psychiatriques.

Des études épidémiologiques récentes sur deux populations amérindiennes (Beals et coll., 2005a; 2005b; 2005c) font bien ressortir les points mentionnés précédemment. Cette enquête a fait appel à 3084 personnes faisant partie de deux tribus proches l'une de l'autre dans les plaines septentrionales et une grande tribu du sud-ouest. La dépression a été évaluée à l'aide de l'instrument multidimensionnel *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), une interview diagnostique structurée largement utilisée dans le cadre de recherches internationales et interculturelles. Le taux de dépression à vie (permanent) a varié de 3,8 à 7,9 pour cent; le taux sur 12 mois a présenté une variation de 2,1 à 4,9 pour cent. Contrairement aux prévisions des chercheurs, ces taux se sont avérés à la baisse de 30 pour cent par rapport à ceux constatés chez la population générale en ayant eu recours à des méthodes semblables. Les participants de l'étude ont eu du mal à répondre au CIDI qui demandait quels symptômes de dépression s'étaient manifestés de façon simultanée ou au cours de la même période comme des sentiments de tristesse ou de dépression. Résultat : l'outil diagnostique n'a pas semblé jouer le rôle prévu au départ. Les auteurs ont établi des estimations de remplacement en s'appuyant sur des critères moins rigoureux qui ne nécessitaient pas la cooccurrence des symptômes de dépression. Les taux rapportés ont indiqué un résultat beaucoup plus élevé variant de 7,2 à 14,3 pour cent en ce qui a trait à la prévalence à vie et de 3,9 à 8,8 pour cent pour la prévalence sur 12 mois. Ces taux restent tout de même inférieurs à ceux constatés chez la population générale et la validité des critères de remplacement s'avèrent encore imprécis.

Il est possible également de recourir à des questionnaires d'auto-évaluation pouvant être remplis en privé, qui traitent des symptômes et qui permettent d'identifier le comportement suicidaire et des problèmes connexes de santé mentale. La qualité de l'information obtenue est déterminée par la façon dont le questionnaire est construit et par le degré de confiance envers les personnes chargées de mener l'enquête. Il est évident que les jeunes seront davantage portés à déclarer des tentatives de suicide si le questionnaire est rempli sous le couvert de l'anonymat et si le choix des termes privilégie une formulation comme « mettre fin à sa vie » plutôt que « tenter de se suicider » (Safer, 1997; Evans, Hawton, et Rodham, 2005a). De plus, pour s'assurer de l'exactitude de l'information collectée, il faut que les questionnaires d'enquête soient adaptés à la réalité culturelle et validés et que les répondants sachent précisément ce qu'il adviendra des données recueillies.

Les études portant sur des décès par suicide requièrent des méthodes spéciales permettant de reconstituer rétrospectivement la personnalité des victimes de suicide, leur psychopathologie, les événements récents de leur vie, de même que les circonstances/particularités de leur vie, en interviewant la famille, les amis et des connaissances de la personne décédée. La reconstitution d'événements du passé est évoquée sous « étude de retraçage » ou parfois « autopsie psychologique » (Brent et coll., 1988). Généralement, ces études

rétrospectives sont conçues comme des études cas-témoin selon lesquelles les victimes de suicide sont comparées à un groupe de pairs ou des témoins du même âge qui ne sont pas décédés par suicide (Cavanagh et coll., 2003). En l'absence d'un « groupe témoin » pour les besoins de comparaison, on peut être tenté d'associer le suicide à n'importe quel aspect de l'histoire personnelle d'un sujet qui semble caractéristique ou lié au stress, à la détresse. Ce n'est qu'en faisant une comparaison mûrement réfléchie de ces sujets avec d'autres ayant vécu des circonstances similaires à l'aide d'analyses statistiques qu'on peut préciser quels facteurs sont réellement associés au suicide et lesquels ne sont que des formes communes liées à l'adversité sans pour autant y avoir de cause contributive particulière de la suicidabilité.

Toutes les études rétrospectives ont des limitations en raison du manque d'information complète et exacte tirée des dossiers médicaux, des souvenirs de la famille ou d'informateurs, de rapports officiels, ainsi de suite. À titre d'exemple, un grand nombre d'études ont permis de constater de faibles corrélations entre les comptes rendus des parents au sujet de la détresse de leur enfant et le rapport rempli par l'enfant lui-même. Même si les parents sont généralement conscients des symptômes de détresse émotionnelle chez leur adolescent ayant tenté de se suicider, ils semblent par contre ne pas se rendre compte – ou peuvent refuser d'admettre ou d'en parler – l'idéation suicidaire chez leur adolescent, malgré le fait qu'il y a bel et bien eu tentative de suicide (Marttunen, Aro et Lönnqvist, 1992; Velez et Cohen, 1988). Une étude visant des jeunes ayant fait des tentatives de suicide graves a permis de découvrir que leurs parents semblaient être au courant de la consommation de substances psychoactives de leur adolescent et de son comportement perturbateur, mais ils étaient moins portés à reconnaître sa dépression majeure et l'abus de l'alcool (Velting et coll., 1998). La dépression est souvent associée au retrait social et à une diminution de l'interaction et de la communication, ce qui peut échapper au regard des autres préoccupés par leurs propres problèmes. Par conséquent, l'autopsie psychologique comme méthode d'analyse tend à sous-estimer l'importance relative de la dépression et de l'abus de l'alcool ou d'autres facteurs que la famille et les amis ignorent ou ont des réticences à mentionner.

Des études de cas rétrospectives portant sur des décès par suicide qui nécessitent des entretiens poussés avec des membres de la famille endeuillée soulèvent également des questions morales et pratiques bien particulières (Beskow, Runeson et Åsgård, 1991). Ces entrevues peuvent être sources de stress pour la famille et les amis; il est donc crucial de s'assurer que de tels entretiens sont menés par des spécialistes de la santé mentale ayant les compétences nécessaires pour reconnaître les réactions émotionnelles très vives provoquées par le deuil et y faire face. Si une telle recherche est menée comme il se doit, elle peut fournir aux familles endeuillées la possibilité de faire un « travail de deuil » et de parvenir à mieux comprendre les événements. En réalité, comme nous en traiterons plus loin dans un autre chapitre, les recommandations modernes en matière de post-intervention au suicide (visant à prévenir le suicide à répétition ou une épidémie de suicides et à réduire les conséquences à long terme pour les autres) mettent l'accent sur l'importance de donner à la famille et aux amis endeuillés des possibilités de parler de leurs sentiments et d'essayer de comprendre le suicide, de saisir la signification de ce qui s'est passé.

Bien des décès rapportés comme des « accidents » sont en fait des suicides. Cette erreur commise dans la catégorisation ou dans la consignation est attribuable tout autant à la difficulté de déterminer rétrospectivement l'intention qu'à la réticence généralisée de reconnaître (ou d'admettre) le suicide en raison de sa stigmatisation sociale. Le problème du suicide déguisé en mort accidentelle, en mort violente ou en décès lié à la consommation de drogues est particulièrement important, compte tenu qu'en évaluant l'ampleur du problème du suicide dans les collectivités autochtones, il ressort que le taux de décès et de

blesures causés par des accidents est 4 fois supérieur à celui de la population générale (Comité consultatif en santé mentale autochtone de la Direction générale des services médicaux, 1991a). Le film *Between Two Worlds* (Office national du film du Canada, 1990), retraçant l'histoire de Joseph Idlout, fournit un exemple frappant de ce problème. Alors que sa vie de chasseur est complètement anéantie en raison des forces de la colonisation, Joseph Idlout perd la vie dans un accident de skidoo, un décès que son fils Peter Paniloo attribue avec insistance à un suicide. Même s'il est impossible d'obtenir des estimations bien établies, un rapport de la Direction générale des services médicaux indique que chez les Autochtones, jusqu'à 25 pour cent des morts accidentelles sont attribuables au suicide.

Pour résoudre en partie ce problème consistant à départager le décès accidentel et le suicide, il faudrait réévaluer la cause officielle du décès à l'aide de critères normalisés (Cheifetz et coll., 1987). Des critères de ce type peuvent être appliqués à d'autres situations pour permettre des comparaisons non faussées par des variations locales associées aux jugements des coroners et aux pratiques de consignation. À titre d'exemple, on prétendait qu'à Terre-Neuve, le taux de suicide était très bas. Aldridge et St. John (1991) étaient plutôt d'avis que cette estimation pouvait simplement s'expliquer par une fréquence élevée de sous-notification des décès (par suicide). Pour cette province, ils ont établi un dénombrement (un recensement) plus complet du nombre de suicides en ajoutant à la consignation officielle des suicides une réévaluation systématique des rapports de décès accidentels, des certificats de décès non transmis aux archives et des rapports d'examen des pathologistes n'ayant pas été envoyés au pathologiste judiciaire en chef.

[TRADUCTION] Des cas ont été considérés comme suicide si le décès avait été causé par une arme à feu, par pendaison, par saut devant un véhicule faisant de la vitesse ou par saut à partir d'endroits élevés. De plus, des décès causés par d'autres méthodes autodestructrices moins mortelles comme l'intoxication à l'aide de drogues à usage récréatif et de médicaments d'ordonnance, l'asphyxie ou la noyade, ont été considérés comme suicide si une ou plus d'une des indications suivantes ont été trouvées dans le dossier (ou rapport) : une note explicative signifiant un suicide ou la consignation au dossier qu'une note a été trouvée; le rapport d'une tentative de suicide antérieure; l'indication d'une hospitalisation psychiatrique ou d'un examen psychiatrique précédent; des déclarations indiquant que la personne a déjà souffert d'un trouble mental avant son suicide ou au moment de son suicide. L'alcool et la toxicomanie ont été considérés comme trouble psychiatrique en raison de son association au suicide chez les jeunes gens (Aldridge et St. John, 1991:433).

Cette procédure a permis de découvrir qu'au moins 58 pour cent des suicides n'avaient pas été au départ rapportés. Alors que ce type de réévaluation approfondie fournit une estimation plus exacte du taux de prévalence des suicides, il introduit toutefois une sorte de distorsion (de polarisation) dans les études des causes de suicide, vu que la morbidité psychiatrique et l'abus de substances psychoactives deviennent des critères pour définir un décès par suicide. En effet, il compile des comportements suicidaires et parasuicidaires qui pourraient avoir pu se produire sans intention suicidaire.

Dans la plupart des populations, le taux de suicide fluctue grandement selon des variations associées à l'âge, au sexe et à d'autres caractéristiques socio-démographiques. À l'aide de comparaison entre régions et groupes – ou entre des groupes et la population générale – il faut rectifier le taux brut du suicide pour tenir compte des différences dans la répartition démographique de la population. S'il faut procéder autrement, on doit alors faire des comparaisons au sein de groupes en fonction de sous-groupes par âge et par sexe. Pour

approfondir davantage, il peut aussi être important de faire une ventilation en comparant des groupes par type de suicides s'il y a des raisons cliniques ou de santé publique justifiant l'identification du rôle de facteurs de risque spécifiques ou de l'efficacité d'interventions spécifiques (Tousignant et Mishara, 1981).

Dans le cas de la recherche épidémiologique transversale, des corrélations entre variables à un moment donné ne peuvent être établies si un des facteurs est la cause d'un autre, ce qui constitue un problème général. En fait, des études qui indiquent simplement des corrélations entre des facteurs de risque spécifiques et des taux de suicide peuvent être utiles pour développer des indices permettant de faire des prévisions; par contre, elles pourraient induire en erreur si, à partir de ces prévisions, on tentait de déterminer les causes du suicide. Il ne pourrait y avoir rien de spécifique dans les facteurs qui sont identifiés comme causes associées au suicide; des facteurs similaires peuvent être associés à d'autres problèmes coexistants ou antérieurs, comme l'abus de substances psychoactives ou un conflit interpersonnel. Dans le cas de tentative de suicide, des études longitudinales permettent d'obtenir une plus grande certitude en identifiant les antécédents et les conséquences liés à des facteurs qui ont présumément contribué au suicide. À la limite, pourtant, le fait de déterminer la causalité repose sur l'élaboration d'un modèle causal pour analyser les cheminements et les processus de cause à effet. Ces modèles causals découlent généralement d'une théorie psychologique ou sociale, d'une expérience clinique et d'une connaissance exhaustive ou études de cas des collectivités.

### Études ethnographiques

Les études ethnographiques ont recours à des techniques anthropologiques axées sur l'observation de participants, à des entrevues approfondies et à l'analyse de données qualitatives visant l'exploration de la signification d'événements et d'actions ou d'activités touchant des personnes, des groupes ou des collectivités concernées. Elles étudient des actions dites *localisées* – c'est-à-dire que la signification de ces actions est déterminée en fonction d'un contexte social particulier. Dans le cas de suicide, les études ethnographiques ne considèrent pas que le suicide a un sens universel, mais elles privilégient plutôt des significations spécifiques du comportement suicidaire au sein d'une communauté donnée. Bien que des approches anthropologiques anciennes se soient intéressées à des systèmes de croyances, l'anthropologie psychiatrique contemporaine vise essentiellement l'interprétation locale de la signification par l'entremise de l'action. Un système culturel n'agit pas de façon identique sur tout un chacun – il émerge des processus de création, de transmission, de négociation et de contestation des croyances et des pratiques communes. Des personnes d'âge, de sexe, de milieu ou d'héritage socio-culturel et de personnalité différents découvrent des possibilités distinctes, ont des prises de position variées, au sein d'une collectivité ou d'un milieu social précis. Mieux saisir le comportement et l'expérience sur ce plan peut permettre de résoudre certaines des inconsistances ou des contradictions parmi les études sur le suicide et les problèmes de santé mentale reposant sur des collectivités ayant des histoires, des pratiques culturelles et des situations sociales, politiques et économiques actuellement très différentes.

Dans le cadre de recherche interculturelle, le problème d'importance capitale touche la transposition (ou la traduction) des concepts, des catégories et des questionnaires (Canino, Lewis-Fernandez et Bravo, 1997; Kirmayer, 1989). Généralement, les mesures prises pour traiter le problème consistent à demander à des personnes bilingues ou biculturelles de traduire des questionnaires, ce qui est ensuite vérifié par une « contretraduction aveugle » (c.-à-d. par une personne n'ayant pas vu la version originale) afin de dépister et de résoudre les divergences au niveau du sens (Brislin, 1986; Westermeyer et Janca, 1997). La propriété des termes des questionnaires qui en résultent est confirmée par des méthodes statistiques en psychométrie (plus

récemment, on utilise des méthodes axées sur des variables latentes comme l'analyse d'items). Par ailleurs, cette approche s'avère encore bien insuffisante. L'effort ethnographique visant l'exploration d'interprétations locales de symptômes et de modes d'expression de la détresse peut être considéré essentiel pour développer des outils de recherche adéquats. Les questionnaires doivent utiliser des items culturellement significatifs du fait qu'ils emploient une langue familière et, tour à tour, des « idiomes » culturels exprimant la détresse – des moyens d'expression et de compréhension des problèmes propres à la localité (Manson, Shore et Blum, 1985; O'Neil, 1996). En l'absence d'une telle modification d'instruments, on peut conclure à l'existence de symptômes ou de troubles similaires à ceux constatés dans d'autres contextes culturels et, ainsi, laisser échapper toute une série de préoccupations, de sources d'anxiété, qui sont exprimées de façon culturellement distinctive – un problème auquel le médecin anthropologique Arthur Kleinman fait référence en l'évoquant comme « catégorie de l'erreur de généralisation » (Kleinman, 1987).

Les méthodes les plus valides de détermination de la prévalence, de la nature et des corrélats du comportement suicidaire requièrent l'intégration des méthodes épidémiologiques et des méthodes ethnographiques. À ce jour, seulement quelques études sur des groupes amérindiens ont mis de l'avant cette approche globale (Manson et coll., 1987; O'Neil, 1989). Celle-ci n'a pas encore été appliquée au problème du suicide chez les Autochtones au Canada. Il est essentiel d'effectuer un travail systématique de ce type étant donné que, s'il fallait s'en passer, il faudrait se fier à des impressions pouvant faire l'objet de nombreuses formes de distorsion ou de préjugés venant des observateurs (Dion, Gotowiec, et Beiser, 1998). Bien des gens ont des convictions personnelles touchant la nature des causes contributives au suicide qui sont les plus importantes et les mesures à prendre en matière de prévention; toutefois, s'il n'y a pas d'étude approfondie, il est difficile de décider parmi les options possibles et de déterminer quelles explications et quelles solutions adaptées à une situation particulière peuvent être appliquées de façon plus généralisée.

### Sommaire du présent rapport

Au chapitre 2, nous présentons des données épidémiologiques de base sur le suicide chez les Autochtones comparées aux données de la population générale en Amérique du Nord. De plus, on fait état de données sommaires sur les variations concernant la prévalence du suicide et des tentatives de suicide par âge, sexe, statut socioéconomique et d'autres facteurs démographiques. Une attention particulière est accordée aux changements sensibles concernant le taux de suicide qui sont survenus au cours de la récente période, de même que du grand nombre de variations à cet égard dans l'ensemble des régions géographiques et d'une collectivité à l'autre.

Le suicide ne découle jamais d'une seule cause, mais il a plutôt pour origine tout un réseau complexe de circonstances personnelles et sociales interdépendantes. Le chapitre 3 fait le résumé des connaissances acquises jusqu'à maintenant au sujet des causes du suicide au niveau individuel. Du point de vue de la prévention, les causes contributives au suicide peuvent être considérées sous l'angle des facteurs de risque qui augmentent la probabilité du comportement suicidaire et des facteurs de protection qui la réduisent. Comme facteurs de risque et facteurs de protection, on associe les suivants : l'environnement physique et social; la constitution individuelle, le tempérament ou les expériences du développement; les relations interpersonnelles; l'abus de l'alcool et des substances psychoactives; l'idéation du suicide et les tentatives de suicide précédentes; et finalement les troubles psychiatriques coexistants. Ces facteurs individuels qui influent sur le suicide chez les Autochtones ne sont pas différents de ceux que l'on constate chez d'autres populations et dans d'autres collectivités, mais la prévalence de ces facteurs et les interrelations entre eux

diffèrent dans le cas des collectivités autochtones en raison de leur histoire de colonisation et de leurs interactions subséquentes avec les institutions sociales et politiques de la société canadienne.

En ce qui a trait au suicide chez les Autochtones au Canada, ce qu'il y a de très particulier, c'est ce cercle tragique où de grands nombres de jeunes dans des collectivités sont touchés. C'est pourquoi tout semble indiquer que des variations des facteurs individuels ne suffisent pas à expliquer le taux élevé de suicides. En conséquence, le chapitre 4 considère le rôle des facteurs sociaux et culturels relativement au suicide, ce qui comprend : la structure sociale et les facteurs économiques; des traditions culturelles spécifiques; les répercussions d'un changement culturel; et les conséquences de l'assimilation forcée et du bouleversement social. Tout particulièrement, on examine les séquelles laissées par l'expérience du régime des pensionnats, de l'adoption systématique des enfants hors de leur culture, de leur collectivité et de leur nation, ainsi que d'autres mesures culturellement répressives ayant eu une incidence sur la santé mentale et le mieux-être des personnes et des collectivités autochtones. En dépit du fait que l'établissement de liens directs en suicidabilité est difficile à démontrer, la possibilité qu'il y ait des liens transgénérationnels potentiels entre ces mesures sociales et le suicide a été retracée.

En terminant, au chapitre 5, on traite de ce que l'on connaît au sujet de l'efficacité des interventions en matière de prévention du suicide. Une première section introduit divers types d'interventions proposés. Ensuite, on considère le dépistage des individus à risque dans les milieux cliniques et communautaires, notamment la prévention primaire, secondaire et tertiaire, et la post-intervention (c.-à-d. de l'aide aux endeuillés). La conclusion de ce chapitre fait le résumé d'une approche globale à la fine pointe – ce qui se fait de mieux actuellement en matière de prévention, qui tient compte des caractéristiques uniques des collectivités et des populations urbaines autochtones. Dans le cadre de ce chapitre final, nous présentons une perspective socioculturelle intégrative sur le suicide qui vise à orienter les futurs efforts dans le domaine de la recherche, de l'élaboration des politiques et de la prévention.

## Épidémiologie du suicide chez les Autochtones au Canada

[TRADUCTION] Vous savez, je me demande souvent, combien au cours des vingt dernières années, combien de personnes se sont suicidées? Et personne n'a rien fait à ce sujet-là? C'est tellement triste. La dernière fois que j'ai reçu un appel m'apprenant que quelqu'un s'était suicidé et nous avons trouvé cette note qu'il avait laissée et cela m'a fait réellement de la peine... puis je me suis mis à penser, bien, je suis l'un des dirigeants de la bande ici, il y a bien des chances que je sois capable de faire quelque chose à ce sujet (adulte de Première Nation).

Ce chapitre passe en revue ce que l'on connaît au sujet de la prévalence, de la répartition géographique et de la configuration du suicide par âge et par sexe chez les Autochtones. Grâce aux enquêtes récentes, il y a eu des améliorations concernant l'obtention de données sur les tentatives de suicide. Toutefois, il y a encore bien des lacunes dans l'information disponible sur le suicide, ainsi que dans l'information concernant les autres problèmes de santé mentale chez les Autochtones au Canada.

La première Enquête auprès des peuples autochtones menée par Statistique Canada et l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) de 1997 n'ont pas enquêté sur le suicide à l'échelle nationale. Le Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Manitoba et la Saskatchewan ont posé des questions sur certains aspects de la santé mentale, mais uniquement le Labrador et le Manitoba ont précisément interrogé sur le suicide. La deuxième Enquête auprès des peuples autochtones (EPA2) menée entre les années 2001 et 2003 a questionné au sujet du suicide, mais les questions visaient principalement la population hors réserve.

Quant à l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de 2002-2003 (ERS), elle a rapporté de l'information nouvelle sur les tentatives de suicide et leurs corrélats, de l'information obtenue auprès d'un grand nombre (mais non de l'ensemble) de collectivités autochtones participantes au pays (Centre des Premières Nations, 2005). Même s'il y a d'autres études qui ont été menées auprès de collectivités et de régions en particulier, y compris des études récentes non publiées au Nunavut et au Nunavik, l'ERS reste pour le moment la meilleure source de données dont on dispose au Canada.

Ce qui suit est centré sur les personnes directement concernées par le comportement suicidaire; il est toutefois crucial de reconnaître que l'incidence du suicide va bien au-delà de la personne elle-même pour atteindre également les familles, les collectivités et les nations. Avant de passer en revue l'information disponible sur le taux de suicide et ses corrélats socio-démographiques, il est utile d'avoir à l'esprit un portrait complet des caractéristiques démographiques et de la diversité de la population autochtone au Canada.

### La démographie des Autochtones au Canada

La population des Autochtones au Canada représente approximativement 1 million et elle correspond à environ 3,3 pour cent de la population totale (Statistique Canada, 2003).<sup>3</sup> En comparaison, les Autochtones constituent 1,5 pour cent de la population aux États-Unis, 2,2 pour cent en Australie et 14 pour cent en

<sup>3</sup> Au moment du Recensement 2001, la population autochtone a été « sous-couverte » vu que le recensement n'a pas été autorisé ou a été interrompu avant d'avoir été fait dans 30 réserves et établissements (Statistique Canada, 2003). L'incidence de cette sous-représentation a été très importante pour le dénombrement des Indiens inscrits.

Nouvelle-Zélande. Pour les besoins du gouvernement, les Autochtones au Canada comprennent quatre groupes principaux : les Indiens inscrits conformément à la *Loi sur les Indiens* (Imai, 2003), les Indiens non inscrits, les Métis et les Inuit. En 2004, il y avait plus de 734 000 personnes inscrites comme membres de Premières Nations et, de ce nombre, environ 57 pour cent habitaient dans des réserves (Affaires indiennes et du Nord canadien, 2006). Au moment du Recensement de 2001, la population inuite comptait 45 070 personnes et il y avait 292 310 métis (la plupart résidant dans des milieux urbains). Les Premières Nations composent 62 pour cent de la population autochtone, les Métis représentent 30 pour cent et les Inuit 5 pour cent (le reste provient de plus d'un groupe ou, malgré leur héritage, les personnes ne se considèrent pas autochtones). Même si des données démographiques peuvent être obtenues pour les quatre groupes, des systèmes de collecte systématique de données en santé à l'intention des Indiens non inscrits et des Métis n'existent pas; par conséquent, les statistiques présentées ci-après font peu mention de ces populations. De plus, les statistiques existantes ne fournissent pas de portrait complet de l'évolution des problèmes de santé, même dans le cas des Indiens inscrits.

Il y a une grande diversité parmi les groupes autochtones alors qu'ils comptent plus de 600 collectivités de Premières Nations, 11 groupes linguistiques et plus de 50 dialectes distincts (Frideres, 1998). Environ une personne autochtone sur 4 peut parler une langue autochtone; pour les 14 langues autochtones encore vivantes, il y a plus de 2000 personnes qui utilisent chacune d'entre elles (Statistique Canada, 2003). Depuis 1950, la taille moyenne des populations sur réserve a augmenté quelque peu, même si la plupart d'entre elles comptent à peine 500 habitants (Frideres, 1998). Si la grande partie des collectivités est aux prises avec des problèmes similaires liés à un changement culturel rapide, il existe tout de même des variations substantielles sur le plan de la géographie, de l'écologie et de l'économie. D'un bout à l'autre du rapport, il est essentiel de se rappeler cette grande variation parmi les collectivités, compte tenu de son influence sur la pertinence ou l'applicabilité des observations ou des constatations à une collectivité, à un groupe culturel ou à une situation socioéconomique. Ce qui s'avère vrai dans le cas d'une région, d'une communauté ou d'une nation peut ne pas s'appliquer à la réalité d'autres groupes autochtones.

La démographie générale de la population autochtone est distincte de celle de la population générale canadienne et ce, à bien des égards. En raison d'une transition démographique attribuable à une dénatalité et à une augmentation de l'espérance de vie qui se sont produites plus tardivement que chez la population générale – c'est-à-dire pas avant les décennies 1940 à 1960 – la plus forte proportion de personnes autochtones était constituée en 2001 par les jeunes dont l'âge moyen est de 24,7 ans comparativement à 37,7 ans pour la population générale canadienne. L'âge médian chez la population autochtone est de 24,7 ans, ce qui représente 13 ans de moins que chez la population non autochtone. Quant aux Inuit, l'âge médian se situe à 20,6 ans, constituant une population de 17 ans plus jeune que la population non autochtone. En raison de cette forte proportion de jeunes gens, les enfants autochtones représentent 5,6 pour cent de la totalité des enfants au Canada (Statistique Canada, 2003).

Le taux de natalité chez les Autochtones reste 1,5 fois supérieur au taux chez la population générale. Par contre, les groupes autochtones ont un taux de mortalité considérablement plus élevé du fait que l'espérance de vie est réduite de 10 ans par rapport à la moyenne canadienne. Cependant, l'espérance de vie des Indiens inscrits à leur naissance s'est de façon constante accrue depuis 1975; établie alors à 59,2 ans chez les hommes et à 65,9 ans chez les femmes, elle a atteint respectivement en 1998 68,9 ans et 76,3 ans (Statistique Canada, 2003).

Une différence existe également sur le plan de la répartition géographique entre les Autochtones et la population générale canadienne du fait que les Autochtones sont en grande partie installés dans des localités

rurales. Dans le cadre du Recensement de 1986, 61 pour cent d'entre eux qui se considéraient « d'ascendance autochtone unique » et 41 pour cent ayant un héritage « métissé » (autochtone et non autochtone) résidaient dans des milieux ruraux comparativement à 23 pour cent de la population générale (Norris, 1990). Environ 60 à 70 pour cent des personnes s'identifiant d'origine autochtone *seulement* vivaient dans des réserves et des établissements. Avec l'évolution du temps, il y a un mouvement marqué vers les centres urbains; le Recensement de 2001 a permis de constater que 49 pour cent de ceux s'étant identifiés « autochtones » habitaient dans des zones urbaines. On remarque aussi qu'il y a un déplacement considérable des personnes entre les communautés rurales, les réserves et les milieux urbains et, qu'en général, les Autochtones sont plus mobiles que les autres Canadiens. Le Recensement de 2001 indique que 22 pour cent des Autochtones se sont déplacés au cours des 12 mois précédents, comparativement à 14 pour cent de leurs homologues non autochtones, même s'il s'agissait dans la plupart des cas de déplacements au sein de la même collectivité. Les femmes sont davantage portées à partir de la réserve que les hommes. Au cours des dernières années, il ressort toutefois que l'afflux marqué de la population autochtone se dirige plutôt des localités rurales hors réserve vers les réserves et les grands centres urbains (Statistique Canada, 2003).

Dans l'est du Canada, les Autochtones résidant à l'extérieur des réserves ont en général des caractéristiques liées à la démographie, à l'emploi et à la prospérité semblables à celles de la population générale locale. Pour ce qui est de l'ouest du Canada, on continue à observer un grand écart entre le statut économique des Autochtones et celui des populations générales locales, même si ces Autochtones sont partis de la réserve. Quoique la situation s'améliore, en moyenne, les adultes autochtones sont moins bien formés que les adultes non autochtones. Le Recensement de 1986 a indiqué que 37 pour cent de l'ensemble des Indiens inscrits adultes avaient comme niveau d'études moins d'une 9<sup>e</sup> année, une scolarisation deux fois moins élevée que les Canadiens en général qui comptent 17 pour cent de gens ayant un niveau inférieur à une neuvième année; environ 45 pour cent des Indiens inscrits résidant dans une réserve sont analphabètes comparativement à 24 pour cent d'Indiens hors réserve (Comité consultatif sur la santé mentale autochtone, DGSM, 1991b). En 1996, 52 pour cent des Autochtones hors réserve âgés de 20 à 24 ans n'avaient pas terminé leurs études secondaires. En 2001, ce nombre avait quelque peu diminué pour se situer à 48 pour cent (O'Donnell et Tait, 2003).

Les conditions de vie dans les collectivités autochtones et les réserves sont déplorables. Les logements surpeuplés sont environ 16 fois plus fréquents chez les groupes autochtones que chez les Canadiens en général (Comité consultatif sur la santé mentale, DGSM, 1991b). En dépit des améliorations récentes, l'approvisionnement suffisant en eau potable et l'évacuation des eaux usées continuent également d'être problématiques dans bon nombre d'établissements. En 2001, environ 17 pour cent des Autochtones établis dans des localités à l'extérieur des réserves vivaient dans des logements surpeuplés comparativement à 7 pour cent pour l'ensemble des Canadiens. Le surpeuplement est un problème particulièrement grave dans l'Arctique, touchant en 2001 53 pour cent des Inuit (O'Donnell et Tait, 2003). En 1995, environ 44 pour cent de la population autochtone vivaient dans des situations à faible revenu (Statistique Canada, 1998). Les Autochtones résidant dans des milieux urbains sont aussi plus susceptibles de vivre dans la pauvreté; en 2000, le taux de familles économiquement faibles chez les Autochtones dans les centres urbains était de 42 pour cent comparativement à 17 pour cent chez la population générale (Siggnier et Costa, 2005).

Le déplacement des Autochtones entre les milieux ruraux et urbains et entre les réserves et les collectivités hors réserve implique qu'on tienne compte de ces lieux de résidence comme partie intégrante d'un vaste système, si on étudie l'épidémiologie des problèmes de santé, tant pour identifier la population concernée que

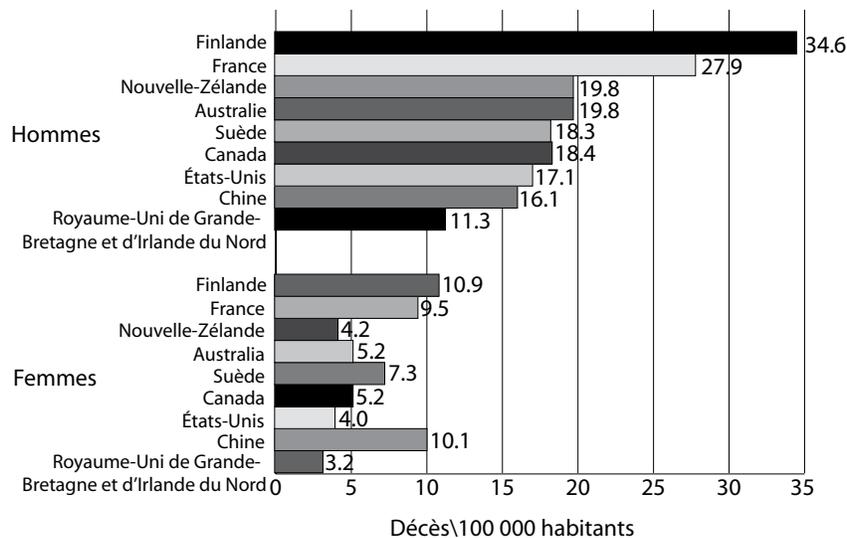
pour bien comprendre les agents stressants/facteurs de stress importants, la recherche d'aide, les ressources et les appuis.

### La prévalence du suicide chez les populations autochtones

Le suicide est internationalement une préoccupation majeure et il est très révélateur d'envisager le suicide chez les Autochtones dans ce contexte plus général (Anderson et Jenkins, 2005). À l'échelle mondiale, plus de 800 000 personnes décèdent par suicide chaque année et le taux de suicide global au cours de l'année 2000 a été estimé à 14,5 par 100 000 habitants (Krug et coll., 2002). Dans de nombreuses parties du monde, les dernières décennies ont vu une augmentation du taux de suicide, particulièrement en raison de son nombre accru chez les jeunes hommes. Par contre, en Chine, il y a eu une exception marquée du fait que ce sont des jeunes femmes venant de régions rurales plutôt que des hommes qui se sont suicidées en nombre plus élevé (Ji, Kleinman et Becker, 2001; Phillips, Li, et Zhang, 2002).

Au Canada, le taux de suicide en général a été légèrement supérieur à celui des États-Unis, même si des comparaisons transnationales le situent au centre de l'étendue (De Leo et Evans, 2004) (se reporter à la figure 2-1). De 1979 à 2000, le taux de suicide au Canada a quelque peu diminué, passant de 16,7 à 12 par 100 000 habitants (Figure 2-2). En 2001, le taux global de décès par suicide au Canada a été estimé à 11,9 par 100 000 habitants, un taux ventilé selon le sexe qui représente 18,7 par 100 000 habitants pour les hommes et 5,2 par 100 000 habitants pour les femmes (Statistique Canada, 2001; Organisation mondiale de la santé, n.d.b.).

Figure 2-1) Comparison of National Suicide and Self-Inflicted Injury Rates, 2000  
 [TRAD. Comparaison du taux national de suicide et du taux de blessures auto-infligées, 2000]

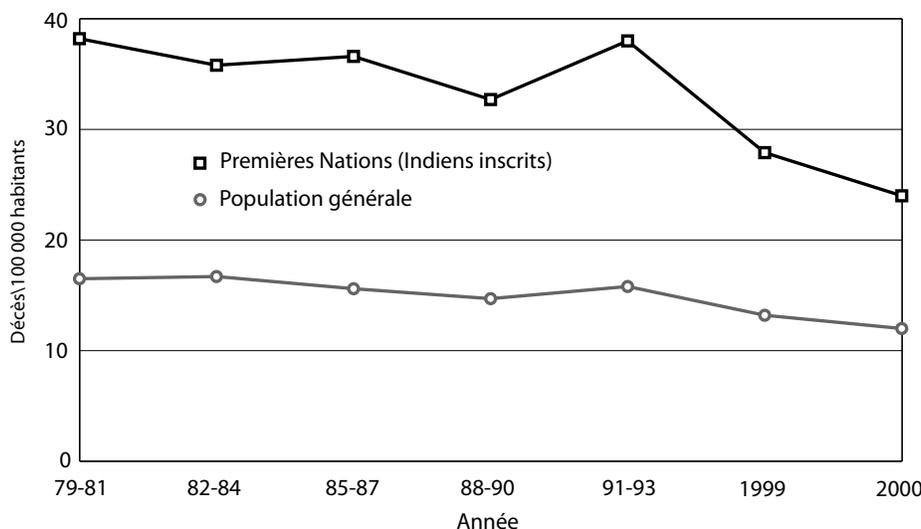


Source : Organisation mondiale de la santé, sans date (fondé sur les données les plus récentes)

Au cours des 20 dernières années, les taux de suicide chez les peuples autochtones en Amérique du Nord ont été constamment supérieurs à la moyenne chez la population générale et même plus élevés que ceux chez les Autochtones au Canada. En 2000, le taux de suicide des Premières Nations était de 24 par 100 000 habitants, ce qui représentait 2 fois plus que le taux général canadien se situant à 12 par 100 000 habitants. De 1999 à 2003, le taux de suicide dans les régions inuites au Canada atteignait comme moyenne 135 par

100 000 habitants, c'est-à-dire plus de 10 fois le taux national (gouvernement du Canada, 2006). Le taux annuel de suicide des dernières années pour l'ensemble des Canadiens et des Indiens inscrits est présenté à la Figure 2-2. En comparaison, entre 1998 et 1999 aux États-Unis, *Indian Health Service* estime que le taux de décès par suicide chez la population amérindienne est établi à 19,3 par 100 000 habitants, environ 1,5 fois le taux de 11,2 par 100 000 habitants chez la population générale (*Indian Health Service*, 1998-1999).

Figure 2-2) Comparison of Suicide Rates of First Nations and General Population in Canada, 1979–2000 [TRAD. Comparaison du taux de suicide chez les Premières Nations et la population générale au Canada, 1979-2000]



Source : Comité de direction sur la santé mentale autochtone de la Direction générale des services médicaux (199a); Gouvernement du Canada (2006); Santé Canada (2003).

Il n'y a aucune étude jusqu'à présent qui a systématiquement comparé le taux de suicide des divers groupes autochtones au Canada. Le tableau 2-1 fait le résumé de résultats de rapports publiés qui présentent le taux de suicide chez des populations et des collectivités autochtones spécifiques. Ces taux ne sont pas directement comparables étant donné qu'ils sont le résultat de méthodes de compilation, de tranches de temps et de caractéristiques d'échantillon différentes. Par contre, ils indiquent tous des taux de beaucoup supérieurs à ceux constatés chez des groupes du même âge et de composition par sexe similaires de la population générale. Ces études montrent également un grand nombre de variations du taux de suicide entre les collectivités, même au sein d'une même région géographique. À titre d'exemple, une différence de triple portée ressort de la comparaison entre le sud et le nord de l'Alberta (Bagley, Wood et Khumar, 1990). À Terre-Neuve, tous les cas de suicide chez les Autochtones sont signalés dans quelques collectivités du Nordlabrador, ce qui comprend seulement 25 pour cent de la population autochtone (Aldridge et St. John, 1991). Au Nordlabrador, il y a cinq communautés côtières isolées, l'une d'entre elles est innue, alors que les autres sont principalement inuites. Ces communautés ont de graves problèmes de logements surpeuplés, d'abus de l'alcool et de solvants, ainsi que d'autres problèmes sociaux survenus en raison de leur déplacement et réimplantation (Samson, 2003; Wadden, 1991). Chez les collectivités autochtones en Colombie-Britannique, le taux de décès par suicide pendant une période de plus de 8 ans s'échelonnant de 1993 à 2000 a fluctué, passant de zéro à 120 par 100 000 habitants, dont 90 pour cent de ces suicides sont attribués à 12 pour cent des collectivités (Chandler et Lalonde, en impression).

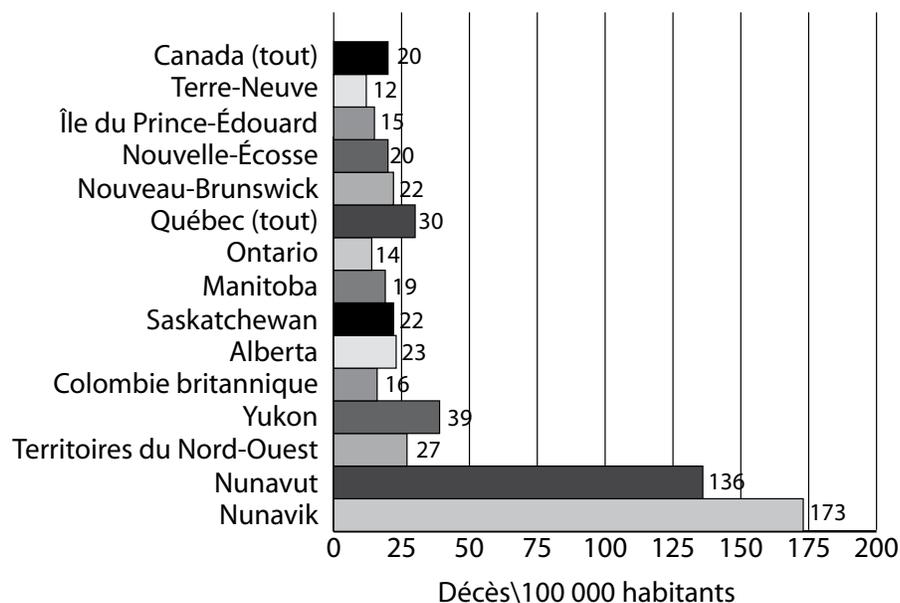
Tableau 2-1) Taux de suicide recensé chez les groupes autochtones au Canada

Région	Groupe	Période	Source	Taux de suicide* (par 100 000)
Labrador	'Autochtones' Âgés de 15 à 24 ans	1979–1983	Wotton, cité dans Aldridge et St. John, 1991	337
	Innu, Inuit Labrador Âgés de 10-19 ans	1977–1988	Aldridge et St. John, 1991	180
Québec	Indien	1984–1988	Comité directeur sur la santé mentale des Autochtones de la Direction générale des services médicaux	25,4
	Inuit (Nunavik)	2002	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 2005	82
Ontario	Ojibwa	1975–1982	Spaulding, 1986	62
	Wikwemikong	1975	Ward et Fox, 1977	267
Manitoba	Nord du Manitoba Indiens inscrits	1981–1984	Ross et Davis, 1986	77
	Autochtones Âgés de 18-20 ans	1971–1982	Thompson, 1987	177 h 32 f
	Jeunes autochtones Âgés < 24 ans	1984–1988	Sigurdson et coll., 1994	60
		1988–1994	Malchy et coll., 1997	32
Premières Nations	1996–1997	Santé Canada, 2001	21	
Alberta	Nord de l'Alberta Autochtones Âgés de 15-34 ans	1980–1985	Bagley et coll., 1990	80 h
Saskatchewan	Premières Nations	1996–1997	Santé Canada, 2001	19
Colombie-Britannique	Premières Nations	1996–1997	Santé Canada, 2001	33
Nunavut	Inuit	2002	Inuit Tapiriit Kanatami, 2005; Hicks, prochaine publication, 2007	77
Territoires du Nord- Ouest	Population totale Personnes âgées de 15-24 ans	1970–1980	Rodgers, 1982	120 h 40 f

\* arrondi au nombre entier; h = homme, f = femme

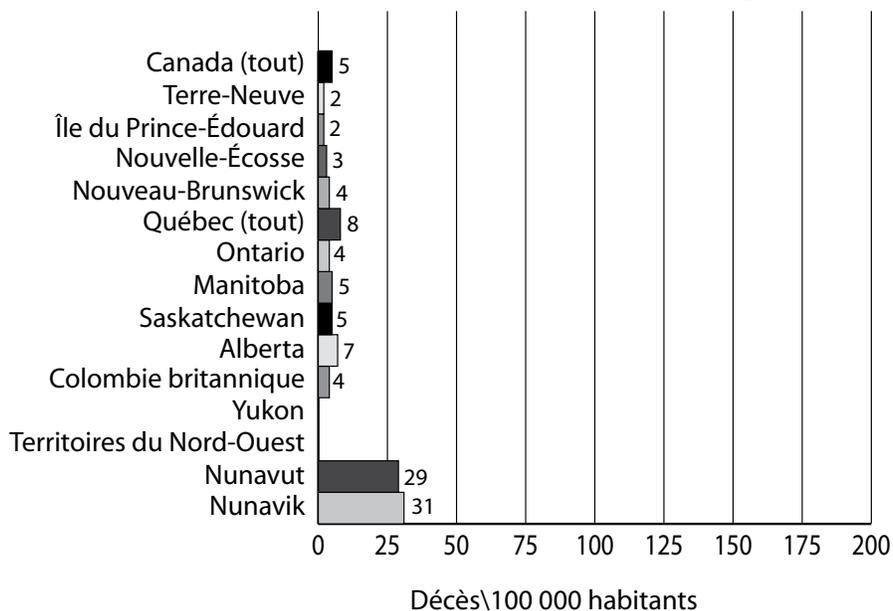
Malgré cette tendance générale indiquant des taux de suicide élevés, il est important de bien souligner qu'il y a d'énormes variations du taux de suicide chez les groupes autochtones en Amérique du Nord – même parmi les collectivités d'une même région ou les collectivités appartenant à une même nation ou à un même groupe culturel (Bachman, 1992; May et Dizmang, 1974; Pine, 1981; Shore, 1975; Spaulding, 1986; Wallace et coll., 1996; Webb et Willard, 1975).

**Figure 2-3) Age-standardized Suicide Rate for Males by Region, 1997**  
 [TRAD. Taux de suicide standardisé selon l'âge chez les hommes par région, 1997]



Source : Statistique Canada CANSIM II séries 102-0203

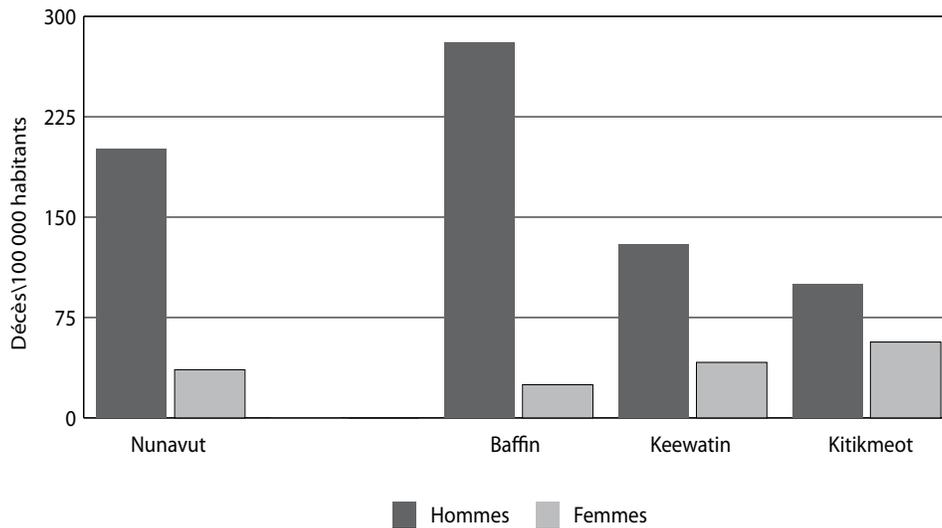
**Figure 2-4) Age-standardized Suicide Rate for Females by Region, 1997**  
 [TRAD. Taux de suicide standardisé selon l'âge chez les femmes par région, 1997]



Source : Statistique Canada CANSIM II séries 102-0203

Comme les Figures 2-3 et 2-4 le démontrent, il y a également des variations géographiques marquées des taux de suicide chez la population générale au Canada. Alors que certaines collectivités ou bandes autochtones ont un taux de suicide comparable ou même plus bas que celui chez la population générale (p.ex., les Cris au Québec), des études faites dans des régions géographiques où des populations autochtones et non autochtones cohabitent indiquent généralement que le taux de suicide chez les Autochtones est de beaucoup supérieur. De plus, le taux de suicide a tendance à être supérieur dans des provinces où il y a une proportion plus forte d'Autochtones, le plus élevé étant au Nunavut et au Nunavik. Même au Nunavut, il existe de grandes différences régionales (Figure 2-5).

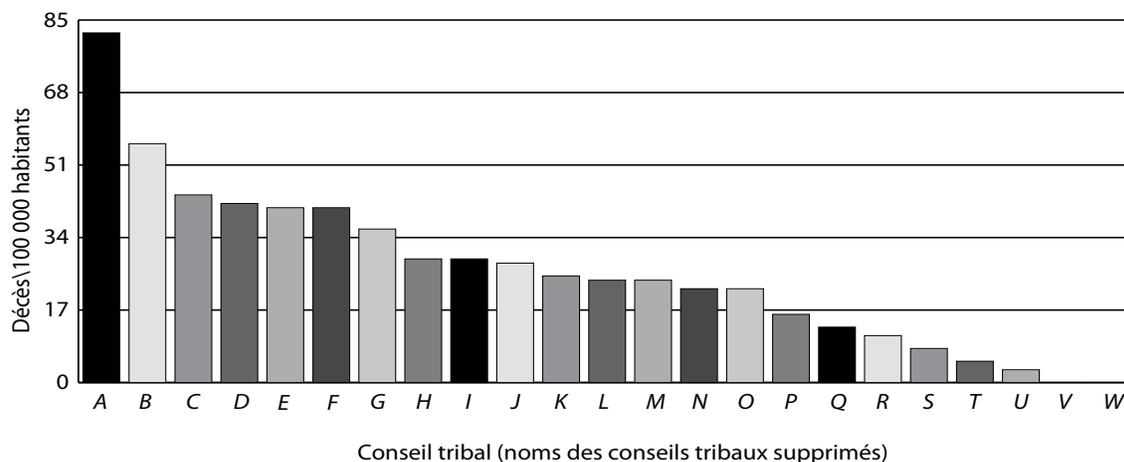
**Figure 2-5) Average Annual Suicide Rate Among Inuit in Nunavut by Region, 1999–2003**  
 [TRAD. Taux de suicide annuel moyen chez les Inuit au Nunavut par région, 1999-2003]



Source : Hicks, disponible prochainement, 2007

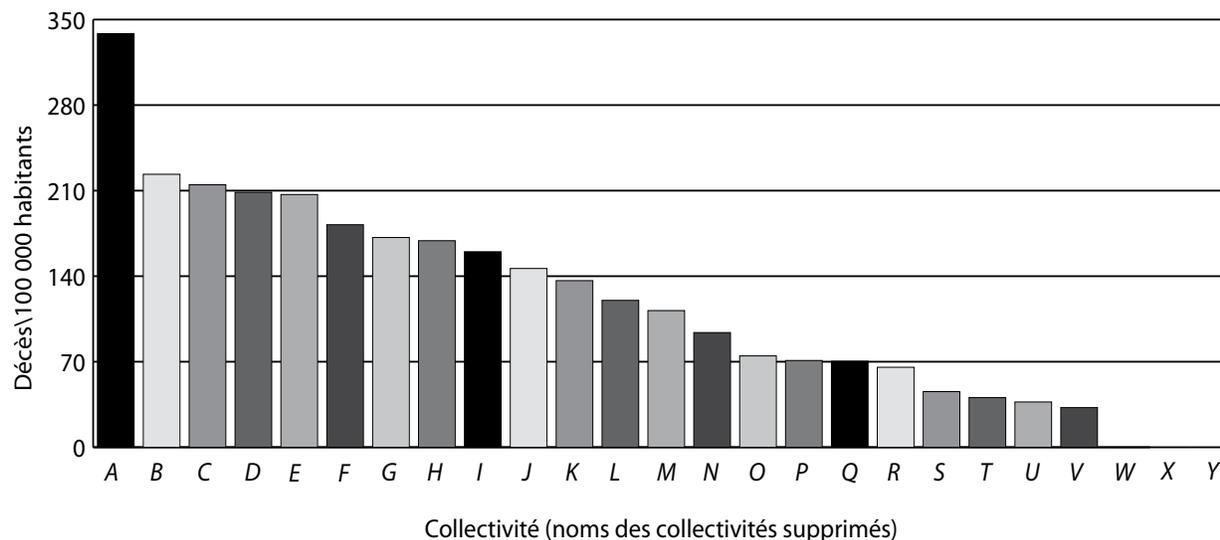
Certaines de ces différences régionales peuvent laisser ressortir des inconsistances (manques d'homogénéité) dans les méthodes de consignation, mais ces lacunes ne peuvent pas expliquer et justifier ces variations. Sur le seul territoire ou compétence provinciale de la Colombie-Britannique, Chandler et ses collaborateurs (1998; 2003) ont observé une différence considérable entre les taux de décès par suicide parmi les collectivités, s'étendant de zéro suicide à des taux de 700 à 800 fois plus élevés que la moyenne nationale (Figure 2-6). De grandes variations similaires parmi les collectivités, les bandes et les nations ont été constatées dans d'autres régions, y compris le Nunavut (Kral, 2003) (se reporter à la Figure 2-7) et le Québec (Petawabano et coll., 1994).

Figure 2-6) Average Annual Suicide Rate in British Columbia First Nations by Tribal Council, 1993–2000 [TRAD. Taux de suicide annuel moyen chez les Premières Nations de la Colombie-Britannique par conseil tribal, 1993-2000]



Source: Lalonde, 2001.

Figure 2-7) Average Annual Suicide Rate Among Inuit in Nunavut by Community, 1999–2003 [TRAD. Taux de suicide annuel moyen chez les Inuit au Nunavut par collectivité, 1999-2003]



Source : Hicks, disponible prochainement, 2007

Des taux de suicide locaux peuvent fluctuer énormément en raison d'épidémie de suicides.<sup>4</sup> À titre d'exemple, dans la collectivité de Grassy Narrows dans le nord-ouest de l'Ontario, Shkilnyk (1985) a découvert qu'avant 1970, aucun suicide n'avait été signalé. De 1974 à 1978, il y a eu 4 suicides, ce qui a représenté un taux de

<sup>4</sup> La méthode de recensement du taux de suicide par 100 000 habitants, bien qu'elle soit efficace dans le cas de vaste population, donne des chiffres saisissants dans le cas de petites communautés. Un seul décès dans une collectivité de 1000 habitants donne un taux de 100 par 100 000 habitants..

204 par 100 000 habitants en comparaison au taux global au Canada pour la même période se situant à 12,1 par 100 000 habitants et à celui chez la population des Indiens inscrits fixé à 30,1 par 100 000 habitants. Au cours d'une période de 12 mois s'étalant de juin 1977 à mai 1978, 26 jeunes âgés de 11 à 19 ans ont fait des tentatives de suicides, ce qui voulait dire 17 pour cent de la population de cette plage d'âge. Ces estimations ont été établies à partir de rapports provenant du poste de police local de la Police provinciale de l'Ontario; Shkilnyk a observé que ces estimés représentaient une sous-notification du nombre réel de tentatives de suicide, particulièrement dans des cas déclenchés par l'abus sexuel où les victimes étaient réticentes à parler à la police.

Une étude sur les Inuit de la côte est de la baie d'Hudson, ayant pour base un examen des dossiers médicaux des personnes décédées de 1982 à 1996, a permis de déterminer un taux de 55 décès par 100 000 habitants (Boothroyd et coll., 2001). Pour les années 1982 à 1986, le taux était de 32,3 par 100 000 habitants, alors que de 1987 à 1991, il était de 87,9 par 100 000 habitants. Une grande partie de cette augmentation est attribuable à une série de 10 suicides en 1991. Alors que le taux représentait deux fois plus que la moyenne nationale, il a bondi pour s'établir à plus de 5 fois le taux national. Au moins 90 pour cent des suicides sont survenus dans le groupe d'âge des 15-25 ans. Si on additionnait les suicides « possibles (ou probables) » au groupe des suicides signalés, le taux monte alors à 86 sur 100 000 habitants pendant 10 ans (46 de 1982 à 1986 et 126 suicides de 1987 à 1991); et encore une fois, 83 pour cent de ces suicides ont été commis par des jeunes. Depuis 1991, le taux n'a jamais cessé de grimper (Boothroyd et coll., 2001) (données non publiées). De 1982 à 1996, le taux de suicide chez les Inuit dans le Nord du Québec a augmenté cinq fois pour ensuite doubler encore de 1996 à 2001 (Kouri, 2003). Des augmentations similaires très importantes se sont produites chez les Inuit au Nunavut (et non toutefois dans le Grand Nord), une hausse allant de 63 par 100 000 habitants en 1985 à 104 par 100 000 habitants en 1995 et à 125 par 100 000 habitants en 2003 (Hicks, prochaine publication, 2007; Turecki et coll., 2006) (se reporter aux Figures 2-10 et 2-11).

### La prévalence des tentatives de suicide et de l'idéation suicidaire

Les tentatives et l'idéation suicidaires sont beaucoup plus fréquentes que le décès par suicide et elles ont un vaste spectre de sévérité. Une étude comparative d'échantillons aléatoires de ménages dans neuf pays différents qui a été menée dans les années 1980 a permis de préciser que la prévalence de l'idéation suicidaire à tout âge était de 16,5 pour cent aux États-Unis et de 11,3 pour cent au Canada, alors que la prévalence de tentatives de suicide était respectivement de 4,8 pour cent et de 3,8 pour cent (Weissman et coll., 1999). Une méta-analyse de 128 études publiées ayant fait appel à 500 000 adolescents (âgés de 12-20 ans) du monde entier a permis d'établir que le taux moyen de l'idéation suicidaire à tout âge était de 29,9 pour cent et les tentatives de suicide de 9,7 pour cent; le taux sur une durée de 12 mois dans le cas de l'idéation suicidaire représentait 19,3 pour cent et 6,4 pour cent dans le cas des tentatives de suicide (Evans et coll., 2005). Une étude dans le nord de la Nouvelle-Écosse a indiqué que, sur une période de 12 mois, le taux d'idéation suicidaire était de 16,6 pour cent et celui des tentatives de suicide de 5,1 pour cent (Wang et coll., 2003).

En 2001, 19 pour cent des jeunes aux États-Unis ont déclaré avoir sérieusement pensé au suicide, 8,8 pour cent ont fait une tentative de suicide et 2,6 pour cent ont fait une tentative de suicide qui a nécessité un traitement médical (Grunbaum et coll., 2002). Le taux chez les jeunes autochtones est beaucoup plus élevé. Le *US Adolescent Health Survey* administré à environ 13 000 étudiants amérindiens et à des élèves de niveau secondaire autochtones de l'Alaska résidant dans des milieux non-urbains a indiqué que 17 pour cent avaient tenté de se suicider à un moment donné (Blum et coll., 1992). Le *National American Indian Adolescent Health Survey* mené en 1990 a visé 11 666 jeunes amérindiens et jeunes autochtones de l'Alaska

fréquentant des écoles sur réserve, de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année, desservies par *Indian Health Service* sur tout le territoire des États-Unis. Dans l'ensemble, 21,8 pour cent des filles et 11,8 pour cent des garçons ont déclaré avoir fait une ou plus d'une tentative(s) de suicide (Borowsky et coll., 1999). Plus récemment, un sondage auprès de 1638 personnes vivant dans deux réserves indiennes des plaines septentrionales aux États-Unis a révélé que la prévalence de tentatives de suicide à tout âge était de 6,6 pour cent chez les hommes et de 10,7 pour cent chez les femmes; 1,4 pour cent de cette population âgée de 15-24 ans avait fait une tentative de suicide au cours de la dernière année (LeMaster et coll., 2004). La première étude ayant examiné le taux de tentative de suicide chez les Hawaïens autochtones a enquêté auprès de 3092 élèves de la 9<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année et elle a permis de découvrir que les Hawaïens autochtones ont un taux nettement plus élevé de tentative de suicide (12,9 %) par comparaison à celui des non autochtones (9,6 %) (Yuen et coll., 2000).

Jusqu'à tout récemment, il n'y avait que peu de données utilisables (significatives) sur la prévalence des tentatives de suicide chez les groupes autochtones au Canada étant donné que la plupart des études étaient limitées; en effet, elles ne pouvaient s'adresser qu'à des personnes ayant été amenées pour recevoir des soins médicaux et représentant une portion seulement de la population visée. À titre d'exemple, l'étude des dossiers d'admission d'un hôpital régional du sud-ouest de l'Ontario a indiqué un taux moyen d'hospitalisation pour tentative de suicide par intoxication médicamenteuse de 35,7 par 1000 habitants (écart de 20,7 – 44,2) pour cinq collectivités autochtones par comparaison à 4,3 par 1000 habitants dans le cas des collectivités non autochtones de la même région géographique (Shkilnyk, 1985).

Une étude de la population générale au Labrador (dont 34 % est autochtone) a permis de constater que 210,2/100 000 habitants avaient été hospitalisés pour tentative de suicide au cours d'une période de trois ans allant de 1998 à 2000 (Alaghebandan, Gates et MacDonald, 2005).

Les Enquêtes sur la santé des Cris du Québec en 1991 et des Inuit en 1992 ont montré que les Inuit ont un taux très élevé de tentative de suicide, alors que les Cris ont un taux plus bas de tentative de suicide que la population générale. L'enquête sur les Cris a comporté un échantillonnage aléatoire de 400 ménages dans 9 collectivités criées de la baie James. En moyenne, 2 pour cent des Cris ont rapporté une tentative de suicide au cours des 12 mois précédents; le taux de suicide s'étend de 3,9 pour cent parmi les 15-24 ans à 0 pour cent chez les 45 ans et plus (Clarkson et coll., 1992). L'Enquête de 1992 sur la santé des Inuit, ayant permis d'obtenir des données auprès de 203 personnes âgées entre 15 et 24 ans, a indiqué que 38 pour cent de l'échantillon avaient eu une idéation suicidaire, 22 pour cent ont rapporté avoir tenté de se suicider une fois dans leur vie et 13 pour cent avaient attenté à leur vie au cours de l'année de l'enquête (Kirmayer, Boothroyd et Hodgins, 1998). Une enquête communautaire à laquelle ont participé 99 jeunes inuits (âgés de 14-25 ans) venant d'un établissement sur la côte est de la baie d'Hudson, appliquant une adaptation de l'instrument *US Adolescent Health Survey*, a indiqué un taux de tentative de suicide à tout âge de 34 pour cent (Kirmayer, Malus et Boothroyd, 1996). Comme index de gravité, 11 pour cent des tentatives de suicide ont entraîné des blessures. Au moins 5 pour cent de ces personnes ont rapporté qu'elles avaient déjà tenté de se suicider au cours du mois précédent. Seulement 16 pour cent parmi ceux qui avaient déjà fait une tentative ont dit avoir consulté un médecin, une infirmière ou infirmier ou un autre professionnel de la santé au sujet de cette tentative.

Dans le cadre d'une étude démographique menée dans la région de Calgary de 1999 à 2002, les Autochtones étaient 3 fois plus susceptibles que la population générale de la région sanitaire de Calgary à subir des blessures causées par un suicide (Karmali et coll., 2005). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003 menée auprès de 10 962 adultes de Premières Nations a indiqué que

15,8 pour cent avaient tenté de se suicider au cours de leur vie (Centre des Premières Nations, 2005). Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de commettre une tentative de suicide (18,5 % c. 13,1 %). Au moins 30,9 pour cent des personnes ont rapporté avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie et il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes.

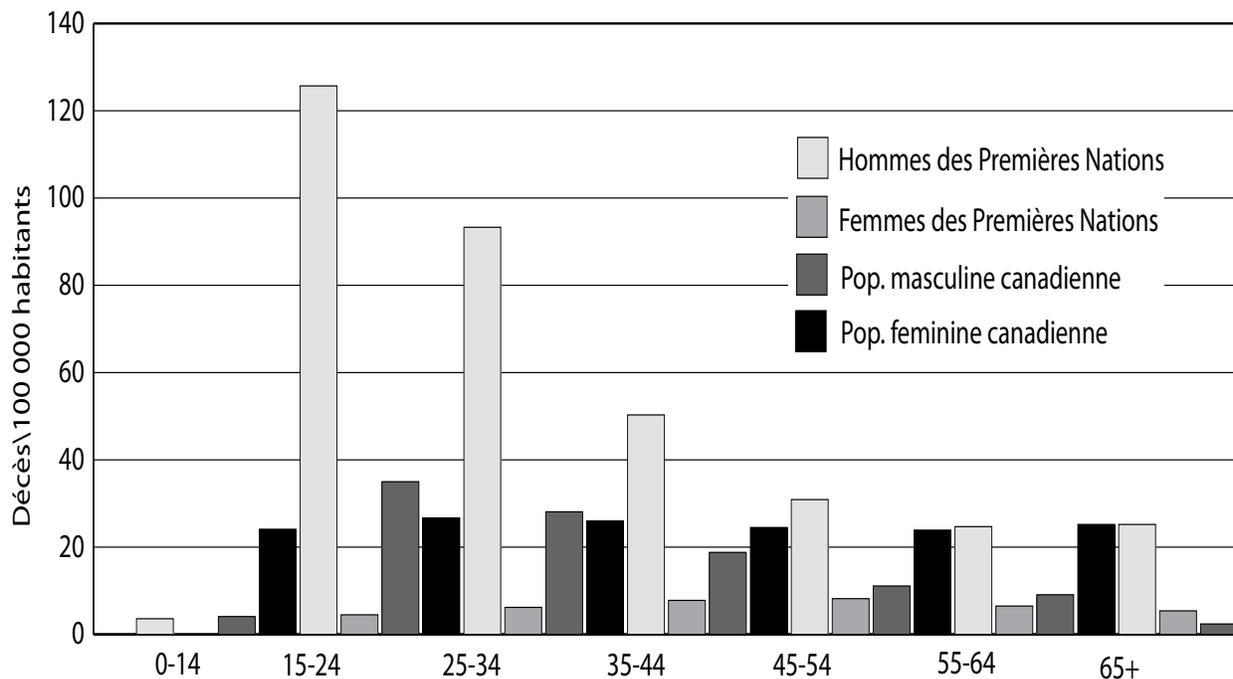
### Différences associées à l'âge

Le problème du suicide chez les Autochtones au Canada vise principalement les jeunes âgés de 14 à 24 ans. En 2000, 22 pour cent de l'ensemble des décès chez les jeunes de la population des Premières Nations (âgés de 10-19 ans) et 16 pour cent des décès chez les jeunes adultes (âgés de 20-44 ans) sont attribuables au suicide (Santé Canada, 2005).

En ce qui a trait à la population générale nord-américaine, le taux de suicide varie de façon nette tout au long des âges de la vie. Le suicide en bas de 12 ans est très peu commun (Hawton, 1986; Ryland et Kruesi, 1992). Le taux s'accroît pendant les années de l'adolescence pour atteindre un sommet entre 23 et 25 ans et décliner jusqu'à 60-65 ans où on constate une nouvelle remontée moins forte (Tsuang, Simpson et Fleming, 1992). Entre 1980 et 1994, le taux de suicide chez les hommes et les femmes, tant chez les gens de race noire que chez les Blancs, a présenté une distribution bimodale correspondant à un taux croissant de suicide chez les jeunes (10-19 ans) et chez les personnes âgées (75 ans et plus) (Chaudron et Remington, 1999). Le suicide se classe au deuxième rang comme cause principale de décès, après les accidents, chez les 15-24 ans en Amérique du Nord (Rosenberg et coll., 1987).

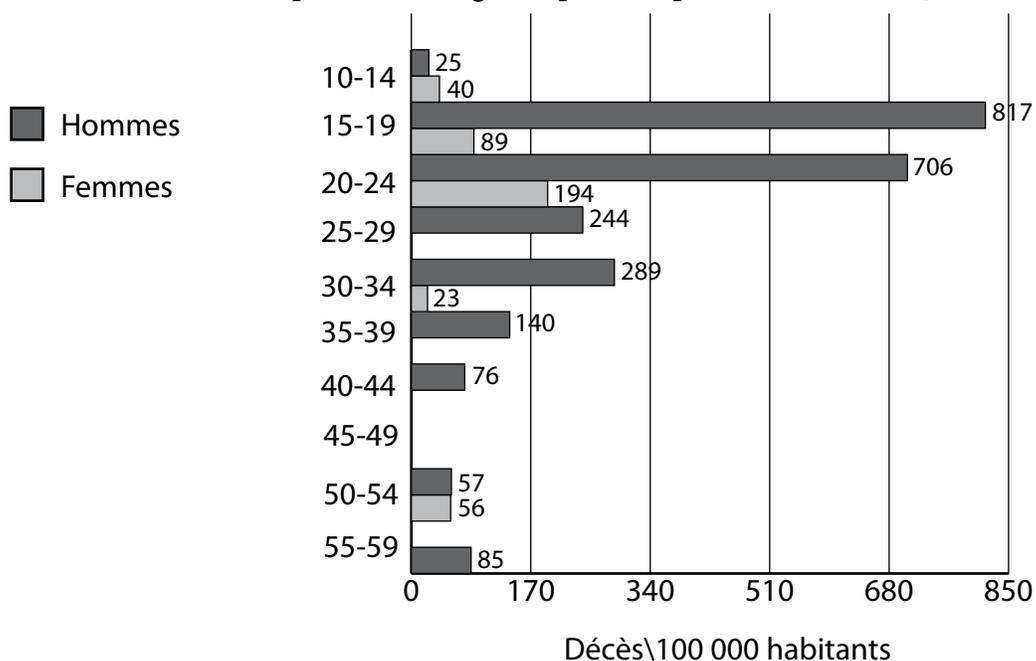
Cette évolution caractéristique selon des tendances liées à l'âge est similaire chez la population autochtone, mais elle est amplifiée (se reporter aux Figures 2-8 et 2-9). Un Indien inscrit adolescent est cinq à six fois plus susceptible de décéder par suicide que l'adolescent canadien moyen. Passé l'âge de 70 ans, le taux chez les Indiens inscrits chute pour devenir inférieur à celui de la population générale. Cette même tendance a été constatée chez les Amérindiens et les Autochtones de l'Alaska aux États-Unis (Group for the Advancement of Psychiatry, 1989; Kettl et Bixler, 1991). Le taux de suicide complété chez les personnes âgées amérindiennes est de manière significative moins élevé que le taux chez leurs homologues non autochtones de la population générale (Baker, 1994).

Figure 2-8) Taux bruts de décès par suicide par groupe d'âge, Premières Nations et population canadienne totale, 1989-1993



Source : Lemchuk-Favel, 1996

Figure 2-9) Suicide Rates in Nunavut by Sex and Age Cohort, 1999–2003 [TRAD. Taux de suicide au Nunavut par cohorte d'âge et répartition par sexe, 1999-2003]



Source : Hicks, disponible prochainement, 2007

Une étude menée au Manitoba ayant fait l'examen de 1029 suicides a indiqué que les Autochtones décédés par suicide étaient généralement plus jeunes que leurs homologues non autochtones; la moyenne d'âge des personnes s'étant suicidées chez les Autochtones est de 27 ans, alors que celle chez les personnes non autochtones est de 44,6 ( $p < 0,001$ ) (Malchy et coll., 1997). Une étude cas-témoin sur les suicides chez les populations inuites au Nunavik entre 1982 et 1996 a établi que la majorité des cas de suicide était rattachée à des personnes entre 15 et 24 ans (72 %) (Boothroyd et coll., 2001). Une tendance similaire associée à des suicides survenant principalement chez des jeunes a été constatée au Nunavut et dans toutes les collectivités autochtones étudiées.

La variation par groupe d'âge caractérisant le taux de tentative de suicide et d'idéation suicidaire correspond aux différences entre les décès par suicide. Dans le cadre d'une enquête communautaire au Nunavik menée auprès de 100 inuits âgés de 14 à 25 ans, il n'y avait que peu de différences dans la prévalence de l'idéation suicidaire ou de tentative de suicide chez des jeunes âgés de 14 à 19 ans et ceux âgés de 20 à 25 ans (Kirmayer, Malus et Boothroyd, 1996). Cependant, la cohorte des plus jeunes courait davantage de risques de rapporter des tentatives de suicide multiples (28 % c. 8 %,  $p=0,02$ ) et des pensées suicidaires au cours des 6 derniers mois (36 % c. 11 %,  $p=0,007$ ), semblant indiquer que le comportement suicidaire était plus grave chez la cohorte plus jeune. Des données plus récentes tirées d'enquêtes dans le nord du Québec et au Nunavut confirment que les tentatives de suicide sont essentiellement associées aux jeunes (Hicks, prochaine publication, 2007).

### Différences entre les sexes

De nombreuses études dans le monde dénotent une différence marquée entre les sexes, les femmes ayant surtout tendance à faire des tentatives de suicide tandis que les hommes risquent davantage de décéder par suicide ((Cheifetz et coll., 1987; Garrison, 1992); Krug et coll., 2002; Weissman, 1974). Cette différence s'explique en grande partie par le fait que les hommes sont davantage enclins à se servir de mesures entraînant la mort (arme à feu, pendaison, saut fatal) alors que les femmes privilégient des mesures moins radicales (intoxication médicamenteuse ou par des drogues, entaille au poignet) (Velez et Cohen, 1988). Une comparaison d'enquêtes communautaires dans neuf pays a fait ressortir qu'un taux d'idéation suicidaire était dans l'ensemble légèrement supérieur chez les femmes par rapport aux hommes; par contre, on a noté une augmentation significative allant du double au triple du risque de tentative de suicide chez les femmes par comparaison aux hommes dans la plupart des endroits (Weissman et coll., 1999). D'autre part, la proportion hommes-femmes est sensible aux facteurs culturels et sociaux. À titre d'exemple, le taux de décès par suicide dans les régions rurales en Chine est supérieur chez les jeunes femmes comparativement à celui des hommes (Ji, Kleinman et Becker, 2001; Qin et Mortensen, 2001; Phillips, Lesyna et Paight, 2002; Prichard, 1996; Shiang et coll., 1998). Ce grand nombre a été attribué aux difficultés auxquelles sont confrontées les jeunes femmes dans la société chinoise; les tentatives de suicide dans les localités rurales sont causées généralement par l'absorption de poisons agricoles ayant une létalité très puissante. Cet exemple illustre bien l'incidence profonde des facteurs sociaux sur le suicide.

Les différences entre les sexes associées aux taux de suicide chez les Autochtones amplifient les tendances constatées dans la population générale (se reporter aux Figures 2-10 et 2-11). La majorité des décès par suicide est attribuée aux jeunes gens. De 1984 à 1988 au Manitoba, 83,8 pour cent des suicides complétés ont été reliés à de jeunes hommes (Sigurdson et coll., 1994). Une situation analogue a eu lieu chez les Inuit du Nunavik de 1982 à 1996 alors que 83 pour cent de tous les suicides réalisés ont mis en cause des hommes (Boothroyd et coll., 2001). Par ailleurs, un examen couvrant la période de 1988 à 1994 a permis

de découvrir que 30 pour cent des suicides chez la population autochtone étaient associés à des femmes comparativement à 19,2 pour cent pour la population générale des femmes (Malchy et coll., 1997).

Les adolescentes indiennes inscrites sont 7,5 fois plus susceptibles de décéder par suicide que les adolescentes de la population générale. Dans la plage d'âge de 20 à 29 ans, le taux de suicide chez les Indiennes inscrites est 3,6 fois supérieur à celui chez les femmes canadiennes. Quant aux Indiennes inscrites adultes, le taux de suicide est plus élevé que dans le cas des femmes canadiennes âgées de moins de 69 ans. Le taux des hommes indiens inscrits est supérieur à celui de la population générale des hommes âgés de 10 à 50 ans. Pour ce qui est des garçons adolescents, ils courent cinq fois plus de risques de décéder par suicide que l'adolescent canadien moyen (Comité de direction sur la santé mentale des Autochtones de la Direction générale des services médicaux, 1991a).

En général, les tentatives de suicide chez les populations autochtones sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, quoiqu'il y ait une tendance de plus en plus forte à recourir à des moyens meurtriers, de sorte que la différence entre les sexes n'est plus aussi marquée que celle chez la population générale (Clarkson et coll., 1992). Dans une enquête auprès de 11 666 élèves de niveau secondaire résidant sur réserve aux États-Unis, 21,8 pour cent des filles comparativement à 11,8 pour cent des garçons ont rapporté avoir commis une ou plus d'une tentative de suicide, ce qui donne un ratio de 2:1 (Borowsky et coll., 1999). Deux études menées chez les Inuit du Nunavik ont permis de dénoter un taux de tentative de suicide légèrement supérieur chez les hommes inuits comparativement aux femmes inuites (Kirmayer, Malus et Boothroyd, 1996) ou aucune différence significative entre les taux (Kirmayer et coll., 1998). Comme nous en traiterons aux chapitres 3 et 4, cette variation culturelle et régionale du ratio entre les sexes est l'indication probable d'agents ou de facteurs de stress spécifiques qui influent différemment sur les jeunes garçons et les jeunes filles autochtones. Les hommes ont vécu une rupture plus grande au niveau de leur rôle social en raison d'un changement culturel rapide; quant aux femmes, elles sont plus susceptibles d'être victimes de violence familiale et d'abus, mais elles sont également plus portées à demander de l'aide si elles souffrent de dépression ou d'autres formes de détresse émotionnelle.

### Situation de famille

Parmi la population générale, le suicide est plus fréquent aussi bien chez les hommes que chez les femmes qui sont séparés, divorcés ou veufs/veuves comparativement aux personnes qui sont mariées (Trovato, 1991). Des personnes mariées ayant des enfants présentent des taux encore plus bas. Pour ce qui est des tentatives de suicide, ce sont plus souvent des célibataires, des personnes séparées ou divorcées et vivant seules (Wasserman, 1988). Des enquêtes communautaires dans neuf pays ont indiqué que les tentatives de suicide et également l'idéation suicidaire avaient une prévalence de deux à quatre fois supérieure chez des personnes divorcées (Weissman et coll., 1999). Le taux de suicide est en corrélation avec le taux de divorce dans les provinces canadiennes (Leemaars et Lester, 1999). En fait, le taux croissant de suicide dans certaines parties du Canada au cours des dernières années a été associé à l'augmentation du taux de divorce (Sakinofsky et Leenars, 1997).

Une analyse des données canadiennes couvrant trois décennies (1951-1981) a corroboré l'hypothèse que le mariage (c.-à-d. un changement permettant de passer du célibat ou du veuvage à l'état matrimonial) a réduit le risque de suicide de manière plus significative chez les hommes que chez les femmes (Trovato, 1991). Dans le cas d'une transition, c'est-à-dire du passage du divorce au statut de personne mariée, les deux sexes ont bénéficié de façon égale de la diminution du risque potentiel de suicide. Cependant, cette

analyse s'est limitée à la population âgée de 35 ans et plus du fait que l'information comparable chez des personnes plus jeunes ne pouvait être obtenue. De plus, on ignore dans quelle mesure l'« union libre » ou conjoints de fait, ainsi que d'autres formes de cohabitation et de liaison informelle, permettent d'obtenir les mêmes bénéfices que le mariage légitime. Dans de nombreuses collectivités autochtones, la famille élargie et les réseaux de la parenté peuvent remplacer la confiance accordée à un/une partenaire dans la famille nucléaire. En conséquence, on ne sait pas très bien jusqu'à quel point ces données peuvent être généralisées aux populations autochtones. La majorité des gens qui ont tenté de se suicider chez les Autochtones de l'Alaska (81 %) étaient célibataires (Gregory, 1994), tout comme les décès par suicide chez les Inuit du Nunavik (83,1 %) (Boothroyd et coll., 2001).

### Des changements avec le temps : Effets de la période et effets de la cohorte

Des variations concernant la prévalence du suicide avec l'évolution du temps et tous groupes d'âge différents confondus peuvent indiquer aussi bien des effets de la période que des effets de la cohorte (Tsuang et Tohen, 2002). Des effets de la période sont des changements à un moment donné en fonction de certains facteurs qui influent sur une population entière, mais il peut y avoir aussi des effets particuliers sur certains groupes à risque au sein d'une population; par exemple, des jeunes à un stade particulier de leur développement. Les effets de cohorte émanent plutôt de facteurs qui influencent une cohorte de naissance, ou une génération spécifique, et ils peuvent être associés à des événements qui se sont produits longtemps avant le changement observé au niveau de la prévalence. En pratique, il peut s'avérer difficile de démêler les effets dus à l'âge, les effets de la période et les effets de la cohorte (Portrait, Alessie et Deeg, 2002).

Les tentatives de suicide ont augmenté en prévalence aux États-Unis de 1960 jusqu'à la fin des années 1980. Alors que le taux global de suicide complété a été stable de 1950 à 1980, ce taux a réellement diminué chez les personnes plus âgées et il s'est accru de 200-300 pour cent chez les 15-24 ans (Rosenberg et coll., 1987). Le taux chez les jeunes gens a continué à augmenter peu à peu pendant les années 1980 (Tsuang et coll., 1992). Un accroissement plus modeste du taux de suicide est également apparu dans le groupe d'âge de 25 à 34 ans au cours de cette même période. Le taux de suicide a également continué à augmenter au début de l'adolescence (Velez et Cohen, 1988). Ces augmentations ont touché les garçons et, de façon moins considérable, les filles. Le taux chez les jeunes hommes de 20 ans et plus s'est stabilisé dans les années 1990. Au cours de la dernière décennie, le taux de suicide chez les garçons de race blanche a chuté pour passer de 20 par 100 000 habitants en 1988 à 4 par 100 000 habitants en 2000. Une diminution similaire du taux de suicide chez les jeunes de 20 à 30 pour cent s'est produite en Angleterre, en Finlande, en Allemagne et en Suède. Cette amélioration a été attribuée à une plus grande disponibilité et usage des médicaments antidépresseurs (Gould et coll., 2003).

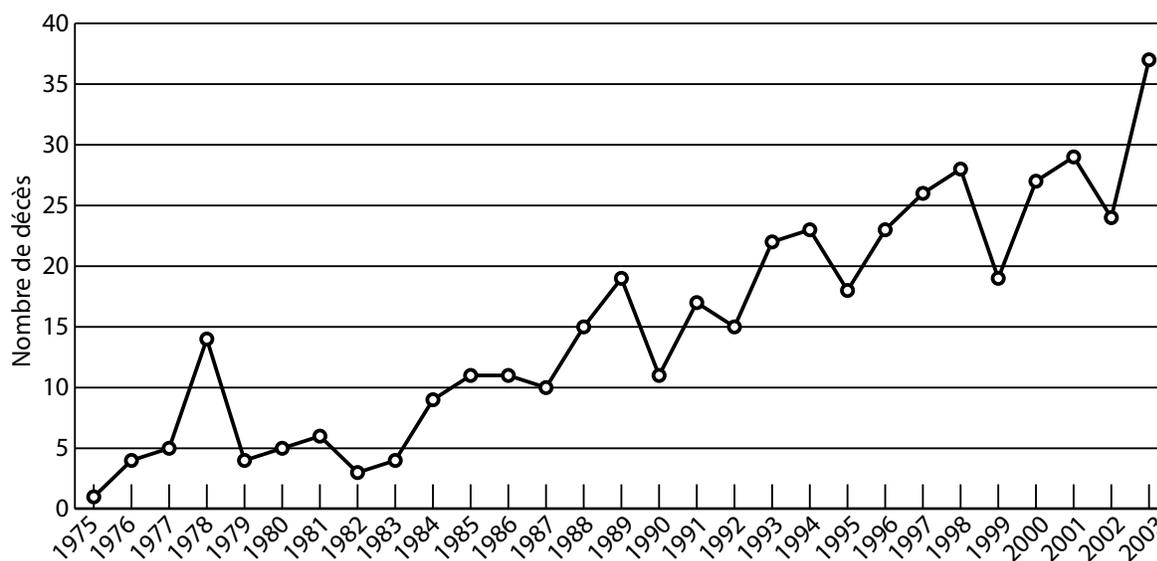
À l'opposé de cette tendance, un taux croissant de suicide chez les jeunes, particulièrement chez les jeunes garçons, a été identifié chez bon nombre de peuples autochtones à l'échelle internationale, y compris les Amérindiens et les Autochtones de l'Alaska (Gessner, 1997; Kettl et Bixler, 1991), les Inuit du Groenland (Grove et Lynge, 1979); Thorslund, 1990; Lygne, 1994), les Autochtones du sud de l'Australie (Cawte, 1991; Clayer et Czechowicz, 1991) et les peuples indigènes de Micronésie (Rubinstein, 1983; Tousignant, 1998). Ces bouleversements ne touchent pas uniquement les groupes autochtones, même s'ils prennent encore plus d'ampleur chez les jeunes garçons et les jeunes filles autochtones (Jilek-Aall, 1988).

Au Canada, le taux global de suicide a augmenté de 1950 à 1995 et il est resté stable ou a légèrement diminué. Cependant, au cours des dernières décennies, le taux chez les jeunes hommes s'est considérablement

accru, particulièrement depuis le milieu des années 1970 (Dyck, Newman et Thompson, 1988). Cette évolution a été beaucoup plus marquée dans certaines collectivités autochtones, en partie, en raison de leur démographie.

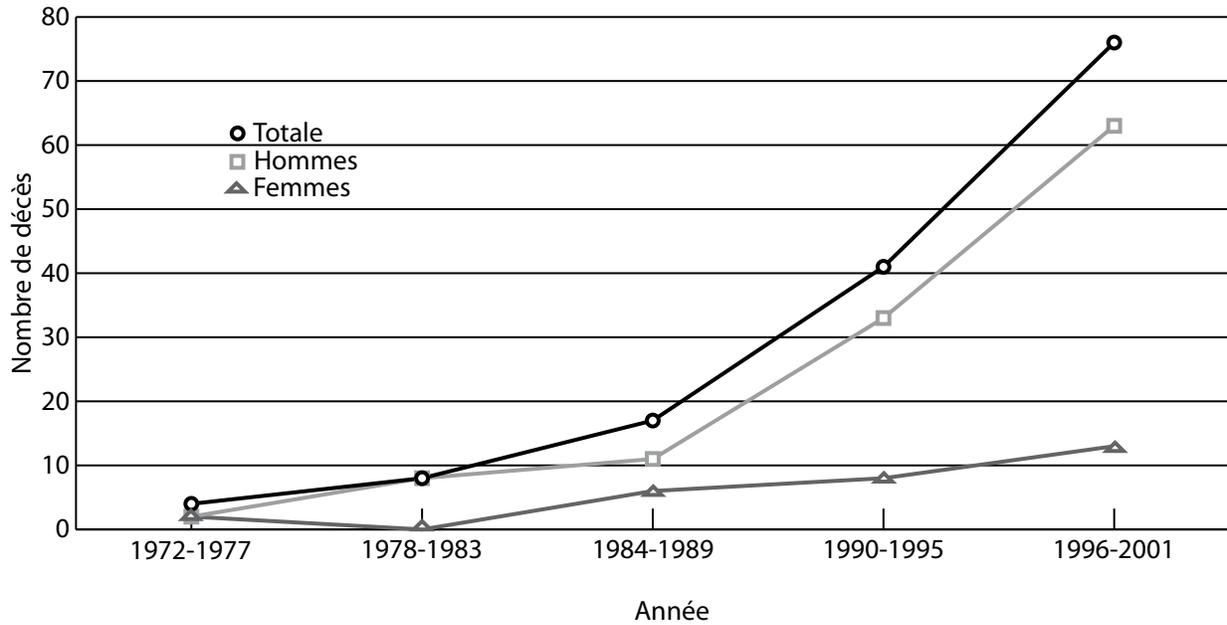
Des augmentations dramatiques du taux de suicide ont été constatées dans les dernières années chez les Inuit du Nunavut (se reporter à la Figure 2-10) et du Nunavik (Figures 2-11). C'est chez les jeunes de 15-24 ans que l'augmentation du taux de suicide a été la plus marquée (Figures 2-12). Un accroissement semblable a été noté chez les Premières Nations. À titre d'exemple, dans les collectivités Nishnawbe Aski du nord de l'Ontario, le nombre de suicides est passé de 6 en 1986 à 25 en 1995 (Figure 2-13). Par contre, d'autres communautés de Premières Nations ont indiqué des taux stables ou même à la baisse (Figures 2-14 et 2-15). Cette tendance générale peut tout de même dissimuler des problèmes persistants; à titre d'exemple, une diminution dans l'ensemble du taux de suicide chez les Premières Nations de la Colombie-Britannique s'est produite chez les jeunes femmes, alors que le taux chez les jeunes hommes est resté élevé dans de nombreuses collectivités. Ces variations au niveau régional, communautaire ou des réserves sont très importantes en fonction de l'identification des besoins de services et d'interventions. En comprenant mieux les raisons de ces variations, il se peut qu'on en arrive à cerner les déterminants sociaux de la santé, ce qui pourrait contribuer à orienter une démarche efficace de prévention.

Figure 2-10) Number of Deaths by Suicide in Nunavut, 1975–2003  
[TRAD. Nombre de décès par suicide au Nunavut, 1975-2003]



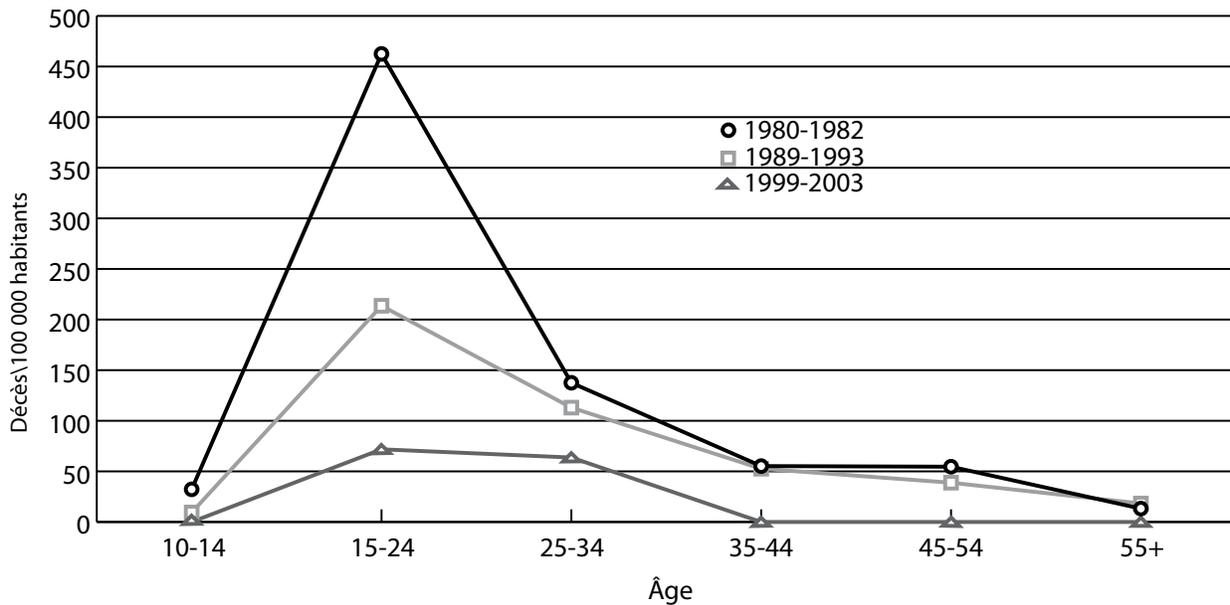
Source : Hicks, disponible prochainement, 2007

Figure 2-11) Number of Deaths by Suicide in Nunavik, 1972–2001  
 [TRAD. Nombre de décès par suicide au Nunavik, 1972-2001]



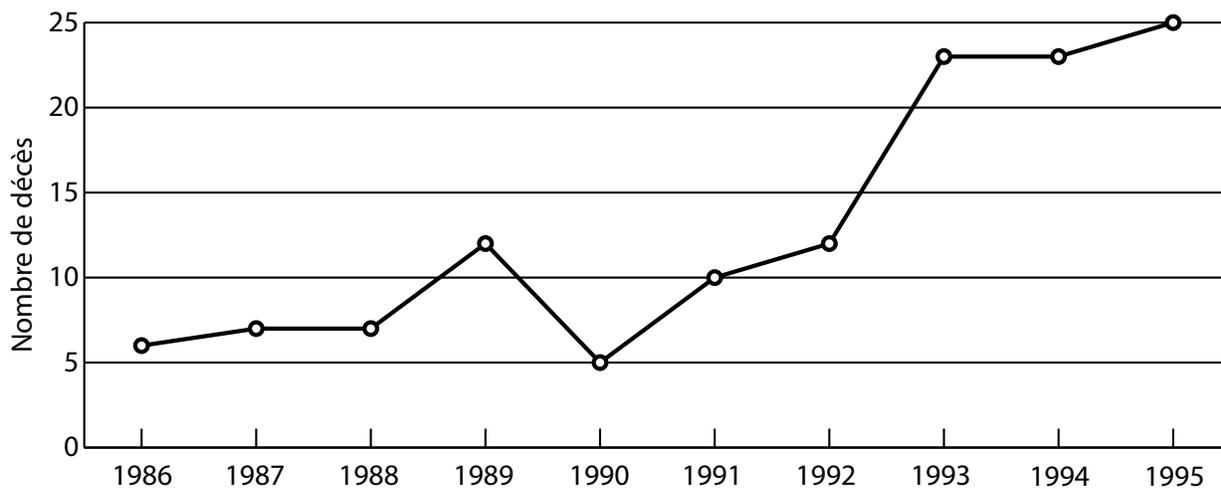
Source : Hicks, disponible prochainement, 2007

Figure 2-12) Suicide Rate in Nunavut by Age, 1980–2003  
 [TRAD. Taux de suicide au Nunavut par âge, 1980-2003]



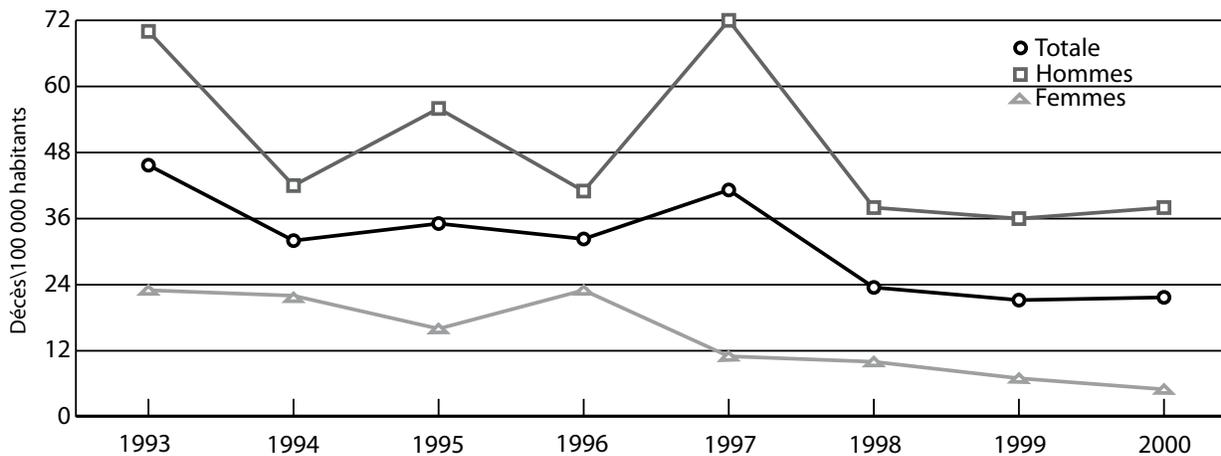
Source : Hicks, disponible prochainement, 2007; Turecki et coll., 2006

Figure 2-13) Nombre de décès par suicide dans la nation Nishnawbe Aski, 1986-1995



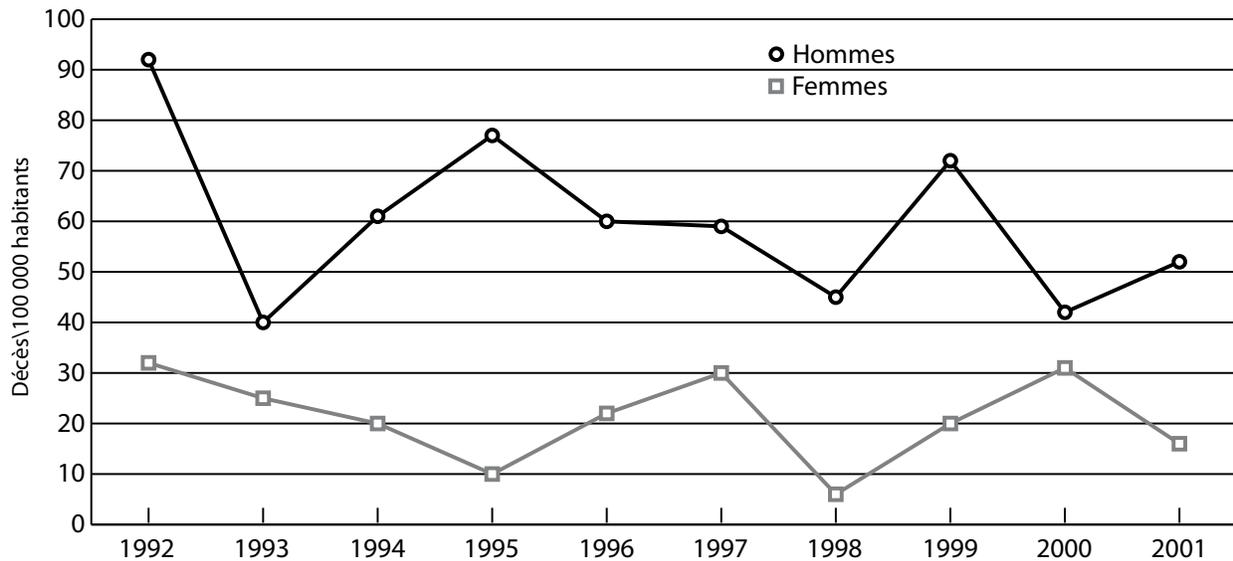
Source : Conférence Jeunesse sur le suicide de la nation Nishnawbe-Aski, 1996.

Figure 2-14) Suicide Rates in British Columbia First Nations, 1993–2000  
 [TRAD. Taux de suicide chez les Premières Nations de la Colombie-Britannique, 1993-2000]



Source : Lalonde, 2001

Figure 2-15) Suicide Rates in Alberta First Nations, 1992–2001  
 [TRAD. Taux de suicide chez les Premières Nations de l'Alberta, 1992-2001]



Source : Alberta Mental Health Board, 2005.

Holinger et Offer (1982) soutiennent que le taux de suicide est associé à la composition d'une population; en particulier, le taux de suicide chez les jeunes augmente de pair avec la proportion de la population adolescente. Une analyse récente de données régionales aux États-Unis corrobore cette hypothèse (Holinger et Lester, 1991). Par contre, un essai de reprise d'une étude à l'aide d'un échantillon international n'a pas confirmé ce résultat transnational (Lester, 1992). Ces observations n'ont pas non plus été confirmées par une étude canadienne qui a indiqué une relation inverse entre la taille de la cohorte des jeunes et le taux régional de suicide (Hasselback et coll., 1991). Une étude sur des collectivités de la Colombie-Britannique a dénoté que le taux de suicide chez les Autochtones s'accroissait en parallèle avec le pourcentage d'Autochtones résidant dans un territoire de recensement donné et avec le pourcentage de la population autochtone vivant dans des réserves (Lester, 1996). Le taux de suicide chez les Autochtones n'est pas associé à la taille réelle de la population autochtone.

Aux États-Unis, l'observation voulant que le taux de suicide chez les jeunes a une corrélation avec la proportion de la population des 15-24 ans évoque l'hypothèse d'une « privation ou dépossession relative » (Walker et Pettigrew, 1984; Petta et Walker, 1992) chez ces jeunes dans le contexte social où règne une concurrence plus grande à l'égard de possibilités et de ressources qui sont restreintes, mène à une situation de désavantage et de démoralisation qui, par voie de conséquence, entraîne un taux accru de suicide. Les personnes âgées ne sont pas engagées dans cette même concurrence pour s'établir et, par conséquent, elles peuvent bénéficier au contraire de la solidarité sociale et de la représentativité politico-économique associée à une plus grande cohorte.

Des données provenant de l'Alberta indiquent que des tendances similaires d'augmentation du taux de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes au Canada ne peuvent tout simplement pas s'expliquer par des modifications de la composition par âge de la population. Ces données semblent également indiquer qu'il y a un effet de cohorte (Solomon et Hellon, 1980).

Comme nous en traiterons au chapitre 3, le suicide est étroitement lié à des troubles dépressifs majeurs. Il existe des données probantes démontrant que le taux de trouble dépressif est en hausse dans de nombreux pays urbanisés depuis le siècle dernier (Fombonne, 1994). On l'attribue à des facteurs culturels et à des facteurs sociaux. Ces causes contributives à la dépression peuvent être particulièrement importantes dans le cas de jeunes gens qui sont confrontés aux défis de l'établissement de leur identité dans un monde en mouvement et de la réalisation de leur compétence sociale et de leur stabilité économique. Toutes ces exigences peuvent être particulièrement complexes dans le cas de jeunes autochtones.

Pour la génération actuelle de la jeunesse autochtone aux prises avec des circonstances uniques, les effets de période et les effets de cohorte peuvent être importants. Dans de nombreux cas, leurs parents sont allés au pensionnat, alors qu'ils sont plus susceptibles de faire leurs études dans leur communauté. Cette différence de situation, ajoutée à d'autres bouleversements sociaux et culturels, accentue cet écart de génération. De plus, il y a une grande cohorte qui entre sur le marché du travail à un moment où les économies sont déprimées. Finalement, ils font partie d'une époque de sensibilisation accrue aux disparités économiques entre les collectivités autochtones et la société dominante par le biais des médias et d'une préoccupation croissante à l'égard de questions politiques comme les revendications territoriales et l'autodétermination.

### Épidémie de suicides

Dans les collectivités autochtones, des suicides se produisent souvent en série, touchant ainsi de nombreuses personnes dans la même communauté ou la même région géographique au cours de la même période (Bechtold, 1988; Wissow et coll., 2001). Ce phénomène survient également dans la population générale. L'examen de données sur la mortalité de 1978 à 1984 tirées des dossiers de *US National Center for Health Statistics Mortality Detail* révèle une épidémie de suicides significative en fait de moment et d'endroit (Gould, Wallenstein et Kleinman, 1990). Il y a des indications que la fréquence des suicides en série a augmenté au cours de cette période de temps. La transmission d'une suicidabilité peut se faire par l'intermédiaire de l'exposition aux médias, de même que par des liens d'attachement personnels et l'identification émotionnelle avec la situation malheureuse et le geste des victimes de suicide (Wilkie et coll., 1998).

La présentation dominante d'un suicide dans un journal, à la télévision, ou dans d'autres médias entraîne une augmentation prévisible de décès au cours d'une période d'une à deux semaines suivant la présentation (Eisenberg, 1986; Gould et coll., 1990; Phillips et Carstensen, 1986; Schmidtke et Schaller, 2000). Dans ce contexte, il s'agit de relation dose-effet, c'est-à-dire que, plus la couverture médiatique est intensive, plus importante en sera l'augmentation du taux de suicide (Phillips, Lesyna et Paight, 1992; Schmidtke et Schaller, 2000; Stack, 2003). L'effet préjudiciable de la couverture médiatique a été relevé au moment d'une épidémie de suicides chez des Amérindiens (Tower, 1989).

Des suicides en série semblent être associés à des personnes qui étaient antérieurement à risque (Davidson et coll., 1989). Par ailleurs, le choix de la méthode, du moment et de l'endroit pour le suicide peut être fortement influencé par l'exposition à des suicides précédents. Dans une certaine mesure, le comportement suicidaire fait suite à la propagation d'une idée, mais cette idée doit être intériorisée et mise à exécution (Kral, 1998). L'intériorisation d'une idée ou d'un modèle comportemental varie selon la façon dont on s'identifie au modèle – dans la mesure où on y est étroitement associé. Les suicides en série posent un problème particulier dans les collectivités autochtones où un grand nombre de personnes sont très proches les unes des autres et où elles ont en commun la même situation sociale, les mêmes difficultés, faisant en

sorte que les conséquences d'un suicide sont profondément ressenties par la communauté toute entière. Un tel retentissement accroît le risque d'un effet de cascade entraînant toute une série de suicides.

### Méthodes de suicide

[TRADUCTION] J'étais assis dans la maison réfléchissant au fait que je n'en pouvais plus. Je suis resté assis 15, 20 minutes, et je suis allé dans ma chambre, j'ai pris un fusil, un fusil de chasse de calibre 12, j'ai mis une cartouche, mis le cran de sûreté, puis je me suis rassis, et je me suis demandé pourquoi je voulais faire cela. Je n'ai pas pensé aux conséquences, j'étais complètement absorbé par l'idée que je voulais me tuer (un jeune de Première Nation).

Il y a très peu d'études qui traitent des méthodes utilisées par les Autochtones décédés par suicide. Un rapport sur les blessures accidentelles et les blessures infligées volontairement chez les Premières Nations au Canada (Santé Canada, 2001) a indiqué que, pour la période de 1991 à 1993, la méthode de suicide la plus courante a été la pendaison. La mort par pendaison a représenté à peu près la moitié de l'ensemble des décès chez les hommes (49,2 %) et chez les femmes (45,8 %) de Premières Nations, suivie par les décès causés par une arme à feu totalisant chez les hommes (35,3 %) et par l'intoxication médicamenteuse ou de drogues chez les femmes (30 %). Cette tendance s'est avérée la même dans le cadre d'un examen de la population générale des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut de 1982 à 1996 où il y a eu une hausse du taux de suicide par pendaison alors que les décès causés par d'autres méthodes ont un peu diminué. La pendaison a remplacé les blessures par balle comme méthode la plus souvent choisie; dans cette étude sur les Inuit décédés par suicide, 68 pour cent sont morts par pendaison et 29 pour cent ont opté pour l'arme à feu (Isaacs et coll., 1998). Pour donner encore plus de poids à cette tendance, une étude sur le suicide au Manitoba a fourni des résultats similaires, indiquant que la méthode utilisée dans plus de 50 pour cent des suicides chez les Autochtones au Manitoba de 1988 à 1994 était la pendaison ou l'asphyxie (Malchy et coll., 1997). Cette méthode s'est avérée la plus fréquente dans les réserves et à l'extérieur des réserves, mais beaucoup moins commune chez les non Autochtones. Les auteurs ont indiqué que les études antérieures menées au Manitoba avaient plutôt identifié les armes à feu comme méthode la plus fréquente chez les Autochtones, tout en mentionnant une hausse récente du décès par pendaison (Malchy et coll., 1997). Dans une étude sur le suicide chez les Inuit du Nord du Québec de 1982 à 1996, 54,9 pour cent des personnes faisant partie de l'étude sont décédées par pendaison alors que 29,6 pour cent se sont tirées une balle. Comme autres méthodes, on a trouvé l'intoxication au monoxyde de carbone et la noyade. Dans le cas d'environ 11,3 pour cent des personnes visées par l'étude, la méthode n'était pas spécifiée (Boothroyd et coll., 2001).

La consommation d'alcool peut interagir avec la méthode choisie – des victimes de suicide ayant recours à une arme à feu risquent fort d'avoir bu avant de poser leur geste (Brent, Perper et Allman, 1987). Dans une étude auprès d'Autochtones de l'Alaska, 76 pour cent des suicides sont attribuables à des blessures par balle; les suicides à l'aide d'arme à feu sont associés à une alcoolémie élevée (Hlady et Middaugh, 1988). Une étude sur l'alcool et le décès par suicide chez les Amérindiens du Nouveau Mexique de 1980 à 1998 a permis de constater que l'alcool était en cause dans 69 pour cent des suicides menés à terme, plus de 90 pour cent des victimes ayant un taux d'alcoolémie révélant une intoxication (May et coll., 2002). La consommation d'alcool précédant un suicide était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et elle était moins commune parmi les personnes décédées par intoxication ou qui avaient pris d'autres drogues au moment de leur suicide.

---

## Sommaire

Actuellement, environ 4000 personnes au Canada décèdent par suicide annuellement, parmi elles 6 à 10 pour cent sont des Autochtones. L'information épidémiologique sur le suicide chez les populations autochtones au Canada reste limitée. Bien que Santé Canada et Statistique Canada ont recueilli de l'information sur les décès par suicide pendant des périodes allant jusqu'en 1993, seulement un nombre limité de données se rapportant à des périodes plus récentes sont disponibles et facilement utilisables. Des données de base sur le taux de suicide chez les Indiens non inscrits et les Métis font défaut. Quelques données sur les tentatives de suicide peuvent être obtenues pour tous les groupes autochtones confondus. De plus, l'accessibilité aux données est assujettie à des préoccupations concernant la propriété des données et l'autonomie. Cependant, l'élaboration et la réalisation des Enquêtes régionales longitudinales sur la santé des Premières Nations par l'Organisation nationale de la santé autochtone et l'Assemblée des Premières Nations font espérer une prestation systématique d'informations de meilleure qualité qui sera sous contrôle autochtone.

Au cours des dernières décennies, le taux de suicide chez les Autochtones au Canada a augmenté pour atteindre en moyenne trois fois celui chez la population générale. Le suicide se produit beaucoup plus fréquemment chez les jeunes que chez les personnes âgées et, dans bien des collectivités, le taux chez les jeunes continue de grimper. Même si la différence entre les sexes est moindre que chez la population non autochtone, les hommes sont plus susceptibles de décéder par suicide; par contre, les femmes font plus fréquemment des tentatives de suicide. Les suicides se produisent souvent en association avec une consommation excessive d'alcool et ils sont réalisés par des moyens très meurtriers (pendaison et arme à feu). Il existe de grandes variations régionales relativement au taux de suicide. Comparé à la population générale, le suicide chez les adolescents autochtones tend davantage à se produire en série.

Alors que l'épidémie de suicides force l'attention des médias et des observateurs, cette couverture masque le fait que certaines collectivités ont un taux de suicide plus bas que la moyenne alors que d'autres ont un taux plus élevé. Comme nous en traiterons en profondeur au chapitre 4 du présent rapport, cette grande variation du taux de suicide parmi les communautés fournit des indications concernant les causes du suicide chez les jeunes autochtones. L'analyse de ces différences régionales et communautaires peut permettre d'identifier les domaines qui posent problème et les stratégies efficaces pour prévenir le suicide dans les collectivités autochtones.

Le suicide n'est qu'un des indicateurs de la détresse qui afflige les collectivités. Pour chaque suicide, il peut y avoir un nombre encore plus grand de gens souffrant de dépression, d'anxiété et d'autres sentiments comme l'incapacité, l'impuissance et le désespoir. D'autre part, chaque suicide a une incidence très forte qui bouleverse un grand nombre de personnes – la famille, les proches et les pairs qui trouvent un écho de leur propre situation difficile et qui parfois peuvent être incités à considérer la possibilité de se suicider en réaction à ce tragique événement. Le cercle de la perte, du deuil et de la douleur morale suivant le suicide d'un être cher s'élargit pour englober toute la collectivité. Dans de petites collectivités autochtones où beaucoup de gens sont parents et où bien des personnes sont confrontées à des histoires personnelles semblables et à de l'adversité collective, les répercussions d'un suicide peuvent prendre des dimensions considérables et très graves.



## Origine du suicide : vulnérabilité et résilience individuelles

[TRADUCTION] Juste le fait d'en parler et d'informer les gens au sujet de ce qu'on doit faire si on a un ami [qui est suicidaire], c'est une bonne idée. Peut-être même essayer d'aborder le problème, comme, qu'est-ce qui amène une personne à être suicidaire? Je ne sais pas jusqu'à quel point c'est une solution qui a des chances de réussir, mais juste comme, essayer de mettre fin à des choses comme l'ennui. Comme, avoir un centre où des gens peuvent aller au lieu de juste s'ennuyer à mourir et se mettre à prendre de la drogue et devenir suicidaire ou essayer de stopper l'abus et des affaires comme cela. Il devrait y avoir un moyen de faire cesser le suicide (jeune de Première Nation).

Le suicide est en réalité la résultante de forces agissantes multiples dans le for intérieur de la personne, de ses interactions avec d'autres au sein de la famille, de la communauté et des grandes sphères sociales. Certains actes liés au suicide sont délibérés et planifiés, d'autres gestes sont soudains et impulsifs. Une grande partie du projet suicidaire se déroule dans un contexte de souffrances émotionnelles vives et de véritable supplice, cette détresse étant sans doute la conséquence d'une situation problématique intolérable existant depuis longtemps déjà, d'une période de dépression plus courte ou d'une crise de colère, d'un état d'agitation ou de désespoir aggravé par l'intoxication. Même dans le cas de crises soudaines, il n'en reste pas moins qu'une grande diversité d'influences et d'expériences auxquelles la personne en cause a été assujettie tout au long de sa vie peut contribuer à l'apparition du « geste » suicidaire.

Les facteurs augmentant la probabilité qu'une personne se suicidera sont désignés sous *facteurs de risque*, alors que ceux diminuant le risque ou rendant la personne plus résiliente sont qualifiés de *facteurs de protection*. Les facteurs de risque et de protection peuvent être considérés en fonction du choix du moment (où le projet du suicide se concrétise) et de leur influence exercée sur le suicidant : *facteurs prédisposants* (p.ex., une dépression majeure, de la violence familiale) augmentent la vulnérabilité de la personne à poser l'acte causant le suicide; *facteurs contributifs* (p.ex., impulsivité, absence d'un réseau social de soutien et d'entraide) amplifient le risque chez des personnes déjà vulnérables; *facteurs déclenchants* (p.ex., perte d'une relation intime, rejet, des démêlés avec la justice) sont des déclencheurs immédiats ou agent provocateur de l'acte entraînant le suicide; *facteurs facilitants* (p.ex., disponibilité des armes à feu, intoxication) rendent possible pour la personne de se suicider.

La Commission royale sur les peuples autochtones (1995) a organisé un débat sur les facteurs de risque généralement associés au suicide qui se regroupent en quatre grandes catégories : facteurs psychobiologiques, situationnels, socioéconomiques et culturels. Le présent chapitre porte essentiellement sur les facteurs psychobiologiques et situationnels qui influent sur des personnes. Le chapitre 4 traitera de facteurs plus généraux comme les facteurs sociaux, économiques, politiques et culturels. Il est important de bien souligner que cette catégorisation répond uniquement à des besoins de facilitation, d'utilité pour la présentation du contenu. Le suicide, comme toute autre expérience de l'être humain, émerge d'un faisceau dense d'interactions entre diverses démarches ou processus biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Ces facteurs influent sur la personne de l'enfance jusqu'à la fin de sa vie, accroissant sa résilience ou rendant les personnes plus vulnérables aux effets du stress, des conflits, de la violence et des pertes, du deuil. Des facteurs sociaux, économiques, culturels et politiques peuvent également engendrer une situation malheureuse qui conduira la personne au comportement suicidaire.

Comme le suicide est en dernier ressort un acte individuel et comme les disciplines de la psychiatrie et de la psychologie sont plutôt enclines à se pencher sur le fonctionnement individuel, la plupart des recherches sur le suicide ont centré leurs efforts sur les déterminants au niveau individuel. Généralement, ces travaux sont articulés en fonction des facteurs de risque et des facteurs de protection qui augmentent ou diminuent la probabilité du comportement suicidaire dans une population ou chez un groupe d'individus. Des facteurs de risque sont associés à la vulnérabilité alors que les facteurs de protection contribuent à la résilience.

La recherche sur le suicide chez d'autres populations contribue beaucoup à mieux comprendre le problème chez les Autochtones. Par conséquent, la présente section passe en revue les efforts de recherche axés sur les facteurs de risque et les facteurs de protection chez la population générale qui peuvent s'appliquer aux Autochtones, de même que les quelques études qui se penchent directement sur les Autochtones au Canada. L'objectif consiste à expliquer pour quelle raison un grand nombre de jeunes ne se laissent pas influencer, ne meurent pas de suicide, même dans des collectivités ayant un taux très élevé. Le fait d'en arriver à identifier des facteurs de risque et des facteurs de protection décisifs applicables au contexte autochtone peut constituer un point de départ pour mieux saisir ce qu'on entend par vulnérabilité et résilience et pour savoir dans quelle direction il faut s'engager en prévention du suicide. Ce chapitre traitera de l'influence des troubles psychiatriques sur le suicide, ainsi que des tentatives de suicide précédentes, de l'idéation suicidaire, de la consommation abusive de l'alcool et de substances psychoactives, des facteurs influant sur le développement pendant l'enfance, des déterminants cognitifs, du raisonnement et de l'orientation sexuelle. Enfin, en conclusion, ce chapitre abordera les facteurs de résilience, ainsi que l'interaction entre les facteurs de risque et les facteurs de protection.

### Troubles psychiatriques

Bien qu'il n'y ait pas de cause unique du suicide, la santé mentale des personnes constitue le facteur le plus important chez la population générale. De nombreuses études partagent l'opinion que la majorité des personnes s'étant suicidées souffrent d'un trouble psychiatrique qui a contribué à leur décès (Evans, Hawton, et Rodham, 2004); Fleischman et coll. 2005; Gould et coll., 1998a; 1998b; Lesage et coll., 1994). En particulier, on estime que la dépression majeure et la consommation excessive de drogues et d'alcool sont fortement corrélées au suicide et à la tentative de suicide. Dans le cadre de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations en 2002, les personnes de Premières Nations ayant éprouvé de la tristesse ou étant déprimées au moins deux semaines de suite au cours de l'année précédente risquaient deux fois plus que les autres de déclarer une idéation suicidaire ou une tentative de suicide (Centre des Premières Nations, 2005). Malheureusement, il n'y a que très peu d'études sur les populations autochtones au Canada qui ont eu recours à des méthodes modernes de diagnostic psychiatrique pour déterminer la prévalence de troubles mentaux communs, dont la dépression majeure. C'est pourquoi il n'est pas encore possible de connaître le rôle possible que les divers troubles psychiatriques exercent; il faut donc s'en remettre à des extrapolations émanant d'études sur d'autres populations. Des études récentes menées au Canada et aux États-Unis ont produit de nouvelles données sur la prévalence de la dépression qui permettront de traiter ces questions dans les années à venir.

Des études de retraçage effectuées dans bon nombre de pays grâce à des méthodes de reconstitution d'histoires, des entrevues auprès des familles et la consultation de dossiers médicaux ont identifié des troubles mentaux dans 70 à 95 pour cent des cas de jeunes suicidés (Cavanagh et coll., 2003; Houston, Hawton et Sheppard, 2001; Runeson et Rich, 1992). Pour l'ensemble de ces études, les diagnostics les plus fréquents sont des troubles de l'humeur (42 %; particulièrement la dépression majeure), des troubles liés à la consommation de

substances (psychoactives) (41 %) et des troubles liés à un comportement perturbateur (21 %; comprenant le trouble des conduites, le trouble déficitaire de l'attention, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble de l'identité). Environ 18 pour cent des jeunes qui décèdent par suicide ne manifestent aucun signe de trouble psychiatrique (Fleischmann et coll., 2005). Ce manque de manifestation peut en fait dénoter des limitations au niveau du diagnostic rétrospectif ou des problèmes cliniques ou sociaux bénins. Certains de ces jeunes peuvent avoir une histoire d'anxiété causée par une volonté excessive de performance et par le perfectionnisme, ajoutée à l'incapacité de bien gérer le stress et à des bouleversements (Hawton, 1986). Ces personnes peuvent faire une tentative de suicide si elles se trouvent confrontées à un échec important ou essuient un revers à l'école ou dans d'autres activités.

Des études rétrospectives sur des décès par suicide chez des adolescents et de jeunes adultes indiquent des taux élevés de troubles spécifiques variant de 43 à 79 pour cent dans le cas de troubles affectifs (dépression majeure et trouble bipolaire accompagné de dépression), de 26 à 66 pour cent dans le cas d'alcool et de drogue, de 3 à 61 pour cent pour des problèmes de conduite ou de troubles de la personnalité (généralement le trouble de la personnalité limite (borderline) ou la personnalité antisociale); moins courant, il y a les troubles schizophréniques (0-17 %) (Ryland et Kruesi, 1992; Cavanagh et coll., 2003; Brent et coll., 1994). La grande variation des taux correspond aux différences entre les méthodes et les critères diagnostiques, de même que les limitations de l'établissement de diagnostics à l'aide de données rétrospectives. Une étude faisant l'autopsie psychologique par la méthode de cas-témoin de 75 jeunes gens (âgés de 18-35 ans) au Québec décédés par suicide a fait ressortir que 88 pour cent parmi eux avaient obtenu un diagnostic psychiatrique et 38,7 pour cent faisaient une dépression majeure (comparativement à 5,3 % des cas-témoins) (Lesage et coll., 1994).

Les troubles anxieux comportent également un risque important de suicide (Weissman et coll., 1989). Une analyse de données provenant de *US National Institute of Mental Health* (NIMH), une étude épidémiologique intitulée *Epidemiologic Catchment Area Study*, a révélé que des diagnostics liés à un trouble panique ou à des attaques de panique sporadiques sont également associés à une augmentation de l'idéation suicidaire et à des tentatives de suicide (Weissman et coll., 1989). Ce risque accru était indépendant de la dépression majeure ou de l'abus d'alcool coexistant. Chez des patients ayant un trouble panique, le risque de comportement suicidaire est accru s'il y a un problème d'abus d'alcool ou d'autres troubles psychiatriques, dont la dépression majeure ou des troubles de personnalité (Warshaw, Dolon et Keller, 2000). En outre, le trouble panique est associé à un risque accru chez des adolescents (Gould et coll., 1996). Des études ont aussi permis de constater une association entre les troubles anxieux généralisés et le syndrome de stress post-traumatique et le suicide chez l'adolescent, même si cette relation peut être attribuable à d'autres troubles coexistants, y compris la dépression (Giaconia et coll., 1995; Mazza, 2000; Wunderlich, Bronisch, et Wittchen, 1998).

Approximativement 10 pour cent des patients schizophrènes décèdent tôt ou tard par suicide (Hawton, 1987). Le moment où la personne est la plus à risque se situe à la première étape de l'évolution de la maladie, généralement pendant une période relativement non-psychotique. Les gens les plus à risque sont ceux ayant atteint un niveau d'études supérieures avant leur maladie, ce qui peut avoir donné lieu à des attentes ou à des ambitions plus grandes pour l'avenir. À la différence de la situation présentant de la dépression ou d'autres troubles affectifs, ces résultats font ressortir le besoin d'assurer un suivi sérieux, efficace, auprès des personnes souffrant de schizophrénie pendant les périodes de rémission comme celles de la rechute; dans les cas où des patients schizophrènes ne font pas de délire, il se peut qu'on considère leur attitude comme celle d'une personne qui jongle avec des idées sombres et envisage un suicide. En dépit du haut risque associé

à ce trouble, la schizophrénie n'est pas une cause contributive majeure au grand nombre de suicides chez les jeunes parce que la schizophrénie est beaucoup moins commune que la dépression.

L'importance des troubles psychiatriques spécifiques par rapport au suicide varie également tout au long des âges de la vie. À titre d'exemple, la fréquence des troubles de la personnalité est de manière significative plus élevée dans le cas de suicide chez les jeunes par comparaison à des suicides chez les plus âgés. Dans le cadre d'une étude rétrospective, 55 pour cent des cas de suicide chez des adolescentes révélaient que celles-ci souffraient de troubles de la personnalité ou du trouble de l'identité (Marttunen et coll., 1991). Une étude québécoise sur des suicides de jeunes garçons qui a été menée par Lesage et ses collaborateurs (1994) a relevé qu'au moins 28 pour cent répondaient aux critères du trouble de la personnalité limite. Chez les personnes ayant des troubles de la personnalité qui décèdent par suicide, la plupart souffrent de dépression majeure coexistante et/ou de troubles liés à l'abus des substances psychoactives (Runeson et Rich, 1992).

Comparées aux décès par suicide, les tentatives de suicide sont en fait moins fortement associées à des troubles psychiatriques majeurs. Les diagnostics généralement liés à des comportements suicidaires non mortels sont rattachés à des troubles de la personnalité (21-48 %), à un trouble dysthymique (22 %) et à l'abus des substances (20-50 %) (Tanney, 1992).

Une enquête communautaire auprès de deux tribus amérindiennes aux États-Unis menée de 1997 à 2000 a dénoté que le taux global de troubles psychiatriques était de façon générale comparable à celui chez la population générale, mais, par contre, la fréquence des diagnostics spécifiques différait (Beals et coll., 2005b; 2005c). Comparés aux troubles chez la population générale, la dépendance à l'alcool et le syndrome de stress post-traumatique étaient plus fréquents chez les membres des collectivités amérindiennes, alors que les troubles liés à la dépression étaient moins fréquents.

Comme nous l'avons déjà mentionné, il y a peu d'études sur la prévalence des troubles psychiatriques dans les collectivités autochtones au Canada et, par conséquent, il est impossible de déterminer quelle proportion des suicides est associée aux troubles psychiatriques (Dion, Gotowiec, et Beiser, 1998). Des expériences provenant de consultations psychiatriques dans les collectivités autochtones indiquent un taux élevé de dépression majeure et de trouble dysthymique dans de nombreuses collectivités (Armstrong, 1993; Sampath, 1974; Young et coll., 1993). La schizophrénie, le trouble bipolaire, les troubles anxieux généralisés et le trouble panique peuvent également être des causes contributives au suicide dans ces collectivités. Le diagnostic de troubles de la personnalité est difficile à établir avec certitude dans le contexte de problèmes sociaux endémiques, mais il est probablement commun, et sans doute est-il une cause contributive à la suicidabilité. Des personnes souffrant de dépression ou d'autres troubles psychiatriques peuvent être encore plus vulnérables aux effets démoralisants des problèmes sociaux que les Autochtones vivent. Cette situation sociale très problématique peut causer ou contribuer à la hausse du nombre de suicides même en l'absence de troubles psychiatriques diagnostiqués.

Les enquêtes fondées sur l'évaluation de symptômes semblent indiquer un taux de fréquence élevé de troubles mentaux communs, représentant autant que 27 pour cent des personnes dans certaines collectivités souffrant de dépression (Haggarty et coll., 2000). Des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en 2001 indiquent que 12 pour cent des personnes de Premières Nations résidant dans des réserves ont eu un épisode de dépression majeure comparativement à 7 pour cent de la population générale (gouvernement du Canada, 2006). En 1997, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations a révélé un taux élevé de dépression (18 %) et des problèmes liés à l'alcool (27 %) (Centre des

Premières Nations, 2004). Pour ce qui est de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de 2002, elle a permis de constater que 30 pour cent des personnes de Première nations ont éprouvé pendant les deux semaines ou plus au cours de l'année précédant l'enquête des sentiments de tristesse, de déprime, ou ont été déprimées – un symptôme de dépression majeure. Quant aux personnes disant s'être senties déprimées pendant deux semaines ou plus longtemps, elles étaient deux fois plus susceptibles que les autres de déclarer avoir eu des idées suicidaires ou avoir fait une tentative de suicide (Centre des Premières Nations, 2005).

Chez les Inuit du Nunavik, près de 25 pour cent des personnes décédées par suicide avaient obtenu au moins un diagnostic psychiatrique (principalement de dépression, ensuite des troubles de la personnalité ou le trouble des conduites) pendant leur vie et près de 50 pour cent avaient des antécédents psychiatriques (Boothroyd et coll., 2001). Une étude sur les suicides dans les Territoires du Nord-Ouest de 1981 à 1986 a dénoté que 64 pour cent parmi ces personnes avaient une histoire de trouble émotif ou de dépression et 40 pour cent avaient fait précédemment des tentatives de suicide (Isaacs et coll., 1998).

Lors de cette enquête sur de jeunes inuits au Nunavik, ceux qui avaient tenté de s'enlever la vie ont été considérés beaucoup plus susceptibles d'avoir eu des problèmes personnels ou des problèmes de santé mentale pendant l'année précédant l'enquête, par comparaison avec ceux qui n'avaient jamais essayé de se suicider (40 % c. 12 % = 0,001) (Kirmayer, Malus, et Boothroyd, 1996). Au Manitoba, les Autochtones (aussi bien ceux dans les réserves que ceux à l'extérieur des réserves) qui sont décédés par suicide étaient moins susceptibles d'avoir reçu un traitement psychiatrique que leurs homologues non autochtones (6,6 % c. 21,9 %, respectivement,  $p < .0001$ ) (Malchy et coll., 1997).

Un grand nombre d'études sur le suicide chez la population générale ont relevé une distinction entre : 1) des personnes ayant des troubles psychiatriques majeurs préexistants et 2) des personnes ayant des troubles psychiatriques moins graves, mais ayant plutôt vécu tout récemment des événements stressants de la vie et de l'abus d'alcool (Bagley, 1992; Duberstein, Conwell, et Caine, 1993; Kienhorst et coll., 1993; Mattunen et coll., 1998). Cette classification typologique soulève la question de savoir si les suicides chez les Autochtones sont d'un type plutôt qu'un autre. Cette question a d'importantes incidences en matière de stratégies de prévention, mais, à ce jour, les données dont on dispose sont insuffisantes pour permettre de résoudre cette problématique.

### **Idéation et tentative suicidaires antérieures**

La plupart des gens qui décèdent par suicide ont exprimé et ressassé auparavant des pensées suicidaires ou ont fait des tentatives suicidaires (Cavanagh et coll., 2003). Shafii et ses collaborateurs (1985) ont indiqué que 85 pour cent des victimes de suicide adolescents avaient eu auparavant le désir de mourir et que 40 pour cent avaient fait antérieurement une tentative. Même si la plupart des actes suicidaires ont un déclencheur ou une cause immédiate et beaucoup sont le résultat d'une impulsion, le suicide se produit généralement dans un contexte de pensées persistantes, récurrentes, et de plans articulés autour du suicide. Dans le cas de patients hospitalisés en raison d'une tentative de suicide, la gravité ou le sérieux de leur plan de suicide au moment où ils sont au plus désespéré est prédictif du risque ultime de mourir par suicide (Joiner et coll., 2003).

Beaucoup de ces facteurs associés à l'idéation suicidaire sont les mêmes peu importe qu'il s'agisse de tentatives de suicide ou de décès par suicide (Gunnell et coll., 2004). Par contre, chez des adolescents, le fait d'avoir

des pensées suicidaires peut être tellement fréquent que cette manifestation n'est pas considérée comme un signe révélateur d'un risque de suicide élevé (Ladame, 1992). À titre d'exemple, une étude auprès d'élèves de niveau secondaire aux États-Unis a fait ressortir que 27 pour cent parmi eux avaient déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours de la dernière année (Ryland et Kruesi, 1992). Il importe donc de faire la distinction entre l'idéation suicidaire sérieuse ou des crises suicidaires et des pensées au sujet du suicide qui expriment un dilemme et des préoccupations moins absolus, ne constituant pas une raison suffisante de mettre sa vie en danger.

L'idéation suicidaire est fortement associée à une dépression majeure dans la population générale (Goldney et coll., 2003), de même qu'à un faible niveau de soutien social et au chômage (Gunnell et coll., 2004). Chez des patients adolescents souffrant de trouble dépressif majeur, l'idéation suicidaire a tendance à varier selon la gravité de la dépression plutôt qu'à constituer un état cognitif indépendant (Myers et coll., 1991). Dans le cadre d'une analyse multidimensionnelle ou multivariée portant sur 588 adolescents et sur 150 adultes canadiens-français, l'idéation suicidaire chez les adolescents a été positivement associée à la dépression. De plus, on a trouvé des liens entre l'idéation suicidaire et des événements stressants de la vie, de la dévalorisation et de l'insatisfaction à l'égard du soutien social (de Man, Leduc et Labrèche-Gauthier, 1992). À l'opposé, l'idéation suicidaire chez les adultes a été associée à l'estime de soi et aux événements de la vie, mais non à la dépression.

Des tentatives de suicide peuvent varier, allant des « gestes » suicidaires de peu de gravité avec l'intention vague d'entraîner la mort à une atteinte sérieuse à la vie où le décès est évité de justesse par l'effet du hasard. Il est important dans le cadre de l'effort de recherche et de pratique clinique de déterminer la gravité des tentatives pour faire l'évaluation de la létalité potentielle. D'un point de vue clinique, cette démarche correspond à une estimation du rapport risque-sauvetage – c'est-à-dire que le risque relatif de décès par les moyens utilisés est divisé par la probabilité relative de la découverte et du sauvetage de la personne en cause. Un exemple de risque élevé/peu de chances de secours dans le cas de tentative peut donner lieu à une situation où la personne planifie aller dans des buissons (un endroit touffu) et utiliser un fusil de chasse sans avertir personne; au contraire, une tentative à moindre risque/sauvetage hautement probable pourrait correspondre à la prise de quelques somnifères en présence de son conjoint ou sa conjointe. Dans le cas de recherche épidémiologique sur le suicide, des efforts ont été faits pour élaborer des questions permettant d'évaluer rétrospectivement des tentatives afin de mieux comprendre la signification du taux très élevé de tentatives peu graves chez des jeunes (Meehan et coll., 1992).

Une tentative de suicide antérieure est l'unique prédicteur juste de tentatives subséquentes et de décès par suicide. Toutefois, ce critère peut seulement être utilisé dans une certaine mesure pour la prévention du suicide : 75-90 pour cent de l'ensemble des décès par suicide se produisent dès le premier essai signalé (Maris, 1992). Comparativement aux personnes commettant une tentative, celles qui décèdent par suicide tendent à être de sexe masculin, plus âgées, non mariées, divorcées ou veuves, vivant seules, retraitées ou sans emploi (van Egmond et Diekstra, 1990).

Approximativement 50 pour cent des gens qui font une tentative de suicide se réessaient une deuxième fois (Kreitman et Casey, 1988). Des personnes peuvent être à risque très élevé de commettre des tentatives de suicide à répétition dans les trois premiers mois ou à peu près suivant une première tentative. Il est fort possible que des « réitérants » aient eu des diagnostics et des traitements psychiatriques antérieurs, des antécédents d'autres comportements autodestructeurs, d'abus d'alcool et de substances psychoactives, de retrait social et de chômage (Kreitman et Casey, 1988). En étudiant les caractéristiques psychologiques des

patients hospitalisés pour tentative de suicide réitérée dans les trois mois suivant un épisode initial, il ressort que ces personnes ont une faible tolérance de frustration, un locus de contrôle interne et une image de soi/autoperception d'impuissance (Sakinofsky et Roberts, 1990; Sakinofsky et coll., 1990). Les réitérants ont également au niveau de leur caractère un sentiment d'hostilité dirigée vers l'extérieur. Par ailleurs, il n'y a pas de données probantes indiquant que la létalité a tendance à s'accroître à chaque tentative de suicide successive (van Egmond et Diekstra, 1990).

Des patients qui font de multiples tentatives de suicide non mortelles peuvent se distinguer de ceux qui font une seule ou seulement quelques tentatives de suicide mettant réellement la vie en danger. Dans le premier cas, les cliniciens considèrent que ces personnes ont des troubles de personnalité (généralement le trouble de personnalité limite) et qu'elles ont tendance à commettre des tentatives de suicide comme gestes de colère ou mesures spectaculaires, radicales, pour s'exprimer de façon un peu calculée et manipulatrice (Dingman et McGlashan, 1988). Par contre, on ne peut faire fi du risque de suicide chez des patients souffrant de troubles de la personnalité étant donné qu'ils courent beaucoup plus de risques que la population générale de décéder par suicide (Paris, Brown, et Nowlis, 1987; Tanney, 1992).

### Consommation d'alcool et de substances psychoactives

[TRADUCTION] La principale raison expliquant pourquoi des suicides arrivent, c'est l'alcool et les drogues... Mais je suis du genre de personne à vouloir aider et je suis frustrée parfois. Comme, par exemple, je me fâche contre les parents. J'imagine qu'on devient adulte de façons différentes, et je me mets en colère à cause de l'alcool et des drogues qui continuent [à être consommés] dans notre communauté... si une personne est sobre, c'est si différent... on voit toute la bonté en elle. On sait que [ces personnes] ont du potentiel, elles ont la sagesse... Mais si elles boivent et prennent des médicaments d'ordonnance, c'est complètement différent. J'avais une bonne amie, elle est une vraie bonne mère, elle est une vraie bonne personne à qui parler. Elle aime ses enfants, mais si elle boit... elle devient différente et j'ai tendance à méloigner d'elle... à cause de l'alcool, pour moi c'est la raison – Je n'aime pas l'alcool (adulte de Première Nation).

La consommation d'alcool et d'autres substances intoxicantes est souvent un facteur contributif au suicide pour bien des raisons. L'alcool et d'autres neurodépresseurs agissant au niveau du système nerveux central peuvent diminuer les inhibitions, augmenter l'impulsivité et intensifier les émotions négatives (p.ex., tristesse, dépression, colère et anxiété). De plus, ils peuvent aussi décroître chez une personne la peur de mourir et la capacité d'envisager les conséquences de ses actes. Pris en même temps que des drogues ou des médicaments, l'alcool peut accroître la létalité de médicaments en vente libre et des médicaments d'ordonnance ou des drogues dont la consommation fait souvent office de méthode de suicide. À l'occasion, il arrive que des gens ayant bu sans avoir l'intention sérieuse de se suicider commettent impulsivement une tentative de suicide alors qu'ils sont en état d'ébriété. La fréquence de la consommation d'alcool et la quantité consommée sont aussi un facteur. Chez un échantillon représentatif aux États-Unis, on a constaté que des buveurs excessifs étaient plus susceptibles de décéder par suicide que les buveurs occasionnels ou modérés (OR=1,64; 95 % CI=1,16-2,33) (Kung et coll., 1998).

La consommation d'autres substances psychoactives peut aussi être associée au risque de suicide ou contribuer à la suicidabilité. Une étude auprès d'élèves de niveau secondaire au Texas a montré que l'alcool, la marijuana, la cocaïne et les stéroïdes étaient associés à un risque accru de tentative de suicide

chez diverses sous-populations d'origine ethnique et propres à chaque sexe (Grunbaum, Basen-Enquist et Pandey, 1998). En plus d'agir directement sur l'humeur et le comportement, la consommation d'alcool et de substances psychoactives peut être une indication de détresse psychologique préexistante et de problèmes sociaux contribuant au comportement suicidaire.

L'intoxication alcoolique a été relevée comme facteur contributif majeur au suicide par la plupart des études sur les Autochtones, dont : les Cris du nord de l'Ontario (Ward et Fox, 1977); les Ojibwe du nord de l'Ontario et du Manitoba (Spaulding, 1986; Thompson, 1987); les Inuit du Groenland, Alaska, et des Territoires du Nord-Ouest (Aoun et Gregory, 1998; Isaacs et coll., 1998; Kettl et Bixler, 1991; Kraus, 1972; Rodgers, 1982; Sampath, 1992; Thorslund, 1990); ainsi que de nombreuses études de groupes amérindiens aux États-Unis (Brod, 1975; Group for the Advancement of Psychiatry, 1989). Une étude basée sur des cas-témoins et menée auprès d'Autochtones de l'Alaska décédés par suicide entre 1980 et 1984 a permis de constater qu'environ la moitié d'entre eux avaient une histoire documentée d'abus d'alcool dans leur dossier médical, ce qui représentait beaucoup plus que le groupe-témoin (Kettl et Bixler, 1993). Dans le cadre de cette étude alaskienne effectuée par Gregory (1994) sur un groupe de patients connus d'origine ethnique « eskimo »<sup>5</sup> qui avaient fait une tentative de suicide dans la région en question au cours d'une période de 6 mois en 1993, 57 pour cent des tentatives de suicide ont été précédées par la consommation d'alcool. Sur une période allant de 1980 à 1998 au Nouveau-Mexique, l'alcool a été mis en cause dans les deux tiers (69 %) des décès par suicide chez des Amérindiens par comparaison à 44 pour cent des décès par suicide chez la population générale (May et coll., 2002). Dans le même ordre d'idées, dans une étude au Manitoba, l'abus des substances psychoactives a été de manière significative le facteur de risque prédominant chez les Autochtones/Métis (44,4 %), comparativement aux suicides de non autochtones (23,8 %) (Sigurdson et coll., 1994).

L'alcoolémie au moment du décès a été mesurée chez un échantillon de 182 Autochtones et de 583 non Autochtones s'étant suicidés au Manitoba pendant les années 1988 à 1994 (Malchy et coll., 1997). Le taux moyen d'alcool dans le sang chez les suicidés autochtones était de 28 comparé à 12 chez les suicidés non autochtones ( $p < 0,0001$ ). Un taux d'alcool supérieur à 17 (limite légale pour les conducteurs au Manitoba) a été décelé chez 28,3 pour cent des personnes non autochtones et 65,4 pour cent chez les Autochtones décédés par suicide. Une intoxication alcoolique aiguë (un taux de plus de 43) a été diagnostiquée chez 10,3 pour cent des personnes non autochtones et chez 30,2 pour cent des Autochtones qui se sont suicidés. Comme on peut le présager, les Autochtones risquaient d'être davantage testés pour l'alcoolémie et, conséquemment, on pourrait supposer que le taux d'intoxication alcoolique chez les cas non autochtones a été sous-estimé.

La forte association entre l'intoxication alcoolique et le suicide chez les Autochtones témoigne également de la prévalence élevée de l'abus des substances psychoactives dans de nombreuses collectivités, sans compter que la première consommation se fait à un âge plus précoce (May et coll., 2002). Comparée à la proportion chez la population générale, les Autochtones consomment de l'alcool en petite proportion (79 % c. 66 %). Ceci étant dit, le taux d'abus d'alcool est supérieur chez la population autochtone dont 16 % des personnes de Premières Nations rapportent une consommation excessive d'alcool sur une base hebdomadaire, comparativement à 6,2 pour cent chez la population générale (Centre des Premières Nations, 2005). Le Sondage des Territoires du Nord-Ouest sur la promotion de la santé [Northwest

---

<sup>5</sup> Eskimo est une appellation employée aux États-Unis pour désigner les peuples autochtones de l'Alaska comprenant les yup'ik.

Territories Health Promotion Survey] a indiqué que 33 pour cent des Autochtones dans les Territoires du Nord-Ouest étaient considérés comme des buveurs excessifs, comparativement à 16,7 pour cent chez la population non autochtone. Dans le cadre du même sondage, la consommation de marijuana ou de hachisch était supérieure chez les Autochtones (27,3 %) par comparaison aux personnes non autochtones (10,8 %). Le sondage s'est aussi intéressé aux antécédents d'inhalation de solvants et elle a observé que le pourcentage d'Autochtones ayant fait usage de solvants était particulièrement élevé, se situant à 19 pour cent par rapport à 1,7 pour cent chez les personnes non autochtones (Northwest Territories Bureau of Statistics, 1996).

Une enquête sur l'usage de la drogue au Manitoba a évalué des adolescents autochtones (résidents indiens et métis à l'extérieur de réserves) et des adolescents non autochtones pendant quatre années consécutives allant de 1990 à 1993 (Gfellner et Hundleby, 1995). Les groupes autochtones ont de façon constante eu des taux supérieurs de consommation de marijuana, de tranquillisants (à des fins non médicales), de barbituriques, LSD, PCP, d'autres hallucinogènes et de la cocaïne épurée (crack). Pour ce qui est du LSD et de la marijuana, le taux d'usage moyen chez les adolescents autochtones était trois fois plus élevé que le taux correspondant chez les adolescents non autochtones. Dans le cadre de la même enquête, l'inhalation de vapeurs de colle était plus fréquente au sein du groupe autochtone, par comparaison aux groupes non autochtones.

L'usage de substances inhalées (p.ex., essence, colle et solvants) est un problème croissant chez les jeunes partout dans le monde. Chez la population générale, la prévalence d'inhalation de substances par les jeunes âgés de 12 à 17 ans s'est accrue de 7,2 par 1000 habitants en 1983 pour passer en 1993 à 21,5 par 1000 habitants (Neumark, Delva et Anthony, 1998). L'abus des substances inhalées ou des solvants est beaucoup plus fréquent dans de nombreuses collectivités autochtones que dans la population générale (Howard et coll., 1999; Weir, 2001; Zebrowski et Gregory, 1996). L'usager typique de solvants est un adolescent (sexe masculin) ayant peu d'estime de soi et des antécédents familiaux de violence et d'alcoolisme. Au cours de notre enquête auprès des jeunes inuits d'une des collectivités au Québec, 37 pour cent ont rapporté avoir fait usage de solvants une fois et 5 pour cent l'ont fait au moins une fois par mois (Kirmayer, Malus et Boothroyd, 1996). Suivant des modèles statistiques, les personnes ayant fait usage de solvants étaient 8 fois plus susceptibles de commettre une tentative de suicide. On ne sait pas si la déficience intellectuelle ou d'autres conséquences neuropsychologiques associées à l'usage de solvants (Byrne et coll., 1991) accroissent de façon indépendante le risque de suicide ou si l'usage de solvants indique simplement l'existence de problèmes personnels, familiaux et communautaires graves qui peuvent conduire aussi au suicide.

Les facteurs de risque liés à l'abus des substances psychoactives sont associés à des relations étroites avec des pairs qui font aussi usage d'alcool et de drogues, à des antécédents familiaux d'abus d'alcool, à une faible performance scolaire, à une absence d'identification à la culture et à la communauté et du fait d'avoir peu d'espoir en l'avenir (May et coll., 2002). Ces facteurs de risque sont communs chez de jeunes autochtones et ils recourent d'autres facteurs contribuant directement au suicide.

### Dépendance aux jeux de hasard

Le jeu pathologique peut être une autre cause contributive importante au suicide dans certaines collectivités autochtones. Les personnes autochtones semblent plus portées que celles de la population générale à être victimes du jeu pathologique (Wardman, el-Guebaly et Hodgins, 2001). Une étude sur les

Amérindiens et les vétérans autochtones de l'Alaska aux États-Unis a indiqué qu'au moins 10 pour cent ont eu pendant leur vie une histoire de jeu pathologique; 70 pour cent de ces personnes ont aussi souffert d'un ou de plus d'un trouble psychiatrique (Westermeyer et coll., 2005). Une vaste enquête auprès de la population générale à Edmonton a permis de constater qu'une histoire de jeu pathologique a été associée à une tentative de suicide antérieure et que cette association semblait être causée par un trouble psychiatrique sous-jacent (Newman et Thompson, 2003). Il y a une nette indication que la disponibilité croissante des activités liées aux jeux de hasard a donné lieu à une augmentation du nombre de personnes ayant un problème de jeu pathologique (Korn, 2000). Le développement de la passion des jeux d'argent par le biais de casinos où on joue sur place ou sur Internet comme source de revenu pour des collectivités autochtones soulève bien des inquiétudes au sujet des répercussions à long terme sur la santé mentale communautaire de cette stratégie économique (Shaffer et Korn, 2002).

### Facteurs liés au développement

[TRADUCTION]Je suppose qu'une des clefs de l'estime de soi, c'est... pas seulement pour les jeunes... Ce pourrait être pour les parents... La génération des parents qui ont fréquenté les pensionnats, leurs compétences comme parents ont été complètement effacées. Et d'après moi, l'abus sexuel est comme une chaîne. On est abusé et on le fait à quelqu'un d'autre... et cette autre personne le fera à une autre et ainsi de suite. Et la communication est la clef pour briser cette chaîne (jeune de Première Nation).

Il existe des données probantes indiquant que des traits spécifiques de la personnalité, des troubles du développement et des expériences traumatisantes peuvent contribuer à la suicidabilité, soit directement ou en augmentant le risque de dépression, de conflit interpersonnel, de faible performance scolaire et d'autres difficultés de la vie. Des études de retraçage observent qu'une proportion élevée de parents au premier et au deuxième degré de personnes décédées par suicide ont fait des tentatives de suicide (Cavanagh et coll., 2003). Cette indication peut être révélatrice de vulnérabilité et d'adversité communes. Deux études similaires ont démontré l'apport de traits héréditaires à la suicidabilité qui interagissent avec des facteurs environnementaux et le stress de la vie (Gould et coll., 2003). Des personnes décédées par suicide sont susceptibles d'avoir eu des antécédents de naissance plus compliqués, de l'alcoolisme et du tabagisme parental et d'avoir reçu moins de soins prénataux que leurs pairs (Hawton, 1986). Elles risquent également d'avoir eu une mauvaise santé physique au moment de l'adolescence (Earls, Escobar et Manson, 1991; Blum et coll., 1992).

En plus de la contribution génétique du trouble bipolaire, de la dépression et d'autres troubles psychiatriques, des traits particuliers du tempérament ou du comportement, particulièrement l'impulsivité et l'agressivité, peuvent avoir une incidence spécifique sur la suicidabilité (Turecki, 2005). Tout comme d'autres comportements complexes, il est probable que le rôle des facteurs génétiques et du tempérament doit être pris en compte et envisagé sous l'angle des interactions avec d'autres facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pendant l'évolution du développement personnel.

### Traits de la personnalité et du tempérament

Les individus manifestent des traits de caractère distinctifs dès leur petite enfance, ce qui constitue le fondement de l'établissement des traits de personnalité plus complexes pendant leur développement (Paris, 1996). Certains traits du tempérament ou de la personnalité peuvent contribuer au risque du

suicide (Ryland et Kruesi, 1992). Des études récentes ont montré une association entre une tendance à réagir avec une agressivité explosive (impulsive) et la tentative de suicide chez des personnes aux prises avec des problèmes d'abus d'alcool, souffrant de dépression majeure ou du trouble de la personnalité limite (Brent et coll., 1994; McKeown et coll., 1998; Sourander et coll., 2001; Turecki, 2005). Des jeunes gens ayant un comportement suicidaire se montrent enclins à l'impulsivité, sont prédisposés à un comportement colérique ou agressif, au retrait social et à l'hypersensibilité ou au perfectionnisme (Hamilton et Schweitzer, 2000). L'impulsivité peut rendre les personnes plus susceptibles de réagir au moment d'une crise émotive en manifestant une émotivité intense et en passant soudainement à l'action, y compris s'infliger des blessures ou se suicider (van Heeringen, 2001).

Alors que l'impulsivité est une cause contributive au risque de tentative de suicide, il n'y a pas d'indication probante que le retrait social, l'hypersensibilité et l'inhibition comportementale sont aussi des traits de personnalité communs chez les personnes décédées par suicide (Hoberman et Garfinkel, 1988; Shafi et coll., 1985). L'inhibition et le retrait peuvent contribuer au risque de suicide en nuisant au bon fonctionnement et aux rapports sociaux, ce qui conduit à la dévalorisation de soi et à la diminution de la capacité de résolution de problèmes, à l'isolement social et à un manque de soutien social.

Au sein de certaines petites sociétés traditionnelles de chasseurs comme celle des Inuit, il est crucial pour la survie de s'assurer de bien dominer ou maîtriser la colère et d'éviter ou d'éliminer les conflits interpersonnels (Briggs, 1970). Ce contrôle peut avoir conféré certains avantages à des personnes de caractère réservé. Il y a quelques années, Clare Brant (1990), un psychiatre Mohawk, a évoqué l'idée que la migration sélective des personnes les plus aventurières ou extraverties a laissé certaines réserves avec une surreprésentation de personnes ayant beaucoup d'inhibitions; cependant, il n'a pas fourni de données pouvant confirmer cette hypothèse. En général, des différences ethnoculturelles sur le plan de l'expression des émotions révèlent probablement surtout des particularités culturelles plutôt que celles liées au tempérament de la personne (Preston, 1975; 2002). Comme nous en traiterons dans le prochain chapitre, les changements sociaux dans certaines collectivités autochtones ou les changements causés par la migration vers les villes peuvent rendre certains mécanismes d'adaptation et de modes d'interaction efficaces ou fonctionnant bien dans un contexte donné difficile à maintenir en d'autres situations ou ceux-ci peuvent s'avérer moins adaptatifs dans le nouveau contexte.

### Effets de l'alcool sur le fœtus

L'augmentation du risque de suicide chez les populations d'adolescents et d'adultes a été associée aux effets prénataux de l'alcool, particulièrement le syndrome de l'alcoolisme foetal (SAF) et les effets de l'alcoolisme foetal (EAF) (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996a). Des problèmes sociaux et émotifs associés aux effets de l'alcool prénatal, dont le manque de contrôle des impulsions, la dépression et une consommation d'alcool et de drogues problématique, peuvent faire en sorte que ces personnes sont à risque accru (Kelly, Day et Streissguth, 2000). Par contre, des études de retraçage et longitudinales portant sur des personnes ayant reçu un diagnostic du SAF n'ont pas identifié de problème significatif de suicide ou d'idéation suicidaire (par exemple, se reporter à Habbick, Nanson et Snyder, 1997). La difficulté de déterminer si des personnes atteintes du SAF ou ayant d'autres malformations congénitales liées à l'alcool sont à risque de tentative de suicide réside dans le fait que seulement un faible pourcentage (moins de 1 %) de la population estimée des personnes qu'on pense affectées par le SAF/EAF ou des malformations congénitales liées à l'alcool ont en fait été diagnostiquées en Amérique du Nord. Compte tenu du peu de données et qu'en plus, l'attention accordée aux populations d'adolescents et d'adultes affectés par le SAF

ou les malformations congénitales liées à l'alcool est très récente, l'information concernant les effets de l'alcool prénatal comme facteur contributif au suicide mené à terme ou à la tentative de suicide n'a pas encore été analysée (Tait, 2003).

### **Rôle des parents et éducation des enfants**

La psychopathologie parentale, l'abus des substances psychoactives et les antécédents de tentative de suicide sont des facteurs associés au risque accru de suicide chez les jeunes (Gould et coll., 2003). La qualité et la régularité des soins et de l'affection donnés par les parents au cours des années du développement de l'enfant et de l'adolescent ont une incidence très importante sur le risque ultérieur lié au comportement suicidaire. Dans le cadre d'une étude auprès de jeunes du Québec, Tousignant et ses collaborateurs (1993) ont constaté que des soins inadéquats dispensés par le père avaient pour effet d'accroître le risque de comportement suicidaire (défini comme une idéation ou une tentative suicidaire « grave ») chez des adolescents et de jeunes adultes. Pour ce qui est des adolescents en particulier, des soins inadéquats donnés par la mère ou dans le cas de parents divorcés n'étaient pas associés de façon aussi marquée à un risque accru.

Les méthodes d'éducation des enfants diffèrent en fonction des familles, des collectivités et des groupes culturels autochtones. À titre d'exemple, dans certaines collectivités inuites, les pratiques liées à l'éducation des enfants visent à développer la maîtrise de soi ou l'autocontrôle, le partage et l'adaptation sociale du comportement, c'est-à-dire agir de façon appropriée, notamment au chapitre des taquineries ou des menaces d'abandon « juste pour rire » qui peuvent susciter de l'insécurité dans le contexte de relations interpersonnelles et des besoins profonds de dépendance (Briggs, 1982; 1998). Dans le même ordre d'idées, la socialisation peut atténuer le comportement agressif dirigé envers les autres, tout comme elle pourrait augmenter l'agressivité envers soi dans des moments de frustration ou de perte (Briggs, 1993). Dans l'environnement de relations familiales élargies stables, les stratégies d'éducation des enfants dont on fait mention peuvent être adaptatives; par contre, si, parallèlement, il y a des changements dans la structure des collectivités et de nouveaux besoins exigeants engendrés par la performance concurrentielle, les personnes peuvent se sentir menacées et devenir vulnérables à la dépression et à des actes autodestructeurs dans des situations d'échec ou de perte.

Il est bien possible que les pratiques liées à l'éducation des enfants interagissent avec les différences caractérielles présentées précédemment, ce qui rend les personnes plus ou moins vulnérables au suicide. En dépit du fait que l'éducation des enfants a subi de profonds changements en raison des conséquences de l'intervention gouvernementale, entre autres le régime des pensionnats indiens et, plus récemment, les médias de masse, certaines pratiques propres aux groupes culturels autochtones persistent. Par ailleurs, l'influence des variations culturelles dans l'éducation des enfants ou du développement de la personnalité reste une question à controverse. Quoi qu'il en soit, la sédentarisation et d'autres changements ayant affecté la vie dans les établissements autochtones ont contribué à la diminution de l'efficacité des pratiques traditionnelles liées à l'éducation des enfants. Ces questions seront traitées au chapitre 4.

### **Séparation pendant l'enfance, perte et éclatement de la famille**

Le suicide est associé à des antécédents de séparation, de pertes, d'éclatement de la famille et de carence affective à un très jeune âge (Gould et coll., 2003). Grossi et Violato (1992) ont observé que les tentatives de suicide chez les adolescents ont été liées de manière significative à un plus grand nombre de changements de résidence, d'échecs scolaires et au fait qu'ils avaient été séparés à un âge précoce de leurs parents.

Tousignant et ses collaborateurs (1993) ont relevé que l'impact de déplacements et de réinstallations fréquents mis en rapport avec le risque de suicide n'était plus pertinent ou valable dans le cas où le groupe témoin était constitué d'adolescents ayant des problèmes familiaux, ce qui laissait supposer que le facteur déterminant portait plutôt sur le niveau de dysfonctionnement ou l'état de détresse de la famille. La perte des parents peut être particulièrement préjudiciable si elle a pour effet de provoquer une désorganisation continue de la maisonnée (Adam, 1985).

Une autopsie psychologique des cas-témoins visant 120 jeunes décédés par suicide à New York a indiqué que ces jeunes, comparativement à leurs pairs, provenaient le plus souvent de familles dissociées et avaient peu de communication avec leur mère (Gould et coll., 1996). Le manque de communication avec le père était un important facteur chez des jeunes de plus de 16 ans. Cependant, la psychopathologie parentale (dépression de la mère, alcoolisme et comportement antisocial du père) s'est avérée un risque plus marqué et, dans les cas où on a tenu compte de ces aspects, il n'y a eu que peu de risques additionnels associés à l'éclatement ou au divorce de la famille (Gould et coll., 1998a).

Quant aux familles monoparentales, elles sont plus fréquentes dans les collectivités autochtones que chez la population en général. En 2001, environ 35 pour cent des enfants autochtones résidant dans une réserve vivaient avec un seul parent, comparativement à 17 pour cent chez les enfants non autochtones (Statistique Canada, 2003). Toutefois, l'incidence de la famille monoparentale varie suivant les facteurs sociaux et culturels locaux qui déterminent le niveau d'appui apporté par la famille élargie, la parenté, les Aînés et d'autres membres de la communauté. Dans certaines collectivités autochtones – notamment les Inuit – l'adoption peut être très fréquente et moins stigmatisée; par conséquent, elle n'est pas nécessairement associée à un risque accru de suicide comme on le fait dans le cas de la population générale.

Des études chez les Amérindiens des Plaines ont indiqué que des jeunes décédés par suicide étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir eu un changement de gardien (ou dispensateur de soins) pendant leur enfance ou leur adolescence (May et Dizmang, 1974; Resnick et Dizmang, 1971). Comme nous en traiterons en détail au chapitre 4 du présent rapport, les populations autochtones ont été confrontées à un taux de fréquence très élevé de séparations en raison de l'éducation dispensée dans des pensionnats et des longues périodes d'hospitalisation à l'extérieur des communautés dans le cas de tuberculose et d'autres maladies chroniques (Dickason, 1992; Kleinfeld et Bloom, 1977; Manson et coll., 1989). Le régime des pensionnats a obligé les enfants autochtones à des séparations de longue durée de leur famille et de leur parenté, leur a fait subir de la violence physique et sexuelle et a été l'instrument actif de la suppression de leur langue et de leur identité culturelle (Coleman, 1993; Haig-Brown, 1990; Knockwood, 1992; Lomawaima, 1993).

### **Abus physique et sexuel pendant l'enfance**

Des études cliniques et démographiques confirment une association entre des antécédents d'abus physique et sexuel pendant l'enfance et une idéation et comportement suicidaires dans l'avenir (Cleary, 2000; Dieserud et coll., 2002; Evans, Hawton et Rodham, 2005a; Santa Mina et Gallop, 1998). Une association de l'abus physique pendant l'enfance avec le suicide a été démontrée chez des adolescents faisant partie de deux séries de groupes de référence (Brent et coll., 1999) et également par des études longitudinales prospectives (Brown et coll., 1999; Johnson et coll., 2002). Une grande partie des travaux de recherche sur l'association de l'abus sexuel dans l'enfance et de la suicidabilité a nécessité des études cliniques, ce qui introduit des distorsions, de la subjectivité, compte tenu des limitations de la mémoire rétrospective et des échantillons

cliniques qui ne comptent pas de personnes victimes d'abus n'ayant pas obtenu de services de santé mentale (Rogers, 2003). Par ailleurs, la plupart des études récentes effectuées auprès de la population en général ont observé une relation significative entre l'abus sexuel dans l'enfance et une suicidabilité ultérieure (Fergusson et coll., 2000; Molnar et coll., 2001; National Research Council, Goldsmith et Kleinman, 2002; Evans, Hawton et Rodham, 2005a). Même si les femmes sont plus souvent victimes d'abus sexuel, il se peut que l'association entre l'abus sexuel et la suicidabilité chez les hommes soit particulièrement marquée (Evans, Middleton et Gunnel, 2004). Des enfants maltraités sont plus susceptibles que les enfants n'ayant pas subi de sévices d'être plus tard victimes d'abus ou de devenir eux-mêmes agresseurs sexuels. Par conséquent, on peut présumer qu'il y a une continuité transgénérationnelle ou cycle intergénération de l'abus sexuel.

Dans le cas d'un enfant, on associe au risque d'abus sexuel des facteurs comme le statut socioéconomique de la famille, un changement au niveau de la composition de la famille, des problèmes de communication et d'attachement entre le parent et l'enfant, le comportement criminel des parents, l'abus d'alcool et des substances psychoactives et des troubles psychologiques. Au Canada, les jeunes autochtones courent plus de risques que les jeunes non autochtones d'être témoins de violence familiale et d'être victimes de sévices physiques et sexuels (Fischler, 1985; Lujan et coll., 1989; MacMillan et coll., 1996). Approximativement la moitié des enfants autochtones ont été témoins de violence familiale et la majorité des victimes étaient de sexe féminin; 57 % des femmes autochtones ont rapporté que leurs enfants avaient été témoins d'actes de violence, comparativement à 46 % des femmes non autochtones (Trainor et Mihorean, 2001). L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations et des Inuit en Ontario en 1997 a relevé que 59 pour cent des adultes de Première Nation avaient subi de mauvais traitements physiques pendant leur enfance et 34 pour cent avaient été victimes d'abus sexuel. Dans le cadre de la même enquête, on a fait état du taux de fréquence d'abus sexuel chez les jeunes – 14 pour cent des garçons et 28 pour cent des filles (Centre des Premières Nations, 2004). Quant aux jeunes autochtones des milieux urbains, ils ont aussi été sujets à un taux de fréquence élevé de maltraitance physique et sexuelle et de violence, particulièrement les jeunes itinérants et les jeunes vivant de la prostitution (Farley, Lynne et Cotton, 2005).

Dans des études sur la population générale, le type et la gravité de l'abus (des actes de violence) et la relation qu'entretient l'auteur de l'agression et l'enfant influent sur les répercussions de l'abus au niveau de la santé mentale (Finkelhor, 1995). Des expositions multiples, réitérées, à diverses formes de traumatisme et d'abus ont un effet cumulatif entraînant des conséquences plus graves (Turner, Finkelhor et Ormrod, 2006). Certaines des répercussions de la victimisation dans l'enfance qu'on corrèle au suicide sont considérées déterminantes en raison de l'existence de troubles psychiatriques comme la dépression; il se peut toutefois que le fait d'avoir été victime d'abus contribue au suicide même en l'absence de troubles psychiatriques manifestes. Ceci étant dit, une étude effectuée par Brent et ses collaborateurs (2002) évoque l'idée que l'abus sexuel dans l'enfance est associé à un risque additionnel de suicide même chez des groupes à risque très élevé, comme les descendants de parents ayant un trouble de l'humeur qui ont fait des tentatives de suicide.

La recherche qui examine ce lien chez les populations autochtones est rare. Le taux de prévalence de la violence faite aux enfants dans la population autochtone varie grandement et il n'y a aucun consensus sur la question de savoir si ce taux dépasse celui de la population générale. Dans la plupart des études récentes, le taux de maltraitance varie considérablement, allant de 12 pour cent chez les femmes et de 2 pour cent chez les hommes (un taux comparable à celui observé chez la population en général dans le cadre d'une étude nationale aux États-Unis, *US National Comorbidity Study*) à 50 pour cent chez les femmes et 14 pour cent chez les hommes (ce qui est très élevé, mais encore comparable aux taux rapportés par certaines études chez

la population générale) (Molnar et coll., 2001; Robin et coll., 1997; Grossman et coll., 1991; Hobfoll et coll., 2002; Manson et coll., 2005). Cette variation fait ressortir une différence réelle parmi les collectivités et également parmi les diverses méthodes de collecte de données. Comme une grande partie des études s'en remettent aux déclarations faites par les personnes elles-mêmes, il est possible que ces pourcentages correspondent à une sous-représentation de la situation réelle. Les relations interpersonnelles étroites au sein de la famille dans certaines collectivités font en sorte que les divulgations sont moins probables, de même que la réticence à compromettre la réputation de quelqu'un de la communauté peut dissuader les victimes de violence à dévoiler les faits à des étrangers (Robin et coll., 1997).

En dépit des indications de taux élevé de cas d'abus physique et sexuel dans l'enfance chez la population autochtone, il y a bien peu d'enquêtes sur les effets de la victimisation dans l'enfance spécifiques à cette population (Robin et coll., 1997). Les quelques études recensées qui se rapportent au sujet ont montré que les effets psychologiques et comportementaux sont similaires à ceux établis et dûment constatés par des études menées chez la population générale, y compris des tentatives de suicide et une fréquence accrue de dépression, la consommation de substances psychoactives et des troubles anxieux – des conditions qui augmentent le risque de comportement suicidaire (Robin et coll., 1997; Pharris, Resnick, et Blum, 1997). Deux études ont indiqué que les mauvais traitements physiques subis dans l'enfance (mais non l'abus sexuel) sont reliés à une dépression ultérieure (Roosa et coll., 1999; Hobfoll et coll., 2002).

Il y a eu des analyses de facteurs contributifs à la résilience chez des sujets autochtones ayant été victimes de violence. Pharris et ses collaborateurs (1997) ont constaté que la perception de l'attention et de soins assidus venant de la famille et d'autres adultes était associée à l'absence d'idéation et de tentative suicidaires chez les jeunes amérindiens et les jeunes autochtones de l'Alaska ayant des antécédents d'abus sexuel. Hobfoll et ses collaborateurs (2002) sont d'avis que le soutien social peut avoir un effet encore plus positif sur les victimes autochtones d'abus vu le rôle central qu'exercent la famille et la communauté dans les cultures autochtones.

Il est impératif que des études plus poussées soient menées dans les collectivités autochtones afin de clarifier l'incidence complexe de la situation de violence et son contexte social. Vu l'isolement géographique et le réseau complexe des relations familiales, il peut s'avérer particulièrement difficile pour des personnes de dénoncer la violence familiale et l'abus et d'affronter tout ce qui s'ensuit. Cette situation peut intensifier le sentiment d'être pris au piège et donc contribuer au suicide.

### **Désespoir, résolution de problèmes et raisons de vivre**

Au moment de commettre une tentative de suicide, les personnes survivantes décrivent, en général, qu'elles ont éprouvé une réduction du champ de réflexion ou un resserrement de la pensée s'alliant à l'incapacité de générer des options ou de s'imaginer dans l'avenir. Le monde se rétrécit, donnant la sensation d'avoir un « noeud dans l'estomac », une douleur intense sans espoir de soulagement. La pensée de mourir pour fuir une situation intolérable agissant de concert avec celle de se suicider pour transmettre un message de colère et de désespoir a pour effet de provoquer un resserrement cognitif qui rend possible la réalisation de l'acte suicidaire. L'attitude à l'égard de la mort et du suicide et la tendance vers le resserrement cognitif, le pessimisme et le désespoir peuvent avoir commencé bien avant la tentative de suicide.

Comme variables cognitives associées à la tentative suicidaire chez l'adolescent, on fait référence à des façons de penser relativement rigides ou peu flexibles, au peu de capacité à résoudre des problèmes, à la tendance à vivre au présent plutôt que de se centrer sur l'avenir et à avoir une image négative de soi (Weishaar, 2000).

La démoralisation, le manque d'efficacité personnelle, de capacité à résoudre ses problèmes, des distorsions cognitives, un manque de soutien social et de raisons de vivre prédisposent une personne au comportement suicidaire, alors que le stress interpersonnel et le désespoir extrême apparaissent davantage comme causes immédiates (Malone et coll., 2000).

En fait, le désespoir peut sembler plus directement lié à la suicidabilité que la dépression en soi (Thompson et coll., 2005). Dans le cadre d'une étude prospective longitudinale auprès de 207 patients psychiatriques hospitalisés suivis pendant 5 à 10 ans, une corrélation significative a été ressortie entre des cotes élevées au questionnaire de Beck sur le désespoir et un éventuel suicide (Beck et coll., 1985). Par contre, des résultats obtenus à deux autres instruments, l'inventaire de dépression de Beck et l'échelle de l'idéation suicidaire, n'ont pas établi de corrélation avec un éventuel suicide, même si l'item unique de l'inventaire de dépression de Beck traitant du pessimisme a paru avoir une valeur prédictive. Des études comparant des adolescents ayant commis une tentative de suicide grave avec des groupes témoins ont révélé un niveau très élevé de désespoir, des traits névrotiques et un locus de contrôle externe chez le groupe de patients (Beautrais et coll., 1999; Csorba et coll., 2003). Les traits névrotiques sont un aspect de la personnalité associé à la tendance à l'anxiété, à se faire beaucoup de souci et à rapporter des troubles émotifs. Le locus de contrôle externe a pour effet chez une personne de donner le sentiment que son comportement est assujéti à des facteurs hors de son contrôle et, par conséquent, l'amène à ressentir une diminution de sa compétence et à douter de ses capacités.

Une étude a fait une comparaison entre des patients psychiatriques ambulatoires ayant fait une tentative de suicide et d'autres n'ayant pas identifié les deux voies menant au suicide. Sur l'une des voies, la dévalorisation (de soi), la solitude et la séparation ou le divorce conduisent à la dépression et, par ricochet, suscitent le désespoir et l'idéation suicidaire aboutissant à une tentative de suicide (Dieserud et coll., 2001). La deuxième voie menant à une tentative de suicide commence par la dévalorisation et le sentiment d'incapacité, ce qui a pour résultat d'entraîner l'incompétence à résoudre des problèmes interpersonnels.

Dans le cas d'une étude auprès d'élèves de niveau secondaire de l'État de New York, ceux qui avaient été exposés à un camarade suicidaire avaient davantage de stratégies d'adaptation mésadaptées et avaient moins tendance à chercher de l'aide (Gould et coll., 2004). Ce qu'on entend comme stratégies d'adaptation inadéquates ou mésadaptées, ce sont notamment l'idée qu'on ne devrait pas confier à d'autres le fait de se sentir déprimé, l'usage de drogues ou d'alcool pour composer avec des sentiments négatifs et la considération du suicide comme option.

Avoir des raisons positives de vivre peut protéger des personnes pendant une dépression contre des pensées suicidaires et le suicide. Une étude menée auprès de personnes hospitalisées pour une dépression majeure a permis à des patients n'ayant pas tenté de se suicider d'exprimer des sentiments profonds de responsabilité à l'égard de leur famille, des craintes plus fortes de la désapprobation sociale, des objections morales plus prononcées à l'égard du suicide, des compétences d'adaptation et de survie plus efficaces et une peur plus grande du suicide que les patients ayant fait une tentative de suicide (Malone et coll., 2000).

La théorie cognitive de la dépression souligne le rôle de schémas de pensée spécifiques qui génèrent et entretiennent une humeur déprimée, dont l'état de détresse, le désespoir, le pessimisme et la généralisation excessive (Beck et coll., 1979; Kovacs et Beck, 1978). Cependant, l'humeur modifie également le contenu de la pensée et le mode de cognition. Une humeur joyeuse pousse les personnes à donner davantage accès à des raisons positives de vivre, alors que l'humeur déprimée rend difficile de se rappeler ou de générer des telles

raisons (Ellis et Range, 1992). De plus, l'humeur influe sur la mémoire, l'humeur déprimée donnant accès à des souvenirs douloureux (Watkins, Martin et Stern, 2000); Ellwart, Rinck et Becker, 2003).

Des gens ayant fait de multiples tentatives de suicide éprouvent un grand nombre de déficits psychologiques, entre autres un désespoir profond, peu de compétences de résolution de problèmes interpersonnels et peu de capacité de contrôler leur état affectif (Forman et coll., 2004; Strosahl, Chiles et Linehan, 1992). Sous-jacent à ces déficits, il peut y avoir tendance à se rappeler et à ressasser des expériences négatives passées et à réduire ainsi l'anticipation d'expériences positives spécifiques.

Malgré que l'« acte » suicidaire survient généralement au moment où la personne est dans un état d'intoxication aigu ou d'émotion très vive et ne réfléchit pas clairement, si elle est interviewée par la suite, elle donne toute une série de raisons pour expliquer son geste. Témoignant d'un éventail de motivations différentes, les personnes ayant tenté de se suicider sont portées à manifester de la colère, tandis que les suicidées ont été décrites comme des personnes accablées, isolées et résignées.

Bancroft et ses collaborateurs (1976) ont examiné des motifs de suicide déclarés par les personnes concernées. Ils ont présenté une liste de mobiles possibles justifiant le suicide à des personnes ayant tenté à leur vie qui étaient susceptibles de se rallier à plus d'un de ces motifs. Un tiers a rapporté vouloir obtenir de l'aide, 42 pour cent souhaitaient fuir une situation intolérable, 52 pour cent cherchaient un soulagement à une souffrance causée par un état d'esprit insupportable, et 19 pour cent essayaient d'influencer quelqu'un. Ce type d'effort de recherche doit être réitéré et s'appliquer de façon interculturelle. D'autre part, les raisons conscientes qui motivent les personnes au suicide doivent être interprétées avec circonspection étant donné qu'il s'agit en fait de reconstitutions rétrospectives et que des facteurs psychologiques et sociaux influent sur le comportement suicidaire, des facteurs que la personne bien souvent ignore elle-même. Ainsi, les motifs explicites de la personne à l'origine du suicide ne peuvent être qu'en partie la cause ou peuvent ressortir de rationalisations ne permettant pas d'aller au coeur même du problème.

Du point de vue clinique, des adolescents inuits font mention de l'« ennui » comme leur motif de tentative de suicide, donnant l'impression qu'ils sont superficiels et qu'ils prennent le geste suicidaire à la légère (Kirmayer et coll., 1994b). L'ennui revient souvent comme plainte des jeunes qui ont le sentiment d'un manque d'activités ou de possibilités intéressantes pour eux dans leur collectivité. Le fait qu'ils emploient le terme « ennui » comme motif de suicide peut être révélateur d'un trait culturel les portant à minimiser ou à refuser d'admettre la détresse qu'ils ressentent, de leur réticence à reconnaître la difficulté qu'ils éprouvent à affronter leurs problèmes, ou tout simplement l'expression de l'aliénation et du vide qui marque leur existence. Dans bien des cas, une enquête plus poussée donne lieu à la découverte de manifestations plus explicites de la souffrance, à l'admission par les concernés de la perte de relations interpersonnelles (intimes), de situations familiales insupportables ou de la dépression. L'ennui est donc considéré comme un symptôme commun de la dépression chez des adolescents dans le contexte des soins de santé primaires (Cosgrave et coll., 2000) et peut être associé à l'idéation suicidaire (Choquet, Kovess et Poutignat, 1993; Lester, 1993).

### Orientation sexuelle

Dans les collectivités autochtones, le lien entre l'orientation sexuelle et le suicide a fait l'objet de peu d'attention. Des études récentes menées auprès de la population générale ont indiqué que les jeunes homosexuels et bisexuels sont à risque accru de comportement suicidaire (Bagley et Tremblay, 1997; 2000; McDaniel, Purcell et D'Augelli, 2001). Des taux de comportement suicidaire chez de jeunes homosexuels varient de

20 à 42 pour cent selon les études (Remafedi, 1999). Une étude longitudinale a établi que des personnes homosexuelles, lesbiennes et bisexuelles ont une fréquence plus élevée de comportement suicidaire, tout comme de dépression majeure, de troubles anxieux généralisés, de trouble des conduites et de dépendance aux stupéfiants – tous ces troubles sont des facteurs de risque connus comme causes associées à la suicidabilité chez la population générale (Fergusson et coll., 1999). D'autres études corroborent également l'association de l'homosexualité et de la bisexualité avec la consommation de substances psychoactives, le décrochage scolaire, les relations avec des pairs ayant fait des tentatives de suicide, l'itinérance, le stress, la violence, les fugues, les démêlés avec la justice et la prostitution (Remafedi, 1999; Radkowsky et Siegel, 1997). Un questionnaire administré à l'échelle nationale auprès d'un échantillon représentatif composé d'environ 12 000 adolescents aux États-Unis qui comprenait des questions sur l'orientation sexuelle et le suicide a confirmé cette association, concluant que les adolescents homosexuels participants étaient deux fois plus susceptibles que leurs homologues de même sexe d'attenter à leur vie (Russell et Joyner, 2001). L'association entre l'orientation sexuelle et la suicidabilité s'explique en partie par la prévalence plus élevée chez les jeunes homosexuels de facteurs de risque communs liés au suicide, notamment la dépression, l'abus des substances psychoactives, la victimisation et le fait d'avoir vécu des expériences traumatisantes comme le suicide de membres de leur famille ou de camarades.

Il y a peu d'études publiées sur l'homosexualité et le suicide dans les collectivités autochtones. Une étude à Vancouver a indiqué que les hommes autochtones ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes courent plus de risques que les homosexuels non autochtones d'être sans emploi, d'avoir un faible revenu, d'avoir des conditions précaires de logement, de souffrir de dépression, de rapporter avoir eu des relations sexuelles forcées ou d'avoir été victimes d'abus sexuel ou de faire partie de l'industrie du sexe (Heath et coll., 1999). Par conséquent, on peut présager que ces facteurs de risque contribuent à les placer dans une situation à risque plus élevé que celle des homosexuels non autochtones. De plus, d'autres facteurs de risque liés au suicide auxquels les jeunes homosexuels sont soumis augmentent encore plus leur vulnérabilité, dont la dépression, l'abus des substances psychoactives, la victimisation, le fait d'avoir vécu le suicide de proches; ces risques sont considérés comme prédominants chez la population autochtone et ils sont donc susceptibles de toucher les populations d'homosexuels autochtones de la même manière, contribuant ainsi au risque chez ces jeunes de comportement suicidaire (Russell et Joyner, 2001).

L'extrapolation des résultats d'études sur ce sujet menées auprès de populations générales en fonction des collectivités autochtones doit être faite avec prudence, étant donné que des significations et des contextes distincts s'appliquent au comportement suicidaire dans des communautés autochtones. En effet, dans bien des collectivités autochtones, l'homosexualité reste un sujet tabou et elle est très stigmatisée. D'autre part, la désignation des homosexuels par des termes comme « berdache », « bispirituels » ou le « troisième sexe » a exercé un rôle important dans certaines communautés autochtones en fonction de l'orientation ou de la protection spirituelle, aidant ainsi des personnes à servir de modèle de rôle positif ou à recouvrer une image de soi positive (Fulton et Anderson, 1992). L'homosexuel qui s'identifie comme tel peut également apporter un soutien social et faire partie de groupes en milieux urbains ou sur Internet (Fergusson et coll., 1999; Russell et Joyner, 2001). Par contre, une vaste enquête auprès de jeunes amérindiens et de jeunes autochtones de l'Alaska aux États-Unis a permis de constater que l'orientation sexuelle était associée à un risque accru de tentative de suicide autant chez les garçons que chez les filles (Borowsky et coll., 1999).

## Facteurs interpersonnels

L'isolement social accroît le risque de suicide (Heikkinen et coll., 1995). Beaucoup d'études indiquent que la qualité du réseau social de la personne est un prédicteur efficace du risque de tentative de suicide (Grossi et Violato, 1992); Hart et Williams, 1987; Magne-Ingvar, Öjehagen et Träskman-Bendz, 1992). Présenté d'une autre façon, le soutien social est une importante source de résilience et de protection contre le suicide. L'influence des réseaux de soutien social doit être considérée en fonction de l'âge, du sexe et des structures de la famille et de la communauté. À titre d'exemple, des données provenant d'une vaste enquête auprès d'adolescents aux États-Unis ont montré que le fait d'avoir peu d'amis ou d'être isolé socialement a contribué à augmenter l'idéation suicidaire chez des filles, mais non chez des garçons (Bearman et Moody, 2004).

Dans le cas de personnes ayant des troubles de personnalité qui se sont suicidées, la cause immédiate a souvent été liée à des problèmes interpersonnels, des problèmes professionnels ou financiers (Heikkinen et coll., 1997). Des conflits interpersonnels, généralement entre membres de la famille ou des difficultés conjugales, la rupture d'une relation significative ou la perte de ressources personnelles sont les facteurs déclenchants les plus communs des tentatives de suicide (Weissman, 1974). Dans le cas d'adolescents, une situation conflictuelle avec les parents, la perte de membres de la famille ou des séparations et le rejet ou l'exclusion social sont des agents stressants très puissants.

De nombreuses études confirment que les causes immédiates du suicide chez les jeunes sont généralement associées à une crise disciplinaire aiguë, à un rejet ou à une humiliation (p.ex. perte d'une petite amie ou un autre échec) (Gould et coll., 2003; Hawton, 1986; Shaffer et coll., 1988). Dans le cadre d'une étude fondée sur une autopsie psychologique de cas témoins provenant de New York, près de la moitié de ces jeunes suicidés avaient vécu une période récente de crise touchant la discipline (plus fréquemment, une suspension de l'école ou une comparution devant le tribunal de la jeunesse) (Gould et coll., 1998b). Dans cette étude, on a relevé que la rupture de relations interpersonnelles (rupture récente avec des proches ou la séparation des parents) a constitué un facteur de risque très important, mais seulement pour les garçons.

Des facteurs interpersonnels identifiés dans le contexte d'études sur le suicide chez les Amérindiens comportaient des antécédents de soins dispensés par d'autres personnes que les parents, de dispensateurs de soins/gardiens appréhendés, une première arrestation de la victime de suicide à un âge précoce, une arrestation dans les 12 mois précédant le suicide et une rupture récente de relations en raison d'un conflit ou bien une séparation causée par un décès (May et Dizmang, 1974; Resnick et Dizmang, 1971). Une étude axée sur les sept victimes d'une épidémie de suicides dans une collectivité crie a indiqué que tous ces jeunes avaient de toute évidence peu d'estime de soi, ne comptaient pas d'amis intimes, vivaient dans l'isolement social et étaient confus au niveau de leur identité. Ils communiquaient peu et ils vivaient en retrait, parfois depuis leur enfance (Ward et Fox, 1977).

Une étude auprès de 124 adolescents (48 % étant des garçons) qui faisaient partie d'un pensionnat multi-tribal aux États-Unis a dénoté que les prédicteurs les plus révélateurs de la dépression associée à des tentatives de suicide pouvaient être la situation familiale ou des conflits avec les parents, ensuite des problèmes liés au milieu scolaire ou à la discipline et des conflits interpersonnels (Dinges et Duong-Tran, 1993). La dépression dans le cas d'une tentative de suicide récente a été rattachée à la perte de soutiens culturels, à des problèmes personnels propres aux adolescents comme ceux liés à des relations romantiques ou la peur d'être enceinte, ainsi que des conflits avec des membres de la famille ou avec leurs parents.

Les pertes ou deuils multiples provoqués par l'éclatement des familles, la dégradation des collectivités et des traditions peuvent avoir incité les jeunes à se raccrocher les uns aux autres, à se tenir étroitement liés par des relations amoureuses entre adolescents. L'intensité de cette dépendance affective contribue à augmenter le risque de conflit interpersonnel, de diverses formes d'abus et de réactions émotives catastrophiques si ces relations s'enveniment et se rompent.

Dans le cadre d'une étude auprès de 13 454 jeunes amérindiens et autochtones de l'Alaska sur réserve venant de partout aux États-Unis, le facteur le plus fortement associé à une histoire de tentative de suicide chez les répondants tant du côté des garçons que des filles était le fait qu'un de leurs amis avait tenté à ses jours ou s'était suicidé (odds ratio = 3,8 pour les garçons et 4,52 pour les filles (Borowski et coll., 1999)). Un autre facteur de risque associé de manière significative à une histoire de tentative de suicide chez des garçons et des filles, une fois la comparaison avec des cas témoins établie pour identifier d'autres facteurs, a été des antécédents d'abus sexuel (OR = 2,17 pour les garçons et 1,46 pour les filles) ou de mauvais traitements physiques (OR = 1,60 pour les garçons et 1,73 pour les filles), avoir eu un membre de la famille qui a tenté de se suicider ou qui s'est suicidé (OR = 2,16 pour les garçons et 1,92 pour les filles), avoir des ennuis de santé (OR = 1,95 pour les garçons et 1,78 pour les filles), avoir une consommation fréquente d'alcool (OR = 1,73 pour les garçons, 1,85 pour les filles), ou avoir fait usage de marijuana (OR = 1,82 pour les garçons et 1,99 pour les filles) ou avoir déjà consommé d'autre drogue (OR = 1,31 pour les garçons et 1,39 pour les filles (Borowski et coll., 1999)). Quant aux facteurs qui ont réduit le risque de tentative de suicide chez des garçons et chez des filles, on fait référence au fait d'avoir confié ses problèmes à des amis ou à des membres de la famille, d'avoir une bonne santé psychologique, d'avoir des liens familiaux solides. Pour ce qui est des filles, le fait d'avoir une infirmière ou un service de clinique à l'école atténuait le risque d'une tentative de suicide.

### Environnement physique

L'étude du suicide indique qu'il y a une variabilité saisonnière, c'est-à-dire un taux de fréquence accrue à l'automne et au printemps en Amérique du Nord (Eastwood et Peter, 1988; Fossey et Shapiro, 1992). La relation peut provenir du fait qu'il y a une variation saisonnière de l'humeur et des troubles émotifs. De plus, le taux de suicide est en corrélation avec la latitude géographique (Davis et Lowell, 2002). En effet, pendant les journées hivernales de courte durée, l'humeur maussade ou morose et les troubles du sommeil dans les latitudes nordiques sont chose commune. (Haggag et coll., 1990; Hansen et coll., 1987). Le trouble de la dépression majeure déclenchée par un changement de durée de la journée a été identifié dans l'arctique (Näyhä, 1985). Haggarty et ses collaborateurs (2002) ont identifié une prévalence accrue du trouble affectif saisonnier (TAS/SAD) chez un échantillon de 111 personnes dans une collectivité au Nunavut, mais ce nombre représentait seulement environ le quart des personnes souffrant d'une dépression. Une étude sur des suicides au Groenland de 1968 à 1995 a indiqué une variabilité saisonnière montrant un taux plus faible en hiver et un point culminant en juin, alors que la plus longue période de lumière du jour peut accroître le risque de comportements agressifs impulsifs (Björkstén, Bjerregaard et Kripke, 2005).

Le conflit interpersonnel peut également aller de pair avec une certaine variabilité saisonnière semblable chez les Inuit (Condon, 1982; Condon 1983). Au Canada, le risque de suicide chez les Autochtones varie selon la latitude de la collectivité, étant plus élevée dans de nombreuses collectivités nordiques (Bagley, 1991). On ne sait pas vraiment si ces corrélations correspondent à des influences ou à des variations environnementales, géographiques ou socioéconomiques dans les déclarations de suicide. Cependant, d'après les données récentes provenant du Nunavik, du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest, il n'y a aucune variabilité saisonnière liée au suicide (Kouri, 2003).

### Résilience (ou ressort psychologique)

La plupart des efforts de recherche sur le suicide ont porté sur les caractéristiques de la mésadaptation des personnes suicidaires plutôt que de s'orienter vers les caractéristiques des comportements adaptatifs, ceux assurant le maintien d'un bon fonctionnement ou d'une qualité de vie chez des personnes qui n'attendent pas à leurs jours ou qui traversent des périodes difficiles, mais réussissent finalement à bien s'en sortir. De plus en plus, on reconnaît le besoin de centrer les efforts sur la santé et le mieux-être mental au lieu de les axer exclusivement sur la pathologie afin d'identifier des approches efficaces en matière de prévention du suicide (Groupe consultatif en prévention du suicide, 2003). En pensant en fonction de la résilience, on est appelé à considérer des dimensions comme la force de caractère et la capacité d'adaptation qui peuvent diminuer les effets à long terme de l'adversité au niveau personnel et collectif.

Comme facteurs de résilience liés à la santé mentale positive, on fait mention d'une grande capacité générale de résolution de problèmes, de la stabilité ou régulation émotionnelle, un locus de contrôle interne, l'estime de soi, des objectifs bien précis, un sentiment d'harmonie ou de cohérence, des raisons de vivre, l'attention des membres de sa famille et la cohésion familiale, les attentes positives des parents, une attitude positive envers l'école, de bonnes relations avec ses pairs, une bonne performance scolaire, de la religiosité, et une identité culturelle positive (Charney, 2004; Iarocci, Root et Burack, en impression; Fergusson, Beautrais et Horwood, 2003; Gould, 2003; Luthar, Cicchetti et Becker, 2000; Vaillant, 2003).

Des différences entre des groupes culturels et ethniques peuvent donner des indices concernant la résilience individuelle et collective. À titre d'exemple, chez les personnes afro-américaines, il y a un taux de suicide beaucoup plus faible que chez les personnes de race blanche, en dépit du fait que celles d'ascendance africaine sont désavantagées économiquement et font face à un racisme endémique. Dans le cadre d'une étude préliminaire, Ellis et Range (1991) ont administré un questionnaire intitulé *Reasons for Living Inventory* [inventaire des raisons de vivre] à 227 étudiants du niveau baccalauréat dans une grande université du sud des États-Unis. Les Afro-américains ont obtenu des résultats de beaucoup supérieurs aux Blancs à deux des sept sous-échelles : Survivance et croyances liées à la capacité de faire face au stress/de s'adapter et Objections morales. Des croyances culturelles qui génèrent un sentiment positif de soi, de sa propre valeur, devant des perceptions sociales négatives peuvent contribuer à diminuer le taux de suicide chez les Afro-américains.

L'analyse des raisons poussant des personnes à continuer à vivre au moment où elles envisagent la possibilité de se donner la mort peut faire ressortir des interventions psychologiques et sociales efficaces en prévention (Kralik et Danforth, 1992; Linehan et coll., 1983). Ce type de travaux peut s'appliquer à des collectivités autochtones à la recherche de raisons de vivre et de moyens leur permettant de venir à bout de la détresse, des moyens adaptés à la réalité culturelle locale et aux conditions sociales.

Le bien-être personnel et la résilience ont été liés à un sentiment de soi cohérent, souple et durable. Dans l'enfance, l'estime de soi, des mécanismes d'adaptation efficaces, un locus de contrôle interne (la personne a le sentiment d'avoir la maîtrise de sa vie) et une capacité intellectuelle générale sont considérés comme des facteurs favorables à une bonne santé mentale; ces aspects sont également prédictifs d'une adaptabilité à long terme (Cederblad et coll., 1994). Le fait d'avoir l'assurance que la vie vaut la peine d'être vécue et que les efforts à cet égard ont un sens peut également contribuer à contrer l'idéation suicidaire (Petrie et Brook, 1992).

Antonovsky (1987) a étudié le sens de la cohérence personnelle et il a établi un instrument de mesure à trois composantes : la faculté de gestion/manageabilité (le sentiment que les hauts et les bas peuvent être gérés), la compréhensibilité ou faculté de compréhension (le sentiment que le monde est cohérent, prévisible, compréhensible et rationnel) et la perception d'une signification (le sentiment que la vie est à la fois exigeante, motivante et stimulante et qu'elle vaut la peine de s'y engager). Il y a des indications probantes qu'un sens de la cohérence est un trait de personnalité stable qui se distingue de la dépression et de l'anxiété, mais des événements majeurs de la vie peuvent le mettre en péril (Flannery et coll., 1994; Schnyder et coll., 2000). Bien que la mesure du Sens de la cohérence ait des composantes culturelles spécifiques et qu'elle ne s'applique pas à tous les conflits (Geyer, 1997), elle peut tout de même être adaptée efficacement pour la poursuite d'autres études interculturelles.

Le sens de la cohérence, particulièrement la sous-échelle sur la perception de la signification, a une corrélation négative avec la dépression (Carstens et Spangenberg, 1997), c'est-à-dire que si une personne indique un sentiment positif de soi, de confiance en l'avenir, de motivation et de détermination, elle sera beaucoup moins portée à la dépression. L'idéation suicidaire chez des gens qui ont été hospitalisés en raison d'une tentative de suicide est associée à un niveau bas de signification (n'ont pas de but dans la vie) (Petrie et Brook, 1992). Dans le cadre de la même étude, après un suivi de six mois, les dimensions de la faculté de gestion/manageabilité et la faculté de compréhension/compréhensibilité ont permis de prédire l'idéation et le comportement suicidaires, de même que la dépression, le désespoir et la perte de l'estime de soi. Le sens de la cohérence peut contribuer de façon indépendante à l'idéation et au comportement suicidaires, de même qu'il peut interagir avec des modes d'adaptation (Edwards et Holden, 2001). Le fait d'avoir le sentiment que la vie a un sens peut servir de tampon et empêcher les effets négatifs d'un mode d'adaptation émotionnel consistant chez une personne à réagir dans des situations d'adversité en s'abandonnant à ses émotions plutôt qu'à solutionner ses problèmes.

Chandler et ses collaborateurs (1987) ont développé la notion d'auto-continuité comme processus central du développement cognitif. Ils ont observé qu'en dépit du fait que les gens évoluent à bien des égards au cours de leur vie, ils conservent malgré tout un sens de continuité personnelle. Ce sens de continuité peut être lié non seulement au contenu de l'histoire personnelle de quelqu'un, mais également à sa structure et à ses façons globales de penser qui régissent l'expérience de la temporalité d'une personne (Chandler, 2000). Chandler et ses collaborateurs (1987) ont planifié une recherche expérimentale où des enfants écoutaient une histoire qui faisait état de changement ou de transformation chez une personne (p.ex., l'histoire de la confrontation de Scrooge avec des fantômes de Noël passé, présent et futur dans le livre de Charles Dickens *A Christmas Carol*); ils leur ont ensuite demandé si la personne de l'histoire était la même avant et après le changement. Par la suite, les enfants ont été appelés à expliquer de quelle façon ils savaient que la personne était la même. Les chercheurs ont ainsi identifié un ensemble structurel bien marqué dans la présentation des raisons que les enfants ont données pour justifier la continuité de l'identité. En grandissant, les enfants sont passés de raisons concrètes (p.ex. il portait les mêmes vêtements, il vivait dans la même maison) pour arriver de plus en plus à des raisons abstraites (il avait les mêmes souvenirs). Cette transition d'un mode de penser plus abstrait lié à la continuité se produit d'elle-même au milieu de l'adolescence conjointement avec le développement du stade opératoire formel. De façon frappante, les adolescents ayant un comportement et une idéation suicidaires tendent à être moins développés cognitivement en fonction du sens de continuité (Ball et Chandler, 1989; Chandler et Ball, 1990; Chandler, 1994). Ce problème spécifique du développement cognitif peut être lié étroitement à la suicidabilité. Comme il en sera question au chapitre 4 du présent rapport, Chandler et Lalonde (1995; 1998) en sont venus à rattacher ce processus cognitif à l'incidence qu'ont eue les changements sociaux et culturels sur des personnes vulnérables.

Ces concepts associés à la continuité de soi-même, de cohérence et de temporalité personnelles, peuvent être dans une certaine mesure assujettis à la culture. À titre d'exemple, Enns et ses collaborateurs (1997) ont déterminé par comparaison des degrés inférieurs de sentiment de découragement chez un échantillon de jeunes autochtones hospitalisés par suite d'une tentative de suicide. Ils évoquent l'idée que ces adolescents autochtones et non autochtones (faisant partie de cas témoins) peuvent conceptualiser différemment l'avenir. Des notions d'ordre traditionnel et culturel du temps cyclique de la nature peuvent susciter un sentiment d'identité personnelle dont l'influence diffère au moment où l'individu se trouve confronté à des problèmes de compétence et de contrôle.

Quoique les changements culturels et la confrontation des valeurs autochtones aux valeurs de la société dominante aient amené les Autochtones à remettre en question les notions de soi, de l'identité et de l'expérience temporelle, la connaissance des traditions peut encore assurer des ressources uniques leur permettant de s'adapter, de faire face aux situations stressantes et de surmonter « l'obstacle », si les valeurs sur lesquelles ce savoir repose sont cautionnées et adoptées par les personnes et les collectivités et reconnues par la société en général. Il y a notamment des indications probantes que l'orientation non matérialiste contribue à un mieux-être psychologique (Kasser, 2002). Les valeurs écocentriques et relationnelles que partagent certains groupes autochtones peuvent constituer un antidote aux effets négatifs du matérialisme préconisé par le consommateur capitaliste.

### **Interaction des facteurs de risque et des facteurs de protection**

Le suicide est le plus fréquemment associé à la dépression, au désespoir et à l'intoxication alcoolique, jointe au fait que la personne en cause possède un moyen de réaliser son projet (la disponibilité d'une arme à feu ou des mesures pour la pendaison) et qu'elle est amenée à poser le « geste » suicidaire par un événement immédiat déclenchant (souvent la rupture d'une relation ou un conflit grave). Le seul facteur ayant une valeur prédictive réelle d'une prochaine tentative de suicide est une tentative précédente. Chez la population générale, on a démontré que les tentatives de suicide étaient fortement associées à des facteurs en interaction, notamment la dépression, l'abus des substances psychoactives, la perte d'un membre de la famille ou d'un ami décédé par suicide, la disponibilité d'armes à feu, le fait que la personne est de sexe féminin et qu'il y a des antécédents d'abus physique ou sexuel. Par conséquent, avoir été victime d'abus sexuel pendant l'enfance laisse présager un comportement suicidaire, mais cette association est modifiée en partie par d'autres facteurs, particulièrement s'il y a présence d'autres troubles psychologiques.

Quelques études ont permis d'évaluer la contribution positive de facteurs de risque dans le cas d'un suicide réalisé ou d'une tentative de suicide chez les Autochtones. Cette analyse de données provenant de *U.S. Indian Health Service Adolescent Health Survey* (1988) a permis d'identifier des facteurs de risque multiples liés aux tentatives de suicide. En s'appuyant sur des questionnaires d'auto-déclarations remplis par 7254 élèves des niveaux 6e-12e années venant des réserves Navajo, cette recherche a indiqué que près de 15 pour cent des élèves avaient déclaré une tentative de suicide antérieure et plus de la moitié parmi eux avaient rapporté plus d'une tentative. Des méthodes statistiques (analyse de régression logistique) ont été utilisées pour déterminer des facteurs ayant exercé de façon indépendante une influence dans le cas d'une tentative antérieure, ce qui a donné les résultats suivants : antécédents de problèmes de santé mentale (OR = 3,2); le fait d'avoir eu un ami ayant fait une tentative de suicide (2,8); consommation hebdomadaire de boissons fortes (2,7); antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide (2,3); mauvaise perception de sa propre santé (2,2); antécédents de sévices physiques (1,9); sexe féminin (1,7); antécédents d'abus sexuel (1,5) (Grossman, Milligan et Deyo, 1991).

Les facteurs de risque chez les Amérindiens ayant tenté de se suicider ou s'étant suicidés correspondent à ceux qui ont influé chez des jeunes en général, notamment : conflit interpersonnel fréquent; deuil prolongé et non résolu; instabilité familiale chronique; dépression, abus d'alcool ou dépendance, chômage; antécédents familiaux de troubles psychiatriques; particulièrement l'alcoolisme, la dépression et le suicide (Earls, Escobar et Manson, 1991). Chez les adolescents autochtones, le taux de fréquence de suicide est supérieur dans le cas de ceux qui souffrent de maladies physiques, qui ont commis précédemment une tentative de suicide, ceux qui ont des démêlés fréquents avec la justice pénale et ceux qui ont été placés à maintes reprises dans des foyers d'accueil. En revanche, la configuration spécifique des facteurs de risque et des facteurs de protection varie selon le sexe, le lieu, de même que selon les collectivités et les groupes culturels (LaFromboise et Howard-Pitney, 1995; Howard-Pitney et coll., 1992).

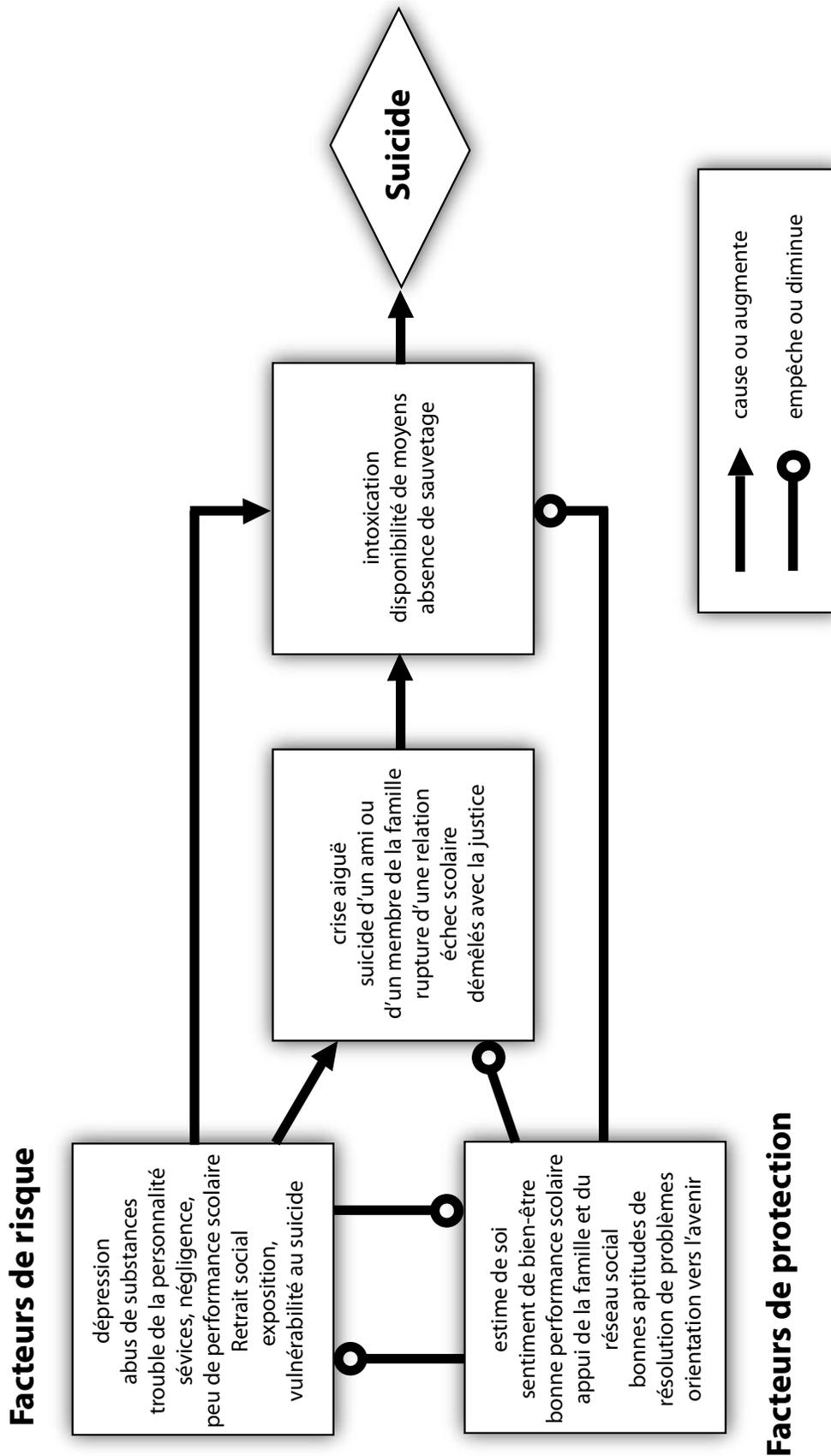
**Tableau 3-1) Facteurs de protection liés à la santé mentale chez les Autochtones**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• bonne santé physique et mentale</li> <li>• estime de soi</li> <li>• orientation, direction et détermination en fonction de l'avenir</li> <li>• attention, appui et affection/amour de la famille</li> <li>• attentes positives des parents</li> <li>• soutien par les pairs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intérêt, assistance, soutien démontré par d'autres adultes et par les dirigeants de la communauté</li> <li>• attitudes positives envers l'école</li> <li>• bonne performance scolaire</li> <li>• capacité d'apprentissage</li> <li>• aptitudes de résolution de problèmes/de s'adapter ou de gérer le stress</li> </ul>
---	--

Sources : Iarocci, Root et Burack, en impression; Pharris, Resnick et Blum, 1997; Walker et coll., 2006

Pour bien les comprendre, aucun de ces facteurs ne doit être considéré isolément. Ils interagissent de façon complexe pour créer un cercle vicieux favorisant une escalade de la détresse, du désespoir, de la souffrance psychologique et du sentiment d'impuissance qui sont la principale cause immédiate de la suicidabilité. La figure 3-1 illustre certaines des interactions au cours de la trajectoire progressive de ces perturbations chez la personne et pendant la période de crise aiguë.

Figure 3-1) Interaction des facteurs de risque et des facteurs de protection personnels liés aux suicides



## Sommaire

En général, les facteurs de risque liés au suicide chez les jeunes autochtones sont similaires à ceux qui sont associés au suicide chez les jeunes gens de la population générale (Borowski et coll., 1999; Strickland, 1997). Font partie de ces facteurs la dépression, le désespoir, la dévalorisation (de soi) ou une image négative de soi, l'abus des substances psychoactives (surtout de l'alcool), le suicide d'un ami ou d'un membre de la famille, des antécédents d'abus physique et sexuel, la violence familiale, des parents désintéressés, ne donnant pas d'appui et faisant preuve de négligence, peu de rapports avec des pairs ou retrait social et mauvaise performance scolaire (Evans, Hawton et Rodham, 2004). Deux scénarios se recouvrant partiellement sont liés à la vulnérabilité au suicide et peuvent être identifiés dans la documentation existante : 1) la dépression majeure est une cause contributive clé dans le cas de nombreux suicides; 2) des crises de la vie, l'abus de substances psychoactives et des traits de personnalité liés à un comportement agressif impulsif peuvent exercer une influence importante dans de nombreux cas de suicide, particulièrement chez des jeunes (Turecki, 2005). Des facteurs de protection contribuant à la résilience individuelle englobent des aspects comme l'harmonie et la cohésion familiales, la participation à des activités familiales, à la bonne communication et au sentiment d'être bien compris au sein de sa famille, de bons rapports avec ses pairs et la réussite scolaire.

Cette information permet d'identifier au sein de la collectivité les jeunes qui sont à risque de suicide, notamment des jeunes ayant des problèmes de santé mentale (surtout ceux qui souffrent de dépression, mais également ceux qui consomment des substances psychoactives, font de l'anxiété ou ont des problèmes de conduite associés à un comportement agressif impulsif), des antécédents d'abus physique et sexuel, un membre de la famille ou un ami qui a tenté de se suicider, de mauvaises relations avec leurs parents et un problème d'absentéisme et de performance à l'école. Comme stratégies d'intervention permettant de réduire le risque de suicide chez ces jeunes, on devrait s'assurer de dispenser des services de santé mentale, de mobiliser les réseaux de soutien social, d'entraide, et d'accroître la participation communautaire à l'intention de ces jeunes vulnérables et de leur famille. De plus, des interventions précoces auprès des familles et des collectivités qui visent à appuyer un développement sain des bambins et des enfants de tout âge peuvent diminuer la prévalence des troubles de la personnalité et d'autres problèmes de santé mentale, ce qui est plus difficile à contrer chez des adolescents ou des adultes.

Toutefois, ce portrait de la vulnérabilité et de la résilience individuelles ne présente que la moitié du tableau général de la situation. Si le comportement suicidaire touche un très grand nombre de jeunes dans certaines collectivités autochtones, par contre, beaucoup d'autres ne sont pas visés. Voici donc la preuve que des forces sociales sont à l'oeuvre aux niveaux des communautés, des régions et des nations et celles-ci sont d'une importance primordiale. Mieux comprendre l'influence qu'exercent ces facteurs sociaux généraux est donc essentiel pour pouvoir identifier les causes contributives les plus importantes au suicide et ce, dans l'intérêt de toute population, collectivité ou personne autochtone.

## Origine du suicide : souffrance sociale et survivance

[TRADUCTION] J'aimerais parler de l'histoire... de la plus grande perte qui est celle de la culture, de la perte causée par le fait de n'avoir pas pu vivre de vrais rapports parents-enfants. De tout ce qui nous a été volé. Et nous n'avons plus de normes, ni de valeurs sociales. C'est comme si nous étions tiraillés entre les deux [sociétés]... et cela a des conséquences pour tout le monde (un jeune de Première Nation).

Les sources de la vulnérabilité et de la résilience dont on a traité au chapitre 3 peuvent permettre d'expliquer pour quelle raison des personnes d'une communauté donnée peuvent être touchées par le problème du suicide alors que d'autres ne le sont pas. Il reste cependant qu'on ne doit pas attribuer uniquement à des facteurs individuels le taux de suicide croissant de façon dramatique dans de nombreuses collectivités autochtones au cours des dernières années ou encore leur attribuer la grande variabilité de ce taux de fréquence parmi les communautés. Pour mieux comprendre ces variations, il faut plutôt se pencher sur des explications qui se dégagent au niveau de l'ensemble de la société et des vastes processus politiques, culturels et historiques. Alors que la documentation clinique sur le suicide met l'accent sur des facteurs agissant au niveau de la personne, une tradition sociologique de longue date privilégie l'examen de l'incidence du contexte social sur le suicide au sein de collectivités et de populations toutes entières. Le présent chapitre analyse les résultats de recherche portant sur des facteurs sociaux et culturels qui peuvent contribuer au suicide. Il se penche sur des problèmes rattachés à la structure sociale et reconnus pour leur influence sur la suicidabilité; ensuite, il revisite l'histoire des relations des Autochtones avec le gouvernement et d'autres organisations sociales qui ont pu aboutir au problème de détresse psychologique et de suicide. Tout particulièrement, ce chapitre examine les conséquences des politiques de l'assimilation forcée mises en application sous le régime des pensionnats et de la pratique de l'adoption à l'extérieur des réserves préconisée par les organismes de protection de la jeunesse.

### Structure sociale et économie

Le sociologue français Émile Durkheim (1951) a concentré ses efforts sur l'étude des diverses façons dont les changements opérés au niveau des structures sociales et économiques ont porté atteinte aux institutions et aux particularités ou identités qui servent à resserrer le tissu des relations sociales ou à régler l'ordre social, et, par conséquent, assurent le maintien d'un sens moral collectif et d'une vision commune dans la vie. La théorie de Durkheim suivant laquelle le taux de suicide dans un pays ou une région « [TRAD.] *varie inversement avec le degré d'intégration à la société nationale* » (1951 :208) donne un autre moyen précieux permettant de mieux comprendre certains des effets néfastes de la désorganisation et de la perturbation sociales dans les collectivités autochtones qui ont découlé de la colonisation, de l'assimilation forcée et des déplacements et réimplantations (Davenport et Davenport, 1987). Dans le champ de l'épidémiologie sociale, la place déjà importante accordée par Durkheim à la structure sociale s'est élargie pour englober des dimensions de solidarité et d'intégration sociales qui peuvent influencer sur un large éventail de conséquences pour la santé (Berkman et coll., 2000).

Émile Durkheim a eu recours au terme « anomie » pour exprimer un état de profond désarroi associé à l'effondrement de l'ordre moral qui a affecté les organisations religieuses, les familles/groupes ou clans familiaux et les autres institutions sociales. De plus, il qualifie les suicides causés par la désorganisation sociale et l'absence de normes de suicide *anomique*. Durkheim met en opposition les suicides anomiques et

ceux qu'on désigne de suicides *altruistes* qui se produisent au sein de groupes étroitement tissés alors que les suicidés veulent assurer la vie de proches ou d'une communauté, ainsi que les suicides *égoïstes* qui sont commis dans un contexte culturel où la personne devient exagérément individualiste, ce qui sape les valeurs communes et finit par créer un être vidé ou un « moi-vidé » (Cushman, 1990). Des liens d'interdépendance et une intégration positive au sein de la famille et de la collectivité devraient réussir à diminuer les suicides égoïstes et anoniques.

Émile Durkheim a aussi relevé l'existence du *suicide fataliste* qui a lieu dans le cas où la personne ne perçoit plus de solutions ou de possibilités de fuir des situations de souffrance intolérable. Ces circonstances correspondent à celles que vivent de nombreux jeunes autochtones confrontés à de multiples problèmes et n'ayant que peu de possibilités offertes dans leur communauté. Le suicide fataliste peut survenir dans une situation sociale rigide et oppressive n'offrant que peu de débouchés, alors que le suicide anonique arrive dans des situations de perte de structure sociale et de normes. Encore que ces situations ne sont pas mutuellement exclusives, étant donné que les collectivités peuvent être rigides à bien des égards et chaotiques sous d'autres aspects. Le manque d'ordre et de direction dans une communauté non seulement laisse les jeunes sans but précis et désorientés, mais il restreint leurs possibilités par rapport à la société en général. Les collectivités autochtones font partie intégrante d'un système social très vaste qui a des règles et des procédures rigoureuses et qui offre très peu de rôles et de possibilités positives aux Autochtones. Par ailleurs, toutes ces formes d'organisation témoignant de rigidité institutionnelle et bureaucratique, à leur tour, font partie d'un système mondial encore plus global qui est marqué par des changements rapides et imprévisibles. C'est pourquoi les modalités différentes de suicide que Durkheim a caractérisées ne peuvent pas refléter toute l'étendue des situations contradictoires que les jeunes affrontent dans le contexte des politiques locales de leur communauté, des grandes structures institutionnelles, ainsi que le fait qu'ils sont constamment exposés aux points de vue du monde entier véhiculés par les médias de masse.

### **Pauvreté et chômage**

Dans la population générale, l'appartenance à une classe socioéconomiquement défavorisée est associée à une augmentation du taux de suicide et de tentative de suicide (Agerbo, 2003; Hawton et coll., 2001; Qin et coll., 2003). Si on prend en considération l'influence d'antécédents familiaux de troubles de santé mentale ou de suicide, cette association est atténuée, mais elle n'est pas éliminée (Agerbo et coll., 2002). Chez les Amérindiens aux États-Unis, il a été démontré que le taux de suicide était de façon marquée en corrélation avec les pourcentages de la population sous le seuil de la pauvreté (Young, 1990), de même que chez les Autochtones des 26 réserves de l'Alberta (Bagley, 1991).

La plupart des études effectuées auprès de la population en général montrent que la suicidabilité est fortement associée au chômage autant chez les hommes que chez les femmes (Agerbo, 2003; Dyck et coll., 1988; Hawton, Fagg et Simkin, 1988). Quoique les conséquences du chômage soient généralement plus importantes chez les hommes que chez les femmes (Cormier et Klerman, 1985; Wasserman, 1992), le manque d'emploi peut avoir un effet indirect additionnel dans le cas des femmes si les hommes réagissent à cette situation sociale stressante par l'alcoolisme et font subir des mauvais traitements physiques à leur épouse.

Afin d'examiner si le suicide est associé au chômage dans le cas des Amérindiens aux États-Unis, Lester (1995) a comparé le taux de suicide chez trois tribus du Nouveau-Mexique de 1958 à 1986 au taux de chômage général aux États-Unis. Il a constaté que le taux de suicide moyen chez les trois tribus amérindiennes

avait une corrélation significative avec le taux de chômage global aux États-Unis et au Nouveau-Mexique ( $r=0,52$  et  $0,63$  respectivement).

Le taux de chômage était beaucoup plus élevé chez les Autochtones que chez la population générale. En 1987, le pourcentage d'Indiens inscrits résidant dans les réserves et obtenant de l'aide sociale était 2,5 fois plus élevé que le taux canadien moyen (Comité consultatif sur la santé mentale autochtone de la Direction générale des services médicaux, 1991b). La situation est semblable chez les Inuit (Irwin, 1989). Par ailleurs, Thompson indique que « le chômage est rarement considéré comme un problème dans le cas de suicide chez des hommes autochtones étant donné que c'est le « statu quo » dans une grande partie des réserves et que le chômage ne constitue pas un problème plus grave pour la victime que pour le reste de sa communauté » (1987:268). Dans des collectivités où les habitudes et les valeurs liées à la subsistance traditionnelle ont été maintenues, le fait de gagner un salaire et d'avoir un emploi peut être moins directement relié à l'estime de soi et, de ce fait, l'incidence d'être sans emploi en sera atténuée. Bien sûr, on ne veut pas dire que le manque d'emploi (ou d'un travail ayant un sens) n'est pas un facteur de risque de suicide chez les Autochtones, mais on veut seulement préciser que son effet peut varier d'une collectivité à l'autre et qu'il doit être évalué et interprété à la lumière de l'histoire économique et des valeurs des collectivités spécifiques (McDonald, 1994; Satzewich et Wotherspoon, 1993). L'analyse du problème du chômage doit être effectuée sous l'angle de ses répercussions sur les ressources économiques, du statut social, d'un emploi satisfaisant ou significatif et des buts/objectifs personnels.

### Réserves, établissements et milieux urbains

Des études se rapportant au suicide dans des milieux ruraux par opposition au suicide dans des milieux urbains obtiennent des résultats différents suivant les divers pays. La proportion de personnes vivant seules dans un environnement urbain peut être un prédicteur démographique de suicide (Kowalski, Faupel et Starr, 1987). À l'opposé, les familles élargies peuvent assurer une bonne protection contre le suicide, particulièrement dans le cas de personnes âgées (Dodge et Austin, 1990). L'effet de modes de vie isolés, du manque de réseaux de soutien, et la perte ou rupture de relations interpersonnelles peuvent être associés à une augmentation de la solitude et du découragement; de plus, en raison du manque de contact, de communication ou de supervision, il y a moins de chances d'être secouru au moment d'une tentative de suicide (Grundlach, 1990). Par contre, les conséquences du mode de vie doivent être considérées en tenant compte du contexte des conditions économiques locales, de la structure familiale et des valeurs culturelles.

Les Autochtones vivant dans les réserves ont un taux de mortalité plus élevé que ceux résidant à l'extérieur des réserves (Frideres, 1998; Thornton, 1987) – même si bien des facteurs possibles doivent être pris en compte en fonction de cette observation. On a relevé à maintes reprises que les réinstallations ou réimplantations forcées de collectivités entières ont eu des effets dévastateurs sur le bien-être psychologique (Berry, 1993; Shkilnyk, 1985; Marcus, 1992; Dussault et Erasmus, 1994). La perte de pouvoir, la ségrégation sociale et la marginalisation intrinsèques au fait d'avoir été relégués dans des réserves par un gouvernement lointain et paternaliste ont été depuis longtemps reconnues par bon nombre d'autorités compétentes comme une cause contribuant directement au suicide chez les Autochtones (Devereux, 1961).

Les Autochtones sont surreprésentés au sein de la population urbaine des sans-abri. À titre d'exemple, à Edmonton, les Autochtones composent 6 pour cent de la population totale, mais 43 pour cent des sans-abri (Secrétariat du Conseil du Trésor, n.d.). Une étude auprès de 330 sans-abri à Toronto a indiqué qu'environ 61 pour cent avaient une idéation suicidaire et 34 pour cent avaient fait une tentative de suicide (Eynan et

coll., 2002). Dans le cadre d'une étude qualitative sur des jeunes de la rue, 46 pour cent avaient tenté de se suicider au moins une fois et la majorité avait fait de multiples tentatives (Kidd, 2004).

### **Incarcération**

En 2002-2003, les Autochtones représentaient environ 18 pour cent de la population incarcérée dans les prisons fédérales (Affaires indiennes et du Nord canadien). Le taux d'incarcération des Autochtones dans les institutions provinciales (pour ceux purgeant une peine de moins de deux ans) varie dans l'ensemble du pays, mais, dans les provinces de l'Ouest, particulièrement en Saskatchewan et au Manitoba, le nombre d'hommes autochtones représentait 68 à 80 pour cent de la population carcérale (Beattie, 2005). En raison de l'isolement forcé et de la détention, les personnes emprisonnées se retrouvent dans une situation à très haut risque de suicide (Bonner, 1992). Des individus qui se suicident en prison sont plus susceptibles d'avoir eu des antécédents de troubles psychiatriques préexistants, de l'abus des substances psychoactives et des tentatives de suicide antérieures (He et coll., 2001). Vu la surreprésentation extrême des Autochtones au sein du système correctionnel, la détention ou l'emprisonnement des personnes constitue une cause très importante qui contribue au suicide chez les Autochtones (Comité consultatif sur la santé mentale autochtone de la DGSM, 1991b; Satzewich et Wotherspoon, 1993). Des démêlés avec la justice influent tant sur le risque de suicide à court terme que sur le risque à long terme; c'est pourquoi le fait de se pencher sur l'incidence des ennuis avec la justice et de l'emprisonnement représente une priorité majeure en fonction de la prévention du suicide (Duclos, LeBeau et Elias, 1994).

### **Famille et religion**

Depuis les travaux de recherche menés par Durkheim, on a observé que la religion influe sur le taux de suicide; en effet, des taux plus élevés ont été relevés chez les protestants que chez les catholiques et les Juifs. Dans le cadre d'une étude sur le taux de suicide aux États-Unis, Stack et Lester (1991) ont constaté qu'il n'y avait aucune influence provenant de l'affiliation à un type de religion donnée, mais qu'une fréquentation de l'église plus assidue était associée à un taux de suicide plus bas. Cet effet de la religiosité était distinct de l'influence que pouvaient exercer le niveau de scolarité, le sexe, l'âge et la situation de famille. Une étude portant sur des personnes hospitalisées pour cause de dépression a permis d'observer que celles affiliées à une religion avaient tout au long de leur vie un taux de suicide inférieur; cette tendance à la baisse s'explique par le fait que le suicide soulève chez elles des objections morales plus fortes et que ces personnes ont un taux de fréquence moins élevé de comportement agressif ou violent (Dervic et coll., 2004). Une forte proportion de personnes sans affiliation religieuse dans une collectivité a été rattachée à un risque accru de suicide (Hasselback et coll., 1991). Par suite d'une étude faite auprès de jeunes inuits d'une collectivité au Nunavut, il a été rapporté que la fréquentation régulière de l'église correspondait à une probabilité moins grande de tentative de suicide (Kirmayer, Malus et Boothroyd, 1996).

La qualité de la vie familiale et la religiosité sont fortement corrélées (Stack, 1992). L'influence de la religion par rapport au suicide peut susciter non seulement des effets positifs grâce au fait que la personne a des croyances particulières (personnelles) concernant le suicide, notamment le sens accordé à la souffrance, à la vie après la mort, mais également du fait que les affiliations et les pratiques religieuses s'organisent en réseaux de soutien social (Pescosolido et Georgianna, 1989). La religiosité peut diminuer le taux de suicide par ses effets de renforcement des rapports sociaux résultant de la participation aux activités communautaires.

Une étude récente auprès de plus de 1400 personnes provenant de deux collectivités des Indiens des plaines septentrionales aux États-Unis a indiqué que les personnes parmi ce groupe ayant des orientations culturelles-spirituelles très solides étaient beaucoup moins susceptibles que les autres de faire des tentatives de suicide (Garoutte et coll., 2003). Cette influence positive de l'orientation culturelle-spirituelle (c.-à-d. des façons particulières de considérer son emploi, l'image de soi, notamment « [TRAD.] l'équilibre et l'ordre existant dans l'univers », « Je suis en harmonie avec tous les êtres vivants »), a continué de s'exercer même si l'âge, le sexe, le niveau d'études, la consommation excessive d'alcool, de substances psychoactives, et la détresse psychologique étaient statistiquement contrôlés. Les questions posées dans le cadre de l'étude pour évaluer cette orientation culturelle-spirituelle ont permis de recueillir une mine d'informations sur le bien-être en général et également d'obtenir des éléments communs avec d'autres évaluations portant sur le sens de la cohérence (tel que traité au chapitre 3). Quoiqu'il en soit, cette étude a donné du poids à cette observation que l'engagement dans des pratiques culturelles-spirituelles peut assurer une protection contre le suicide.

### Désorganisation sociale et traditionalisme

La désorganisation et la fragmentation sociales peuvent contribuer au suicide chez une population, indépendamment du fait que les gens souffrent de pauvreté et qu'ils sont démunis sur le plan économique (Evans, Middleton et Gunnell, 2004). Une étude menée par Bachman (1992) a porté sur les corrélats du taux de suicide chez les Amérindiens et a établi des moyennes à partir des observations faites entre 1980 et 1987 dans 100 différentes réserves-comtés aux États-Unis en s'appuyant sur trois hypothèses :

- 1) Plus le problème de désorganisation sociale au sein d'une collectivité sur réserve est aigu, plus le taux de suicide est élevé;
- 2) Plus le nombre de démunis dans une collectivité est élevé, plus le taux de suicide augmente;
- 3) Plus une collectivité est traditionnelle et solidaire (unifiée), moins il y a de suicides (le taux baisse).

La désorganisation sociale a été évaluée par la fréquence de la mobilité ou du déplacement (c.-à-d. la proportion des membres de la tribu qui ne vivaient plus dans leur réserve d'origine en 1979 ou en 1980). Quant à l'évaluation du niveau de désavantage économique ou de l'importance de la situation de désavantages économiques, elle a été effectuée à l'aide des indicateurs suivants :

- 1) le pourcentage de familles sous le seuil de la pauvreté;
- 2) le pourcentage de chômeurs;
- 3) le pourcentage des jeunes de 16 à 19 ans ayant abandonné l'école.

Le traditionalisme par opposition à l'acculturation a été évalué au moyen de l'établissement du pourcentage de la population du comté qui était amérindienne.<sup>6</sup> Le but visé était d'obtenir le degré de contact avec la société non indienne. Le pourcentage de la population amérindienne entre 18 et 24 ans a été relevé comme contrôle démographique puisqu'il est établi que le taux de suicide est le plus élevé chez ce groupe d'âge.

La première et la troisième hypothèse n'ont pas été confirmées. La mobilité n'a pas été associée de façon significative au taux de suicide. Par contre, le pourcentage du comté représentant les Amérindiens a été

<sup>6</sup> Cette mesure de l'acculturation est en réalité une méthode de calcul par approximation inefficace dans le cas de changement culturel étant donné que la principale raison motivant les membres non tribaux à résider actuellement sur réserve relève d'une pratique de longue date du Bureau des Affaires indiennes permettant d'allouer des parcelles de terrain à des membres de la tribu qui pouvaient à leur tour vendre ces lots aux membres non tribaux.

positivement corrélé au taux de suicide. Quant aux indicateurs économiques associés fortement au taux de suicide, ils comportaient le taux de chômage et le pourcentage de famille sous le seuil de la pauvreté ; il y avait aussi une tendance indiquant que le taux d'abandon des études contribuait aussi à la hausse du suicide. De plus, l'homicide a été étroitement lié au suicide, évoquant l'idée que ces actes meurtriers ont des facteurs communs de risque accru de mort violente.<sup>7</sup> Outre le fait qu'il y ait des facteurs sous-jacents communs comme l'alcoolisme et la violence familiale, la perte de membres de la famille par mort violente est probablement celui qui suscite un processus de deuil complexe et accroît le risque de suicide ultérieur. Dans le cas où l'homicide s'ajoute à ce modèle, il devient le prédicteur le plus important du taux de suicide, suivi des indicateurs économiques.

Cette étude est limitée en raison des critères ou des éléments de comparaison sommaires de la désorganisation sociale et du traditionalisme; malgré tout, une fois toutes les variables analysées, la situation de désavantage économique émerge comme cause contributive la plus importante du risque de suicide. Ces résultats indiquent donc que ce n'est ni le critère d'acculturation, ni celui du traditionalisme *comme tel*, qui contribue au risque du suicide, mais bien plutôt le degré de désavantage économique. Les difficultés économiques ont comme incidences de restreindre les ressources offertes aux personnes et d'empêcher de se doter d'une infrastructure locale. Dans un contexte plus général de société bien nantie, la pauvreté engendre des sentiments de privation relative ayant un effet préjudiciable sur l'estime de soi et sur l'auto-efficacité ou sur sa compétence.

### Facteurs culturels-historiques

[TRADUCTION] Une des autres choses que j'ai reconnues, c'est [l'importance] de notre culture ou de nos traditions [inuites]... Je suppose que c'était toujours aidant pour les jeunes d'aller et de parler aux Aînés, beaucoup [aidant], et les Aînés, comme beaucoup de gens ne pensent pas, c'est qu'ils sont passés au-travers de toutes ces situations et cetera. Vraiment, ils en ont traversé des situations difficiles et ils en savent beaucoup plus que nous en savons... et j'ai obtenu beaucoup d'aide des Aînés et c'est peut-être cette seule chose-là que je pourrais suggérer à quelqu'un, si un jour tu veux parler, les Aînés peuvent réellement t'aider aussi beaucoup (jeune inuit).

Le suicide doit être considéré dans son contexte contemporain et aussi le contexte historique et culturel des différents groupes autochtones (Hunter et coll., 2001; LaFromboise et Bigfoot, 1988). En Amérique du Nord, les documents historiques et ethnographiques mentionnent que le suicide était rare à l'époque du pré-contact, mais les données d'information sont très limitées (Pine, 1981). Malgré de grandes variations dans les croyances et les pratiques, la plupart des cultures autochtones ont une attitude négative manifeste à l'égard du suicide, même elles l'interdisent. Dans bon nombre de traditions autochtones, on refusait aux personnes décédées par suicide les funérailles et les cérémonies de sépultures habituelles; on disait que l'esprit des suicidés séjournerait dans un royaume différent des personnes décédées de causes naturelles (Hultkrantz, 1979). C'était la tradition des Athapascans (Fortune, 1989) et celle des nations huronnes et iroquoises (Tooker, 1991).

---

<sup>7</sup> Le taux de suicide a tendance à être fortement corrélé au taux d'homicide (les deux étant interdépendants) dans les collectivités amérindiennes, allant de  $r=0,44 - 0,52$  (Bachman, 1992; Young, 1990).

Dans les premiers documents historiques des Autochtones, on a décrit le suicide altruiste commis par des personnes souffrant de maladies inguérissables ou frappées d'incapacité, mais, en général, cet acte semble avoir été commis dans des situations désespérées. Beaucoup de témoignages ne font aucune mention de cette pratique et la prévalence réelle reste inconnue (Vogel, 1990). En fait, les épidémies de maladies contagieuses que les colonisateurs européens ont amenées avec eux ont décimé la population autochtone, ce qui a pu provoquer de nombreux suicides en raison du désespoir profond éprouvé par des personnes ayant perdu leur famille et leur communauté (Fortuine, 1989; Thornton, 1987; Stannard, 1992).

Dans les régions boréales ou subarctiques, le suicide était approuvé, en fait il était institutionnalisé comme une solution dans des cas de problèmes conjugaux insolubles ou comme un acte de grand deuil à l'occasion de la perte d'un proche (Group for the Advancement of Psychiatry, 1989). Chez les Tlingit, le suicide a été exceptionnellement commis comme un acte de défi calculé : « [TRAD.] une personne blessée ou victime d'accident n'ayant aucun recours pour se venger ou quelqu'un qui est poursuivi et ne voit pas de porte de sortie met fin à sa vie, croyant qu'en posant ce geste, elle/il causera des préjudices à son ennemi » (Krause, 1956 :155). Au début des années 1600, chez les Hurons, les deux raisons communes pour une personne de se suicider étaient associées au deuil inconsolable ou à la vengeance à l'égard de parents ou de membres de la famille lui ayant fait du tort (Tooker, 1991).

Des témoignages ethnographiques des Inuit indiquent que, traditionnellement, le suicide était sanctionné dans le cas où une personne était devenue un fardeau pour le groupe (Leighton et Hughes, 1995). Le deuil entraîné par le décès d'un membre du groupe familial était aussi reconnu comme un motif légitime de mettre fin à ses jours. Balikci (1961) s'est intéressé à un groupe d'Inuit ayant eu de nombreux suicides échelonnés sur plusieurs décennies, certains commis en raison de frustrations en apparence bénignes ou des motifs futiles. Cependant, on a relevé que les constats de suicide expliqués par des raisons insignifiantes chez des Autochtones sont généralement établis alors que la barrière des langues et des cultures crée un obstacle à la communication, faisant en sorte que les observateurs ignorent les faits réels et la situation malheureuse de la victime. À titre d'exemple, comme nous l'avons mentionné au chapitre 3 du présent rapport, de jeunes inuits de notre époque rapportent parfois comme raison de leur tentative de suicide un « sentiment d'ennui », donnant l'idée qu'ils sont superficiels et agissent à la légère (Kirmayer et coll., 1994b). Toutefois, l'« ennui » peut masquer des sentiments profonds liés au vide de l'existence et à l'aliénation; un examen plus approfondi révèle ordinairement un conflit familial important et une dépression (Jervis et coll., 2003). Il est certain que les suicides de jeunes inuits modernes, représentant l'avenir de leur peuple, ne correspondent pas du tout au modèle traditionnel inuit du sacrifice altruiste que fait un aîné malade et invalide au moment où le groupe familial affronte une période de famine (Kirmayer, Fletcher et Boothroyd, 1997).

Le domaine de la psychologie interculturelle a centré les efforts sur la comparaison générale entre les cultures égoïstes ou individualistes (faisant toujours de la personne la valeur centrale) et celles qui sont sociocentristes ou communalistes (mettant l'accent sur la valeur de la famille ou de la communauté). Ce modèle doit être élargi pour englober la connaissance et les valeurs culturelles des Autochtones. À bien des égards, les collectivités autochtones semblent sociocentristes du fait que l'identité personnelle est profondément ancrée dans les liens à la famille, à la bande ou à la communauté. D'autre part, les Autochtones ont comme valeurs une conception de la personne plus autonome que le concept de l'individu chez les Euro-américains, c'est-à-dire des valeurs traditionnelles de respect à l'égard des décisions personnelles et de non ingérence dans les actions des personnes jouent un rôle essentiel au sein de la collectivité (Brant, 1990; Briggs, 1983).

En même temps que cette comparaison entre des dimensions individualistes et sociocentristes du « moi », une troisième dimension qui n'est pas correctement intégrée aux modèles psychologiques actuels s'intéresse au rôle de l'environnement en fonction de l'expérience du *moi-écocentriste*. Dans bon nombre de visions du monde traditionnelles autochtones, la nature, les animaux et les éléments sont en interaction avec soi, et en fait, dans un certain sens, ils constituent des aspects de la personne (ou plutôt, de l'être humain qui participe à ces réalités plus vastes et plus englobantes) (Martin, 1978; Stairs, 1992; Tanner, 1979). Des atteintes à la nature, une usurpation des terres et des restrictions de l'espace peuvent constituer des assauts contre le sens individuel et collectif du moi chez des personnes qui adhèrent à la vision du monde écocentriste (Richardson, 1991; Wadden, 1991). Ces attaques environnementales du moi peuvent avoir des conséquences psychologiques équivalentes en gravité à la perte du rôle et du statut social dans une grande société urbaine ou le cas d'un fermier qui perd sa terre, ce qui met simultanément en péril son gagne-pain et son identité. L'aboutissement est certainement une perte possible de l'estime de soi, mais également la destruction d'une forme distinctive de l'identité et de l'auto-efficacité rattachée au fait de vivre sur la terre et de la terre (Brody, 1975; 2000). La portée de ces questions qui peuvent sembler purement politiques ou territoriales pour la société dominante est pourtant fondamentale en fonction de l'identité et du mieux-être personnels et collectifs des personnes et des collectivités autochtones.

### Changement culturel, modernisation et acculturation

[TRADUCTION] Je pense que la culture est très importante pour chaque personne dans la communauté, à cause de l'identité? Comme j'ai été élevé il y a plusieurs années et je me sens comme si j'étais pris entre deux cultures. Et, si on considère cela de façon positive, c'est bon de connaître les deux côtés, mais c'était aussi important pour moi de découvrir d'où je venais et d'avoir une identité. D'avoir une bonne connaissance de ma culture et d'être solidement enraciné. Vous savez, être enraciné là où je peux me tenir debout et dire « c'est moi » et être fier de cela. Et il y a beaucoup d'élèves – je suis conseiller en éducation à l'école de ma communauté et j'ai affaire à beaucoup de gens, à de nombreux adolescents et étudiants – leur identité c'est un gros problème et la culture est très importante... la culture est très importante pour eux et il faut lutter, se défendre pour la garder, et avoir une identité. Et c'est ce qui aide [à faire face] au suicide – savoir qui on est et ne pas être confus ou se trouver entre les deux ou dans une situation où on ne peut pas retrouver son équilibre (adulte de Première Nation).

Dans le cas des Autochtones, le changement culturel a été entraîné par des intérêts d'ordre économique qui leur étaient propres et par des pressions externes énormes venant du gouvernement, d'actions liées à l'économie, à l'éducation et à la santé, de même que des institutions religieuses à différentes périodes de leur histoire (Adams, 1989; Berger, 1991; Crowe, 1991; Dickason, 1992; Miller, 2000; Moore, 1993; Sazewich et Wotherspoon, 1993; York, 1990). Cette évolution favorisant la confrontation des cultures et le changement s'est généralement effectuée selon un rythme imposé par des intérêts étrangers, à l'extérieur des collectivités autochtones.

Pour des groupes autochtones appartenant à des sociétés de chasseurs et de cueilleurs où tout était organisé au niveau de la famille élargie, de clans, de bandes ou de tribus, ces changements ont été particulièrement profonds. Dans la plupart des cas, ils étaient habitués à la mobilité, à des déplacements dans de vastes territoires ayant un faible nombre d'habitants et des systèmes sociaux relativement non structurés. L'évolution vers la sédentarisation a transformé toutes ces dimensions de la vie traditionnelle. Des communautés de centaines

ou de quelques milliers de personnes non apparentées vivant dans des logements surpeuplés au sein d'un système complexe constitué de nouvelles institutions politiques et bureaucratiques qui restreignent la liberté d'action correspondent à la réalité actuelle d'une grande partie d'Autochtones. Ces modifications ont perturbé le rôle, l'identité et le mode d'interaction traditionnels, ainsi que l'entraide et les réseaux de soutien. Le taux croissant de suicides et d'autres problèmes sociaux et psychologiques chez les peuples autochtones du monde entier ont été attribués à des changements de cette nature (Leineweber et coll., 2001; Leineweber et Arensman, 2003).

### Acculturation

« Acculturation » est un terme s'appliquant à l'adaptation des personnes à une culture étrangère à leur héritage culturel avec laquelle elles sont en contact. Berry (1993) indique qu'au niveau du groupe, l'acculturation peut entraîner de nombreux types de changements :

- 1) des changements dans l'environnement physique, notamment la localisation, l'habitat, la densité de la population, l'urbanisation, la dégradation de l'environnement et la pollution;
- 2) des changements biologiques au niveau de l'état nutritionnel et de la susceptibilité aux maladies transmissibles;
- 3) des changements politiques ayant pour effet de transformer ou de faire disparaître les structures du pouvoir existantes et de les soumettre à la société dominante;
- 4) des changements économiques influant sur les habitudes de subsistance et de travail;
- 5) des changements culturels touchant la langue, la religion, l'éducation et les pratiques et institutions d'ordre technique;
- 6) des changements sur le plan des relations sociales, notamment une évolution des relations intergroupes et intragroupes.

Berry (1976; 1985) a décrit quatre modes de comportement différents comme réactions à l'acculturation : l'intégration, l'assimilation, la séparation et la marginalisation. Le choix (ou l'émergence) d'une réaction particulière en fonction de la tension créée par l'acculturation est fondé sur deux variables :

- 1) soit que la culture traditionnelle et l'identité sont valorisées et, par conséquent, valent la peine d'être conservées;
- 2) soit qu'on vise à avoir des relations positives avec la société dominante.

En général, l'intégration et l'assimilation sont considérées comme des résultats positifs par la société dominante – l'intégration est liée à une forme de biculturalisme, alors que l'assimilation représente un changement complet du fait que la personne abandonne sa propre identification à sa culture d'origine pour adopter la culture dominante. En fait, des efforts continus et dynamiques visant à préserver la culture traditionnelle peuvent parfois être une mesure protectrice contre la perturbation causée par un changement culturel trop rapide :

[TRADUCTION] Des groupes ayant maintenu une attitude séparationniste comme beaucoup de Pueblos du sud-ouest et les Navajo l'ont fait ont eu un taux de suicide inférieur à celui d'autres Amérindiens confrontés à la tension créée par la modernisation, les changements technologiques et le stress de l'acculturation (Group for the Advancement of Psychiatry, 1989:51).

Par ailleurs, ces mêmes auteurs font valoir ce qui suit :

[TRADUCTION] Là où des modes de vie et des valeurs traditionnelles ont diminué d'importance en raison de la transplantation, de la maladie, du chômage persistant, de la pauvreté et d'efforts d'ordre religieux et éducatifs visant à dissuader les gens de se cramponner au passé, l'adaptation des séparacionistes et des intégracionistes a plutôt eu tendance à échouer. Bon nombre de groupes d'Amérindiens ont subi cette situation pendant des générations; comme le processus d'assimilation à la société dominante a été entravé, ils ont basculé dans la marginalité culturelle ou ils ont été forcés de le faire. Ces groupes ont perdu un grand nombre de valeurs essentielles de leur culture traditionnelle et ils n'ont pas pu les remplacer en participant activement à la société américaine de façon à favoriser le renforcement de leur sentiment d'identité culturelle et au niveau psychologique, le recouvrement de l'estime de soi, [de leur fierté personnelle]. Comme aboutissement de cette situation, on a vu naître des sentiments de perte, d'aliénation, de dévalorisation de soi-même et de confusion identitaire qui se sont manifestés dans le taux croissant de suicides sévissant dans de nombreuses collectivités amérindiennes (Group for the Advancement of Psychiatry, 1989: 51-52).

Pendant les dernières décennies, l'augmentation du taux de suicide chez les groupes autochtones s'est produite parallèlement à la tension créée par l'acculturation et le contact culturel. Certains auteurs ont indiqué que des taux supérieurs de suicide ont été relevés chez des groupes amérindiens qui étaient en contact très serré avec la société dominante (Group for the Advancement of Psychiatry, 1989; Van Winkle et May, 1986). Il y a aussi indication que des taux accrus de suicide chez les Inuit et les habitants d'Athabaska ont été associés au fait qu'ils entretiennent une relation étroite avec la culture du Sud et ont accès à l'alcool (Kraus et Buffer, 1979). Toutefois, ces réactions peuvent ne pas être homogènes et différer d'un groupe à l'autre. À titre d'exemple, chez les Navajo, le taux de suicide varie selon les réserves, en fonction du degré de contact avec la société dominante (Levy et Kunitz, 1971). La culture des Navajo a une histoire de changements majeurs qui remontent loin dans le temps; elle est le produit de l'intégration de connaissances et de pratiques (coutumes) d'autres groupes avec qui elle est venue en contact (Webb et Willard, 1975). Le point crucial peut être la trajectoire du processus d'acculturation, qui, à son tour, est déterminée par les modes traditionnels de réalisation des changements culturels et par la nature de la négociation avec la société dominante.

Tel que mentionné précédemment, Bachman (1992) a constaté que les collectivités les plus traditionnelles ont en réalité un taux de suicide plus élevé. En essayant d'expliquer sa constatation, Bachman reprend les propos de Berlin au sujet du dilemme qui oppose la tradition et la modernité :

[TRADUCTION] Les collectivités traditionnelles peuvent quand même imposer des valeurs du passé aux adolescents et aux jeunes adultes, ce qui pourrait aussi entraîner des suicides ou tentatives de suicide. Par exemple, chez les Amérindiens, on prône la valeur très importante consistant à ne pas s'efforcer de dépasser les autres vu que cette ambition pourrait porter atteinte au prestige des autres. À l'école et même dans les événements sportifs, se distinguer comme élève ou comme sportif qui surpasse les autres peut susciter de l'ostracisme ou même un châtement physique de la part du groupe de pairs. Par conséquent, de temps en temps, l'application de telles valeurs traditionnelles tribales peut se faire au détriment des jeunes (Berlin, 1987:226).

Par ailleurs, beaucoup d'autres explications valables peuvent être apportées. L'évaluation du « traditionalisme » par Bachman est imprécise et elle peut aussi refléter la ségrégation, un manque d'autonomie, de pouvoir politique, ainsi que la petite taille et l'isolement social des communautés. À défaut d'autres études et d'une mesure plus directe de la tension créée par le traditionalisme et l'acculturation, on peut conclure que le lien est encore insuffisamment attesté. En grande partie, le problème provient du fait que l'acculturation ne s'étend pas uniquement à un aspect ou à une dimension de la vie, mais ce processus de transformation peut influencer à des degrés divers sur des domaines différents, entraînant des conséquences variables pour la santé mentale et le risque de suicide.

Une étude sur un échantillon d'une communauté de 3000 autochtones hawaïens a relevé que le taux de suicide était plus élevé chez ceux dont l'affiliation culturelle était la plus forte (Yuen et coll., 2000). L'appartenance ethnique *comme tel* n'était pas associée à la suicidabilité. Cet effet négatif de l'affiliation culturelle doit être interprété en tenant compte de la population d'Hawaii et de la signification de l'identité et des pratiques culturelles dans le contexte d'une société plus grande qui dévalorise les Autochtones et exerce une discrimination à leur égard. Dans le même ordre d'idées, une étude sur les problèmes comportementaux chez de jeunes lapons en Norvège (Laponie) qui a permis de relever des taux de fréquence de problèmes plus élevés chez ceux ayant une identité ethnique plus forte fait ressortir de quelle façon les effets d'un mode particulier d'acculturation ne peuvent être que saisis en considérant la position des Autochtones vis-à-vis la société dominante (Kvernmo et Heyerdahl, 2003). Même si le fait de composer avec des identités et des allégeances biculturelles est complexe et exigeant, il peut aussi être problématique pour ces jeunes vivant dans des situations sociales locales et mondiales où les autres ne comprennent, ni ne valorisent leur héritage culturel, de s'identifier exclusivement à une culture traditionnelle.

La tension suscitée par l'acculturation est attribuable à la transformation s'opérant au niveau des relations, des connaissances, des langues, des institutions sociales, des croyances, des valeurs et des règles d'éthique qui lient les gens et leur donnent une vision commune et collective de leur identité et de leur origine. Dans le cas des Autochtones, les tensions de cette nature ont été associées aux bouleversements suivants : la perte de leurs terres, de leurs activités traditionnelles de subsistance et de la maîtrise de leurs conditions de vie; l'élimination de leurs systèmes de croyance et de leur spiritualité; l'affaiblissement de leurs institutions sociales et politiques et la discrimination raciale (Novins et coll., 1999). Dans le cadre d'une analyse de données recueillies auprès de 18 tribus amérindiennes, la corrélation entre le taux de suicide et un indice mesurant la tension causée par l'acculturation indiquait 0,46 ( $p < 0,05$ ), alors que la corrélation entre le taux de suicide et l'« intégration traditionnelle » donnait 0,64 ( $p < 0,0001$ ) (Lester, 1999). Il faut donc en conclure qu'il peut exister une sorte de relation en « forme de U inversé » entre le traditionalisme et le suicide indiquant que des personnes ou des collectivités très traditionnelles et celles qui sont fortement assimilées sont protégées contre le suicide, alors que d'autres vivant dans une situation intermédiaire de conflit plus profond et de confusion identitaire courent plus de risques de suicide.

Des auteurs, dont John Berry (1980), sont d'avis que la marginalisation entraîne une sorte de « déculturation », un processus selon lequel des personnes acquièrent des compétences, des valeurs et une tradition n'appartenant à aucune culture. Cette situation décrit bien ce que vivent de nombreux jeunes autochtones – privés d'une formation approfondie dans leur tradition, n'ayant pas les connaissances et les capacités linguistiques de leurs Aînés et éloignés ou coupés de la grande majorité de la société canadienne en raison des barrières de la pauvreté, de l'isolement et du manque d'éducation. Berry a indiqué que, chez les jeunes autochtones du nord de l'Ontario, le suicide est « [TRAD.] associé à la situation où ils sont pris entre deux

cultures et incapables de trouver satisfaction dans l'une ou l'autre » (1993:17 cité dans Kirmayer et coll., 1994 b:55). Faisant référence au suicide des jeunes inuits au Nunavik de 1989 à 1993, l'anthropologue et linguiste Louis-Jacques Dorais écrit : «[TRAD.] Pris entre un mode de vie en forêt qu'ils ne connaissent pas suffisamment et le marché du travail moderne dont les portes semblent s'ouvrir à eux avec beaucoup de réticence, de nombreux jeunes se sentent complètement inutiles » (1997:69). Par ailleurs, la notion de « déculturation » est trompeuse du fait que, même dans le cas d'une situation de changements rapides ou de bouleversement, les gens rétablissent ou reconstituent leur identité et leurs pratiques culturelles (Del Pilar et Udasco, 2004). Les jeunes autochtones modernes sont influencés par les traditions de leur famille et de leur communauté, de même que par les médias de masse et leurs relations avec d'autres jeunes de leur milieu et du monde entier par le truchement d'Internet.

### Niveau d'études

Suivant un échantillon représentatif de la population générale aux États-Unis, les personnes ayant terminé au moins des études secondaires courent presque deux fois plus de risques de décéder par suicide que les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur au niveau secondaire (OR=1,91, 95 % CI=1,37-2,67) (Kung, Liu et Juon, 1998). Une analyse des données sur les collectivités crie au Québec indique qu'un niveau de scolarité de plus en plus avancé chez les femmes peut représenter une situation à risque accru de détresse psychologique (Kirmayer et coll., 2000). Une telle incidence peut s'expliquer par l'augmentation du fardeau des responsabilités et de la frustration causée par des attentes de plus en plus grandes et par des barrières aux possibilités offertes.

Bien des observateurs ont constaté que des jeunes autochtones ayant fait des études formelles plus avancées sont plus à risque de suicide que leurs camarades autochtones, bien que la plupart du temps leur niveau d'études soit inférieur à celui de leurs homologues non autochtones (Travis, 1983). Brant évoque l'idée que ces personnes peuvent éprouver un sentiment d'échec du fait qu'elles ont pu avoir des projets ambitieux les incitant à participer à la société dominante, mais qu'elles ont dû faire face à des difficultés pour l'obtention d'un emploi ou la reconnaissance de leurs acquis dans un milieu concurrentiel où elles se sont retrouvées loin derrière vu leur niveau d'instruction insuffisant (1993:56). Dans le même ordre d'idées, Rodgers (1982), au moment d'un débat sur l'accroissement dramatique du taux de suicide dans les Territoires du Nord-Ouest de 1971 à 1978, particulièrement chez les Inuit, a soutenu que la personne décédée par suicide avait en général un niveau d'études plus élevé, avait un emploi et avait vécu un certain temps à l'extérieur de la communauté, un ensemble de facteurs contributifs à créer un écart entre les attentes et les possibilités. Les autres l'avaient perçue comme un exemple de réussite potentielle, mais en réalité, elle se sentait incapable d'avouer en confiance qu'elle doutait d'elle-même ou qu'elle avait des craintes provenant du besoin de maintenir sa façade d'autonomie et de prise en main personnelle. Par conséquent, la victime de suicide entretient son image de réussite – donnant ainsi satisfaction à sa communauté – au prix d'un niveau minimal de reconnaissance et de soutien de la part des autres.

Les Autochtones vivant dans les réserves et dans des établissements éloignés sont confrontés à des écarts considérables entre leur environnement immédiat et leurs valeurs culturelles et le monde entier présenté par les médias de masse qui sont diffusés dans toutes les collectivités. Dans le cadre de cette transition vers un nouveau mode de vie (moderne) dans leur communauté, ce sont les jeunes hommes qui ont subi la tension la plus forte créée par l'acculturation, compte tenu de l'écart entre le rôle masculin traditionnel du chasseur, du pourvoyeur, de membre de la bande, et les possibilités économiques et les possibilités d'emploi si restreintes dans le contexte contemporain d'habitant d'établissement ou de réserve. Contrairement aux jeunes gens, les

jeunes femmes peuvent avoir eu un peu plus de continuité dans leur rôle traditionnel de mère et de femme au foyer, des rôles qu'elles remplissent encore largement en plus d'occuper des emplois rémunérés (McElroy, 1997). Les habitudes traditionnelles réservées aux femmes qui les amenaient à socialiser pendant leur vie au campement peuvent aussi les avoir rendues plus réceptives à développer des compétences professionnelles et à exercer des rôles au sein des services sociaux et sanitaires; toutefois, les femmes de tout âge subissent et partagent inévitablement la démoralisation des hommes dans les communautés – ce sont leur père, leur mari et leur fils. Pour certains groupes autochtones, ces changements se sont opérés tout récemment – chez les Inuit, seulement depuis deux générations – et le contraste entre le rôle actuel assumé dans la vie de l'établissement et le rôle occupé dans la vie nomade sur le territoire est encore très apparent.

### Assimilation forcée

Le modèle de l'acculturation suppose que les personnes et les collectivités décident de quelle façon elles veulent s'adapter au contact d'une autre culture; cependant, O'Neil (1985; 1986) fait valoir que cette dimension psychologique omet la prise en considération du contexte politique dans lequel l'acculturation s'opère. Ainsi, c'est forcer la note que de croire que les personnes ont le choix d'adopter des valeurs traditionnelles ou des valeurs modernes. Dans le cadre de son étude auprès des jeunes inuits, O'Neil a constaté que les « stratégies d'adaptation » appliquées par ces jeunes gens étaient déterminées dans une certaine mesure par une économie politico-coloniale. Il soutient que, pour mieux comprendre ces stratégies d'adaptation, il vaudrait mieux ne pas les limiter à un processus psychologique uniquement chez la personne, mais les considérer plutôt comme le résultat d'une interaction entre le choix d'une personne ou son style d'adaptation et les fortes contraintes politico-économiques dérivant d'influences sociales au niveau local et mondial (comparer à Moore, 1993; McDonald, 1994; Satzewich et Wotherspoon, 1993).

L'évolution caractéristique de l'acculturation fait également ressortir l'idéologie de la société dominante (Berry, 1993). Le Canada a une politique explicite de reconnaissance des cultures et des langues autochtones et de promotion du multiculturalisme, ce qui devrait encourager les personnes à préserver leur culture d'origine et à acquérir de nouvelles compétences, de nouvelles valeurs et pratiques, provenant de la société dominante. Cependant, à travers l'histoire, les interventions gouvernementales (tout comme les activités des institutions d'éducation, organismes d'enseignement, et organisations religieuses), ont été inspirées par des politiques d'assimilation ou de ségrégation (Adams, 1989; Dickason, 1992; Miller, 2000; Titley, 1986). La *Loi sur les Indiens* (1876) et le *Livre Blanc* qui est demeuré sans suite (Ministère des Affaires indiennes et du Nord, 1969), ainsi que le régime des pensionnats indiens, constituent des exemples majeurs de mesures législatives, de politiques et de modes de fonctionnement/de processus qui ont entravé considérablement le « développement » des communautés autochtones contemporaines. Malgré les modifications apportées à la politique officielle, les Autochtones au Canada affrontent des problèmes similaires à ceux de leurs homologues aux États-Unis et en Australie. Les sections suivantes font l'analyse des événements historiques et de l'incidence de ces politiques de l'assimilation forcée sur la santé des personnes et des collectivités autochtones; de plus, elles présentent les données d'information de base nécessaires à une bonne compréhension de leur portée sur le suicide.

### Incidence du régime des pensionnats

Issu de la relation coloniale entre l'État canadien et les Autochtones, le régime des pensionnats s'est avéré l'un des instruments les plus destructeurs auxquels le gouvernement fédéral a eu recours dans sa tentative d'assimiler de force les Autochtones (Miller, 1987; 1996; Furniss, 1995; Armitage, 1995; Feehan, 1996; Grant, 1996; Milloy, 1999).

Faisant suite à son approbation du *Davin Report* en 1879, le gouvernement fédéral a commencé la construction de pensionnats administrés par des institutions religieuses au Canada. Les pensionnats se sont avérés le principal moyen d'application de la politique canadienne de l'aide sociale à l'enfance pendant la période active de l'assimilation (Armitage, 1995). La préférence a été donnée à des pensionnats de grande dimension situés loin des réserves étant donné que le gouvernement fédéral voulait réduire les contacts entre les parents et les enfants, entre les jeunes et les Aînés (Miller, 1987, 1996; Ing, 1991; Armitage, 1995; Grant, 1996; Milloy, 1999). Des bâtiments scolaires ont été dans la plupart des cas hâtivement construits, la préoccupation principale étant d'épargner plutôt que d'assurer la sécurité des enfants (Graham, 1997; Milloy, 1999). Les charpentes ont été érigées à l'aide de plans très simples et de matériaux de moindre qualité à bas prix. Il était fréquent de voir dans ces écoles une ventilation inadéquate, de l'entassement et un manque d'équipement de sécurité comme des sorties de secours. Malgré les recommandations des enquêteurs du gouvernement tout au long du vingtième siècle, très peu de rénovations ont été faites à ces bâtiments et les enfants autochtones ont été forcés d'y vivre, d'y étudier et de subir des conditions de vie terriblement mauvaises.

En fait, les pensionnats n'avaient pas été conçus pour que les enfants y reçoivent une formation scolaire, mais ils devaient plutôt les initier à effectuer du travail manuel ou du travail industriel. Dans certaines écoles, les enfants ont passé plus de temps à travailler dans les champs que dans la classe (Milloy, 1999). Le programme avait été planifié pour que les enfants autochtones s'assimilent; d'après les perceptions, il fallait les faire passer de l'état de barbarie où ils vivaient à celui de « civilisés » (Milloy, 1999; Grant, 1996). Les normes pédagogiques étaient nettement inférieures à celles appliquées dans les écoles provinciales avoisinantes pour la bonne raison que le gouvernement fédéral et les Églises les faisaient fonctionner en tenant pour acquis qu'il y avait une différence marquée entre la capacité intellectuelle des enfants autochtones et celle des enfants non autochtones. Comme il fallait s'y attendre, la plupart des élèves des pensionnats ont échoué sur le plan scolaire (Haig-Brown, 1988; Bull, 1991; Knockwood, 1992; Miller, 1996; Fournier et Crey, 1997; Milloy, 1999).

Les pensionnats ont adopté un programme d'enseignement en ne tenant aucun compte de l'héritage culturel des élèves ou en le discréditant ouvertement. Tant le programme éducatif que les méthodes pédagogiques contrastaient vivement avec les moyens d'éducation appliqués dans les communautés autochtones. En effet, les Autochtones, pour former leurs enfants, avaient recours à des principes fondés sur le respect, l'humilité, le partage, l'amour ou le souci des autres et la coopération (Grant, 1996). La responsabilité de transmettre les connaissances était attribuée à ceux qui possédaient le « savoir » et l'apprentissage par observation revenait aux jeunes. À ce titre, les Aînés autochtones ont été les premiers enseignants auprès des enfants pendant la période du pré-contact et avant le début de l'enseignement formel dans des institutions (Johnston, 1988; Ing, 1991; Knockwood, 1992; Grant, 1996; Miller, 1996; Milloy, 1999). Observer, écouter et apprendre au moyen de l'imitation ont été les éléments fondamentaux des stratégies de l'apprentissage traditionnel chez les Autochtones, alors que le récit représentait le principal outil d'enseignement. Par suite de l'offensive des pensionnats contre les langues autochtones, ces institutions ont du même coup mis en péril la transmission du savoir traditionnel, la relation entre les Aînés autochtones et les enfants et la mémoire collective des Autochtones (McLeod, 1998). En s'assurant de la séparation physique et spatiale des enfants autochtones de leur communauté, les pensionnats ont imposé des conditions d'exil forcé, laissant peu de possibilités de rapprochement qui auraient permis d'assurer la continuité de la culture et de l'identité (McLeod, 1998).

Témoignant des valeurs victoriennes conservatrices de cette époque-là, le département des Affaires indiennes s'est rangé à l'opinion ethnocentrique que les cultures autochtones étaient « permissives » et que les parents

autochtones n'avaient pas assez d'autorité sur leurs enfants (Milloy, 1999). En conséquence, la dure réalité de la vie des pensionnats était teintée de discipline, de règlements et de punitions. Les employés des pensionnats devaient être très fermes avec les élèves et, dans bien des cas, ils se servaient des principes pédagogiques comme prétextes pour sanctionner et pour justifier des actes de violence et d'abus très graves.

Dans ce contexte, la punition a été considérée comme une mesure susceptible de transformer l'environnement sauvage, « non civilisé » et permissif de la vie autochtone pour qu'il devienne semblable au monde ordonné et courtois des Blancs canadiens. Afin de faire tenir les enfants tranquilles et les empêcher d'être indisciplinés, le personnel a adopté des mesures très sévères comme la privation de nourriture, la correction à l'aide d'une courroie de cuir et l'isolement disciplinaire (Milloy, 1999). Les enfants autochtones ont été sévèrement punis pour de nombreuses raisons, dont mouiller son lit la nuit, parler à un enfant de sexe opposé, dérober des aliments, faire une fugue, répondre au personnel et se retrouver à l'extérieur des terrains de l'école. Parmi les transgressions au règlement, c'est le fait d'avoir parlé une langue autochtone qui était le plus punissable (Haig-Brown, 1988; Bull, 1991; Knockwood, 1992; Feehan, 1996; Miller, 1996; Graham, 1997; Milloy, 1999).

Duncan Campbell Scott, surintendant adjoint des Affaires indiennes, a promulgué que, pour le gouvernement fédéral canadien, la protection des enfants autochtones contre la maltraitance relevait de son plein droit et de son devoir (Milloy, 1999). Malgré cette déclaration, il n'y a eu aucune formulation de lignes directrices officielles précisant l'étendue des mesures disciplinaires autorisées; c'est pourquoi les punitions corporelles sont restées le mode de sanction dominant à l'intérieur des murs des pensionnats (Miller, 1996; Milloy, 1999).

[TRADUCTION] En 1921, une infirmière itinérante visitant Crowstand School a découvert neuf enfants « enchaînés à leur banc » dans la cafétéria, l'un d'entre eux [avait] des « blessures sérieuses laissées par une courroie ». Les enfants étaient fréquemment battus avec un fouet, une verge, et des coups de poing, enchaînés et mis aux fers, mains et pieds liés et enfermés dans des armoires, des caves et des salles de bain (Johansen, 2000:18).

Des incidents de ce genre n'étaient pas isolés; malgré tout, le département des Affaires indiennes a en général passé outre et laissé les pensionnats sans surveillance. De nombreuses raisons peuvent expliquer l'hésitation du gouvernement fédéral à traiter de ces sujets – des fonctionnaires du gouvernement étaient préoccupés par l'influence des Églises, alors que d'autres cherchaient à passer sous silence les mauvais traitements infligés aux enfants autochtones dans les dossiers gouvernementaux (Satzewich et Mahood, 1995). Le régime des pensionnats était censé fournir la preuve que le gouvernement fédéral s'acquittait de ses obligations envers les Autochtones considérés les pupilles de l'État canadien conformément à la *Loi sur les Indiens*. Par conséquent, il était impératif que le public canadien ne soit pas informé des conditions de vie réelles dans ces pensionnats ou, à une époque plus moderne, que la communauté internationale ne soit pas mise au courant.

En terme explicites, la punition visait essentiellement à causer de la douleur et de l'humiliation afin d'affaiblir l'aspect oppositionnel de la personnalité et de forcer la soumission à l'idéologie de l'école (Graham, 1997). Les Survivants des pensionnats se souviennent que l'humiliation publique a été l'une des plus cruelles expériences (Grant, 1996; Graham, 1997). À titre d'exemple, à leur arrivée au pensionnat, les enfants étaient obligés de se faire couper les cheveux très courts et de recevoir un numéro servant désormais à les identifier (Johnston, 1988; Haig-Brown, 1988; Knockwood, 1992; Armitage, 1995; Miller, 1996; Graham, 1997; Milloy, 1999). Bien des cultures autochtones accordent un symbolisme très important à la chevelure; c'est

pourquoi la coupe des cheveux a suscité un sentiment de honte profond. Ce rituel constituait une attaque directe et un refus des valeurs culturelles des Autochtones (Grant, 1996). Dans certains pensionnats comme le *Mohawk Institute Residential School* et le *Mount Elgin Indian Residential School* (les deux établis en Ontario), il y a eu une telle fréquence des abus que les élèves étaient classés en tenant compte du nombre de punitions reçues et les raisons pour lesquelles ils les avaient reçues (Graham, 1997).

Dans le cadre de ce système, les agents des Indiens avaient la responsabilité professionnelle d'évaluer sous quelles conditions les élèves dont ils avaient la charge vivaient et étudiaient. Les agents des Indiens avaient le pouvoir de recommander le congédiement d'enseignants au rendement insatisfaisant, du directeur d'école et d'autres membres du personnel au département des Affaires indiennes, de même qu'ils avaient le droit d'expulser les élèves. Les archives du gouvernement fédéral sont remplies de rapports négatifs remis par d'anciens agents des Indiens attestant des conditions cruelles et inhumaines observées dans de nombreux pensionnats (Satzewich et Mahood, 1995; Milloy, 1999; Johansen, 2000). Malheureusement, il y a peu d'indication que les agents des Indiens se sont prévalus de leur pouvoir pour protéger leurs élèves et assurer avec régularité la surveillance.

### Abus sexuel dans les pensionnats

Même si le nombre exact ne sera probablement jamais connu, un nombre important d'anciens élèves des pensionnats ont été victimes d'abus sexuel (Haig-Brown, 1988; Knockwood, 1992; Miller, 1996; Grant, 1996; Fournier et Crey, 1997; Milloy, 1999; Johansen, 2000; Million, 2000). Alors que les archives canadiennes contiennent des documents sur des abus physiques que d'anciens agents des Indiens et des fonctionnaires du gouvernement ont produits, ces dossiers officiels ne font pratiquement aucune référence à des abus sexuels (Milloy, 1999; Johansen, 2000). Quant aux rapports « complets » exécutés sur demande du gouvernement fédéral, notamment le *Bryce Report* en 1909 et le *Caldwell Report* en 1967, ils sont rédigés dans la même foulée, faisant abstraction du sujet. La plupart du temps, les rapports officiels ont mis en doute « l'aspect moral d'affaires (ou d'événements) » (Johansen, 2000:19) ou ils ont exprimé des inquiétudes au sujet de perceptions d'anomalies sexuelles concernant les enfants autochtones (Milloy, 1999). Ils ont porté leur attention sur le comportement sexuel des enfants; particulièrement, des relations sexuelles entre garçons et filles, de même que des relations homosexuelles entre garçons (Haig-Brown, 1988; Milloy, 1999). Toutes ces allégations avaient pour but de cacher ou de détourner l'attention des agresseurs adultes, auteurs de violence et d'exploitation sexuelle.

La reconnaissance relativement récente de cas d'abus sexuel dans les écrits sur les pensionnats soulèvent la question de savoir s'il s'agit d'une tendance injustifiée d'imputer la détresse des personnes à de tels abus ou même d'évoquer le souvenir d'événements aussi traumatisants dans des situations où, en fait, ils n'ont pas eu lieu. Il n'en reste pas moins qu'il y a des preuves concluantes que les agressions sexuelles ont fait partie pendant longtemps du système des pensionnats (Miller, 1996). À la fin du dix-neuvième siècle, des rapports officiels font allusion au fait qu'un oblat faisant du recrutement aurait commis des abus sexuels; il aurait été associé à l'exploitation sexuelle de jeunes garçons (Miller, 1996). Les auteurs d'agression correspondaient à de multiples et différents types de profils et de catégories, englobant des prêtres, des religieuses et même des élèves. Le type d'abus a également varié. Au pensionnat *Moose Factory Anglican School*, « [TRAD.] un membre féminin du personnel prenait sa douche avec les plus jeunes garçons cris, leur ordonnant de frotter ses seins et la partie pubienne pendant qu'elle gémissait... Un élève ojibway du pensionnat Shingwauk pendant les années 1950 se rappelle qu'un de ses surveillants masculins avaient l'habitude d'asseoir de petits garçons sur ses genoux et de les bouger jusqu'à ce qu'il soit excité sexuellement » (Miller, 1996:330). Dans la même veine, des élèves plus âgés ont été victimes d'abus sexuel. Certains de ces élèves ayant été en grande

partie formés à la socialisation au sein des pensionnats sont devenus eux-mêmes agresseurs prenant au piège de plus jeunes élèves (Haig-Brown, 1988; Piatote, 2000).

Le fait que, collectivement, on ait passé sous silence ce qui touchait à la sexualité et, tout particulièrement l'abus sexuel commis dans les pensionnats, a permis au comportement sexuel prédateur de s'installer et de se renforcer pendant une longue durée (Million, 2000). Des religieuses, des prêtres et des administrateurs – adhérant aux préceptes moraux prônés par les Églises et l'État canadien – ont tous été complices dans le maintien de cette tolérance, du silence. Des enquêtes spéciales et un examen des témoignages oraux ont fourni en grande partie les informations au sujet de l'abus sexuel commis dans les pensionnats. Ces témoignages ont révélé que des comportements sexuels répréhensibles ont persisté tout au long de l'existence de ce système, à un point tel qu'on a conclu que l'abus sexuel dans les pensionnats a été systématique, et non occasionnel ou accidentel (Miller, 1996; Milloy, 1999). Le régime des pensionnats a été décrit comme rien de moins que « de la pédophilie institutionnalisée » (Fournier et Crey, 1997:72). L'abus sexuel ne s'est pas limité aux pensionnats, mais il a fréquemment fait son chemin jusque dans les communautés à mesure que les victimes retournaient chez elles et devenaient à leur tour des agresseurs (Feehan, 1996; Milloy, 1999).

### Des collectivités sans enfant

Au moment de l'apogée du régime des pensionnats, approximativement les deux tiers des enfants autochtones âgés de 6 à 15 ans fréquentaient un pensionnat (Armitage, 1995). Encore que la sphère d'influence de la fréquentation des pensionnats par les enfants s'est élargie pour englober beaucoup plus de dimensions. Les enfants étaient éloignés de leur communauté pendant environ dix mois par année. Ils étaient le plus souvent envoyés dans des pensionnats situés assez loin de leur communauté afin de rendre difficile pour les familles de visiter leurs enfants. Le principal mode de communication des parents avec leurs enfants était de correspondre. Le personnel lisait les lettres afin de s'assurer que les enfants ne se plaignaient pas de la qualité des soins ou de l'éducation qu'ils recevaient (Haig-Brown, 1988; Miller, 1996; Milloy, 1999). Pour de nombreuses familles, il n'était pas possible de correspondre, ce qui voulait dire que les communications entre elles et les enfants pendant l'année scolaire étaient pour ainsi dire inexistantes. Cette situation a eu des effets profonds sur la culture, la communauté et la société autochtones.

Les collectivités traditionnelles autochtones étaient structurées autour de la famille. Pendant l'époque antérieure à l'arrivée des pensionnats, la famille élargie jouait un rôle déterminant dans l'éducation des enfants (Haig-Brown, 1988; Bull, 1991; Ing, 1991; Grant, 1996). En général, on démontrait envers les enfants de la communauté une attitude protectrice, un soutien émotif, surtout envers les orphelins (Bull, 1991; Grant, 1996). Les fonctionnaires de l'État, particulièrement les agents des Indiens locaux, ont omis de reconnaître ce rôle de la famille élargie et de la communauté à travers l'histoire dans le domaine de l'éducation des enfants. En s'inspirant des notions occidentales et européennes associées à la famille, les fonctionnaires canadiens ont centré leurs efforts sur le rôle de la famille nucléaire. Cette incompréhension entre les deux cultures a inspiré la perception que les parents autochtones étaient incompétents et qu'ils étaient la cause de la séparation des familles et des perturbations dans les collectivités. Le fait d'avoir enlevé les enfants des familles autochtones en les plaçant dans des pensionnats a eu pour effet de retirer la responsabilité traditionnelle des soins aux enfants à la communauté et de la remettre à l'Église et à l'État canadien qui ont pris en charge la garde des enfants. Cette mesure consistant à éloigner les enfants de leur famille a eu des conséquences immédiates sur la structure des collectivités autochtones et elle a entraîné un changement radical de la condition parentale de nombreux Autochtones (Ing, 1991).

Chose certaine, le retrait des enfants autochtones de leur foyer a suscité des effets profonds et douloureux chez les parents (Feehan, 1996). Haig-Brown (1988) a soutenu que l'augmentation de la consommation d'alcool des parents peut être attribuée au fait qu'ils se sentaient inutiles pour leurs enfants; de plus, ils percevaient que leurs enfants les blâmaient d'avoir été envoyés au pensionnat. L'auteur indique également qu'ils ont eu recours à l'alcool pour essayer de faire face aux sentiments de culpabilité et d'inutilité inspirés directement des répercussions du système des pensionnats et également d'autres expériences traumatisantes causées par des mesures oppressives de la société dominante.

### **Répercussions intergénérationnelles de la fréquentation des pensionnats**

Les actes de violence et d'abus sexuel envers les enfants, omniprésents pendant toute la durée du régime des pensionnats, ont été associés à une grande partie des souffrances actuelles dans les collectivités autochtones. Les mesures de répression active contre la culture et l'héritage autochtones dont les enfants ont été victimes au pensionnat se sont avérées d'une importance capitale pour l'émergence d'abus, de violence. D'anciens élèves en sont venus à la conclusion que la répression culturelle dans les pensionnats a revêtu une telle gravité qu'elle devrait être examinée de façon plus fondée dans le cadre du génocide (Haig-Brown, 1988; Grant, 1996; Chrisjohn et Young, 1997). Cette répression culturelle a ciblé les manifestations les plus distinctives de la culture autochtone. Les langues autochtones ont été le point d'impact des attaques du gouvernement fédéral contre la culture autochtone. En effet, la perception que les langues autochtones étaient le signe le plus frappant de l'état arriéré dans lequel se trouvaient les Autochtones explique pour quelle raison le recours à la langue maternelle autochtone était si sévèrement puni et les cas d'insubordination à cet égard si durement réprimandés au pensionnat (Miller, 1987; 1996; Haig-Brown, 1988; Johnston, 1988; Bull, 1991; Ing, 1991; Knockwood, 1992; Feehan, 1996; Grant, 1996; Fournier et Crey, 1997; Graham, 1997; Milloy, 1999; Colmant, 2000; Johansen, 2000).

La répression massive et systématique de la langue et de la culture autochtones dans les pensionnats canadiens a contribué à la situation actuelle où plusieurs générations d'Autochtones sont incapables de parler, ni même de comprendre, leur langue autochtone (Haig-Brown, 1988; Ing, 1991; Knockwood, 1992; Feehan, 1996; Grant, 1996; Fournier et Crey, 1997; Graham, 1997). Bien des parents, eux-mêmes l'exemple concret de ce résultat ultime du régime des pensionnats, ont refusé d'enseigner à leurs enfants leur langue autochtone; ils ont été conditionnés à penser que le fait de « parler » et « d'être » Indien était passible de punition (Haig-Brown, 1988; Ing, 1991; Knockwood, 1992; Feehan, 1996; Grant, 1996).

Comme les jeunes autochtones n'avaient plus la capacité de communiquer dans leur langue autochtone, ils ne pouvaient plus dialoguer avec les Aînés, et, par conséquent, on a pu constater une rupture immédiate de la communication entre eux. Cet obstacle causé par l'absence de dialogue a grandement diminué la possibilité pour les enfants autochtones d'acquérir un sentiment de respect envers les Aînés, leur langue et leur culture, une lacune qui a entraîné en conséquence le rejet des façons de penser, des valeurs et des pratiques traditionnelles (Ing, 1991). Beaucoup ont intériorisé ce sentiment d'infériorité et de honte qui est devenu inhérent à leur identité autochtone. Les habiletés pratiques enseignées dans les pensionnats ont préparé les élèves à exercer tout au plus un métier inférieur dans un monde non disposé à les considérer comme égaux. Incapables de comprendre les langues autochtones ou de participer à des pratiques culturelles, ils se sont retrouvés dans une situation de marginalité, ne faisant pas partie de la société dominante, mais n'étant pas non plus Autochtones à part entière.

Des études menées aux États-Unis ont relié les problèmes d'enfants pris en charge ou placés (abandonnés) que les Autochtones ont actuellement à cette pratique remontant à l'époque des pensionnats où les enfants ont été séparés de leurs parents (Ing, 1991). Milloy (1999) soutient que la réglementation (le dirigisme) très stricte caractérisant l'éducation dispensée au pensionnat a eu pour résultat de former des personnes incapables de diriger leur propre vie sans l'aide de leur communauté ou de la société dominante. Des participants à une étude menée par Theresa Feehan (1996) ont attribué leur difficulté à exprimer des émotions à l'expérience vécue comme élèves au pensionnat alors qu'ils refusaient de manifester leurs émotions pour marquer leur résistance. Dans le cadre de son étude, Celia Haig-Brown (1988) a recueilli des témoignages similaires auprès d'anciens élèves à *Kamloops Indian Residential School* en Colombie-Britannique. Quant à l'ouvrage d'Elizabeth Graham (1997), il contient des histoires personnelles décrivant le sentiment de privation ressenti au niveau culturel et affectif par les anciens élèves du *Mohawk Institute Residential School* et *Mount Elgin Indian Residential School*, les deux situés en Ontario. Ces auteurs indiquent aussi à quel point ces anciens élèves des pensionnats se sont sentis impuissants à exprimer des sentiments positifs et, de ce fait, ont eu bien du mal à l'âge adulte à établir des relations interpersonnelles saines, harmonieuses, avec un ou une conjoint(e) ou des membres de la famille.

En enlevant les enfants autochtones de leur famille, le rôle de la famille élargie et du réseau social fondé sur la parenté dans de nombreuses collectivités a été profondément perturbé, amoindri, et les fondements culturels traditionnels liés aux sanctions contre l'abus physique ou sexuel peuvent aussi avoir été minés (Fournier et Crey, 1997). Bon nombre d'auteurs ont émis l'avis que l'origine de l'abus sexuel commis à l'époque actuelle dans les collectivités autochtones est attribuable au régime des pensionnats. Bien qu'on n'arrive pas à l'aide de documents à établir des données statistiques solides concernant le nombre d'élèves victimes d'abus sexuel dans les pensionnats, des études quantitatives estiment toutefois qu'un pourcentage important d'élèves ont été agressés sexuellement par des éducateurs, des administrateurs et des camarades (Haig-Brown, 1988; Knockwood, 1992; Satzewich et Mahood, 1995; Feehan, 1996; Grant, 1996; Miller, 1996; Chrisjohn et Young, 1997; Fournier et Crey, 1997; Milloy, 1999). Des procès récents contre divers ordres ou communautés appartenant à différentes Églises laissent entrevoir toute l'ampleur du problème de maltraitance et de victimisation qu'ont subi de nombreux anciens élèves des pensionnats.

Cette violence sexuelle systématique et institutionnelle à laquelle les élèves ont été assujettis dans les pensionnats s'est frayée un chemin vers de nombreuses collectivités au fur et à mesure que les élèves commençaient à intérioriser, à normaliser et à recréer les relations sexuelles dysfonctionnelles des pensionnats à l'intérieur de leur communauté (Bull, 1991). Beaucoup d'élèves des pensionnats ont été victimes des personnes en position d'autorité (l'ironie de la chose, c'est qu'elles étaient responsables de leur donner des soins, du soutien affectif) et, plus tard, ceux-ci ont cherché à exercer de la même manière leur pouvoir sur d'autres. Résultat : la continuation transgénérationnelle de l'abus chez bon nombre d'Autochtones. La victimisation a pris une ampleur considérable, à un point tel que des personnes en position d'autorité et de pouvoir ont perpétré des abus de ce type dans les communautés; ces actes répréhensibles ont contribué à miner encore davantage les assises de l'organisation culturelle et communautaire traditionnelle, y compris le rôle des Aînés. Par conséquent, non seulement le système des pensionnats a-t-il été la cause initiale de la violence dont un grand nombre a été victime, mais il a aussi contribué à bien des endroits à l'anéantissement des sanctions culturelles traditionnelles contre ces pratiques inacceptables (Fournier et Crey, 1997).

## Établissement d'un rapport entre les pensionnats et le suicide

Un grand éventail de problèmes contemporains, y compris l'incidence élevée d'abus physique et sexuel, de même que du suicide, a été attribué à la fréquentation des pensionnats (Haig-Brown, 1988; Bull, 1991; Knockwood, 1992; Feehan, 1996; Grant, 1996; Fournier et Crey, 1997; Colmant, 2000).<sup>8</sup> Des études portant sur d'anciens élèves des pensionnats aux États-Unis ont rattaché à la fréquentation de ce type d'institutions des taux élevés de maladie mentale, de violence faite aux enfants et de dislocation des familles (Colmant, 2000).

Certains auteurs ayant établi des liens entre les problèmes de santé mentale que vit actuellement une personne et le fait qu'elle a antérieurement fréquenté un pensionnat les ont amenés à qualifier ce traumatisme de « syndrome lié aux pensionnats ». Cette désignation a commencé à s'imposer peu après la Première conférence nationale sur les pensionnats à Vancouver, Colombie-Britannique, les 18-21 juin 1991. Cependant, cette notion de « syndrome lié aux pensionnats » laisse entendre qu'il y a persistance ou constance des symptômes et une relation simple de cause à effet, ce qui ne correspond pas à la réalité. Il n'existe pas de série de symptômes ou de problèmes uniques, spécifiques, qui découlent de la violence et des privations subies dans les pensionnats, tout comme l'exposition aux difficultés affrontées dans ces institutions n'a pas été le seul facteur déterminant des souffrances ultérieures. En fait, les conséquences néfastes entraînées par la fréquentation des pensionnats émanent autant des incidences transgénérationnelles sur le fonctionnement subséquent des familles et des collectivités que de l'incidence directe sur la personne.

La notion indiquant l'existence d'un syndrome distinct lié aux pensionnats a soulevé des critiques sérieuses, solides, de la part de certains élèves. En visant essentiellement des personnes souffrant des effets de la fréquentation des pensionnats, l'attribution des préjudices à un syndrome lié aux pensionnats sert plutôt à dévier l'attention de la signification politique du régime des pensionnats, l'immoralité de l'endoctrinement religieux imposé de force et le paternalisme ayant inspiré ce système (Cariboo Tribal Council, 1990; Chrisjohn et Young, 1997). En ayant recours à une métaphore fondée sur un syndrome médical, on semble également vouloir retirer à la personne affligée du « syndrome lié aux pensionnats » la responsabilité de son comportement dysfonctionnel, ce qui peut entraver sa recherche des raisons véritables de son traumatisme personnel et la reconnaissance d'autres déterminants sociaux de la santé et de la maladie.

Malgré l'expérience traumatisante qu'un nombre appréciable d'anciens élèves des pensionnats ont vécue, beaucoup ont tout de même pu mener une vie saine et couronnée de succès. Même si l'atteinte d'un niveau d'études n'a que rarement constitué une priorité dans les pensionnats, bon nombre parmi les élèves attribuent aux pensionnats le mérite de leur avoir assuré les fondements nécessaires à la poursuite d'autres études (Miller et Danziger, 2000). Cette variation dans les expériences vécues au pensionnat est sans doute l'indication des différences entre les institutions et de l'âge auquel les enfants ont été placés et séparés de leur

---

<sup>8</sup> Cela ne veut pas dire que toute personne autochtone est affectée directement par l'expérience vécue dans les pensionnats, ni que le système des pensionnats devrait être considéré responsable des problèmes sociaux affligeant de nos jours les collectivités autochtones. Un grand nombre d'anciens élèves des pensionnats ont été capables de mener une vie saine et fructueuse. Certains chercheurs/universitaires ont même indiqué que la formation reçue au pensionnat avait permis l'acquisition de qualités de chef, le sens du commandement, par toute une génération de personnes autochtones qui ont été au premier plan des négociations avec le gouvernement fédéral (Miller, 1987; Grant, 1996). Par ailleurs, Chrisjohn s'inscrit en faux contre ces attributions positives; il soutient que presque la moitié des enfants indiens ont fréquenté les pensionnats et, par conséquent, en dépit de cette situation d'adversité, il n'est pas surprenant que des qualités de leadership se soient développées chez certains d'entre eux (Chrisjohn et Young, 1997).

famille pour vivre au pensionnat, une séparation précoce (5-8 ans) ayant entraîné des séquelles plus graves pour la santé mentale pendant les années qui ont suivi (Ing, 1991).

Il existe très peu de données d'enquête qui permettent d'examiner l'incidence directe du séjour dans un pensionnat sur le suicide. L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (2002-2003) a indiqué que 19,4 pour cent des adultes ayant fréquenté les pensionnats ont tenté de se suicider au moins une fois pendant leur vie, mais ce résultat ne diffère pas de façon significative du taux de fréquence chez des adultes n'ayant jamais fréquenté de pensionnat. Par contre, chez des jeunes dont l'un ou les deux parents est/sont allé(s) au pensionnat, on a observé qu'ils étaient plus susceptibles d'avoir eu une idéation suicidaire que ceux dont les parents n'avaient jamais fréquenté de pensionnat (26 % c. 18 %, respectivement); il reste cependant que cette différence du taux de tentative de suicide n'est pas suffisamment significative (Centre des Premières Nations, 2005).

Dion Stout et Kipling (2003) attestent que l'expérience vécue au pensionnat a eu pour résultat de causer le décès prématuré de nombreuses personnes, souvent un décès par suicide. Des histoires personnelles d'anciens élèves des pensionnats semblent indiquer des liens éventuels avec des problèmes subséquents de santé mentale chez la personne survivante elle-même, ses enfants et sa communauté toute entière (Haig-Brown, 1988; Furniss, 1992; Fournier et Crey, 1997; Milloy, 1999; Johansen, 2002, Piatote, 2000).

Le suicide est associé à une histoire de séparation, de pertes ou de deuils et de carence affective tôt dans la vie. Comme caractère distinctif de l'expérience du pensionnat, la séparation précoce des enfants de leurs parents et de tout ce qui leur était familier ressort. À la suite du retrait de l'environnement rassurant de leur foyer, les enfants ont été placés dans un environnement dépossédé de toute dimension culturelle et pauvre sur le plan affectif. En fait, ils se sont retrouvés dans des environnements comparables à des prisons où ils devaient rester dix mois de l'année, vingt-quatre heures par jour (Grant, 1996). Des institutions totalitaires comme des prisons et des pensionnats augmentent le risque de suicide en isolant les personnes du monde (Bonner, 1992; Dinges et Duong-Tran, 1994; Kleinfeld et Bloom, 1977).

En plus de retirer les enfants de la garde de leurs parents pendant de longues périodes de temps, le régime des pensionnats a exposé les enfants à l'abus physique et sexuel, de même qu'à la répression culturelle intensive. Il est fréquent que des personnes souffrant de trouble de la personnalité limite (borderline) aient des antécédents de victimisation grave dans l'enfance et qu'elles aient tendance à faire de multiples tentatives de suicide (Paris, Nowlis et Brown, 1989). Au moins une étude aux États-Unis a établi des liens entre le côté impersonnel et l'insensibilité des pensionnats où des enfants amérindiens ont séjourné et l'apparition de troubles de la personnalité chez ces anciens élèves (Krush et coll., 1966). Dans le cadre d'une autre étude sur les effets des pensionnats chez de jeunes amérindiens, Berlin (1987) a soutenu que les mauvaises conditions de vie des pensionnats avaient contribué au taux de suicide et au taux d'abandon scolaire alarmants.

Ces effets sur des générations directement exposées ont causé des préjudices à des enfants et à des collectivités de nombreuses façons, de sorte que les répercussions du traumatisme, des pertes et de la répression culturelle dont les pensionnats ont été la cause se sont perpétuées à travers des générations. Le tableau 4-1 présente certaines des voies par lesquelles les séquelles de l'expérience vécue au pensionnat peuvent influencer de génération en génération sur la santé et le risque de suicide.

Tableau 4-1) Effets transgénérationnels des pensionnats

<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Des effets psychologiques, sociaux et économiques persistants sur les Survivants</li> <li>✦ Modèles de rôle parental et d'éducation des enfants fondés sur des expériences en institution</li> <li>✦ Modalités de réaction et d'expression émotionnelles</li> <li>✦ Continuation ou réitération de l'abus physique et sexuel</li> <li>✦ Perte de la connaissance culturelle, de la langue et de la tradition</li> <li>✦ Affaiblissement de l'identité personnelle et collective et de l'estime de soi (fierté)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ Dévalorisation et caractère « essentialisant » de l'identité autochtone</li> <li>✦ Déresponsabilisation, perte de contrôle et inefficacité individuelles et collectives</li> <li>✦ Perturbation et dislocation de la famille et des réseaux de la parenté</li> <li>✦ Déstructuration des collectivités, des nations et des peuples</li> <li>✦ Préjudice à la relation avec la société générale             <ul style="list-style-type: none"> <li>– images des média de masse, racisme, stéréotypes, tutelle de l'État, contrôle bureaucratique, de même que le système judiciaire et correctionnel</li> <li>– sentiment de vivre dans une société sans souci de justice (partiale)</li> </ul> </li> </ul>
--	---

**Les organismes de protection de la jeunesse et l'adoption systématique à l'extérieur des collectivités autochtones**

Dans les années 1960, les groupes des droits de la personne et les services sociaux ont commencé à condamner la pratique consistant à placer les enfants autochtones « négligés » dans des pensionnats, mais le gouvernement fédéral avait déjà amorcé le processus de suppression graduelle de ce programme. La plupart des pensionnats ont fermé leurs portes au milieu des années 1970, même si quelques-uns sont restés ouverts jusqu'en 1996. D'autre part, le gouvernement et les responsables de la politique ont insisté sur le fait qu'il fallait trouver d'autres méthodes pour éduquer, donner des soins et protéger les enfants autochtones contre les éléments destructifs de leur culture et de la vie dans les réserves. Au début des années 1960, un grand nombre d'enfants autochtones ont été pris en charge, retirés de leur famille et placés sous la garde des organismes de protection de l'enfance et chez des familles d'accueil non autochtones au Canada et aux États-Unis. Patrick Johnston (1983), un chercheur au service du Conseil canadien du développement social, a surnommé cette période *Sixties Scoop* qui représente de nos jours pour de nombreux Autochtones, leurs communautés et leurs cultures, une source de dissension sociale et de confusion identitaire (York, 1990; Commission royale sur les peuples autochtones, 1996a; Fournier et Crey, 1997; Bennett, 2005; Brant Castellano, 2002).

En 1955, il y a eu 3433 enfants placés sous la garde de la direction de l'aide sociale à l'enfance de la Colombie-Britannique; moins de un pour cent de ce nombre ont été placés dans des foyers de descendance autochtone (Johnston, 1983). Au cours des trois décennies suivantes, la proportion des enfants autochtones pris en charge dans plusieurs provinces canadiennes a augmenté énormément, de sorte qu'à la fin des années «[TRAD.] 1960, environ 30 à 40 pour cent des enfants en tutelle légale confiés à l'aide sociale à l'enfance étaient des enfants ayant un statut d'autochtone » (Bennett, 2005:19). À la fin des années 1970, environ un

enfant sur quatre ayant un statut d'Indien était susceptible d'être enlevé de son foyer pendant une grande partie de son enfance, un nombre qui a grimpé à un sur trois en incluant les enfants non inscrits et les enfants métis (Fournier et Crey, 1997). En Saskatchewan, à la fin des années 1970, on a estimé que 66,8 pour cent des enfants pris en charge étaient autochtones (Johnston, 1983). Au début des années 1980, environ 40 à 60 pour cent de l'ensemble des enfants retirés de leur famille biologique dans l'Ouest du Canada étaient un enfant de Premières Nations ou métis.

Pendant cette période, les enfants autochtones ont été retirés de leur foyer et pris en charge pour toutes sortes de raisons. Comme dans le cas du régime des pensionnats où les enfants étaient enlevés pour divers motifs, par exemple, le fait d'être orphelins, abandonnés, ou d'avoir des parents au comportement moralement douteux, la décision générale d'offrir de l'aide à l'enfant (protection et soutien économique) relevait de la perception que les parents assumaient mal leur rôle ou que leur conduite était de moralité douteuse. Le ministère des Affaires indiennes s'était demandé si les parents autochtones seraient en mesure de prodiguer des soins adéquats à leurs enfants qui retournaient à la maison par suite de la fermeture de nombreux pensionnats. Il était fortement recommandé que le ministère continue sa surveillance auprès des élèves des pensionnats retournés dans leur communauté étant donné l'existence de problèmes d'alcoolisme, du manque d'encadrement et de l'immaturation des parents. Cette supervision a pris de nombreuses formes : une pratique a été adoptée par le ministère selon laquelle il confiait la responsabilité des élèves à leur retour à des organismes d'aide à l'enfance ou de protection de la jeunesse. À l'appui, on a allégué que de trouver des foyers d'accueil pour les anciens élèves serait un moyen efficace en termes de coût et permettrait de combler le vide laissé par la fermeture des pensionnats (Milloy, 1999).

Les services de protection de la jeunesse ont exercé un rôle de plus en plus grand dans la vie des Autochtones à mesure que les pensionnats disparaissaient. À vrai dire, beaucoup ont soutenu que, compte tenu de l'importance capitale des organismes d'aide à l'enfance comme instruments du retrait à grande échelle d'enfants autochtones de leur famille, de leur culture et de leur communauté, ces derniers devaient être considérés responsables de la continuation des politiques d'assimilation forcée du régime des pensionnats (Johnston, 1983; York, 1990; Fournier et Crey, 1997).

### Extension et application des services de protection de la jeunesse aux collectivités autochtones

La législation fédérale et provinciale était solidaire de l'exercice d'une plus grande surveillance sur les Autochtones et d'une prise en charge subséquente d'un très grand nombre d'enfants autochtones retirés de leur famille et placés sous la garde des organismes de protection de la jeunesse. Contrairement aux États-Unis où la loi fédérale de 1978 *Indian Child Welfare Act*<sup>9</sup> a régi l'extension et l'application des services de protection de la jeunesse aux tribus indiennes, au Canada, la compétence en matière de services sociaux dispensés aux Indiens inscrits reste imprécise et constitue une source de tension entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Cette situation a quelque peu changé en raison de la modification de 1951 à la *Loi sur les Indiens* (1876) qui a octroyé aux Premières Nations vivant dans des réserves des dispositions

<sup>9</sup> Dans une situation analogue au Canada, il y a sous la garde des organismes de protection de la jeunesse aux États-Unis un nombre démesurément élevé d'enfants amérindiens. Entre 1969 et 1974, environ 35 pour cent des enfants indiens étaient « pris en charge »; entre 1971 et 1972, 34 538 enfants indiens vivaient dans des établissements de soins (Matheson, 1996). La loi de 1978 *Indian Child Welfare Act* a été promulguée pour réduire le nombre d'enfants indiens retirés de leur famille et placés dans des foyers non indiens (Johnston, 1983). Cette loi a établi des lignes directrices spécifiques concernant les avantages préférentiels du placement d'enfants indiens dans des foyers d'adoption, empêchant par le fait même la pratique de la « séparation massive d'enfants indiens de leur famille » (extrait de Barth, Webster et Lee, 2002:140; Matheson, 1996)..

concernant la prestation de services provinciaux d'aide sociale à l'enfance (Johnston, 1983; Crichlow, 2002) et qui a signifié que les lois provinciales pouvaient généralement être appliquées aux populations dans les réserves (Fournier et Crey, 1997; Milloy, 1999; Bennett, 2005). Préalablement à la modification de 1951, les ministères provinciaux de protection de l'enfance et les Sociétés d'aide à l'enfance ne desservaient pas les collectivités sur réserves, si bien qu'un nombre minimal d'enfants autochtones étaient pris en charge par des agents de la protection de l'enfance de l'extérieur (Johnston, 1983).

Avant l'application aux collectivités de Premières Nations des programmes et des normes provinciaux en matière de protection de l'enfance, ce sont les agents des Indiens locaux qui intervenaient dans les nombreuses situations nécessitant l'aide de l'État. Comme il n'y avait que peu de règlements établis pour régir la façon dont les agents des Indiens pouvaient répondre aux besoins d'aide ou de protection des enfants dans les réserves, ceux-ci avaient recours à une méthode désignée sous « [TRAD.] adoption selon les coutumes indiennes » qui était un arrangement similaire à celui du placement continu des enfants autochtones dans les pensionnats<sup>10</sup> (Johnston, 1983; Fournier et Crey, 1997). L'adoption selon les coutumes constituait déjà une pratique locale au sein de bon nombre de cultures autochtones et, comme mesure non officielle de protection de l'enfance, on faisait appel à l'agent des Indiens pour confier un enfant aux bons soins de membres de la famille élargie ou sous la garde d'une autre famille de la communauté.

Bien qu'elle ait été bien intentionnée, l'extension des programmes officiels de protection de la jeunesse provinciaux aux collectivités des Premières Nations a peu contribué à l'éradication des problèmes sociaux et à l'amélioration des services d'aide sociale offerts aux populations des réserves. Le *Hawthorn Report* (Hawthorn, 1966) qui a fait l'examen de l'état des besoins économiques, politiques et éducatifs des collectivités sur réserve allègue que les services d'aide sociale à l'enfance dispensés aux Premières Nations étaient insatisfaisants (Johnston, 1983). L'absence d'ententes fédérales-provinciales au niveau de nombreuses provinces a perpétué les problèmes de compétence en cette matière et a négativement influé sur la qualité des soins offerts aux collectivités des Premières Nations.

Afin de dispenser des services de soins efficaces au début de l'application de la compétence provinciale en matière de protection de la jeunesse, beaucoup d'autres défis restaient à relever. En effet, les programmes et les organismes provinciaux de protection de la jeunesse, dont une grande partie n'avait que peu de connaissances des traditions et des coutumes des Premières Nations, ont eu beaucoup de mal à comprendre la nature des pratiques liées à l'éducation des enfants, ainsi que la signification et le rôle de la famille élargie dans les collectivités autochtones, et à établir une démarche de traitement des problèmes (York, 1990). La famille élargie a traditionnellement pris une part très active à l'éducation des enfants dans les collectivités autochtones et, dans bien des cas, elle a joué le rôle d'une institution de protection de l'enfance (Bennett, 2005). Des tantes, des oncles, des grands-parents et des cousins ont été des personnes clés pour le développement des enfants de la communauté et la prestation de soins continuels. Par ailleurs, ce sont des valeurs non autochtones sur la façon dont une famille devrait être structurée et sur la façon dont les parents devraient assurer la socialisation de leurs enfants qui ont servi de cadre d'information aux programmes provinciaux de services à l'enfance et à la famille. Alors que, dans bien des cas, l'appréhension des enfants

---

<sup>10</sup> Il convient de remarquer que, dans les années 1950, le gouvernement fédéral réduisait progressivement le nombre de pensionnats. Ceux qui fonctionnaient encore avaient plutôt pour mission d'assurer des services de protection de l'enfance, opérant des institutions considérées comme « remplaçantes des parents » par opposition à des institutions éducatives. Pour obtenir plus d'information sur le changement de fonction des pensionnats pendant la période d'avancement vers l'intégration, se reporter à Milloy, 1999:211-238.

était nécessaire et justifiée, on a aussi fait remarquer que les travailleurs sociaux n'ayant pas suffisamment de connaissance de la culture autochtone et ayant des perceptions inspirées par un système de valeurs étranger ont procédé à l'appréhension non nécessaire de bon nombre d'enfants autochtones (Johnston, 1983; York, 1990). Johnston affirme que les agents de la protection de l'enfance ont considéré les parents autochtones incapables d'élever leurs enfants tout simplement en raison de leur situation économique et ces enfants ont été retirés de leur famille non pas parce qu'ils étaient « mal aimés, non désirés ou négligés » (Johnston, 1983:76), mais bien parce qu'ils étaient pauvres. La pauvreté matérielle et la carence affective caractérisaient une grande partie des réserves, si ce n'est l'ensemble des réserves, au milieu du vingtième siècle, et cette situation se perpétue encore aujourd'hui dans beaucoup de populations sur réserve au Canada.

### **Incidence de la pratique des *Sixties Scoop* (placement d'un très grand nombre d'enfants autochtones à l'extérieur des collectivités autochtones dans des foyers non autochtones)**

L'appréhension d'enfants autochtones et leur retrait de leur communauté afin de les placer hors des réserves ont vidé des territoires de générations presque entières d'enfants.<sup>11</sup> Beaucoup de familles autochtones ont subi de multiples appréhensions et leurs enfants ont généralement été placés dans des foyers différents, étant ainsi séparés les uns des autres. Ces enfants pris en charge n'ont pas pu bénéficier de la présence réconfortante de leurs frères et soeurs, ni avoir la certitude d'être adoptés et d'avoir un foyer stable. Un nombre d'enfants autochtones supérieur à celui des enfants non autochtones ont fini par être obligés de passer toute leur enfance sous la tutelle du système et être renvoyés d'un foyer à l'autre (Johnston, 1983).

Ces pratiques ont eu des effets profonds sur les personnes, les collectivités et, à un niveau plus global, sur la culture. Étant donné la nature unique des coutumes autochtones en matière d'éducation des enfants et, de façon toute particulière, le rôle plus grand que la famille élargie jouait, Johnston (1983) souligne que, pour les enfants autochtones et leur famille, ce retrait a constitué une expérience encore plus traumatisante que pour les enfants non autochtones placés dans la même situation.<sup>12</sup> Un examen des histoires personnelles de ces enfants ayant été retirés de leur milieu dans leur enfance, déplacés à l'extérieur de leur communauté et confiés à la garde d'étrangers, vient corroborer la validité de l'argumentation de Johnston et fait ressortir les similitudes des expériences que les pupilles sous tutelle des organismes de protection de l'enfance partagent avec les anciens élèves des pensionnats. En effet, ces histoires révèlent que beaucoup de ces anciennes pupilles de l'État ont subi des bouleversements causés par la rupture culturelle et la marginalité, ont souffert de confusion sur le plan identitaire, de carence affective ou de vide émotionnel, de troubles de l'attachement, d'abus, de dépendance aux substances psychoactives, de racisme dans les familles d'accueil et de la haine de soi (York, 1990). D'anciennes pupilles autochtones ayant été sous le contrôle des services d'aide sociale sont également surreprésentées dans les pénitenciers canadiens. Une étude menée en 1990 sur des prisonniers au pénitencier *Prince Albert* a permis de constater que 95 pour cent parmi eux étaient des adultes ayant vécu leur enfance en famille d'accueil ou dans des foyers collectifs (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996a). Des anciens des services d'aide sociale à l'enfance constituent un pourcentage important des jeunes itinérants et des jeunes victimes d'abus sexuels (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996a; Brant Castellano, 2002).

<sup>11</sup> Cette situation a été celle de la bande indienne de Spallumcheen en Colombie-Britannique. Dans les années 1960, environ 150 enfants – pratiquement une génération au complet – ont été retirés de leur communauté et placés dans des foyers non indiens.

<sup>12</sup> Johnston (1983) affirme que les enfants autochtones étaient exposés à un « triple risque » du fait qu'ils étaient retirés de leur famille, de leur communauté et de leur culture.

Le retrait des enfants autochtones de leur communauté pour des raisons éducatives ou d'aide sociale/ de protection s'est prolongé pendant plus d'un siècle et il a causé de grandes souffrances et des pertes incalculables. Cette privation des enfants, sous prétexte que leurs parents étaient jugés incapables d'assurer protection et soins à leur progéniture, a été déplorable et absolument désastreuse pour les familles et les collectivités autochtones (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996a). Des générations entières de parents autochtones ont été dépouillées du droit et de la responsabilité d'élever leurs enfants – qui n'avaient pas seulement une très grande valeur pour leurs parents – mais qui étaient également des membres essentiels pour assurer l'avenir de leur culture et de leur collectivité (Brant Castellano, 2002). L'ampleur, de même que l'obstination à perpétuer pendant des années, cette pratique du retrait des enfants autochtones de leur communauté a compromis la survie culturelle laissant uniquement et entièrement aux Aînés la tâche considérable de transmettre le savoir autochtone.

Considérées conjointement, les politiques d'assimilation forcée et d'autres mesures de répression (p.ex. l'interdiction légale de se livrer à des pratiques spirituelles traditionnelles) ont profondément perturbé la transmission transgénérationnelle de la culture et de l'identité. Cette rupture a entraîné une perte collective de la langue et d'autres formes de connaissances culturelles. Les professionnels (spécialistes) en santé autochtone, de même que des intervenants de l'extérieur des collectivités autochtones, viennent de reconnaître peu à peu les graves conséquences pour la santé mentale de cette discontinuité. Il faut plus d'efforts de recherche et de réflexion pour mieux comprendre les incidences de cette rupture des liens (d'attachement, d'amour ou d'affection) qui relie des générations et pour trouver les moyens ou les méthodes qui peuvent réussir à les reconstituer efficacement.

#### **Continuité culturelle, mieux-être communautaire et identité collective**

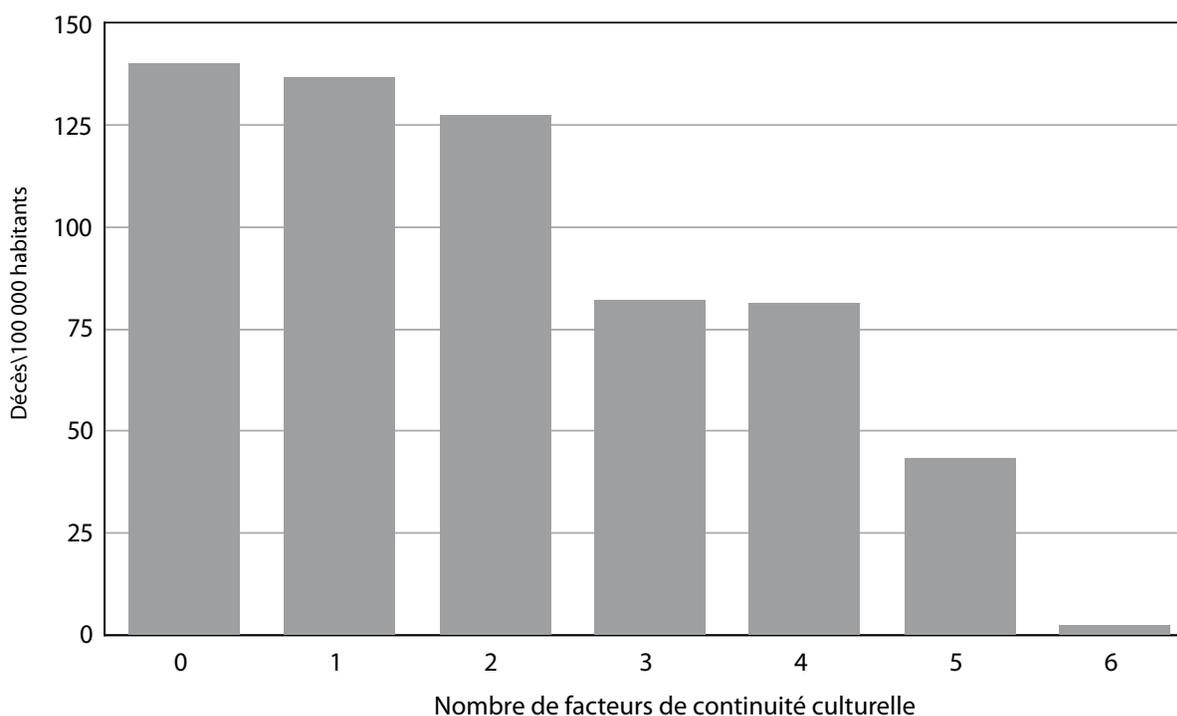
[TRADUCTION] Une autre chose, c'est qu'il y a dix ans, on nous dénigrait à l'école secondaire et [on nous disait] de nous faire foutre. Comme j'étais, depuis longtemps, j'étais même pas fier d'être autochtone. Je voulais juste être comme tout le monde,... mais maintenant que les jeunes... sont dans des groupes de tambours, on leur demande d'aller partout et ils sont fiers et c'est tellement beau de voir une lueur dans leur regard. Et ils sont fiers de faire quelque chose qui n'a rien à voir avec les drogues ou l'alcool (adulte de Première Nation).

La possibilité que le mieux-être de la communauté et l'identité collective peuvent être des facteurs de protection contre le suicide chez les jeunes constitue le fondement d'une recherche fascinante effectuée par les psychologues en développement humain Michael Chandler et Christopher Lalonde en Colombie-Britannique. Ils ont poussé plus loin les notions mentionnées précédemment de Chandler au sujet du développement chez les adolescents de la continuité du « moi » afin de prendre en considération le rôle que la « continuité culturelle » exerce sur la santé des collectivités (Chandler et Lalonde, 1995). Ils émettent l'hypothèse que, si des collectivités possèdent un sentiment solide (profond) de leur propre continuité historique et de leur identité, elles disposent de ressources pour assurer aux jeunes à risque des moyens de combler une lacune/un vide, de rétablir la communication, d'offrir une « passerelle » ou une zone protectrice pour les aider à passer à travers des périodes où ils luttent contre des sentiments de confusion identitaire et de discontinuité. Là où la transmission culturelle a été perturbée, les jeunes à risque n'auront pas de tampon, de zone protectrice et, par le fait même, le risque de suicide peut augmenter.

Dans le but de confronter à la réalité leur hypothèse, Chandler et Lalonde (1998) ont analysé des données obtenues de dossiers de coroners pour comparer les taux de suicide complété dans quatre-vingt collectivités

de Premières Nations en Colombie-Britannique. Comme nous l'avons indiqué au chapitre 2 (Figure 2-6), il y a une grande variation des taux de fréquence de suicide, alors que des collectivités n'ont aucun suicide et d'autres sont aux prises avec des taux très élevés. En se servant d'informations accessibles sur les caractères distincts des collectivités, Chandler et Lalonde ont évalué chacune d'entre elles en s'inspirant de six mesures de ce qu'ils ont qualifié de facteurs de « continuité culturelle » : la majorité des élèves fréquentant une école administrée par la bande; la présence d'un service de police et de services d'incendie sous contrôle de la bande; des installations pour participation à des activités culturelles; des services de santé sous contrôle de la bande; des antécédents de revendication des terres; et un certain degré d'autonomie gouvernementale. Le taux de suicide a été fortement corrélé avec le classement de ces facteurs (se reporter à la Figure 4-1). Les collectivités caractérisées par tous ces facteurs de continuité culturelle ne rapportaient pas de suicide, alors que celles n'ayant aucun de ces facteurs indiquaient des taux de suicide extrêmement élevés. Dans le cadre d'une reproduction subséquente de cette recherche en utilisant des données entre 1993 et 2000, la validité de ces facteurs a été confirmée; trois autres facteurs se rapportant à la continuité culturelle des collectivités et associés à la diminution du taux de suicide ont aussi été identifiés : la collectivité en cause était à un haut degré d'avancement dans le cadre des négociations de revendication territoriale; des femmes occupaient en majorité des postes de représentantes élues; et la collectivité avait des services locaux de protection de l'enfance (Chandler et Lalonde, à l'impression).

Figure 4-1) Taux de suicide chez les jeunes par classement d'après le nombre de facteurs de continuité culturelle au sein de Premières Nations en Colombie-Britannique, 1987-1992



Source : Chandler et Lalonde, 1998; reproduit avec autorisation

Bien entendu, une étude transversale ne peut pas démontrer la causalité. Il est possible que certains de ces facteurs sont marqueurs dans le cas de communautés en santé et que la relation avec le suicide passe par d'autres facteurs covariants, mais non évalués, notamment le sentiment d'être habilitée ou de compétence,

l'autoefficacité et la valorisation de l'entité collective; une infrastructure ou une organisation communautaire améliorée; plus de possibilités d'emploi ou de rôles à exercer pour les jeunes. De plus, le fait d'étiqueter ces facteurs comme des indicateurs de « continuité culturelle » est discutable; l'engagement des Autochtones dans l'instauration d'institutions modernes comme un gouvernement municipal ou des systèmes scolaires formels ne peut guère être considéré comme une forme de traditionalisme culturel. « Le contrôle administratif local » peut être un terme plus précis pour décrire la plupart des facteurs de protection identifiés par Chandler et Lalonde; en fait, ce terme traduit sans doute mieux la flexibilité et l'adaptabilité culturelles que le maintien de la tradition pure et simple. Quoi qu'il en soit, cette étude fournit des données probantes convaincantes de l'incidence de facteurs au niveau de la collectivité et elle devrait favoriser la conduite d'autres études sur les déterminants de la santé mentale en faisant une analyse approfondie de l'histoire, de la structure et de la dynamique des collectivités (Mignone, 2005). L'identification et l'évaluation de facteurs médiateurs devront être une prochaine étape cruciale afin que les relations entre l'évolution/démarche de développement au niveau communautaire et le comportement et expérience individuels puissent être cernées.

La continuité culturelle reste un concept intéressant; il importe donc de l'explorer à la lumière des efforts continus des Autochtones qui visent à récupérer et à reconquérir le savoir et les valeurs traditionnels comme fondement explicite de leur identité collective et de la cohésion communautaire. La continuité culturelle peut être exprimée de nombreuses façons, mais elle repose sur une notion de la culture considérée comme potentiellement durable ou un phénomène continuellement associé à des processus de transformation historique tout en préservant un passé bien distinctif de traditions. Par ailleurs, des conceptions anthropologiques modernes de ce qu'on entend par culture font ressortir la fluidité et la nature concertée des réalités culturelles. Pour ce qui est des traditions culturelles, elles fournissent des ressources aux personnes qui leur permettent de se constituer une personnalité capable de survivre psychologiquement et socialement dans leur milieu environnant. Simultanément, les personnes et les collectivités interagissent avec un vaste système mondial, ce qui leur donne de nouvelles possibilités pour établir leur identité et accroître leur mobilité. La spiritualité panamérindienne contemporaine et d'autres manifestations d'identité collective sont des adaptations importantes à ce nouveau paysage politique et social (Trimble et Medicine, 1993).

Des traditions sont transmises par la famille et les Aînés dans les collectivités autochtones, mais elles doivent également être redécouvertes et adaptées aux réalités sociales de chaque génération. La création d'organisations et d'institutions autochtones, de même que les mouvements panamérindiens qui privilégient l'histoire, les valeurs et les aspirations communes de groupes culturels géographiquement dispersés et divergents, constituent des moyens puissants de revitaliser la tradition, de renforcer l'identité et d'exercer une influence politique au profit de groupes qui, laissés à eux-mêmes, continueraient d'être marginalisés. La culture autochtone semble être plutôt représentée dans la société dominante à l'aide d'images biaisées ou non objectives, que ce soit pour la dénigrer ou l'idéaliser (Berkhofer, 1978; Jaimes, 1992). La continuité culturelle et les transformations positives de l'identité autochtone doivent venir de l'intérieur des collectivités autochtones, mais elles requièrent également que de plus en plus la société canadienne dans son ensemble soit sensibilisée, qu'elle reconnaisse et respecte cette identité culturelle.

### Sommaire

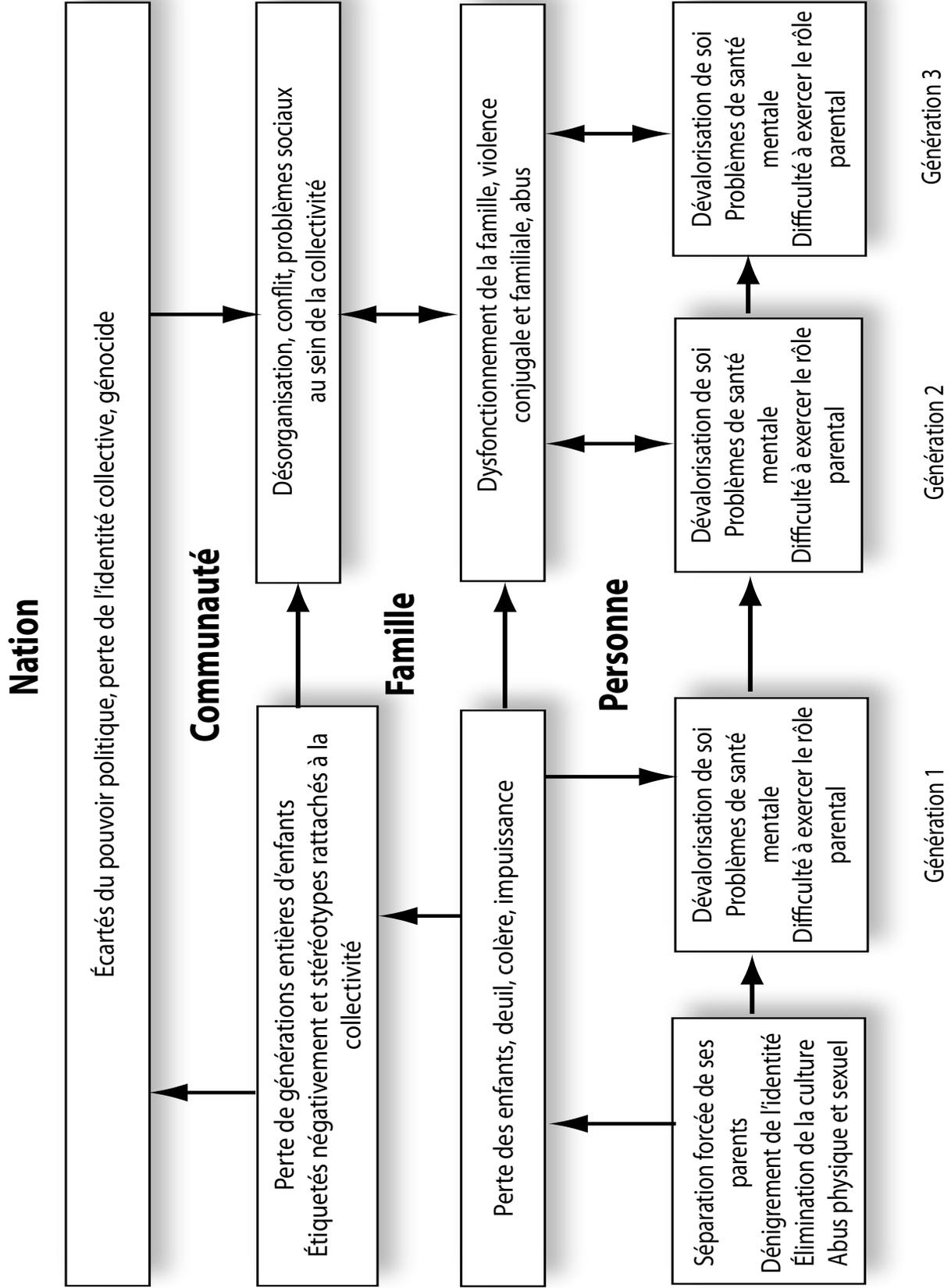
La tension créée par l'acculturation et la marginalisation (où la personne ne réussit pas à acquérir et à valoriser l'identité et les valeurs autochtones, sans pouvoir s'identifier aux valeurs culturelles de la société en général) a été à maintes reprises dépeinte comme des facteurs de risque de suicide chez des adolescents autochtones (Bechtold, 1994; Johnson et Tomren, 1999). La marginalisation culturelle et des problèmes concomitants

---

liés à la formation de l'identité peuvent rendre vulnérables au suicide des jeunes autochtones, même en l'absence de dépression. L'aboutissement de la tension causée par la marginalisation et l'acculturation n'est pas uniquement révélateur de différences individuelles dans les stratégies d'adaptation, mais cette issue est grandement déterminée par des forces sociales et politiques qui dépassent la personne.

Les politiques gouvernementales visant l'assimilation forcée qui ont été mises en application par le biais du régime des pensionnats et des organismes de protection de la jeunesse ont eu pour résultat de perturber profondément la transmission de la culture et le maintien de communautés en santé. La figure 4-2 présente en bref de quelles façons les séquelles transgénérationnelles de l'expérience vécue dans les pensionnats et d'autres processus sociaux peuvent avoir contribué à l'apparition de problèmes de santé mentale en général, et particulièrement du suicide dans les collectivités autochtones. L'incidence du régime des pensionnats et d'autres mesures systématiques de répression culturelle et d'assimilation forcée peut être constatée au niveau des personnes, des systèmes familiaux, des communautés, des nations ou des peuples dans leur ensemble. Chaque niveau a son propre mécanisme pouvant transmettre des effets négatifs à travers des générations. Chacun a aussi sa propre façon de contribuer à la résilience, à la revitalisation et au renouveau. Les niveaux individuel, familial, communautaire et celui de la nation interagissent pour façonner chacune des générations successives de sorte que, même si l'expérience de chacune d'elles est unique à bien des égards, il y a tout de même une continuité historique. Les causes historiques des problèmes actuels doivent être reconnues et elles doivent être traitées afin de développer des interventions efficaces susceptibles de transformer les cycles de souffrances intrafamiliales et intergénérationnelles.

Figure 4-2) Effets transgénérationnels de l'expérience des pensionnats



Le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1995) et celui du Groupe consultatif sur la prévention du suicide (2003) ont souligné l'importance de prendre en considération les niveaux historique, politique et communautaire pour la compréhension de l'origine du suicide chez les jeunes et pour assurer la prévention. Chandler et Lalonde (1998; Chandler et coll., 2003) ont fourni une argumentation innovatrice fondée sur le fait que le contrôle local (administratif) d'une collectivité est associé à un taux de suicide à la baisse. Ils poussent leur hypothèse plus loin en émettant l'avis que la continuité culturelle exerce un rôle fondamental en protégeant les adolescents à risque du suicide. Ce type de recherche promet l'identification de sources causales bien définies émanant de mécanismes sociaux et communautaires plus vastes pour se rendre jusqu'à l'expérience individuelle. L'avancement d'une recherche de ce type repose sur une meilleure compréhension de la relation entre la continuité culturelle, la transformation et le changement, la dynamique de la collectivité et le mieux-être de la personne.



## Approches efficaces en prévention du suicide

[TRADUCTION] Chaque réserve est différente... et je trouve que chaque réserve manque (de ressources). Une réserve peut arriver à obtenir toutes les ressources... bien, les gens peuvent avoir accès aux fonds ou à la programmation, tandis qu'une autre réserve n'a pas cette possibilité ou n'a pas les personnes ou celles qui sont engagées, dévouées, dans leur réserve, celles qui pourraient établir des programmes pour la communauté ou trouver l'argent nécessaire permettant de venir en aide aux membres ou aux jeunes de la communauté (jeune de Première Nation).

Les approches conventionnelles en santé mentale qui sont centrées sur le suicide mettent surtout l'accent sur l'identification et le traitement des personnes à risque. C'est l'aspect essentiel de toute intervention efficace. Par ailleurs, une grande partie des collectivités autochtones sont insuffisamment desservies; également, il n'est pas toujours possible pour les personnes souffrant de dépression, de problèmes d'abus des substances psychoactives et dans le cas de crise familiale d'obtenir l'aide appropriée. Dans les communautés isolées et dans les centres urbains, il faut que les habitants autochtones de ces milieux puissent avoir accès aux services de base. D'autre part, les taux très élevés de suicide, de tentative de suicide et d'idéation suicidaire chez les jeunes dans de nombreuses collectivités autochtones sont l'indication que la détresse ne réside pas uniquement au niveau individuel, mais elle est plutôt associée à des problématiques s'étendant à la société en général. Pour cette raison, une approche communautaire en prévention est essentielle.

Des rapports récents provenant du gouvernement et de groupes de consultation formés de spécialistes se rallient pour conclure qu'il y a un besoin urgent de mener des efforts de recherche visant à identifier des moyens efficaces de prévenir le suicide (Silverman, 2001; National Research Council, Goldsmith et Kleinman, 2002; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001b). L'examen de programmes de prévention spécifiquement conçus pour réduire l'incidence de suicide chez les Autochtones a permis de constater que, jusqu'à ce jour, il existe très peu d'études bien évaluées (Middlebrook et coll., 2001; Groupe consultatif sur la prévention du suicide, 2003). Par contre, il y a un certain consensus concernant les meilleures pratiques actuelles au niveau de la guérison individuelle et de la guérison communautaire, de l'intervention clinique et de la prévention. Différents groupes au Canada, en Australie et aux États-Unis ayant présenté des documents se rapportant au sujet ont fait état de stratégies similaires (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001a; 2001b). De plus, bon nombre d'études et de publications utiles portant sur des stratégies et des programmes adaptés aux collectivités autochtones au Canada peuvent aussi être obtenues (p.ex., Devlin, 2001a, 2001b; Gardiner et Gaida, 2002; White et Jodoin, 2003).

Le présent chapitre présente l'information disponible sur les types de programmes et d'interventions qui peuvent être efficaces en matière de prévention du suicide, du traitement de personnes suicidaires et de l'appui offert à celles affligées par le suicide d'un ami ou d'un membre de la famille. La première section décrit brièvement les niveaux et les types de prévention. La section suivante fait l'examen des éléments constituant les programmes efficaces en prévention du suicide et elle traite tout particulièrement de quelques-uns de ces programmes dont les résultats positifs ont été démontrés dans le cadre d'évaluation systématique ou par les incidences ou effets ressortis des études. Le chapitre 6 porte sur les questions et les activités touchant l'adaptation des programmes de prévention aux collectivités autochtones et fait le résumé des lignes directrices sur les pratiques exemplaires à cet égard. L'appendice A décrit plus en détail certains programmes recommandés.

## Niveaux de prévention

La *prévention primaire* (prendre des mesures « avant le fait accompli ») vise à réduire le risque de suicide en améliorant la santé mentale d'une population. Ce type de stratégie préventive peut contrer un large éventail de problèmes sociaux ou de problèmes de santé mentale et son impact positif dépasse en portée le problème du suicide (Mrazek et Haggerty, 1994). À titre d'exemples, mentionnons un cours de préparation à la vie offert dans les écoles, des programmes de développement de compétences parentales et la prestation de services de santé mentale accessibles et efficaces offerts à une population.

La *prévention secondaire* (intervention ou traitement précoce) a pour but d'aider des personnes susceptibles de se suicider, soit avant qu'elles ne s'infligent volontairement des blessures ou pendant une crise suicidaire. Par exemple, on fait référence à une ligne d'écoute téléphonique, à du counselling, du soutien, ainsi que de la surveillance dans le cas de personnes qui ressentent des pensées suicidaires insistantes ou qui donnent d'autres indications qu'elles sont à risque.

La *prévention tertiaire* (post-intervention) centre les efforts sur des personnes qui sont perturbées en raison d'un comportement suicidaire : celles qui ont tenté de se suicider et sont à risque élevé de récurrence, des amis ou des membres de la famille en deuil qui sont aussi à risque en raison d'un sentiment de détresse accrue, de morbidité psychiatrique, et celles qui développent un comportement suicidaire. La post-intervention s'effectue souvent par le biais du counselling et d'autres formes de soutien (Kirmayer et coll., 1994b).

Les méthodes de prévention du suicide peuvent cibler différents niveaux : la communauté, la famille ou la personne à risque. Elles peuvent également viser diverses périodes de référence : les sources de vulnérabilité et de résilience dans la toute petite enfance, la période de la vulnérabilité croissante à l'adolescence, les précurseurs immédiats du comportement suicidaire, ou la situation de crise comme telle. Ces niveaux, à leur tour, correspondent aux endroits les plus appropriés pour faire des interventions : des centres communautaires ou dans d'autres lieux où des jeunes et leurs parents peuvent être joints; l'école ou d'autres milieux où la jeunesse se rassemble; des services sociaux ou de soins de santé primaires, des services de santé mentale dans des cliniques communautaires ou des équipes itinérantes d'intervention en cas de crise. Grâce à des politiques spécifiques, à des actions communautaires structurées visant la diffusion d'informations ou de prise de contact, à des médias de masse, des interventions peuvent toucher des communautés ou des populations entières. Il y a consensus pour affirmer que les programmes conçus pour traiter plusieurs de ces niveaux à la fois permettront d'atteindre les meilleurs résultats. Par ailleurs, certains types de services peuvent être plus réalisables dans une communauté donnée.

En principe, tout ce qui favorise la réduction d'un facteur de risque ou le renforcement d'un facteur de protection contribuera à prévenir un suicide. Même si, de façon générale, la recherche et la pratique mettent l'accent sur des facteurs au niveau individuel, il y a de fortes possibilités que des facteurs au niveau communautaire et ceux rattachés à la population auront des incidences très importantes. D'autre part, il y a une polémique dans le domaine de la prévention portant sur la question de savoir s'il faut essayer d'avoir une incidence sur toute une population ou de faire du dépistage et cibler des groupes à risque élevé (Rose, 1993). Des programmes dispensés à grande échelle sont onéreux, peuvent ne pas joindre les personnes les plus vulnérables et n'avoient d'effets sur quiconque. Il est également possible que des programmes de prévention aient des effets négatifs, particulièrement chez des personnes pour qui le programme en question n'a pas été adapté en fonction des besoins spécifiques.

Le tableau 5-1 résume certains des avantages et des désavantages des approches au niveau individuel et au niveau collectif (population). L'approche s'adressant à des personnes à risque élevé vise à adapter les interventions en fonction des besoins d'un groupe particulier de personnes et à l'appliquer de la façon la plus intéressante/harmonieuse pour elles. Elles réussira ainsi à accroître la motivation des participants. Des contacts directs avec des personnes est aussi une approche plus intéressante pour les cliniciens et d'autres aidants qui pourront avoir des interactions encourageantes. Le fait d'accorder la priorité aux personnes vulnérables permet de maximiser généralement l'utilisation efficace des ressources. De plus, la priorisation des personnes à risques permet à l'aidant de tenir compte des conséquences négatives d'une intervention en particulier, peu importe sa nature, et, ainsi, de diminuer le risque de préjudice.

Tableau 5-1) Stratégies de prévention des maladies et de promotion de la santé

	Approche visant une personne à risque élevé	Approche visant une collectivité entière
<i>Avantages</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'intervention peut être adaptée pour répondre aux besoins d'une personne</li> <li>2. la personne sera probablement plus motivée</li> <li>3. le clinicien sera probablement plus motivé</li> <li>4. une utilisation efficace des ressources</li> <li>5. l'obtention de résultats positifs/risque relatif</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. permet de cerner les causes sociales profondes du problème</li> <li>2. peut avoir éventuellement des incidences considérables ou une portée très importante pour l'ensemble de la population</li> <li>3. peut être intégrée aux comportements de la vie quotidienne et aux circonstances particulières de la communauté</li> </ol>
<i>Désavantages</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. des difficultés et coûts rattachés au dépistage d'un grand nombre de personnes</li> <li>2. l'intervention ne peut que traiter des symptômes et non permettre de s'attaquer aux causes</li> <li>3. peut ne pas permettre de joindre toutes les personnes à risques dans une vaste population</li> <li>4. peut ne pas s'intégrer aux comportements de la vie quotidienne des personnes</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. beaucoup de ces interventions ne peuvent avoir que des incidences de moindre importance pour la plupart des personnes à risque</li> <li>2. peut ne pas susciter beaucoup de motivation au niveau individuel</li> <li>3. peut être moins motivante pour le clinicien qui préfère oeuvrer auprès de personnes en particulier</li> <li>4. résultat/risque relatif peut ne pas être à la hauteur des attentes</li> </ol>

Source : Adapté de Rose, 1993

D'un autre côté, pour pouvoir identifier un grand nombre de personnes à risque élevé, il faut envisager la possibilité d'avoir à faire du dépistage auprès de beaucoup de sujets, ce qui comporte des coûts additionnels

propres à cette activité et des effets négatifs potentiels. En centrant les efforts sur la personne, il se peut qu'on ne reconnaisse pas ou qu'on ignore les causes plus profondes des problèmes qui se situent au niveau des conditions sociales ou de crises existentielles ou d'événements du développement antérieurs, par exemple, si la personne a été victime de violence familiale, le comportement d'autres personnes concernées ne sera pas traité par cette intervention particulière. En raison de cette portée limitée, il peut n'y avoir que des incidences restreintes sur une vaste population ou comporter un risque subséquent pour d'autres. Particulariser un groupe vulnérable peut susciter chez ses membres une stigmatisation et, également, faire en sorte que ceux-ci seront évincés d'un milieu social environnant susceptible de les aider à conserver les résultats positifs obtenus grâce à l'intervention.

En revanche, l'approche centrée sur la population en prévention permet de se pencher sur les causes fondamentales d'un problème de santé associé aux conditions sociales, notamment des attitudes, des modes de vie, des pratiques communes ou répandues qui sont liées à l'éducation des enfants ou l'intégration de populations entières. Cette approche offre la possibilité d'apporter des bienfaits à une vaste population et d'améliorer bien des conditions de vie. Des approches s'adressant au public en général peuvent être plus facilement accueillies étant donné qu'elles ne particularisent pas un groupe spécifique et elles peuvent donner l'impulsion nécessaire pour que des changements s'opèrent chez beaucoup de personnes, ce qui permettra de se renforcer mutuellement dans l'adoption d'un comportement sain. La stratégie dirigée vers la population qui tient compte d'un grand groupe a le principal désavantage que les ressources peuvent être saupoudrées et donc sembler toucher aucun des groupes concernés efficacement. En réalité, on ne peut lui attribuer qu'un bienfait de portée très secondaire et à peu de gens en particulier. La nature moins personnalisée de l'intervention peut aussi susciter chez les personnes et les professionnels un intérêt mitigé. Le risque potentiel chez certains individus peut être difficile à reconnaître et à traiter. C'est pourquoi en raison de l'équilibre entre les risques et les avantages on se trouve devant un dilemme. «[TRAD.] Dans l'optique de la prévention en général de toute une collectivité, chaque personne n'a que peu d'attentes quant aux bienfaits (pour soi) et un faible risque peut facilement l'emporter sur cet avantage personnel restreint » (Rose, 2001:432).

Les approches au niveau de la population s'appuient sur une diversité de définitions de la population à laquelle elles s'adressent. Pour les Autochtones, ce qu'on entend par « population visée par ces approches » varie entre une population autochtone globale ou nord-américaine/amérindienne, un groupe autochtone spécifique ou de Premières Nations, la population générale canadienne ou provinciale ou territoriale et même une population régionale ou une seule population communautaire. Le fait de mettre en application des stratégies préventives destinées à chacun de ces niveaux a des incidences ou des répercussions différentes, non seulement en fonction du type et de l'importance des ressources requises pour desservir la population ciblée, mais, plus important encore, en fonction du degré d'engagement politique et de la prise en charge par les Autochtones de l'intervention comme telle. En effet, le degré de participation de la communauté au développement et à la mise en application de programmes de prévention peut être un facteur contributif essentiel à leur impact positif.

Comme il a été mentionné au chapitre 3, bien des collectivités autochtones ont des groupes démographiques spécifiques chez qui le risque de suicide est plus élevé. En particulier, les jeunes hommes constituent un groupe à risque reconnaissable. De même que, la consommation excessive des substances psychoactives, particulièrement boire beaucoup d'alcool et inhaler des solvants, est un indicateur très significatif d'un risque accru. L'abus des solvants survient généralement chez des préadolescents et est le plus souvent attribuable

à des problèmes personnels et familiaux importants. Le tableau 5-2 présente d'autres facteurs de risque qui peuvent orienter le dépistage et l'intervention. Il n'en reste pas moins que des études épidémiologiques montrent que l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide sont si répandues chez les jeunes gens de certaines communautés que le concept de « groupe à risque » peut induire en erreur, peut être trompeur; c'est pourquoi il est impératif d'adopter une approche communautaire plus générale. L'application d'une approche d'ensemble a deux avantages supplémentaires : elle empêche la stigmatisation d'un groupe spécifique de personnes et elle s'intègre aux objectifs globaux du développement communautaire, ce qui aura un effet positif sur la santé mentale de la population entière, tout comme les personnes à risque en bénéficieront.

Tableau 5-2) Facteurs de risque et facteurs de protection applicables en prévention du suicide

Facteurs de risque	Facteurs de protection
<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ sexe masculin</li> <li>✦ tentative de suicide antérieure</li> <li>✦ victime de violence· perpétration d'actes de violence</li> <li>✦ consommation d'alcool</li> <li>✦ consommation de drogues</li> <li>✦ inhalation ou usage de solvants</li> <li>✦ ennuis à l'école</li> <li>✦ troubles de l'humeur (c.-à-d. dépression majeure)</li> <li>✦ retrait social</li> <li>✦ pauvreté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✦ interdépendance perçue parents-enfants et avec la famille</li> <li>✦ bien-être affectif (particulièrement pour les filles)</li> <li>✦ réussite scolaire</li> <li>✦ participation à la vie collective et lien d'appartenance/rapport étroit avec sa communauté</li> </ul>

Source : American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001a; Barney, 2001; Borowsky et coll., 2001; Gould et coll., 1996; Evans, Hawton et Rodham, 2004; Malone et coll., 2000

### Programmes efficaces de prévention du suicide

Un programme idéal de prévention du suicide destiné aux collectivités autochtones devrait avoir prouvé son efficacité, être parvenu à toucher les groupes à haut risque, être réalisable ou viable en tenant compte des ressources locales et avoir traité les causes immédiates (directes) du suicide, tout comme les causes profondes ou de plus longue durée.

Malheureusement, seulement quelques études ont rigoureusement évalué l'efficacité d'un programme de prévention du suicide dans une collectivité quelconque (National Research Council, Goldsmith et Kleinman, 2002; Middlebrook et coll., 2001). Dans de nombreuses populations, le faible taux de fréquence de suicide rend difficile d'évaluer les répercussions des interventions. Dans le cadre de leur examen de travaux de recherche évaluative sur la prévention du suicide au Canada, Breton et ses collaborateurs (1998) ont ressorti seulement 15 recherches dont la plupart avait évalué l'incidence de programmes scolaires sur l'acquisition de connaissances et d'aptitudes. Une grande partie de ces évaluations ont fait état de résultats positifs obtenus grâce à ces programmes; cependant, peu d'études de portée scientifique ont été publiées. Le rapport de Breton et coll., conclut qu'il faudrait plus de recherche évaluative approfondie dont la préoccupation

centrale ne devrait pas uniquement porter sur l'efficacité des interventions, mais viser également l'examen de leur pertinence et incidence à la fois sur des facteurs précis qui ont été ciblés et sur les soins de santé et les systèmes sociaux en général. Ce rapport a également confirmé que la tendance à concentrer les efforts sur un seul secteur (p.ex., l'école) ne correspond pas à la réalité que vivent les jeunes, cette réalité exigeant plutôt une approche intégrée et écologique.

Peut-être n'y a-t-il pas de plus claire démonstration d'une intervention réussie s'adressant à une population que celle du programme intégré de prévention du suicide auprès de plus de 5 millions de membres du personnel des forces aériennes aux États-Unis qui est parvenu à réduire de 33 pour cent les décès par suicide au cours d'une période de 6 ans (1977-2002 comparées à 1990-1996) (Knox et coll., 2003). Ce programme visait à diminuer le stigmate rattaché au fait de solliciter de l'aide dans les cas de problèmes de santé mentale ou de problèmes psychosociaux. Résultat : une amélioration de la sensibilisation du public au sujet de la santé mentale et une modification des politiques et des pratiques afin de faciliter le recours aux services. Ce programme comprend 11 composantes :

- 1) la prestation de sensibilisation et de formation aux dirigeants pour la prévention du suicide et de la violence;
- 2) la prestation de sensibilisation sur la question du suicide dans le cadre général de la formation militaire;
- 3) la prestation aux dirigeants de lignes directrices et de ressources leur permettant de diriger des personnes à risque vers un traitement;
- 4) l'affectation d'une personne à chaque centre pour la santé mentale qui peut se consacrer entièrement à la prévention;
- 5) la prestation de formation « réseau d'entraide par les pairs » destinée à l'ensemble du personnel et, plus spécifiquement, aux protecteurs ou anges gardiens;
- 6) la modification de politiques afin de s'assurer que des personnes, sous enquête judiciaire, soient soumises à une évaluation du risque de suicide;
- 7) la mise sur pied d'équipes de gestion du stress à la suite d'un incident critique afin de pouvoir intervenir lors d'événement traumatisants, y compris des suicides;
- 8) l'intégration de services pour améliorer la diffusion d'information et l'aiguillage, notamment un programme d'intervention auprès des familles, soutien aux familles, centres de promotion de la santé et du mieux-être, cliniques de santé mentale, programmes pour enfants et adolescents et aumôneries;
- 9) l'assurance que les services en counselling et psychothérapie respectent la confidentialité, de sorte que les personnes sont plus désireuses de demander de l'aide et de confier leurs problèmes;
- 10) la prestation de moyens d'enquête/d'évaluation et d'information aux dirigeants;
- 11) le dépistage de facteurs de risque sociaux, comportementaux et psychologiques chez la population.

Le programme de prévention a aussi eu un effet positif au niveau de la violence familiale, le programme d'intervention auprès des familles ayant été la composante fondamentale à cet égard. Quoique certains des volets soient spécifiques au contexte militaire, une grande partie de ce programme global peut être transposée et s'insérer dans les interventions communautaires, régionales et nationales qui visent les Autochtones.

Des études récentes indiquent que les moyens les plus efficaces de prévention du suicide auprès des jeunes dans la population en général semblent comporter de la formation aux étudiants pour qu'ils développent des habiletés d'adaptation à l'école/aux études, du dépistage et de l'aiguillage des jeunes à risque, de l'information aux médecins en soins de santé primaires et d'autres « anges gardiens », de l'éducation offerte aux médias,

ainsi que des mesures de limitation des armes meurtrières, de la psychothérapie (particulièrement, la thérapie comportementale dialectique et la thérapie cognitive du comportement) et un traitement à l'aide d'antidépresseurs (Gould et coll., 2003; National Research Council, Goldsmith et Kleinman, 2002; Middlebrook et coll., 2001). Il reste toutefois que toutes ces interventions possiblement utiles, efficaces, doivent être évaluées de façon plus poussée et que la plupart d'entre elles n'ont jamais fait l'objet d'examen en vue d'une application dans les collectivités autochtones.

### Stratégie de prévention primaire

La présente section fait l'analyse des stratégies de prévention primaire les plus communes, notamment :

- 1) restriction des moyens disponibles pour se suicider;
- 2) programmes scolaires, comprenant des cours de sensibilisation au problème du suicide, le développement d'aptitudes de résolution de problèmes sociaux et programmes d'acquisition de compétences ciblant les jeunes à risque;
- 3) dépistage et renvoi (aiguillage) des jeunes à risque;
- 4) programmes d'entraide par les pairs, de formation d'aïdants
- 5) formation de gardiens/d'anges gardiens;
- 6) approches communautaires;
- 7) recours aux médias de masse.

### Restriction des moyens létaux

La disponibilité des méthodes (armes) létales influe sur le nombre de décès par suicide (Brent et coll., 1991; Garrison, 1992). Traditionnellement, l'élimination de moyens létaux spécifiques de suicide, comme les armes à feu et le gaz mortel, a eu un effet mesurable sur le taux de suicide (Garrison, 1992). Des organisations comme l'Association internationale pour la prévention du suicide, l'Association canadienne sur la prévention du suicide, l'*American Association of Suicidology*, la Société canadienne de pédiatrie et l'Organisation mondiale de la santé recommandent la restriction des moyens de suicide comme un aspect important de la prévention. Toutefois, chez bon nombre d'Autochtones, les armes à feu sont étroitement liées aux habitudes de chasse, de piégeage et de pêche comme mode de vie traditionnel et elles sont par conséquent disponibles et utilisables facilement dans les collectivités; c'est pourquoi elles ne peuvent pas toujours faire l'objet d'un contrôle strict. En outre, un nombre croissant de jeunes autochtones au Canada se suicident par pendaison; il peut donc s'avérer impossible d'éliminer complètement les moyens permettant de commettre de tels actes. *Aboriginal Youth : A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies* (White et Jodoin, 2003), un manuel sur les meilleures pratiques en prévention du suicide auprès des jeunes autochtones, offre l'exemple d'une collectivité qui a décidé d'instaurer un programme d'entreposage central des armes à feu. Le Chef et le Conseil ont fait passer une résolution établissant que toutes les armes à feu devaient être placées dans une installation d'entreposage si elles ne servaient pas à la chasse. L'évaluation du programme effectuée en 1998 a permis de constater que, selon les dires des participants, la communauté avait bénéficié de cette mesure sous le rapport de la sécurité, de la diminution des effractions, des accidents, de la réduction du nombre de fusillades et la protection des enfants (White et Jodoin, 2003).

Limiter l'accès aux moyens létaux d'auto-mutilation peut vraiment compter en contribuant à donner la possibilité d'aider une personne en détresse au lieu de faciliter son décès. Même s'il est sans doute inévitable que, dans de nombreuses collectivités autochtones, l'accès aux armes à feu est plus ou moins facile, il reste

qu'on peut promouvoir à l'aide de programmes éducatifs la sécurité des armes et un entreposage approprié. Pour bien des collectivités, les méthodes de suicide autres que l'usage d'une arme à feu sont très courantes. À titre d'exemple, une étude faite au Nunavik pendant les années 1982-1996 qui a porté sur 68 suicides et possibilités de décès par suicide a montré que la cause majeure de ces décès était par pendaison, un acte commis le plus souvent dans la chambre de la victime en se servant de la tringle à cintres de la garde-robe. L'installation de tringles qui se relâchent sous le poids d'une personne peut faire obstacle à ce type de méthode (Masecar, 1998). Une communauté des Territoires du Nord-Ouest ayant un taux de suicide très élevé a enlevé toutes les tringles des armoires et les serrures de porte des chambres à coucher au début des années 1990. Même si d'autres activités de prévention ont été menées au cours de la même période, comme de nombreuses rencontres communautaires, le taux de suicide a considérablement été réduit pendant les années qui ont suivi (Kral, 1999).

Dans beaucoup de collectivités autochtones, il y a un haut taux de fréquence de décès causés par des accidents, certains parmi eux pouvant être associés à un comportement entraînant des risques et autodestructeurs (p.ex., des accidents de skidoo ou de véhicule tout terrain (VTT) attribuables à la témérité et à l'abus d'alcool et de drogues). Des auteurs ont allégué que beaucoup de ces accidents peuvent être considérés comme une forme de comportement suicidaire (Young, 1994). Les programmes axés sur la sécurité et l'éducation peuvent réduire ce type d'accidents; réciproquement, la prévention efficace de suicide devrait permettre également de réduire la fréquence de décès causés par des accidents.

L'interdiction concernant la consommation d'alcool peut avoir pour conséquence de réduire le taux de suicide dans certaines communautés (Landen et coll., 1997), mais elle a semblé parfois accroître le taux de fréquence (May, 1992). Les incidences de l'interdiction d'alcool dans toute une collectivité semblent être déterminées par des facteurs géographiques, culturels et politiques qui influent sur ce que cette interdiction signifie pour la communauté, à savoir si on peut en assurer l'application, la rendre effective, et si on y associe d'autres formes de solidarité locale et d'intégration sociale.

### **Programmes scolaires de prévention du suicide**

Selon l'Organisation mondiale de la santé, « [trad.] les programmes de santé scolaire peuvent du même coup résoudre les problèmes communs de santé, accroître l'efficacité du système d'éducation et contribuer à l'avancement de la santé publique, de l'éducation, du développement économique et social dans toutes les nations » (Vince-Whitman et coll., 2001:18). Les méthodes de promotion de la santé en milieu scolaire ont été les moyens d'intervention les plus largement appliqués pour la prévention du suicide chez les jeunes, en partie, parce qu'elles représentent une mesure relativement peu coûteuse et facile à exécuter.

Les premières études sur les programmes éducatifs de prévention du suicide dispensés en milieu scolaire ont été décevantes, n'indiquant aucun bienfait ou faisant même entrevoir que certains programmes pouvaient avoir des effets néfastes en augmentant la détresse chez les jeunes à risque (Phillips, Lesyna et Paight, 1992; Shaffer et coll., 1990; Vieland et coll., 1991). En revanche, des études plus récentes n'ont trouvé aucune indication d'effets préjudiciables et des programmes intensifs offrant une vaste gamme d'activités font état d'une certaine efficacité (Bennett, Coggan, et Brewin, 2003; Felner, Adan et Silverman, 1992; Gould et coll., 2005; Ploeg, Ciliska et Dobbins, 1996). Dans le cadre d'une recherche globale, Guo et Harstall (2002) ont identifié 10 études portant sur des programmes scolaires qui ont répondu aux critères de base concernant la qualité de l'évaluation. Tous ces programmes varient grandement au niveau de la structure, du contenu et de la durée. Deux études très bien conçues ont fait état de changements significatifs en fonction de la

dépression, du désespoir, du stress, de l'anxiété et de la colère chez des adolescents exposés au programme de prévention (Guo et Harstall, 2002). Toutefois, le rapport a soulevé des questions concernant l'applicabilité des résultats de la recherche aux contextes des écoles canadiennes.

La documentation sur la prévention du suicide chez les jeunes souligne que les écoles devraient offrir un programme d'éducation sanitaire à l'intention de tous les étudiants afin que ceux-ci développent des compétences de base utiles leur permettant de composer avec toute une diversité de problèmes sociaux et de santé, plutôt que de concentrer les efforts uniquement sur le suicide (Shaffer et Gould, 2000). Un programme de cette nature contribuerait au renforcement de la capacité de gérer le stress ou des émotions pénibles (particulièrement la colère et la dépression), de résoudre des problèmes, d'améliorer la communication interpersonnelle et la résolution de conflits – des mesures qui, en général, aident à acquérir ou à accroître l'estime de soi et à affronter les situations de crise et de conflit émotionnel (Cimboric et Jobes, 1990).

Les échanges sur le suicide dans l'optique du développement de l'estime de soi, de l'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle ou de mécanismes sociaux, de résolution de problèmes et de capacités à communiquer ont plus de chances d'être efficaces que des programmes principalement articulés autour du suicide comme tels (Commission royale sur les peuples autochtones, 1995; Tierney, 1998). La diminution du risque de suicide peut également résulter de l'utilisation d'un matériel pédagogique favorisant la recherche d'aide dans le cas de dépression majeure, d'abus d'alcool ou de substances psychoactives et de problèmes familiaux.

Quant à la stratégie considérée comme la plus efficace en milieu scolaire, elle est associée au dépistage et aux interventions directes auprès des jeunes à risque élevé (Shaffer et Gould, 2000). Cependant, le dépistage de sujets à risque de suicide, de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale n'est utile que s'il permet d'identifier les personnes présentant des risques réels et s'il y a des interventions adaptées aux besoins qui peuvent être assurées. Dans le cadre d'une étude auprès des élèves de niveau secondaire aux États-Unis, un premier dépistage a permis d'identifier que 29 pour cent de ces étudiants étaient « à risque » de suicide (Hallfors et coll., 2006). Devant l'impossibilité de répondre au niveau des besoins perçus, le personnel de l'école a en fait cessé le dépistage. Il est donc essentiel pour que le dépistage soit utile de le faire avec beaucoup de rigueur et d'avoir des ressources suffisantes pour répondre aux besoins.

Selon les données probantes obtenues, des programmes scolaires à l'intention de jeunes à risque élevé peuvent être efficaces en diminuant les comportements suicidaires et en renforçant les habiletés d'adaptation qui permettent de faire face aux conflits et à la colère et de les régler. Une autre étude auprès d'étudiants du secondaire dans la région du Nord-Ouest du Pacifique aux États-Unis a fait la comparaison entre deux interventions : i) une évaluation individuelle succincte et une intervention immédiate par un conseiller; et ii) en plus du counselling individuel, une intervention en petits groupes d'une durée de 12 semaines ayant pour objectif le développement de compétences et du soutien (Randell et coll., 2001; Thompson et coll., 2001). Ces deux interventions se sont avérées efficaces en réduisant l'idéation suicidaire, mais le programme comprenant le réseau d'entraide par les pairs a eu des effets positifs de grande envergure, particulièrement chez les filles.

Les données prouvant avec évidence l'efficacité de programmes scolaires de prévention du suicide proviennent d'une étude récente randomisée qui a été menée auprès de 2100 élèves aux États-Unis. Ce programme de prévention *Signs of Suicide* (SOS) vise à sensibiliser au problème du suicide et à dépister la dépression et d'autres facteurs de risque. Il comprend une vidéo accompagnée d'un guide de discussion qui présente une dramatisation des signes indiquant le risque de suicide et de dépression, de même que des

entretiens avec des personnes dont la vie a été bouleversée à jamais par le suicide. Des élèves remplissent également un questionnaire de dépistage de la dépression qu'ils notent eux-mêmes. Ce questionnaire incite ceux qui ont une notation trop élevée à chercher de l'aide. L'école fournit aux élèves de l'information sur les ressources mises à leur disposition. De plus, les élèves (à risque) sont particulièrement recommandés à leurs professeurs, aux conseillers en orientation, et à leur famille pour qu'on leur vienne en aide. Ce programme a été associé à la réduction de 40 pour cent des signalements de tentatives de suicide dans les trois mois suivant la participation. Cette diminution a semblé être partiellement attribuable à une meilleure compréhension et attitude à l'égard de la dépression et du suicide (Aseltine et DeMartino, 2004).

Les enfants plus jeunes (âgés de moins de 12 ans) sont aussi un groupe cible important en prévention primaire, étant donné que bon nombre de facteurs contributifs au désespoir des jeunes commencent dès l'enfance à avoir un effet négatif. Il est à prévoir que, dans le cas de jeunes à risque, la famille devra apporter attention et soutien. Le développement de compétences familiales/éducation à la vie familiale, la thérapie familiale ou des interventions du réseau social ayant pour but de révéler des abus, de résoudre des conflits et d'assurer le soutien émotionnel des jeunes et des adolescents peuvent être plus utiles qu'une approche individuelle centrée exclusivement sur une jeune personne (Mrazek et Haggerty, 1994).

Dans bon nombre de collectivités autochtones, des programmes de sensibilisation peuvent s'avérer moins utiles, spécialement dans des milieux où la population connaît trop bien le problème du suicide, même s'il reste tout de même le besoin de corriger des opinions erronées. Chez certains jeunes, le suicide peut être considéré de façon positive, comme un moyen efficace de protester ou un acte héroïque visant à dénoncer les graves injustices sociales. L'éducation et l'information concernant le suicide peuvent remettre en question cette vision romantique du suicide et font ressortir d'autres types de réactions dans le cas de crise interpersonnelle et de désespoir. Dans des communautés où on a vécu de nombreux suicides, il peut y avoir un processus de normalisation amenant à considérer le suicide comme un événement concevable, admis, ou même faisant partie d'une identité qui attribue un sentiment d'appartenance (Niezen, à l'impression).

Le programme d'études *American Indian Life Skills Development Curriculum* est le plus largement mis en application dans le but de renforcer toute une série de compétences chez les jeunes en vue de la prévention du suicide (LaFromboise, 1996). Élaboré au départ par les Zuni Pueblo au Nouveau-Mexique, ce programme d'études comprend 7 domaines principaux d'intervention :

- 1) augmenter l'estime de soi;
- 2) apprendre comment reconnaître les émotions et le stress;
- 3) améliorer la communication et la résolution des problèmes quotidiens;
- 4) identifier et diminuer les pensées négatives et la réactivité à la colère;
- 5) informer sur le risque de suicide;
- 6) former à l'intervention dans le cas de suicide;
- 7) établir des objectifs personnels et sociaux au service de la communauté (LaFromboise et Howard-Pitney, 1994).

Ces thèmes sont traités dans des cours trois fois par semaine pendant 30 semaines. Au cours des sessions, on fait appel à des méthodes normalisées visant l'acquisition de compétences et permettant la prestation d'information sur des comportements problématiques et des comportements souhaitables, l'établissement de modèles de compétences/capacités, des exercices expérientiels, de la pratique/acquisition par expérience des nouveaux comportements et de la rétroaction en vue de l'amélioration de la performance. Ce matériel

pédagogique a été conçu spécifiquement pour les Zuni et tient compte de leur culture, notamment les valeurs, leur identité/sentiment de soi, la dimension spatio-temporelle, et les types de communication et d'interaction sociale. La démarche d'évaluation du programme a reposé sur la comparaison d'un groupe d'étudiants ayant suivi ce programme d'apprentissage et d'autres qui ne l'ont pas fait. Des résultats ont été obtenus grâce à des outils/questionnaires remplis par la personne elle-même (auto-évaluation) qui portaient sur des facteurs de risque de suicide, de désespoir, de dépression et d'auto-efficacité, de même qu'à des observations sur la capacité de résolution de problèmes et d'évaluation par des camarades (mutuelle). À la suite du programme, il y a eu réduction des pensées négatives et du sentiment d'impuissance, de désespoir, ainsi que l'amélioration de la résolution de problèmes observée (LaFromboise et Howard-Pitney, 1994).

Comme l'érosion, la dégradation, au niveau de la transmission des traditions culturelles semble avoir contribué de façon très importante à la démoralisation et au sentiment de détresse généralisés chez les jeunes autochtones, l'établissement de programmes dont le but est de transmettre les connaissances, les valeurs et les traditions culturelles, généralement par l'intermédiaire d'Aînés respectés, est une composante cruciale de tout programme de prévention du suicide destiné aux Autochtones (Kirmayer et coll., 1993b). Tel que mentionné au chapitre 4, la connaissance de la culture autochtone et la fierté de ses propres racines et de son héritage sont particulièrement importantes pour des jeunes gens. À titre d'exemple, on peut faire acquérir ce savoir culturel grâce à de l'éducation axée sur la culture, des événements à caractère familial et communautaire parrainés par l'école et des camps favorables aux rapports entre jeunes et Aînés. Le fait de faire participer activement les jeunes et de les amener à interagir avec d'autres personnes, à apporter du soutien à d'autres, et à s'impliquer dans des organismes communautaires promet d'être beaucoup plus efficace que de simplement leur donner de l'information ou d'offrir des programmes éducatifs. Alors que toute une génération de jeunes gens est touchée par le désespoir, il peut s'avérer nécessaire d'amener un très grand nombre d'entre eux à se mobiliser, à s'impliquer directement dans des projets d'apprentissage et d'aide, dans l'offre d'activités communautaires, pour que les retombées positives soient significatives.

### Programme de soutien par les pairs

[TRADUCTION] Former des gens de la communauté à maîtriser les crises... Je pense que ce sont des jeunes qui devraient être formés pour ces postes-là. J'ai moi-même toujours eu du mal à entrer en relations pour confier des problèmes personnels, et, vous savez, des sujets qui sont très intimes et d'une grande valeur pour moi à des adultes, parce que, pendant toute ma vie, au fond, ce sont des adultes qui ont détruit une grande partie de ma vie, qui m'ont détraqué; c'est pourquoi j'ai toujours eu une sorte d'attitude négative quand arrive le moment de communiquer avec eux et de m'ouvrir à eux. Voilà pourquoi, si je suis placé devant quelqu'un de mon âge, c'est beaucoup plus facile pour moi de communiquer (un jeune de Première Nation).

Des programmes destinés aux jeunes peuvent développer l'estime de soi et des mécanismes sociaux, faire progresser l'expertise en prévention du suicide spécialement pour les jeunes et leur offrir de la post-intervention s'ils ont perdu par suicide un ami ou un membre de leur famille. Ces programmes peuvent être de nature pédagogique, mais ils doivent être adaptés afin de toucher et d'intéresser les jeunes les plus vulnérables qui ont abandonné leurs études.

Les activités de soutien par les pairs – dirigées et gérées par des élèves volontaires formés – offrent une solution de remplacement intéressante aux programmes conventionnels d'information sur le suicide, étant donné

que cette modalité peut rendre les ressources pour d'autres élèves plus rapidement et facilement accessibles et permettre à des jeunes d'exercer des rôles constructifs. Les jeunes suicidaires sont davantage portés à confier leurs préoccupations à d'autres jeunes plutôt que de s'adresser à des adultes ou à des professionnels (Kalafat et Elias, 1994). Comme bien des jeunes suicidaires n'ont pas recours à des professionnels ou à des adultes s'ils sont dans une situation critique, la formation de pairs à l'intervention comme moyen de pallier les problèmes et l'établissement de liens/rôle de liaison avec les services professionnels peut s'avérer utile, mais il reste toutefois que les données probantes pour en confirmer l'efficacité sont limitées (Lewis et Lewis, 1996). Dans une collectivité athabaskan aux États-Unis, l'entraide étudiante ou soutien par les pairs a été un élément crucial de la réussite des interventions (Center for Disease Control and Prevention, 1998; May et coll., 2005).

### Approches communautaires

Bien que l'école soit la plaque tournante naturelle des programmes oeuvrant auprès des groupes d'âge les plus directement touchés par le suicide dans les collectivités autochtones, il y a tout de même des jeunes ayant décroché de l'école, des familles isolées socialement et des groupes plus âgés qui ne peuvent pas être touchés de cette façon. Des approches communautaires répondent au besoin de joindre le segment le plus large de la collectivité, d'avoir une incidence sur la population au complet en ce qui concerne les structures sociales, l'estime de soi collective et la vision commune.

Rodgers (1991) a présenté une approche applicable aux épidémies de suicides en s'appuyant sur l'expérience vécue dans trois collectivités, deux dans les Territoires du Nord-Ouest et une en Saskatchewan, chacune ayant une population d'environ 1200 habitants. Cette série de suicides était associée pour la plupart à de jeunes garçons vivant dans des communautés caractérisées par le manque de ressources, les problèmes liés à l'alcoolisme, la violence familiale, l'impuissance et le désespoir généralisés et le sentiment omniprésent de dévalorisation, d'infériorité. Rodgers recommande une intervention, au niveau de toute la communauté, menée en collaboration avec des services spécialisés externes, en partant du principe que cette série de suicides est un indicateur de la désorganisation généralisée de la communauté. Rodgers rapporte un arrêt presque complet des suicides dans ces trois collectivités ayant bénéficié de ce type d'intervention. Malheureusement, le rapport qu'il a produit ne fait pas de description systématique de l'intervention, ni d'évaluation structurée de son efficacité. Toutefois, cette étude représente une voie prometteuse en proposant l'intégration d'expertise ou de connaissances spécialisées à des ressources communautaires.

Très peu d'évaluations systématiques des efforts en prévention du suicide dans les collectivités autochtones ont été faites. L'exemple le plus pertinent pour les Autochtones au Canada s'appuie sur un programme mis en oeuvre en 1990 chez une tribu athabaskan rurale au Nouveau-Mexique aux prises avec un taux élevé de suicide chez les jeunes âgés de 15-19 ans (Center for Disease Control and Prevention, 1998; May et coll., 2005). Cette population visée par le programme comprenait près de 800 jeunes gens (de 10 à 24 ans). Les objectifs du programme étaient les suivants :

- 1) identifier les facteurs de risque de suicide spécifiques à la communauté;
- 2) application de ces données d'information pour identifier les personnes et les familles à risque élevé de suicide, de violence ou d'autres problèmes de santé mentale;
- 3) conception et réalisation d'activités de prévention pouvant aider les personnes et les familles vulnérables identifiées;

- 4) prestation directe de services de santé mentale conçus en fonction des personnes et des familles à haut risque;
- 5) renforcement des connaissances de la communauté et de la sensibilisation aux problèmes du suicide et de santé mentale.

Les dirigeants tribaux, les prestataires de soins de santé, les parents, les Aînés et les jeunes ont pris part activement à l'élaboration et à la mise en oeuvre du programme. Voici les composantes majeures du programme en question :

- 1) des programmes éducatifs en milieu scolaire et dans la communauté qui s'adressent aux jeunes et aux adultes et qui traitent de sujets comme le suicide, mais aussi de compétences parentales et de compétences liées à l'autonomie fonctionnelle/formation pratique pour la vie;
- 2) de 10 à 25 jeunes volontaires ont été formés chaque année comme « aidants naturels » et conseillers à des pairs afin d'intervenir auprès des jeunes gens en situation critique et d'avertir les spécialistes en santé mentale de tout besoin d'aide. Ces aidants naturels ont aussi dispensé de l'information liée à la prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie à l'école et dans la communauté; ils ont aussi traité du développement de l'estime de soi, de la promotion du travail d'équipe et de prévention du suicide;
- 3) des services/travail systématique sur le terrain auprès des familles à la suite d'un suicide ou d'un décès ou d'un accident traumatisant;
- 4) de l'intervention immédiate et du suivi auprès des jeunes considérés à risque;
- 5) des programmes de dépistage du risque de suicide dans le cadre des services pour la santé mentale et des services sociaux.

Ce programme a dispensé des services essentiels en santé mentale et des services sociaux, auparavant non offerts dans la communauté et du financement soutenu (prolongé) a été obtenu afin d'établir un service bénéficiant de ressources adéquates qui, en bout de ligne, comptait 21 membres du personnel dont des spécialistes du médico-social (clinique) et du soutien.

Ce programme a été évalué trois fois pendant sa durée, ce qui a été important pour son amélioration et la prolongation du financement (May et coll., 2005). Le taux d'actes suicidaires chez les jeunes de 15-19 ans a diminué presque immédiatement après l'établissement du programme; cette amélioration continue au cours des 12 années qui ont suivi a donné lieu à une diminution nette de 73 pour cent des tentatives de suicide et à beaucoup moins de « gestes » suicidaires mortels. Cette réduction a été constatée chez les cohortes de jeunes qui faisaient l'objet de l'intervention et non chez ceux âgés de plus de 25 ans. Cependant, il n'y a pas eu de communauté/groupe témoin; il est donc possible que l'amélioration observée a fait ressortir des tendances cycliques du suicide au fil du temps. De plus, le nombre de suicides complétés était trop petit pour clairement démontrer l'incidence du programme, bien qu'il y ait eu certaines indications d'un effet bénéfique. Quoiqu'il en soit, au moment de la rédaction de ce rapport, il s'agit du programme le mieux attesté, celui qui a bien fait ressortir les principes et les composantes qu'une approche communautaire efficace devrait comporter. Une analyse de rentabilité (coûts-avantages) appliquant une estimation des années de meilleure qualité (AMQ) a indiqué que le programme était très efficace par rapport au coût (Zaloshnja et coll., 2003).

En 1988, en Alaska, un autre programme mettant l'accent sur des projets développés dans la communauté a été mis sur pied. Le *Community-Based Suicide Prevention Program* (CBSPP) a octroyé des subventions aux collectivités au niveau de l'État afin d'appuyer des activités communautaires comme de l'information sur l'héritage culturel, des groupes de soutien, des activités de loisirs, des réseaux bénévoles d'entraide, du

counselling et de l'intervention d'urgence. Quarante-huit communautés ont obtenu une subvention la première année et ce nombre s'est élevé à 66 communautés en 1995 (20 parmi elles ont assuré la continuité de leurs projets tout au long de cette période). Chaque collectivité a mis sur pied un projet ou plus d'un projet à partir d'une grande diversité d'approches possibles. Une évaluation menée de 1989 à 1993 a indiqué que, malgré que le taux de suicide était plus élevé dans les collectivités visées au début de leur projet, comparativement au taux global chez les Autochtones de l'Alaska, cette fréquence de suicide a diminué plus rapidement que le taux général de l'État à la fin des trois ans. L'expérience en Alaska semble indiquer que ce n'est pas tant le type de programme en particulier que le degré d'initiative de la communauté, son organisation et son engagement qui produisent des retombées positives en santé mentale. Il semble que les collectivités capables d'assurer la continuité de leurs programmes pendant de nombreuses années ont obtenu les meilleurs résultats (Soule, 2005; Henderson, 2003).

Le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1995) a présenté les études de l'expérience de cinq programmes :

- 1) le *Ngwaagan Gamig Recovery Centre* axé sur la dépendance à l'alcool et aux drogues et le *Nadmadwin Mental Health Clinic*, Wikwemikong, Ontario;
- 2) le rassemblement et le cercle de partage de Big Cove en 1993, Nouveau-Brunswick;
- 3) un programme de formation en prévention du suicide destiné aux intervenants communautaires, Territoires du Nord-Ouest;
- 4) le *Canim Lake Family Violence Program*, Colombie-Britannique
- 5) le *Wakayos Child Care Education Centre*, Meadow Lake, Saskatchewan.

Ces études de cas ont aidé à faire ressortir des facteurs contributifs à la réussite des stratégies de promotion de la santé mentale chez les Autochtones. Ces activités avaient été entreprises par la communauté même (certaines en collaboration avec des conseils de bande ou des organisations régionales autochtones), puisé leur fondement dans le savoir traditionnel et la sagesse des Aînés, étaient déterminées en consultation avec la communauté et avaient pour objectif d'être très diversifiées. La plupart d'entre elles ont donné lieu à l'établissement de partenariats sous contrôle local avec des groupes externes.

Des stratégies dont le but est le développement communautaire et le développement social devraient promouvoir la cohésion de la communauté et la prise en charge/la gestion locale, la fierté et l'identité collective, la transmission du savoir, de la langue et des traditions autochtones, de même que des méthodes de résolution des problèmes sociaux qui sont adaptées aux réalités culturelles (Commission royale sur les peuples autochtones, 1995; White et Jodoin, 2003). Pour l'ensemble de la collectivité, l'information sur le suicide devrait être transmise au même titre que l'information générale au sujet de la santé mentale, des ressources pour trouver de l'aide, des moyens pour se libérer des dépendances/abus des substances psychoactives, pour prendre des mesures à l'égard de la violence familiale, des conflits interpersonnels, du deuil, et de la détresse émotionnelle. Le rapport du Groupe consultatif sur la prévention du suicide (2003) comprend un appendice présentant un cadre pour l'évaluation des besoins communautaires qui pourrait être approfondi, détaillé davantage, et considéré comme un moyen susceptible de servir à la fois à identifier des communautés à risque et de promouvoir le développement communautaire.

### Formation d'« anges-gardiens »

Les aidants et les gens de la communauté qui sont en contact avec de nombreux jeunes peuvent exercer le rôle de « gardiens ou d'anges-gardiens » dans l'intention d'identifier les personnes à risque et de les diriger vers les ressources appropriées. La documentation pour former à l'exercice de ce type de rôle de gardien est disponible. Les intervenants de la communauté devraient bénéficier de formation en santé mentale et développer des compétences en counselling individuel et familial, à l'intervention d'un réseau de soutien social et au développement communautaire. Les prestataires de soins de santé primaires (des médecins et le personnel de soins infirmiers) ont besoin aussi d'être formés à mieux reconnaître et à traiter la dépression majeure et d'autres troubles psychiatriques (Kirmayer et coll., 1993b). D'autres gardiens communautaires appelés à faciliter la recherche d'aide ont besoin d'être identifiés et formés (Capp, Deane et Lambert, 2001).

### Médias de masse

Les médias de masse — c.-à-d. la télévision, l'Internet, les revues et journaux et la musique — jouent un rôle important dans la vie de la plupart des jeunes gens modernes. Ces organes de diffusion peuvent influencer sur le taux de fréquence et sur l'évolution des tendances associées au suicide dans la population en général (Pirkis et Blood, 2001; Stack, 2003, 2005). La présentation médiatique de cas de suicide peut contribuer à l'émergence d'épidémie ou de série de suicides. En soi, le suicide force l'attention du public et du gouvernement; il est souvent perçu comme une préoccupation centrale et très profonde dont on se sert dans le cadre de débats politiques. En revanche, toute cette attention peut par inadvertance légitimer le suicide comme une forme de protestation politique, et, par conséquent, accroître sa prévalence. La recherche a montré que des comptes rendus sur le suicide de jeunes dans les journaux ou dans les médias de divertissement ont été associés avec des taux accrus de comportements suicidaires chez des personnes exposées (Phillips et Cartensen, 1986; Phillips, Lesyna et Paight, 1992; Pirkis et Blood, 2001). L'intensité de ce retentissement peut varier en fonction du degré d'importance élevée que les sujets vulnérables accordent aux suicides présentés et de la force avec laquelle ils s'identifient aux suicidaires.

Phillips et ses collaborateurs (1992) formulent des recommandations précises aux médias concernant la façon de traiter les suicides afin de réduire l'effet de contagion. L'accent est mis sur la limitation de la couverture des suicides pour empêcher que le geste suicidaire soit romancé ou d'y mêler du romantisme, et pour faire valoir des solutions possibles. Il y a attestation qu'en fait, cette approche a permis de réduire les suicides, une constatation faite dans le prolongement des reportages des médias (Stack, 2003). Bien des éditeurs de journaux canadiens ont adopté des politiques pour minimiser la couverture de suicide afin d'en atténuer l'impact négatif (Pell et Watters, 1982). Les documents d'information peuvent également être diffusés par les médias. De plus, le média peut contribuer à faire la promotion de la santé mentale à plus grande échelle en présentant des images positives des cultures autochtones et des exemples d'adaptation et de développement communautaire réussis.

Il y a des attitudes couramment admises dans certains segments de la société qui romantisent le suicide et le considèrent comme la manifestation de l'aliénation, d'une protestation politique ou d'un grand désespoir. Il arrive encore que des médias de masse font du suicide le sujet de témoignages dramatiques. Pour certaines personnes, le suicide chez les Autochtones a ouvert la porte à toutes sortes d'interprétations et est finalement perçu comme la résistance aux effets de la répression culturelle et à la marginalisation, ce qui peut par méprise passer pour un acte héroïque aux yeux de certains jeunes. La prévention du suicide

doit pour cette raison renforcer auprès des personnes et des collectivités une attitude de refus du suicide comme solution acceptable. D'autres options telles que la résolution efficace des problèmes, l'engagement auprès de la communauté, l'action politique ou le militantisme et d'autres formes de participation active pour protester et promouvoir le changement, sont des solutions valables et satisfaisantes en remplacement des tendances autodestructrices inspirées par le désespoir et le sentiment d'impuissance. Entre les mains de jeunes autochtones, les médias peuvent se transformer en outils d'affirmation de soi ou de renforcement des moyens d'action et de changement social.

### Prévention secondaire : Intervention et traitement précoces

[TRADUCTION] Mon amie venait juste d'avalier une grosse poignée de pilules. Alors je suis allé chez elle et l'ambulance arrivait — nous avons une ambulance ici — on l'a placée sur une civière et on l'a transportée à l'hôpital. Une fois rendus à l'hôpital, ils ont... bien, ils ont commencé à s'en occuper... À la fin, elle était correcte, mais j'étais fâché parce qu'il n'y avait rien en place, comme un protocole établi ou savoir ce qu'on fait après. Et j'étais réellement désappointé parce que je pensais qu'ils avaient cela. Bien, quand je suis arrivé, il y avait ici un intervenant pour la santé mentale et il avait son propre petit programme, mais il a dû partir de la réserve... et rien n'a été fait après son départ... Alors j'ai essayé de trouver quelqu'un d'autre dans la communauté avec qui mon amie se sentirait en confiance, à qui elle pourrait parler, et il n'y avait personne. Et, en guise de post-intervention, elle n'en a même pas eu, elle n'a même pas été dirigée vers un organisme ailleurs, et c'est sa troisième tentative (jeune de Première Nation).

Les équipes ou services de soutien en cas de crise permettent une intervention rapide auprès des personnes à risque imminent de suicide, des équipes qui peuvent prévenir l'automutilation ou un décès (Commission royale sur les peuples autochtones, 1995). Le fait de disposer d'une telle équipe ou d'un service signifie que des ressources humaines sont prêtes à gérer la situation de crise, de même que les suicidants ou autres peuvent avoir accès à du soutien à long terme comprenant des intervenants pour la santé mentale et/ou des services dispensés par des non-professionnels, du personnel formé et établi avant que la crise ne survienne. Ces intervenants doivent être d'accès facile et rapide pour la prestation de services de santé mentale adaptés à la réalité culturelle, c'est-à-dire qui respectent les valeurs culturelles locales et s'y conforment (Kirmayer et coll., 1993b). L'intervention au moment d'une situation de crise dans des collectivités éloignées, isolées, requiert une liaison efficace avec les hôpitaux régionaux et la formation de personnes pour les rendre aptes à offrir éventuellement du soutien dans chaque communauté. Un « centre de crise » doté d'installations pour de courts séjours et des traitements d'urgence peut s'avérer assez efficace, particulièrement si le centre est géré par des Autochtones (Lester, 1997). Beaucoup de centres de prévention du suicide ont été établis au Canada; ils dispensent du counselling de première ligne, de même que de l'information axée sur la promotion de la santé.

Les enseignants, les travailleurs sociaux, les professionnels de la santé, le clergé, la police et d'autres membres de la communauté qui risquent d'être mis en contact avec des personnes à haut risque devraient obtenir de la formation ou de l'information précise se rapportant au dépistage de sujets suicidaires (Commission royale sur les peuples autochtones, 1995). Ce sont les proches d'une personne ayant des intentions suicidaires qui ont le plus de chances de reconnaître les « signes d'alarme » et de prendre les mesures nécessaires (qui signifieront généralement de diriger la personne vers un professionnel qualifié). Par conséquent, les parents, tout comme d'autres membres de la communauté, dont des jeunes gens, peuvent bénéficier d'une formation

de base permettant de reconnaître des indices et de savoir quand (et comment) obtenir de l'aide pour quelqu'un qui court le risque de s'automutiler (Commission royale sur les peuples autochtones, 1995). Des jeunes en détresse se tournent plus souvent qu'autrement vers leurs amis pour chercher de l'aide au lieu de s'adresser à des membres de la famille ou à des professionnels de leur communauté (Malus, Kirmayer et Boothroyd, 1994; Tierney, 1998). Les prestataires de soins de santé doivent aussi être formés à reconnaître les signes chez une personne suicidaire afin de la traiter au bon moment.

Une ligne d'écoute en cas de crise a eu une incidence limitée dans la population générale, mais elle semble avoir plus d'utilité dans des petites communautés éloignées vu que celles-ci manquent de ressources d'aide. La ligne d'écoute permet de pouvoir parler à quelqu'un en privé et de préserver ainsi la confidentialité dans des situations pénibles. La ligne d'écoute téléphonique de Baffin, Kamatsiaktut, a été instaurée au début des années 1990 par des membres de la communauté et elle permet d'offrir du counselling et des services de communication destinés à toute personne ayant besoin d'aide (Tan et coll., 2004). Le fait que la collectivité assume la responsabilité complète de ce programme a été un facteur contributif fondamental à sa réussite : ce service est dispensé entièrement par des gens bénévoles du Nord et par le plus grand nombre possible de parlants inuktitut sur les lignes d'écoute (environ 85 % de la population desservie est inuite). Ce programme a été mis sur pied en s'inspirant des modèles de lignes d'écoute téléphoniques du Sud, en les adaptant à l'environnement local et à la culture; des règles rigoureuses sont appliquées pour assurer l'anonymat et la confidentialité. Une moyenne de trois appels sont reçus par soirée (les lignes étant ouvertes de 21 h à minuit). Ce programme a pris de l'expansion pour desservir la moitié des Territoires du Nord-Ouest et une grande partie du Québec (code régional 819), une ligne sans frais; deux autres lignes dans les Territoires du Nord-Ouest ont été établies à partir du même modèle. Des services de ce type peuvent apporter de l'aide tout en respectant la confidentialité à un niveau impossible à atteindre dans beaucoup de petites communautés.

### Rôle des professionnels et des services pour la santé mentale

Comme il a été mentionné au chapitre 3, la plupart des personnes qui se suicident souffrent de troubles psychiatriques et de dépendance (dépression, trouble de la personnalité, abus des substances psychoactives). De même, 50 à 60 pour cent de ceux qui font une tentative de suicide vont consulter un médecin ou un autre prestataire de soins de santé des semaines précédant l'événement (Appleby et coll., 1996; Lewis, Hawton et Jones, 1997). Vu la fréquence élevée de ces troubles, en plus du fait que ceux-ci sont fortement associés au suicide, un traitement efficace de ces conditions ou états psychologiques pourrait considérablement réduire le taux de suicide. En s'appuyant sur des études auprès de jeunes, des estimations très approximatives semblent indiquer que, si on réussissait à traiter efficacement tous les cas de dépression majeure et d'autres troubles de l'humeur, on pourrait réduire en moyenne le taux de suicide d'à peu près 40 pour cent; l'élimination de l'abus des substances pourrait diminuer en moyenne de 29 pour cent le taux de suicide et, en ce qui a trait à l'élimination des troubles de conduite et antisociaux, le taux de suicide serait en moyenne réduit de 20 pour cent (Fleischmann et coll., 2005).

Dans le cadre d'études menées en Grande-Bretagne, en Finlande, en Suède et aux États-Unis auprès de la population générale, environ 75 pour cent des personnes décédées par suicide avaient consulté au cours de l'année précédente un prestataire de soins de santé primaires, alors que seulement une personne sur trois était allée chercher de l'aide auprès des services pour la santé mentale avant son décès (Luoma, Martin et Pearson, 2002). Environ un tiers des jeunes ayant une idéation suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide ont reçu certains soins en santé mentale, généralement dispensés par un médecin en pratique privée ou un conseiller d'orientation (Pirkis et coll., 2003). Une étude sur des décès par suicide au Nunavik

a indiqué qu'un jeune sur trois avait consulté les services de santé primaires pendant le mois précédant son décès (Boothroyd et coll., 2001). Cette dernière étude et d'autres recherches semblent faire ressortir l'importance des soins de santé primaires comme point central ou siège de l'identification et du traitement de personnes à risque de suicide.

Il existe donc des données probantes démontrant directement et indirectement que la prestation de services de santé mentale peut réduire le nombre de suicides (Rutz, 2001). Une partie de la diminution observée chez la population des États-Unis au cours des dernières années du taux de suicide a été attribuée à de meilleurs traitements de la dépression à l'aide de nouveaux médicaments antidépresseurs (Gould et coll., 2003; Olfson et coll., 2003).

Même si les personnes décédées par suicide peuvent avoir consulté un médecin dans les semaines ou les mois précédant l'événement, elles n'ont pas parlé ouvertement de leur intention au cours de cette visite médicale (Isometsa et coll., 1995). Par conséquent, il y a nécessité d'acquérir les compétences et connaissances spécialisées pour établir un rapport et déceler les signes de dépression et de désespoir (American Psychiatric Association, 2003). Malheureusement, beaucoup de spécialistes (cliniciens) en soins de santé primaires ne sont pas suffisamment formés à cet égard et ils ne se sentent pas assez compétents pour diagnostiquer et traiter un comportement suicidaire.

Bon nombre d'études ont indiqué que, dans le cas où des cliniciens avaient reçu de la formation concernant la reconnaissance des signes avertisseurs, l'intervention et la prévention en matière de suicide, le taux de suicides et de tentatives de suicide avait diminué (Gould, 2003). Il y a des attestations démontrant qu'un programme d'une journée de formation peut augmenter significativement la capacité des omnipraticiens à reconnaître la détresse psychologique et l'idéation suicidaire chez les jeunes, mais cette compétence de base s'avère insuffisante pour modifier la conduite à tenir devant ces troubles (Pfaff, Acres et McKelvey, 2001). Des vérifications de la pratique qui évaluent la performance des médecins en fonction de directives établies peuvent prolonger l'effet visé; de plus, le fait d'avoir de la formation suffisante en interventions et du personnel de soutien contribuerait, semble-t-il, à assurer un traitement efficace. Dans le cadre de certaines études, une grande partie des gens décédés par suicide prenaient des antidépresseurs, ce qui laisse entendre qu'ils n'avaient pas été traités adéquatement (Henriksson, Boethius et Isacson, 2001).

Il est parfois mentionné que des personnes ayant traversé des périodes aussi difficiles et ayant survécu possèdent la connaissance nécessaire pour aider d'autres. Alors que des expériences de cette nature peuvent permettre d'acquérir de la sagesse, de la compassion et une meilleure compréhension, elles ne contribuent pas nécessairement à lui donner les qualifications requises pour aider des personnes suicidaires. Effectivement, il y a des arguments probants démontrant que, si un conseiller a fait dans le passé une tentative de suicide, cette expérience personnelle peut nuire même s'il est bien formé à sa capacité d'intervenir efficacement auprès de ses clients (Neimeyer, Fortner et Melby, 2001). Manifestement, il y a nécessité d'assurer une formation efficace, de l'encadrement et du soutien aux aidants oeuvrant dans des milieux cliniques, dans des services de lignes d'assistance spécialisées en gestion de crise ou d'autres sources d'aide.

Dans les collectivités éloignées, il peut s'avérer difficile de fixer une rencontre avec des professionnels en santé mentale. Également, il peut être extrêmement aidant de maintenir un contact de longue durée avec des patients ayant été hospitalisés (Mott et Bostrom, 2001). Après une crise aiguë ou une hospitalisation, le simple fait de communiquer avec la personne touchée peut contribuer à lui transmettre un message puissant, à lui exprimer qu'on se soucie d'elle, qu'on est sensible à sa douleur et qu'on l'accompagne. Ce mode

de fonctionnement typique consistant à envoyer des personnes à l'extérieur de leur communauté éloignée pour suivre un traitement à durée limitée peut entraîner des discontinuités dans le continuum des services et contribuer ainsi chez ces personnes aux prises avec des problèmes chroniques à accroître le risque de suicide. Des stratégies permettant d'assurer des contacts à long terme (même s'ils sont rares) doivent être établies.

### Prévention tertiaire ou post-intervention

Des services post-traitement ou de suivi assurent de l'aide aux personnes qui ont tenté de se suicider ou qui ont manifesté d'autres tendances à l'auto-mutilation, et en tant que tel, ces personnes sont considérées à risque élevé de se suicider ultérieurement. Pour les soutenir, il faudrait à la fois leur offrir des services cliniques adéquats pour traiter leur trouble psychiatrique et également une approche non médicale pour leur santé mentale et leur rétablissement (comme le counselling par les pairs, une surveillance étroite, un réseau d'intervention social et familial et du counselling par des Aînés). Il faut que ces services soient accessibles et significatifs pour ces personnes qui « peuvent vivre une situation de contestation/affrontement avec le système de justice pénale, avoir des problèmes de consommation de substances psychoactives ou de sexualité, ou être marginalisées d'une autre façon par les services d'aide » (Commonwealth Department of Health and Family Services, 1997:34th pg., 8th para.). On doit aussi offrir du soutien aux membres de la famille et de la communauté affligés par une tentative de suicide ou un décès (par suicide).

Le suicide a des répercussions importantes sur la famille et les amis de la victime, alors qu'ils sont plongés dans un état de grande dépression pendant au moins six mois suivant l'événement. Bien des experts préconisent la prestation de counselling visant à favoriser un processus de deuil normal et à éviter des réactions pathologiques dues à la perte de cette personne (Kirmayer et coll., 1993b). Afin d'intervenir de façon opportune dans un cas de suicide, il est important d'avoir des services essentiels et une équipe de coordination en place. Le *Centre for Disease Control and Prevention* (CDCP) a donné des directives pour la prestation de services post-intervention, accordant une attention particulière à l'intervention dans le cas d'une série de suicides (O'Carroll et coll., 1988).

### Sommaire

Malgré qu'il y ait encore trop peu de bonnes études d'évaluation et de projets témoins confirmant que les programmes de prévention du suicide fonctionnent réellement, même auprès de la population en général, des données probantes récentes semblent tout de même indiquer que certains types spécifiques d'interventions promettent d'être efficaces. En effet, ces indications autorisent à penser qu'il y a des résultats positifs provenant de programmes ou interventions qui :

- 1) limitent l'accès à des moyens pour se suicider;
- 2) dispensent de l'éducation en milieu scolaire qui permet de reconnaître et d'identifier des personnes à risque et de connaître des moyens de les diriger à des services de counselling ou de santé mentale;
- 3) forment des jeunes comme conseillers auprès de leurs pairs ou à devenir « aidants naturels »;
- 4) forment d'autres personnes avec qui les jeunes peuvent avoir des contacts réguliers (enseignants, personnel infirmier, prestataires de soins de santé primaires, clergé et parents) afin qu'elles soient aptes à reconnaître et à diriger des jeunes à risque;

- 5) mobilisent la communauté afin d'instaurer des programmes de prévention du suicide, une équipe d'intervention d'urgence, du soutien familial et des activités réunissant des jeunes et des Aînés pour faciliter la transmission du savoir et des valeurs culturelles;
- 6) s'assurent que les médias de masse présentent le suicide et d'autres problèmes de la communauté de façon correcte et judicieuse.

Dans le cas de personnes déjà considérées comme sujets à risque ou souffrant d'autres problèmes de santé mentale, il est crucial de s'assurer qu'elles ont accès à des services adéquats de santé mentale. Selon la gravité du problème, ces services comprendront de la psychiatrie, de la psychologie, du counselling, du soutien par les pairs et des méthodes autochtones d'aide et de guérison. Les familles et les amis endeuillés par un suicide devraient obtenir également du counselling et d'autres types de soutien disponibles. Le fait que ce soit surtout les jeunes dans les collectivités autochtones qui sont manifestement les plus touchés par le suicide fait en sorte que ceux-ci restent la plus haute priorité. Cependant, toute intervention qui atténue les souffrances et améliore le bien-être des parents et de la famille ne peut qu'apporter des bienfaits également à ces jeunes, leur faire beaucoup de bien et, par le fait même, contribuer à la prévention du suicide.

## Conclusion : Mieux comprendre et prévenir le suicide

[TRADUCTION] D'après moi, dans un cas de suicide, je suppose... comme tout le monde disait, peu importe d'où on vient ou là où on est rendu, dans des petites communautés, cela fait toujours beaucoup de peine. C'est toujours tellement malheureux que quelqu'un ait eu à se suicider. Selon moi, il y a beaucoup de choses qu'on peut faire. Quand quelqu'un se suicide, c'est à mon avis, je pense que c'est enrageant, nous aurions pu faire quelque chose à ce sujet-là, mais disons-le, pour le jeune ou pour quelqu'un d'autre, si on commençait par faire quelque chose au lieu de seulement en parler tout le temps. Peut-être, peut-être, qu'il faudrait que quelqu'un se lève et dise, hé! Nous devons faire quelque chose (jeune de Première Nation).

Ce chapitre final commence par présenter un modèle qui rassemble les facteurs biologiques, psychologiques, du développement et socio-historiques contribuant au suicide, ainsi que les stratégies correspondantes pour la prévention. Ce modèle repose sur des résultats de recherche actuelle et il fournit un cadre de réflexion sur les origines (ou causes) transgénérationnelles et les conséquences du suicide. Ensuite, nous traitons du concept de « meilleures pratiques » en santé mentale autochtone et de la façon dont les pratiques conventionnelles doivent être modifiées pour qu'elles soient adaptées aux réalités des collectivités et des populations autochtones. Puis, nous présentons un sommaire des lignes directrices concernant les meilleures pratiques en matière de prévention du suicide. Finalement, nous expliquons dans quels domaines des recherches plus poussées doivent être faites afin que ces travaux servent d'assises solides à la prévention du suicide et à la promotion de la santé mentale chez les populations autochtones.

### Une perspective intégrative sur le suicide

Les professionnels de la santé mentale ont tendance à concevoir le suicide comme un problème individuel lié à la psychopathologie personnelle ou familiale. Une grande partie des études indiquent que la majorité des personnes décédées par suicide avaient un trouble psychiatrique (ce qui comprend aussi l'abus des substances psychoactives et des troubles de la personnalité) (Lesage et coll., 1994). Toutefois, il peut arriver que des personnes se suicident parce qu'elles se trouvent prises dans une situation désespérée ou qu'elles commettent un acte impulsif, sans pour autant souffrir d'un trouble psychiatrique précis (National Research Council, Goldsmith et Kleinman, 2002).

D'après la perspective sociologique, le suicide est considéré comme la conséquence d'un vaste processus social qui englobe le fait d'être défavorisé économiquement et marginalisé, le stress créé par un changement culturel trop rapide et plutôt coercitif et la discontinuité, la désorganisation des structures liées à la solidarité et au soutien social dans la communauté et le fait d'être tenu à l'écart du pouvoir politique, d'être empêché d'agir. Le suicide peut aussi se définir comme un problème spirituel, c'est-à-dire que la personne a le sentiment que sa vie est vide de sens ou qu'elle ne se sent pas touchée par des valeurs fondamentales qui donnent un but et une orientation dans la vie.

Tout acte individuel d'automutilation, ou même la grande diversité de personnes touchées par l'idéation et le comportement suicidaires, ne peut s'expliquer par une seule cause ou un facteur unique. D'où il s'ensuit qu'il n'y a pas seulement un élément d'information ou une combinaison d'éléments simple qui permet le dépistage précis des personnes qui, à longue échéance, finiront par se suicider (Enns et coll., 1997; Pokorny,

1992). En conséquence, la perspective d'ordre psychiatrique clinique centre uniquement l'attention sur l'identification et le traitement des personnes qui sont dans le moment en détresse et à risque imminent de suicide. Jusqu'à ce jour, les Autochtones vivant dans différentes parties du pays n'ont pas encore obtenu un accès adéquat à tout l'éventail des services offerts en santé mentale (Groupe consultatif sur la prévention du suicide, 2003). La prestation de services sociaux cliniques efficaces permettra certainement de diminuer le taux de suicide. Établir un lien entre le suicide et les troubles psychiatriques a été recommandé comme stratégie de prévention, non seulement parce qu'ainsi on encourage la recherche d'aide, mais aussi parce qu'on renforce la stigmatisation du suicide, contribuant par le fait même à rendre ce comportement moins acceptable (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001b).

Cependant, un autre argument peut être valablement invoqué : compte tenu de l'ampleur des problèmes sociaux qu'affrontent les Autochtones au Canada, considérer le suicide strictement comme l'aboutissement d'un trouble psychiatrique n'est pas seulement une perspective inachevée ou fragmentaire, mais, en fait, ce point de vue peut aggraver la situation (Kirmayer, 1994; Tester et McNicoll, 2004). L'explication liée à des causes psychiatriques est stigmatisante et, par le fait même, elle renforce des sentiments de marginalisation, de dépréciation et d'impuissance qui contribuent au suicide. L'approche psychiatrique centre directement l'attention sur l'état psychologique d'une personne, plutôt que sur des problèmes sociaux fondamentaux qui nécessitent un redressement, des mesures correctives. Par ailleurs, on ne peut pas non plus substituer l'étiquette de « psychiatrique » attribuée dans un cas particulier pour l'accoler à une collectivité. En effet, mettre une étiquette sur des communautés entières en les caractérisant de « malades » est une expression métaphorique qui peut contribuer à une démoralisation profonde et qui évite d'avoir à se pencher sur les problèmes sociaux et politiques. En conscientisant à la gravité du problème, c'est en fait forcer l'attention du public et du gouvernement et faire en sorte que le suicide est alors perçu comme une problématique puissante, socialement pertinente, à soulever dans les débats politiques. Par contre, le fait d'en faire une préoccupation centrale peut tout simplement servir à légitimer le suicide comme une forme de protestation et, de là, sans l'avoir recherché, accroître sa prévalence. Il faut trouver un moyen d'aborder le suicide comme l'aboutissement de conditions sociales déplorables sans justifier ce geste suicidaire en laissant entrevoir qu'il peut agir comme riposte « sensée » ou même comme mesure efficace de protestation politique. Le rapport du Groupe consultatif sur la prévention du suicide (2003) a reconnu ce dilemme en demandant que le suicide soit dépolitisé, alors que les jeunes doivent être politisés, c'est-à-dire que le rapport recommande d'éviter de se servir du problème du suicide pour réaliser des objectifs politiques, tout en encourageant les jeunes à jouer un rôle actif dans le façonnement de leur avenir.

Bien entendu, les actions et l'expérience de vie, les épreuves, d'une personne ne doivent pas s'expliquer complètement par des raisons d'ordre social. Même dans les pires conditions sociales et dans les situations les plus désespérées, il n'y a qu'un petit nombre de personnes qui tentent de se suicider. Par conséquent, il faut bien comprendre quelles sont les particularités ou les caractères spécifiques qui augmentent la vulnérabilité chez une personne ou, si on envisage cette problématique sous un autre angle, les qualités qui confèrent une plus grande résilience chez ces personnes ne faisant pas de tentative de suicide. Même accablés par une dépression grave, bon nombre de gens ne font pas de tentative de suicide. Cette résistance empêchant de se livrer au désespoir dans l'adversité personnelle et collective, indépendamment de tout autre aspect, mérite qu'on s'y attarde.

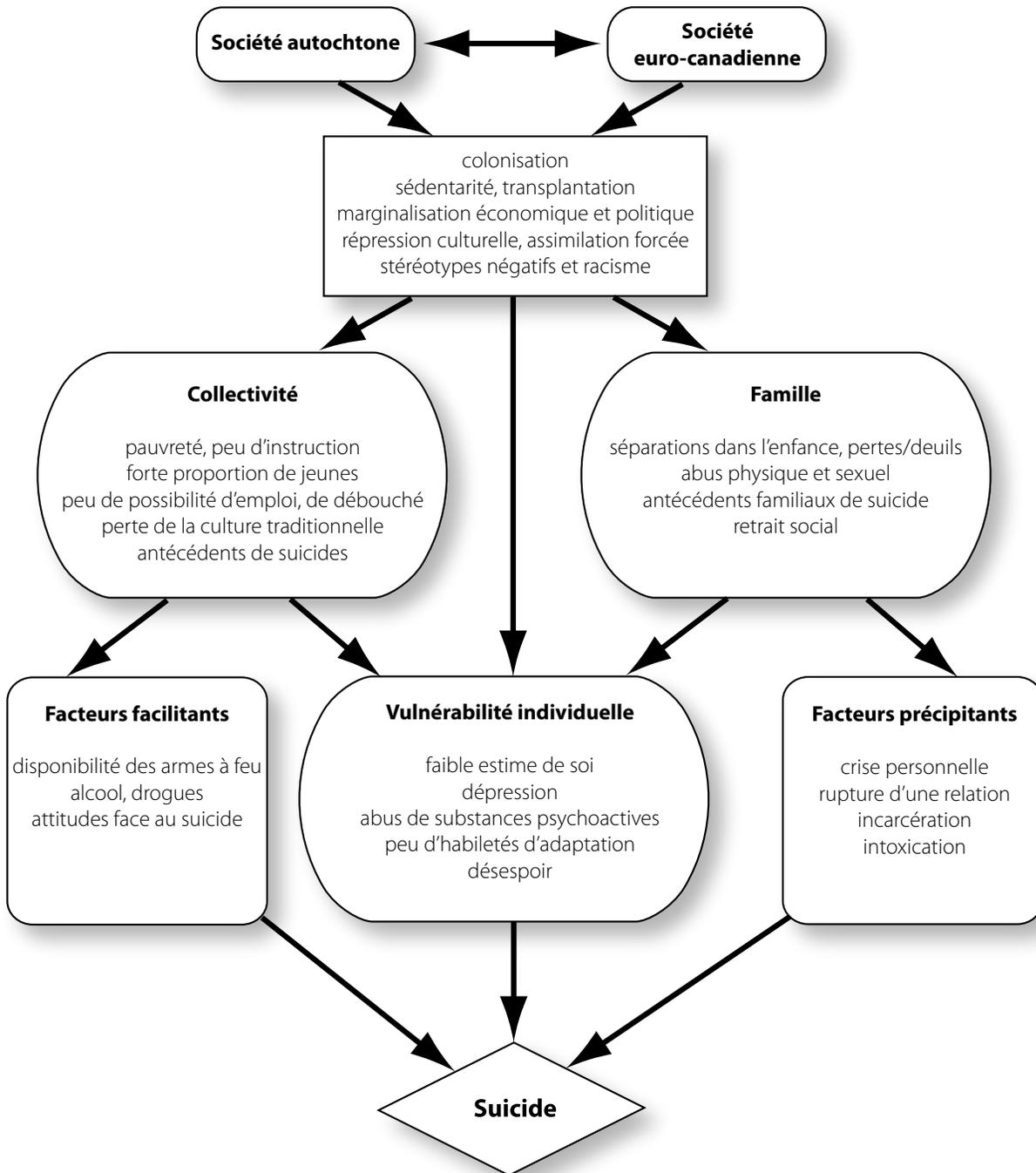
À bien des égards, les perspectives multiples d'ordre psychiatrique et sociologique sont complémentaires, plutôt que contradictoires. Le conflit de deux cultures, suivi de l'anéantissement de l'une en raison de la

---

répression de l'autre, a abouti à la marginalisation, ainsi qu'à des tensions sociales au moins à trois niveaux distincts mais interreliés : la collectivité, la famille et la personne. La collectivité est affligée d'une position d'infériorité ou de désavantage économique, de désorganisation sociale et d'incapacité d'agir ou d'absence d'autonomie politique. Le chômage, la pauvreté et la désorganisation collective contribuent à créer des conditions d'aliénation et d'anomie (absence de normes). La famille et le réseau de soutien social subissent cette désorganisation qui provient à la fois des transformations imposées de force par une modernisation rapide et par la perte des façons de faire traditionnelles liées à l'éducation des enfants. Quant aux personnes, elles ressentent un sentiment d'étrangeté à soi et elles se dévalorisent en raison du dénigrement ou de la marginalisation de leur héritage culturel d'où elles puisent les fondements même de leur identité, c'est-à-dire la langue, l'auto-définition du moi et l'histoire personnelle. Étant donné la situation complexe que de nombreuses collectivités autochtones affrontent, il doit y avoir une bonne connaissance et compréhension des causes fondamentales du suicide et de sa prévention de façon à réconcilier les explications psychologiques et sociales.

En conséquence, le modèle présenté en Figure 6-1 intègre certaines des dimensions biologiques, psychologiques, socio-historiques et du développement liées au suicide en mettant également l'accent sur la personne, la famille et la collectivité comme précurseurs de la situation de crise elle-même. Ce modèle fait bien comprendre qu'il y a des facteurs distaux (long terme) et des facteurs proximaux (immédiats) qui influent sur le suicide. Comme facteurs distaux, on englobe les changements socio-historiques profonds amenés par la colonisation et ses répercussions qui se sont fait sentir pendant de nombreuses générations. Quant aux facteurs proximaux, ce sont les causes immédiates du suicide, comme la rupture d'une relation ou une autre crise personnelle et des facteurs facilitateurs (la disponibilité, l'accès facile, de l'alcool, des drogues et des armes à feu) qui augmentent le risque d'un acte impulsif et la létalité des tentatives de suicide.

Figure 6-1) Modèle intégratif des origines ou causes du suicide\*



\*Adapté en partie de Shaffer et coll., 1988.

Ce modèle analytique sur le suicide fait ressortir le rôle central qu'exercent les facteurs socio-historiques généraux dans la situation difficile qu'affrontent les Autochtones d'aujourd'hui. Même si bon nombre d'auteurs ont accusé le changement culturel rapide d'être une cause de démoralisation et de détresse, le changement culturel en soi n'est pas préjudiciable et il n'entraîne pas toujours une perte de culture traditionnelle.

Quoiqu'il en soit, pour une grande partie de leur histoire depuis le contact avec les colonisateurs européens, les collectivités autochtones ont subi les forces de la répression, attaquées qu'elles ont été dans leurs fondements pour être finalement anéanties. Ces actes de violence ont laissé leur empreinte sur beaucoup de groupes autochtones et ils ont grandement limité les possibilités d'adaptation au changement culturel. Les effets oppressifs de la colonisation, de la marginalisation, de l'assimilation forcée et de la forte répression et du dénigrement contre les cultures et les identités autochtones par l'intermédiaire de programmes parrainés par l'État comme le régime des pensionnats et le placement systématique d'enfants hors des réserves et des nations, ont causé des blessures profondes aux familles et les ont gravement perturbées, ce qui a eu des effets dévastateurs sur les jeunes autochtones dans beaucoup de collectivités.

Le modèle présenté ne donne bien évidemment qu'un aperçu de l'évolution complexe des processus historiques, sociaux et psychologiques et, forcément, il simplifie le réseau très dense des relations. En faisant le schéma conceptuel d'un seul scénario ou cheminement, le modèle en question ne tient pas compte de la grande diversité des collectivités autochtones tant sur le plan social que sur le plan de l'histoire culturelle et de leurs circonstances actuelles. Le taux de suicide varie considérablement, ainsi que d'autres indicateurs de la santé mentale, parmi les collectivités autochtones, témoignant ainsi de leur histoire différente et de la façon particulière dont elles ont relevé les défis continuels.

De plus, malgré l'histoire marquée par la répression brutale, le contact entre les cultures a tout de même donné lieu à des échanges et à un dialogue continu au cours desquels les cultures et les valeurs des Autochtones ont de plus en plus exercé une influence significative sur la société euro-canadienne. En fait, l'incidence des valeurs autochtones semble s'être accrue au cours des dernières années grâce aux efforts politiques et à l'exposition offerte par les médias, localement et internationalement, alors que d'autres cultures en viennent à reconnaître les limitations et les conséquences néfastes des valeurs euro-américaines prônant l'individualisme et le matérialisme. D'autre part, les Autochtones sont activement engagés dans la recherche de nouveaux modes de vie et d'une identité qui harmonisent les caractéristiques de la culture traditionnelle avec des éléments puisés dans la culture de la société dominante et la culture mondiale.

Le processus final commun qui mène au suicide est associé à un désespoir profond et au désir d'échapper à une souffrance psychique interminable (Schneidman, 1993). Dans le cas des jeunes autochtones, cette désespérance, cette souffrance et cette détresse profondes résultent de la confluence de troubles psychiatriques ou psychologiques et de problèmes existentiels qui découlent directement d'un changement culturel trop rapide, de la répression du savoir traditionnel, de l'histoire et de l'identité culturelles, de même que du racisme qui perdure, de la discrimination et de la position de désavantage économique dans la société dominante. Ces problèmes nécessitent qu'on effectue des analyses et des interventions aux niveaux social et politique. Le fait que la documentation du domaine de la santé mentale centre généralement l'attention sur les problèmes et les solutions individuels ne devrait pas éclipser le besoin d'avoir une perspective plus large sur le suicide chez les Autochtones.

## Adaptation des pratiques en prévention destinées aux populations autochtones

Le concept de « meilleures pratiques » est de plus en plus traité dans l'optique de la prévention du suicide. Cette notion de pratiques exemplaires suppose qu'il existe de solides assises permettant de choisir parmi les options possibles et d'identifier les approches susceptibles de donner le meilleur résultat. Bien que ces meilleures pratiques soient parfois considérées comme des normes générales, elles peuvent varier d'un environnement à l'autre. Idéalement, les meilleures pratiques en prévention du suicide et en promotion de la santé devraient avoir démontré une efficacité indiscutable dans des milieux semblables aux environnements ayant des besoins à combler, être réalisables compte tenu des ressources disponibles et bien correspondre aux préoccupations sociales, culturelles et politiques. En réalité, l'efficacité et l'efficience réelles de la plupart des interventions en matière de prévention du suicide restent incertaines. Les études existantes proviennent souvent de vastes centres urbains qui sont bien différents du contexte de bon nombre de collectivités autochtones. Peu d'efforts ont été faits pour adapter ces interventions aux particularités sociales et culturelles des communautés autochtones. Devant la limitation de l'information disponible, la décision de ce qui constitue une « meilleure pratique » devient un choix pragmatique parmi des options possibles qu'on fait en s'appuyant sur le consensus d'experts et sur un examen consciencieux du contexte spécifique des collectivités autochtones.

Bien que beaucoup de buts et d'objectifs des pratiques normalisées en prévention du suicide sont pertinents et appropriés pour les collectivités autochtones, une grande partie requiert une certaine modification ou un nouvel examen afin de correspondre aux réalités sociales et culturelles auxquelles sont confrontées les communautés. Vous trouverez en appendice A les programmes présentés au chapitre 5 qui sont considérés applicables à la situation des Autochtones au Canada du fait qu'ils ont été élaborés par et pour des collectivités autochtones ou ont été adaptés pour ces collectivités avec l'aide des gens de la communauté concernée. En dépit de tous ces efforts, il y a bien des particularités des collectivités autochtones qui peuvent rendre l'adaptation ou la création de programmes de prévention du suicide une entreprise difficile. Les modèles de services de santé mentale et de formation professionnelle conçus dans de vastes environnements urbains occupés par une population euro-canadienne nécessitent d'être systématiquement repensés pour être adaptés et appliqués dans une grande diversité de contextes autochtones. Ce qu'on entend par des caractéristiques ou des éléments distinctifs des collectivités et des populations autochtones qui peuvent influencer sur l'efficacité de tout programme spécifique de prévention, ce sont notamment la taille et la localisation des communautés, l'absence de services de santé mentale, le manque de professionnels autochtones, la difficulté de garder l'anonymat et d'assurer la confidentialité et la diversité culturelle et linguistique.

### Taille et localisation des collectivités

Un grand nombre d'Autochtones vivent dans de petites collectivités qui sont géographiquement éloignées des grands centres urbains. La distance cause des problèmes concernant la disponibilité des ressources et le transport; des communautés ont par le fait même moins de ressources humaines et de ressources matérielles pour des services de médecine et des services sociaux; c'est ainsi que des fonctions multiples sont exercées par un petit nombre de personnes. De plus, l'éloignement de certaines communautés peut susciter des sentiments d'isolement et d'incertitude identitaire chez les jeunes. Sur le plan pratique, l'hospitalisation et la prestation d'un suivi ou de post-intervention sont difficiles à mettre en route. Le lieu géographique de bon nombre de collectivités autochtones va de pair avec des valeurs culturelles qui mettent au premier plan des relations étroites avec la nature et les saisons, ce qui façonne la perception de soi, et influence la façon de voir la communauté/société.

Approximativement la moitié de la population autochtone vit dans des centres urbains (Statistique Canada, 2003), les Autochtones étant très dispersés au sein de la population générale; toutefois, beaucoup se regroupent en enclaves ethniques. Il y a aussi une grande hétérogénéité dans la population autochtone urbaine en fait d'héritage culturel, de statut socio-économique, de niveau d'études, d'emploi, et du nombre d'années passées en milieu urbain. Il reste cependant que la pauvreté régnant dans les centres-ville, le taux de chômage, le racisme et les problèmes sociaux qui y sont associés, sont des préoccupations très réelles dans la plupart des grandes villes canadiennes, particulièrement dans les provinces de l'Ouest. Dans certaines villes, une forte proportion des sans-abri sont des Autochtones; des adolescents autochtones à risque élevé deviennent beaucoup trop souvent des jeunes de la rue à un âge précoce et ils sont surreprésentés dans le commerce de la drogue/industrie du sexe. Même si la plupart des grandes villes ont des centres d'amitié ou d'accueil, des logements et d'autres ressources pour les Autochtones, ces services ne sont pas suffisamment financés, ni intégrés efficacement à d'autres services de santé mentale et de services sociaux. La population autochtone urbaine peut avoir des besoins distincts concernant le soutien social et les soins de santé. Cependant, des initiatives récentes au niveau fédéral, provincial et régional, comme l'Initiative nationale pour les sans-abri et la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, dont le but est d'améliorer les conditions de logement et les services aux Autochtones, ont commencé à prendre des mesures en fonction de cette complexité, mais aucune solution ne saurait répondre à la diversité des besoins des populations autochtones urbaines.

### Accessibilité des services

[TRADUCTION] Même dans le cas des services de counselling qu'on obtient en passant par l'hôpital, il faut être recommandé par un médecin et il y a une longue liste d'attente avant d'obtenir un rendez-vous et une consultation avec un conseiller. Et si on a un problème qui survient maintenant, attendre trois semaines avant de voir un conseiller, ce n'est pas une bonne solution (jeune de Première Nation).

Pour des raisons d'ordre géographique, historique et économique, il y a un manque de ressources disponibles dans beaucoup de communautés en ce qui concerne les programmes de santé mentale. Effectivement, une grande partie des collectivités ont une accessibilité limitée aux services de santé mentale, qui sont pour la plupart couverts par les « services de santé non assurés » administrés par la Direction générale des services de santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada (Groupe consultatif sur la prévention du suicide, 2003). La majorité de ces services de santé mentale sont dispensés par des cliniciens en soins de santé primaires (personnel infirmier et omnipraticiens) ou par des intervenants communautaires.

L'équipe de soins de santé primaires et les aidants doivent être formés pour être capables de dépister et de traiter des personnes suicidaires. L'empressement ou la disponibilité nécessaire pour reconnaître les problèmes repose en partie sur l'assurance du clinicien d'avoir la capacité de traiter comme il convient. Ces compétences permettant de dispenser un traitement approprié sont particulièrement importantes dans le cas du personnel infirmier praticien/de première ligne et des médecins de famille (omnipraticiens) qui travaillent dans des collectivités éloignées où il n'existe que très peu de connaissances spécialisées en santé mentale. Des domaines d'intervention spécifique applicable en cas de suicide doivent faire l'objet de cette formation complémentaire en approches thérapeutiques, comprenant notamment le traitement de la dépression majeure, de troubles anxieux, d'abus des substances psychoactives, de violence familiale et d'abus sexuel.

Des intervenants en santé mentale dans des établissements ou réserves éloignés peuvent éprouver plus de solitude que leurs homologues oeuvrant dans les villes. En plus, ils doivent assurer le fonctionnement sans pouvoir compter sur le renfort d'autres professionnels et de ressources requises pour affronter les situations critiques et assurer les interventions d'urgence (p.ex., des milieux protégés, consultation psychiatrique, programmes d'hôpitaux de jour, intervention auprès de la famille). Malheureusement, il arrive souvent que des divisions arbitraires et un manque de communication entre l'école, les services sociaux et le personnel des services de santé, même dans de petites communautés, entravent le bon fonctionnement. Il faut prendre des mesures pour remédier à cette situation d'isolement et de fragmentation des services afin d'assurer du soutien aux intervenants et la continuité du traitement.

### **Offre ou disponibilité de travailleurs autochtones en santé mentale**

Peu d'Autochtones ont eu la possibilité de poursuivre de la formation spécialisée en santé mentale. La situation change et une nouvelle génération d'aidants est en train de s'imposer, capables de fusionner les connaissances en santé et la démarche de guérison propre aux Autochtones avec les dimensions les plus utiles et pertinentes de la psychiatrie et de la psychologie. Toutefois, il se peut que des incompatibilités et des contradictions entre la médecine traditionnelle (biomédecine) et les façons locales (du milieu communautaire) de comprendre la détresse et la guérison surviennent; par conséquent, il faut établir des modèles d'intégration ou de résolution de conflits.

Vu le manque d'intervenants qualifiés en santé mentale dans bon nombre de collectivités autochtones et l'importance cruciale des connaissances linguistiques et culturelles en traitement, il est essentiel de rendre accessible les programmes de formation aux travailleurs de la communauté, aux guérisseurs, aux ecclésiastiques ou des représentants d'ordre religieux et d'autres « aidants naturels ». La formation professionnelle peut être adaptée aux besoins et perspectives de ces groupes, de sorte que les personnes concernées seront aptes à offrir divers types d'intervention d'appui et pourront assister au besoin des professionnels.

### **Protection de la vie privée et confidentialité**

[TRADUCTION] Je ne sais pas trop comment cela pourrait fonctionner, mais l'idée d'être approché, que c'est plus facile de parler à un étranger qu'à quelqu'un qui, bien, qui n'est pas étranger, mais qu'on connaît; une personne qu'on ne connaît pas personnellement, je suppose, que c'est plus facile de lui parler. Alors, si d'une manière ou d'une autre, il y a un tel programme d'organisé là où tu es, vas-y et rencontre cette personne qui est là pour toi, cette personne que tu ne connais pas vraiment, pas personnellement, et cela pourrait être réellement aidant (jeune de Première Nation).

En raison de la taille de la communauté, des liens familiaux, de même que de l'histoire commune, il y a peu de possibilités pour ce type de protection de la vie privée et de la confidentialité qui fait partie du rôle des professionnels de la santé mentale ou des services sociaux dans les grandes villes. La confidentialité vise des objectifs d'ordre éthique (déontologique) et pratique : c'est l'assurance d'offrir aux clients l'intimité, la protection, le secret qu'ils réclament s'ils veulent aborder des sujets potentiellement embarrassants ou stigmatisants et aussi de permettre à la personne aidante/prestataire d'aide d'avoir du répit, de ne pas être constamment « prise par son emploi ». Dans de petites communautés, les aidants sont souvent liés d'une façon ou d'une autre aux personnes à qui elles viennent en aide et ils n'ont aucun moyen de se retirer pendant

---

un certain temps de leur rôle. De plus, cette situation peut entraîner un conflit d'intérêts, devenir intenable, et conduire à un état d'épuisement ou de stress émotionnel.

### Diversité culturelle et linguistique

La langue est le transmetteur de la culture; c'est pourquoi bien des gens sont plus facilement en contact étroit avec leurs émotions et leurs pensées intimes dans leur langue maternelle ou la langue courante au quotidien. Pour être vraiment efficace, l'aide apportée devrait être offerte dans une langue permettant à la personne concernée d'être à l'aise et tenir compte de l'héritage culturel et du milieu social. Peu de professionnels de la santé ont fait l'effort d'apprendre à parler les langues autochtones et peu d'information diffusée a été traduite. Rarement a-t-on vu des interprètes recevoir de la formation systématique de l'interprétation en santé mentale, ni des professionnels formés pour être aptes à travailler avec des interprètes. La traduction ne consiste pas seulement à rechercher l'équivalent approximatif de mots, mais plutôt à découvrir et à bien comprendre les différentes connotations des mots et leurs significations culturelles particulières afin de transmettre efficacement le message.

La culture est une préoccupation centrale d'une portée plus grande que la langue, qui comprend des modèles conceptuels sur la façon dont les gens fonctionnent, des modes d'interaction sociale et des valeurs fondamentales; ces éléments constitutifs de la culture sont cruciaux pour tout programme de santé mentale. La culture n'est pas seulement une tradition étant donné que toutes les collectivités évoluent et changent pour s'adapter aux nouvelles réalités. À titre d'exemple, la spiritualité autochtone et les nouvelles manifestations du christianisme ou d'autres religions sont toutes importantes pour la composition multiculturelle complexe de nos sociétés contemporaines. Ces modes de vie influent à la fois sur la façon d'exprimer la souffrance et sur la démarche de guérison (Adelson, 2000; O'Neil, 1996). Pour être en mesure de composer avec la diversité croissante dans les communautés, il faut organiser des échanges continus entre prestataires de la santé et rendre accessibles une grande diversité de méthodes d'aide.

Certaines formes de psychothérapie ou d'autres interventions en santé mentale destinées à des personnes à risque élevé peuvent ne pas correspondre à des valeurs traditionnelles autochtones ou à des réalités contemporaines propres à la vie dans un établissement ou une réserve. Le réseau familial et social, ainsi que les approches qui misent sur cette dimension, peuvent cadrer davantage avec la culture autochtone, particulièrement s'ils s'élargissent pour intégrer certaine notion d'interdépendance de la personne et de son environnement (LaFromboise, 1988; Fleming, 1994). Il est essentiel d'engager activement des Aînés respectés comme conseillers et soignants /aidants naturels dans l'élaboration de méthodes de counselling et de techniques connexes en psychothérapie afin de pouvoir se doter de traitements adaptés à la culture qui contribueront également à valoriser et à renforcer un sentiment d'identité collective (Duran et Duran, 1995).

Les notions de spiritualité autochtone sont au coeur de la renaissance des méthodes de guérison traditionnelles (Absolon, 1994; Mawhiney, 1993; Dion Stout, 1994; Young, Ingram et Swartz, 1989). Après des siècles de forte répression exercée par les institutions religieuses, éducatives et gouvernementales, les valeurs traditionnelles sont reconquises. Quant aux pratiques de guérison traditionnelles, elles recourent à la spiritualité en s'appuyant sur la relation entre la souffrance des personnes et la santé de la communauté toute entière. Dans cette optique, le suicide est considéré comme étroitement associé à d'autres formes de maladies de l'esprit; l'objectif de la démarche de guérison est alors de rétablir l'équilibre des dimensions physique, mentale, émotionnelle et spirituelle de l'être/du moi et de la communauté (Dion Stout, 1994).

Bien que beaucoup de gens comprennent de façon intuitive et expérientielle le terme « spirituel », il existe des interprétations bien précises en fonction de différents contextes sociaux (Waldram, 1993). L'importance accordée à la promotion des valeurs spirituelles et de la guérison ne peut pas se limiter à être un moyen de pallier ou régler des symptômes, des comportements ou des séquelles, étant donné que ces valeurs spirituelles et cette démarche de guérison constituent l'élément essentiel de la reconstitution et de la revitalisation actuelles de l'identité autochtone, tant au niveau individuel qu'au niveau communautaire.

### **Rapidité du changement culturel et social**

Comme nous en avons traité en détail au chapitre 4, le fait le plus marquant de l'histoire récente de la majeure partie des collectivités autochtones a été la rapidité avec laquelle les changements culturels et sociaux sont survenus. Toute cette transformation a été en grande partie imposée par les gouvernements et d'autres forces hors du contrôle des Autochtones. Au cours des dernières années, de nouvelles technologies des communications et du transport ont introduit les réalités de la globalisation même dans les collectivités éloignées. Des changements aussi rapides ont mis l'identité des Autochtones à l'épreuve et ils ont eu pour résultat de creuser un fossé profond entre les jeunes, les adultes et les Aînés. Beaucoup de jeunes peuvent s'identifier à la culture planétaire de la jeunesse, dont le vecteur est la télévision et l'Internet, se sentir plus près d'elle qu'ils le sont de leur famille et de leur communauté.

### **Lignes directrices concernant les « meilleures pratiques » en prévention du suicide**

Cette section fait le résumé des lignes directrices permettant de développer de meilleures pratiques pour des programmes de prévention du suicide adaptés aux particularités des communautés ou populations autochtones spécifiques. La Figure 6-2 donne un aperçu des principaux volets ou niveaux d'intervention à intégrer à un programme complet de prévention du suicide.

Figure 6-2) Niveaux d'intervention en prévention du suicide

### Développement communautaire

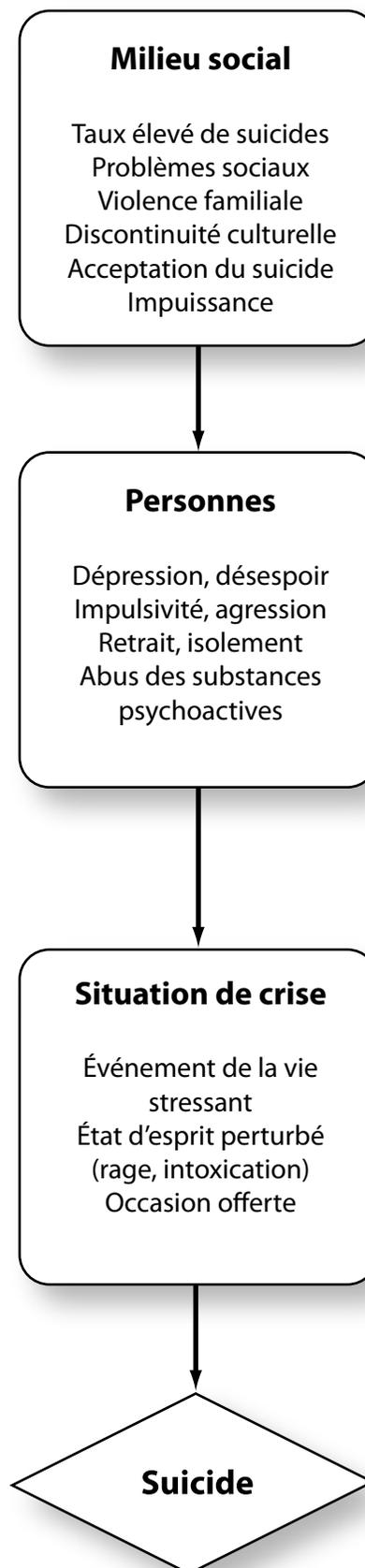
- \* Éducation concernant la santé mentale et le suicide
- \* Organisation d'un comité de prévention du suicide
- \* Développement communautaire
- \* Renouveau culturel, continuité
- \* Programmes pour les jeunes - Aînés - familles
- \* Gestion/prise en charge locale des institutions
- \* Autonomie/habilitation politique
- \* Emploi et activités de loisirs pour les jeunes

### Identification des personnes vulnérables et prestation d'aide à leur intention

- \* Acquisition de compétences fonctionnelles/préparation à la vie, formation donnée par l'école
- \* Dépistage des jeunes à risque
- \* Formation d'« anges-gardiens », réseaux d'aiguillage
- \* Counselling par les pairs
- \* Guérison traditionnelle
- \* Services de santé mentale
- \* Programmes de rétablissement pour la toxicomanie
- \* Hospitalisation

### Intervention de crise

- \* Ligne d'écoute d'aide en cas de crise
- \* Équipe d'intervention d'urgence ou centre de crise
- \* Lieu sécuritaire - refuge
- \* Formation offerte à la police et aux premiers répondants
- \* Surveillance et soutien aux personnes sous garde
- \* Éducation concernant l'usage d'armes à feu et contrôle
- \* Contrôles exercés sur la consommation d'alcool et de substances psychoactives
- \* Équipe de post-intervention en matière de prévention du suicide



## Orientation générale

La prévention du suicide devrait être considérée comme partie intégrante d'une stratégie de grande portée, à multi-facettes, de promotion de la santé mentale qui relèverait de la responsabilité de la collectivité toute entière, de la Première Nation ou de la région. Dans *Choisir la vie: Un rapport spécial sur le suicide chez les autochtones*, la Commission royale sur les peuples autochtones (1995) a affirmé que seule une approche globale en prévention du suicide permettra d'améliorer la situation dans les collectivités autochtones. Une approche de cette nature comprend des plans et des programmes qui :

- ✦ assurent des services en cas de crise ou de suicide;
- ✦ appuient des mesures préventives générales (s'appliquant à l'ensemble) et le développement communautaire;
- ✦ comblent des besoins à long terme pour assurer l'autodétermination, l'autonomie ou autosuffisance et la guérison (Commission royale sur les peuples autochtones, 1995).

Pour avoir de fortes chances d'opérer de réels changements, la conception d'une stratégie de prévention du suicide sera mieux appuyée si elle s'inscrit comme stratégie de promotion de la « santé mentale » ou du « mieux-être communautaire ». En fonction de ce postulat, voici les lignes directrices générales concernant une stratégie de prévention du suicide :

- 1) Les membres de la communauté devraient mettre en oeuvre eux-mêmes les programmes, en avoir la propriété et en être responsables. Ces programmes devront incorporer les normes et les valeurs de la culture autochtone. Même s'il est crucial que les solutions soient conçues par la population locale au lieu d'être imposées par des organismes externes, il reste toutefois que de l'aide provenant de ces derniers pourrait être utile et ne devrait pas être refusée s'il y a possibilité de négocier un partenariat significatif.
- 2) La prévention du suicide devrait être la responsabilité de la communauté au complet, ce qui nécessite l'appui et la solidarité entre les familles, les groupes religieux, les dirigeants politiques ou autres. Étant donné toute l'importance attribuée à la communauté, il faut qu'il y ait une étroite collaboration parmi les services de santé, d'éducation et d'autres services communautaires et le gouvernement local. Les structures bureaucratiques qui se sont développées au sein du gouvernement et des services urbains sont fragmentées et parfois concurrentielles. Ce mode de fonctionnement peut avoir des effets désastreux dans les collectivités autochtones, non seulement à cause du manque de continuité du traitement dans le cas de personnes vulnérables, mais également en raison de l'effet démoralisateur du manque d'intégration dans l'ensemble de la communauté.
- 3) La priorité accordée aux enfants et aux jeunes gens (jusqu'à la fin de leur vingtaine) est cruciale et cette orientation suppose la participation et engagement de la famille et de la communauté.
- 4) Le problème du suicide doit être abordé à partir de plusieurs perspectives, englobant les dimensions biologiques, psychologiques, socio-culturelles et spirituelles de la santé et du mieux-être.
- 5) Des programmes ayant des objectifs à long terme devraient être établis en parallèle avec les services d'intervention d'urgence ou immédiate en cas de crise. Une approche globale appliquée au traitement du problème de suicide devrait être intégrée aux programmes plus vastes de promotion de la santé, d'éducation à la vie familiale, de développement communautaire et culturel et d'habilitation/autonomie politique.

- 6) L'évaluation des résultats de la stratégie de prévention est essentielle. Bien que la continuité/la permanence d'un programme est généralement considérée comme indicateur de sa réussite, il est toujours important d'examiner le fonctionnement interne d'un programme et son incidence ou sa portée plus générale pour bien cerner ses répercussions inattendues ou préjudiciables.
- 7) La formation des intervenants communautaires pour la santé mentale en counselling individuel et familial (particulièrement appui ou assistance aux personnes en deuil), intervention sociale appropriée et concernant les méthodes de développement communautaire est essentielle.

### Planification et coordination

Un programme d'ensemble en matière de prévention du suicide requiert un groupe central de coordination afin de s'assurer de ne pas avoir de discontinuité dans le système et pas de dédoublement. Ce groupe devrait comprendre des représentants des principaux secteurs de la communauté : des jeunes, des Aînés respectés, des prestataires de services, des professionnels (de la santé, des services sociaux et de l'éducation), des membres du gouvernement local et d'autres. Afin de bien mettre à contribution les forces de toutes les personnes concernées, il faudrait préconiser la collaboration interorganisation, de sorte qu'une stratégie de portée générale répondant aux besoins changeants des personnes et de la communauté s'ensuivra. Ensemble, membres et communauté peuvent établir ou adapter des programmes qui correspondent à la nature véritable de la collectivité. L'effet immédiat d'une collaboration de ce type sera une intervention coordonnée de prévention du suicide. Quant aux effets à long terme, cette stratégie contribuera au renforcement de la collectivité et de l'identité culturelle, de même qu'à l'émergence d'une prise en charge locale, ce qui améliorera la santé à la fois des personnes et des communautés.

Ce groupe de coordination devrait également assurer la liaison et superviser l'équipe de recherche qui pourra aussi aider à concevoir et à mener la démarche d'évaluation des activités et des programmes de prévention.

### Prévention

Des stratégies de prévention primaire du suicide destinées aux collectivités autochtones devraient comporter les activités suivantes :

- 1) Du counselling par les pairs, ce qui veut dire la formation d'un groupe de jeunes en vue de l'acquisition des compétences de base d'écoute et d'aide et l'identification de ces jeunes comme personnes ressources pour d'autres jeunes en situation de crise.
- 2) Un programme scolaire qui incorpore l'acquisition de connaissances sur la santé mentale positive, la reconnaissance ou identification des signes précurseurs de suicide, la consommation de substances psychoactives et le traitement d'autres problèmes comme les troubles graves liés à la santé mentale, de même que l'héritage culturel comme source d'adaptation ou de réactions saines face à des situations stressantes.
- 3) Des programmes de loisirs et de sports à l'intention des enfants et des jeunes gens qui visent à contrer l'ennui et l'aliénation, ainsi qu'à favoriser le soutien entre pairs et le renforcement du sentiment d'appartenance.

- 4) Des séances/ateliers sur l'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle/de compétences psychosociales, la résolution de problèmes et la communication à l'intention d'enfants et de jeunes gens; de jeunes conseillers sont capables de dispenser une grande partie de ces connaissances, pouvant, par le fait même, servir de modèles de rôle positifs.
- 5) Des ateliers liés à l'éducation à la vie familiale et à des compétences parentales (rapports parents-enfants) à l'intention des nouveaux parents et des adultes.
- 6) Groupes de soutien pour les personnes et les familles à risque (p.ex., des jeunes mères, des toxicomanes en voie de rétablissement, des ex-délinquants qui sont de retour dans leur communauté après avoir fait de la prison).
- 7) Des programmes et activités culturels pour la communauté en général (p.ex., consignation, enregistrement et transmission des traditions des Aînés, campement dans la nature (forêt), fêtes/festins ou cérémonies rituelles, cours de langue autochtone).
- 8) Collaboration entre les intervenants communautaires en santé, services sociaux et éducation pour promouvoir l'intégration des services.
- 9) Formation en promotion de la santé mentale et sensibilisation aux facteurs de risque de suicide dispensées aux aidants professionnels et non-professionnels.
- 10) Tenue de rencontres publiques pour favoriser la communication en offrant aux membres de la collectivité des possibilités leur permettant d'exprimer leurs préoccupations et leurs intérêts (p.ex., rencontres et réunions du conseil local ou pour l'ensemble de la communauté).

Même si beaucoup de ces activités et de ces programmes peuvent être mis en oeuvre par l'école ou la clinique/centre, l'établissement d'un centre communautaire d'accueil/de consultation, une sorte de halte, où les activités auraient lieu pourrait grandement faciliter la réalisation du programme d'activités.

### **Intervention**

Les types de programmes et de services suivants répondent aux besoins d'intervention auprès de personnes à haut risque de suicide et devraient faire partie intégrante d'une stratégie de prévention globale :

- 1) Formation des prestataires de soins de santé primaires (p.ex., personnel infirmier, médecins, travailleurs sociaux, etc.) en dépistage du risque de suicide et en intervention d'urgence, de même qu'en traitement de la dépression, de troubles anxieux, d'abus des substances psychoactives et d'autres troubles psychiatriques.
- 2) Établissement d'une ligne d'écoute et d'aide (tel-aide) régionale dont le siège serait hors de la communauté afin d'assurer la confidentialité; cependant, les intervenants devraient avoir une bonne connaissance de la communauté afin de bien répondre ou de faire face adéquatement à la situation et d'avoir des contacts avec des gens de la communauté prêts à intervenir rapidement s'il y a lieu.
- 3) Établissement d'un centre d'intervention d'urgence ou centre de crise dans la communauté ou une communauté avoisinante afin d'offrir un lieu sécuritaire, « un espace d'isolement » et une possibilité

d'intervention intensive. Ce centre peut être doté de personnel composé d'aidants non professionnels et de « grands frères » ou de « grandes soeurs » ayant accès au besoin à des professionnels pour les aider.

- 4) Accessibilité immédiate à des services d'urgence-crise pour des personnes à risque aigu. Ces services de secours doivent non seulement répondre aux besoins des jeunes en détresse eux-mêmes, mais aussi à ceux des réseaux familiaux et sociaux (Stewart, Manion et Davidson, 2000). Thérapie familiale et interventions du réseau social qui correspondent aux valeurs centrées sur la famille et la communauté de beaucoup d'Autochtones (Thompson, Walker et Silk-Walker, 1993).
- 5) Établissement de services d'évaluation et d'intervention destinés aux parents des jeunes à risque (p.ex., des interventions individuelles, adressées au couple ou à la famille, axées sur la consommation de substances psychoactives, la violence familiale, les effets ou séquelles des expériences vécues au pensionnat, les transplantations, etc.).

Il peut s'avérer difficile d'offrir ces services d'une façon continue dans des collectivités éloignées. L'application de la télésanté peut compenser les limitations de ressources locales (Jong, 2004; Muttit, Vigneault et Loewen, 2004), de même que l'instauration d'équipes régionales d'intervention en cas de crise capables d'appuyer les gens de la communauté et d'oeuvrer en collaboration avec eux (Debruyne et coll., 1988).

### Post-intervention

Il y a grand besoin d'un suivi régulier auprès de la famille et des amis qui ont vécu la perte par suicide afin d'identifier et d'aider les personnes à risque de suicide. Comme le tissu des relations sociales est serré dans les collectivités autochtones et de nombreux jeunes sont aux prises avec des situations difficiles semblables, le suicide survient souvent en série. Par conséquent, il est impératif d'établir une équipe d'intervention en cas de crise apte à intervenir s'il y a épidémie de suicides. Cette mesure peut être prise localement et l'équipe formée peut obtenir le cas échéant l'assistance d'une équipe régionale dotée de ressources additionnelles (Debruyne, Hymbaugh et Valdez, 1988). Les centres aux États-Unis, *U.S. Centers for Disease Control and Prevention* ont élaboré des lignes directrices en matière d'intervention communautaire dans le cas de séries de suicides (O'Carroll et coll., 1988). En bref, voici ce que ces lignes directrices proposent :

- 1) Une collectivité devrait revoir ces recommandations et élaborer son propre plan avant l'apparition d'une série de suicides.
- 2) L'intervention en situation de crise devrait mobiliser tous les secteurs concernés de la communauté :
  - i) un comité de coordination formé de personnes préoccupées ou concernées provenant de l'école, de l'Église, des services de santé, du gouvernement, du maintien de l'ordre (police), des aidants, etc.; et
  - ii) un organisme hôte qui assurerait la coordination des réunions, de la planification et l'intervention comme telle pendant la période de crise.
- 3) Des personnes ressources communautaires pertinentes devraient être identifiées, notamment l'hôpital, les services médicaux d'urgence, l'école, le clergé, les groupes de parents, la ligne d'écoute et d'aide pour les personnes à risque de suicide, les étudiants, la police, les médias et les représentants d'organismes qui ne siègent pas au comité de coordination.

- 4) La stratégie d'intervention devrait être établie au moment où une série de suicides survient ou si on identifie un ou deux décès par trauma qui peuvent avoir un retentissement chez des adolescents, susciter un choc émotif.
- 5) La première étape dans le cas où l'intervention d'urgence est nécessaire est de communiquer avec tous les groupes concernés et veiller aux préparatifs.
- 6) Évitez de faire l'apologie ou de glorifier les victimes de suicide et minimisez le sensationnalisme.
- 7) Les personnes à risque élevé devraient être identifiées et avoir au moins un entretien de dépistage avec un conseiller qualifié et, s'il y a lieu, être renvoyées pour poursuivre le counselling de façon plus poussée.
- 8) La circulation ou diffusion d'informations en temps utile, exactes, appropriées devrait être faite par les médias.
- 9) Des éléments de l'environnement qui pourraient accroître la probabilité d'autres tentatives de suicide devraient être identifiés et changés.
- 10) Des problèmes de longue durée, persistants, que la nature de l'épidémie de suicides laisse entrevoir devraient être traités.

Les médias nationaux et locaux assument leur responsabilité d'apporter une très grande attention à la couverture d'événements touchant le suicide en adhérant à un code de conduite (Commission royale sur les peuples autochtones, 1995). Des lignes directrices concernant la couverture du suicide par les médias sont disponibles et utilisables facilement (p.ex., American Foundation for Suicide Prevention, 2001; Youth Suicide Prevention Program, n.d.). Le comportement suicidaire ne doit pas être dramatisé, ni lui prêter un caractère romanesque; aucun détail sur les méthodes utilisées ne devrait être fourni. De l'information sur les ressources disponibles en prévention du suicide et d'autres moyens de composer avec la détresse devraient toujours accompagner la nouvelle du suicide rapportée par le média (Commission royale sur les peuples autochtones, 1995). Ces informations peuvent être présentées sous forme de commentaires faits par des personnes auparavant suicidaires, mais ayant obtenu de l'aide ou par des aidants/intervenants spécialistes pouvant offrir leur aide (Commonwealth Department of Health and Family Services, 1997). Les médias peuvent contribuer à la prévention du suicide en présentant des images positives de la culture autochtone et des exemples de réussite sur le plan d'adaptation ou de réponse face à des situations stressantes et de développement communautaire.

### Évaluation

Dès le point de départ, une stratégie d'évaluation devrait être établie parallèlement à l'élaboration du programme. Si nécessaire, cette démarche peut être faite en partenariat avec des chercheurs universitaires ayant l'expertise requise. Pour obtenir plus d'informations, il existe deux guides sur l'évaluation dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits (se reporter à Santé et Bien-être social Canada, 1991; Holt, 1993).

La stratégie de prévention globale et ses principales composantes devraient être systématiquement évaluées en fonction de quatre grands aspects :

- 1) efficacité à réduire le suicide et à améliorer la santé mentale;
- 2) faisabilité pragmatique et rapport coût-efficacité;
- 3) processus de mise en application et évolution;
- 4) incidence sociale et culturelle générale.

Les résultats de l'évaluation continue peuvent concourir à identifier des aspects utiles ou négatifs de la stratégie, cerner des lacunes ou de nouvelles possibilités pour la prévention et améliorer les programmes.

Comme mesures distinctes et diverses pour évaluer l'efficacité de la stratégie de prévention, on fait mention du taux de tentative de suicide et d'idéation suicidaire obtenu à l'aide d'enquêtes communautaires, de la fréquence du recours aux services par le biais des dossiers cliniques et d'autres moyens de mesure épidémiologiques en santé mentale et mieux-être. Comme résultats statistiques de base, on comprend le taux de mortalité par suicide, sexe et âge; l'information sur les méthodes appliquées; le taux de tentative de suicide est estimé par une enquête; et le taux d'hospitalisation par suite de tentative de suicide est indiqué par sexe et par âge.

L'évaluation de la faisabilité et du rapport coût-efficacité des programmes est importante pour identifier quels éléments sont les plus facilement transférables aux autres collectivités, de même que pour obtenir de l'appui financier à long terme afin d'assurer la continuité des efforts de prévention. Un processus d'évaluation qui fait l'examen de la façon dont un programme a été mis en oeuvre, des obstacles auxquels il a fait face et des solutions trouvées fournira une information essentielle pour faire progresser le développement du programme, de même que pour offrir une assistance éventuelle aux autres collectivités désireuses d'établir des programmes similaires.

Finalement, tout programme de prévention de portée générale comme ces lignes directrices le décrivent aura un profond retentissement sur la vie de la communauté, sur l'identité personnelle et collective, et permettra d'atteindre d'autres résultats sociaux et culturels (p.ex., économiques). Dans la mesure du possible, une analyse qualitative et quantitative de cette vaste incidence sociale ajoutera une dimension très importante et décisive aux efforts de prévention.

### Conclusion

Il est évident que nous ne pouvons pas attendre des résultats de recherche définitifs avant de prendre des mesures pour prévenir le suicide. D'autre part, il est urgent de répondre aux besoins d'études d'évaluation sur les programmes d'intervention dans les collectivités autochtones, étant donné qu'il se peut fort bien que des interventions bien intentionnées fassent plus de tort que de bien. Pour combler ce besoin, une brève liste de programmes recommandés qui offrent un point de départ pour l'établissement d'initiatives communautaires a été dressée. Ils accordent tous une place importante, une priorité, à la collectivité autochtone. Les particularités du type de programme recommandé sont : 1) un programme conçu pour la communauté et géré par la communauté; 2) adapté en partie, ou en tout, par la communauté; 3) vise à aider la communauté à se mobiliser dans le cadre d'une initiative de prévention conçue et mise en oeuvre par la communauté. Chaque programme a un volet évaluation. Finalement, les programmes sont de grande portée, permanents et accessibles pour quiconque veut en apprendre davantage à leur sujet.

Étant donné l'état peu avancé des connaissances sur ce qui fonctionne en prévention du suicide, la recherche doit continuer à exercer un rôle important. En fait, les études sur l'approche participative peuvent contribuer

directement à la prévention du suicide en renforçant les collectivités. Pour atteindre ces résultats bénéfiques, la recherche doit être menée en collaboration avec les collectivités afin de bien s'assurer de son bien-fondé et de sa sensibilité aux besoins locaux et aux perceptions. La Commission royale sur les peuples autochtones (1996b) et l'Organisation nationale de la santé autochtone (2003)<sup>13</sup> ont publié un code d'éthique pour la conduite de recherche en association avec les collectivités et les membres autochtones.

Généralement, le suicide est une réaction de la personne alors qu'elle se sent piégée dans une impasse, sans issue. Il faut presque toujours faire un effort pour échapper à la frustration constante, au deuil et à la douleur psychique intolérable (Schneidman, 1993). Par conséquent, la prévention du suicide doit empêcher qu'il y ait frustration, désespoir et souffrance insupportable sous toutes leurs formes toxiques et fournir d'autres moyens permettant de modifier ces circonstances intolérables ou d'y échapper. Dans bien des cas, pour y arriver, il faut recourir à la psychothérapie, à la médication ou à d'autres méthodes de guérison qui permettent de rétablir chez la personne le pouvoir d'agir, le sentiment d'autoefficacité et la confiance en soi. Dans le cas où la perte de tout espoir afflige des communautés entières, il reste cependant que cette approche individualisée peut être terriblement inadéquate. D'autre part, au lieu de transformer les collectivités autochtones en des « milieux thérapeutiques » où tout le monde se préoccupe de problèmes de santé mentale, il peut s'avérer plus efficace de s'attaquer directement aux problèmes sociaux qui touchent des générations entières de jeunes gens en appuyant le développement communautaire et l'autonomie ou l'habilitation politique. De cette façon, les jeunes gens évolueront avec leurs parents, leurs Aînés et leurs communautés pour passer de la position de marginalisation, d'impuissance et de pessimisme à celle de la relation d'égalité politique et sociale, de concertation et participation, de la créativité, de la confiance en soi et de l'espoir.

---

<sup>13</sup> Pour se renseigner sur ce sujet et d'autres sources, se reporter à : [www.mcgill.ca/namhr/resources/ethics/](http://www.mcgill.ca/namhr/resources/ethics/)

## Programmes de formation recommandés en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide

Le présent appendice présente en bref les programmes choisis dans le domaine de la prévention du suicide et de la promotion de la santé mentale chez les Autochtones. Ces programmes ont été choisis pour les raisons suivantes :

- 1) Le programme en question est centré sur la communauté autochtone, en ce sens qu'il est conçu et géré par la collectivité concernée, adapté en partie ou en totalité par la collectivité intéressée, ou il a pour but de mobiliser l'ensemble de la collectivité en fonction d'une initiative de prévention conçue et mise en oeuvre par la communauté.
- 2) Un volet évaluation en fait partie, cette démarche ayant déjà été effectuée ou se poursuivant sur une base continue ou étant intégrée à la planification du programme.
- 3) Les activités sont de portée générale (vaste gamme), permanentes et accessibles au moment même où quelqu'un veut en savoir davantage à ce sujet.

Bien que seulement quelques évaluations rigoureuses de ces programmes aient été effectuées, il y a toutefois bien des raisons pleinement justifiées de commencer à établir un programme de prévention complet, de grande portée.

### Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST)

ASIST est un atelier intensif de deux jours conçu par *Livingworks Education*, une société oeuvrant dans le domaine des services publics, qui vise à préparer l'ensemble des aidants ou prestataires de services (professionnels, paraprofessionnels, et non professionnels) à intervenir dans une situation de crise menant au suicide. ASIST est actuellement l'atelier d'intervention/prévention du suicide offert à très grande échelle, le plus généralement reconnu au monde. Ce programme de formation est établi depuis près de 25 ans, est multilingue et emploie plus de 3000 formateurs dans le monde entier. Cette session traite des attitudes et de la façon dont les dispositions ou états d'esprit influent sur le travail de l'aidant (un prestataire de services étant dans ce cas appelé à intervenir, — qu'il s'agisse d'un professionnel ou d'un bénévole — en prévention du suicide). L'atelier permet également aux intervenants de mieux comprendre le suicidant et d'apprendre à faire une évaluation du risque. Les participants ont la possibilité de se pratiquer à communiquer avec un sujet à risque, de mettre en application la technique du jeu de rôles leur permettant de suivre le modèle d'intervention enseigné à l'aide d'ASIST. Ils apprennent également à reconnaître les personnes à risque et à intervenir pour réduire le risque immédiat de suicide. ASIST est conçu pour aider tous les intervenants à devenir plus compétents, plus disposés et plus aptes à aider des personnes à risque. L'assurance que des aidants/prestataires de services compétents, bien préparés, peuvent aider à prévenir le suicide est fondamentale pour ce programme. Voici les cinq sections d'apprentissage :

- 1) *Préparation* – établit le ton, les normes et les attentes de l'expérience d'apprentissage.
- 2) *Mise en rapport* – sensibilise les participants à leurs propres attitudes à l'égard du suicide. Fait comprendre l'influence que les attitudes exercent sur la démarche d'intervention.

- 3) *Compréhension* – fait un examen général des exigences de l'intervention, de la réponse aux besoins de la personne à risque. L'objectif est de dispenser aux participants les compétences et les connaissances nécessaires pour reconnaître le risque et élaborer des plans sûrs visant à réduire le risque de suicide.
- 4) *Assistance* – présente un modèle d'intervention dans une situation de suicide. Les participants développent leurs compétences par le biais de l'observation et d'expériences supervisées de simulation en petits et grands groupes.
- 5) *Réseautage* – génère de l'information sur les ressources dans la communauté visée; encourage les participants à s'engager à transformer les ressources locales en réseaux d'entraide.

Les participants de ASIST reçoivent le manuel de ASIST, une carte d'aide et un cahier d'exercices. Même si le programme a été conçu au point de départ à l'intention de prestataires de services/aidants desservant la population générale, ASIST est utilisé à grande échelle dans les collectivités autochtones. Alors que l'information présentée est fondamentalement la même que celle présentée dans d'autres communautés, les formateurs oeuvrant auprès de groupes autochtones ont la compétence voulue pour adapter le matériel pédagogique afin qu'il soit pertinent pour la communauté visée. Des formateurs autochtones et non autochtones présentent en association cette session de deux jours du programme ASIST à l'intention des collectivités autochtones. La session ASIST a été évaluée plusieurs fois. *Livingworks Education* (auteurs du programme) offre des questionnaires d'évaluation. Les résultats indiquent une augmentation de la compétence du prestataire de services ou de l'intervenant et de son assurance à la suite de la session.

*Calgary Urban Aboriginal Suicide Prevention Committee II-PAA-TAA-PII (IPTP)*, une coalition d'organismes de services sociaux et de membres de collectivités autochtones, est un exemple de l'application de ce programme. Ce comité dispense de la formation et de la sensibilisation au sujet de la prévention du suicide à des membres de communautés autochtones en milieux urbains. Depuis ses débuts en 2003, l'IPTP a formé cinq formateurs autochtones pouvant faciliter la session ASIST. IPTP offre des sessions ASIST très subventionnées à la communauté autochtone locale. IPTP a aussi conçu une carte d'aide, offert des séances de sensibilisation de 2 heures à toute une diversité de communautés et de groupes locaux et est en train de concevoir un atelier d'une demi-journée sur le suicide à l'intention des Autochtones.

#### **Formation de 5 jours en prévention du suicide destinée aux collectivités autochtones**

Cette formation en prévention du suicide d'une durée de 5 jours a été élaborée sur demande de la Direction de la police nationale des Autochtones, Gendarmerie Royale du Canada (GRC), le *Suicide Prevention Training Program (SPTP)* [Programme de formation en prévention du suicide (PFPS)], une division du *Centre for Suicide Prevention*, l'a élaborée. Le Centre for Suicide Prevention ou Centre de prévention du suicide (Québec) est un organisme sans but lucratif qui se consacre à la prestation d'information, de recherche et de formation concernant la prévention du suicide.

Le *Suicide Prevention Training Program (SPTP)* a élaboré un atelier de cinq jours, flexible/adaptable permettant de traiter le problème de suicide dans les collectivités autochtones. Cette session de cinq jours a été présentée partout au Canada, dans chaque province et territoire. Bon nombre de ces séances de formation ont été menées comme partie intégrante d'une stratégie de prévention du suicide de la Direction de la police nationale des Autochtones de la GRC. Le SPTP a été choisi pour l'élaboration du programme de la GRC, devenant la première initiative nationale visant la réponse aux besoins de prévention du suicide

dans les collectivités autochtones. Même s'il y a un tronc commun ou un contenu de formation générale, chaque composante est conçue pour être adaptée aux besoins de la communauté concernée. La session est interactive et participative, comprenant des discussions en petit et en grand groupes, des vidéos, la pratique de jeux de rôle, des cercles de la parole et des séances de stratégie de groupe. Si approprié, des Aînés de la localité sont invités à venir parler des traditions locales et à mener des cérémonies. Les organisateurs de la session, les participants et des membres de la communauté sont aussi invités à insérer leurs traditions communautaires et leurs cérémonies aux cinq jours de formation. S'il y a lieu, les Aînés assurent la tenue des cérémonies d'ouverture et de clôture des séances. Dans certaines collectivités, il y a demande qu'un Aîné de la localité vienne parler des traditions, de la culture de la communauté, ainsi que de la vision ou conception de la vie chez les Autochtones, de la mort, du suicide et du deuil. Le cercle de la parole d'une journée est généralement co-facilité par un formateur de SPTP et un Aîné local. Cette session est conçue pour dispenser de la formation en intervention/prévention du suicide à des membres des communautés, pour les aider à mieux comprendre la démarche du deuil, de même que donner aux membres la possibilité de partager leurs propres sentiments de perte et leurs idées au sujet du suicide et d'autres problèmes dans leur communauté. Bien que le contenu du programme de formation soit adaptable, réétudié et actualisé avant chaque session, voici les principales composantes les plus souvent dispensées :

*Jour 1 et 2 : ASIST - Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide.* Les deux premiers jours sont consacrés à LivingsWorks/formation de SPTP ASIST. Les participants apprennent à reconnaître et à évaluer le comportement suicidaire, également de quelle façon assurer la gestion à court terme d'une situation de crise.

*Jour 3 : Séance d'aide après un stress causé par un incident critique ou un événement traumatisant.* Cette composante de la session est fondée sur la croyance que des prestataires de services, intervenants ou aidants, travaillant en première ligne, ont besoin d'avoir un réseau/des moyens leur permettant de composer efficacement avec le stress généré par leurs fonctions. On traite de sujets comme l'épuisement professionnel, l'identification des agents stressants et des stratégies pour combattre le stress.

*Sensibilisation culturelle et traditions.* Dans certaines collectivités, on demande qu'un Aîné de la communauté vienne parler des traditions, de la culture de la localité, de la vision ou de la conception de la vie chez les Autochtones, de la mort, du suicide et du deuil.

*Jour 4 : Cercle de la Parole.* Il est important de bien saisir à quel point les expériences de la vie influent sur la capacité d'être un aidant efficace. Cette pleine journée consacrée au cercle de la parole donne aux participants la chance d'explorer/de découvrir leurs sentiments et leurs craintes personnels au sujet du suicide dans un environnement très sûr et positif (appui).

*Jour 5 : Établissement d'une stratégie de prévention du suicide.* Il est essentiel que les communautés établissent des stratégies concrètes (des mesures pratiques) permettant de traiter et de redresser le taux élevé de comportement suicidaire. Ce segment introduit le concept de développement communautaire et encourage les groupes à examiner le problème des lacunes dans les services et d'élaborer un plan réalisable pour l'intervention/prévention du suicide.

La session de formation a été évaluée en 2000 par une source externe. Cette évaluation avait été planifiée pour satisfaire aux besoins divers des collectivités autochtones. Elle s'est tenue dans trois communautés qui avaient précédemment offert la session. Cette démarche a donné lieu à un cercle de partage au cours duquel

on a demandé aux membres des communautés de répondre à des questions spécifiques liées au suicide et à la prévention du suicide et portant sur la façon dont la session avait établi les correspondances voulues avec ces thèmes et les avait touchés eux-mêmes et leurs communautés. La rétroaction des participants a été enregistrée, transcrite et analysée au moyen de la technique de l'analyse de contenu, permettant ainsi aux voix des communautés de faire part de leurs commentaires sur l'efficacité de la session. L'évaluation sommative indique que les objectifs de la formation ont été atteints. Quant à l'évaluation de la formation offerte, les résultats ont indiqué qu'il fallait présenter plus de contenu pour susciter la participation des jeunes et, donc, un programme complémentaire de prévention destiné aux jeunes a été recommandé. Cette évaluation peut être obtenue sur demande auprès du *Centre for Suicide Prevention*.

### **White Stone : Formation pour la prévention du suicide chez les jeunes autochtones à l'intention de jeunes éducateurs**

White Stone a instauré grâce à un partenariat entre la Direction de la police nationale des Autochtones de la GRC et *Suicide Prevention Training Programs (SPTP)* un programme de prévention visant les jeunes pour donner suite à une demande des collectivités autochtones. *Suicide Prevention Training Programs* est une division du *Centre for Suicide Prevention*, un organisme sans but lucratif ayant pour but de dispenser de l'information, faire de la recherche et de la formation en matière de prévention du suicide.

L'objectif de White Stone est de former les participants à donner des sessions d'éducation à des jeunes dans leur communauté. Ces participants sont de jeunes autochtones et inuits âgés de 18-25 ans qui ont été identifiés comme des jeunes ayant des qualités d'animateur, d'organisateur, par leur communauté, ainsi que des prestataires de services (jeunes travailleurs, enseignants, personnel infirmier, policiers, etc.). Une fois de retour dans leur collectivité, ils joignent leurs efforts pour offrir des sessions d'éducation pour les jeunes (*Youth Education*). Ces sessions visent les jeunes de plus de 16 ans qui ne sont pas à risque de suicide. Le programme de formation est axé sur la prévention du suicide et peut comprendre le développement ou renforcement de l'estime de soi, la résolution de problèmes, l'établissement d'objectifs, la communication et des habiletés d'adaptation.

Cette formation, *Training for Youth Educators*, a été mise à l'essai de 2000 à 2001 dans quatre endroits au Canada, ce qui a représenté 85 participants provenant de 24 collectivités. Une évaluation informelle fondée sur la rétroaction des participants, l'expérience de l'équipe de formation, le débriefage et la réflexion se fait sur une base continue. Par ailleurs, un processus d'évaluation rigoureux s'est terminé en 2004 et il a été effectué par un évaluateur externe à l'aide de questionnaires, d'entretiens par téléphone et en face-à-face, de même que l'examen des documents. Cette évaluation (qu'on peut obtenir sur demande auprès du *Centre for Suicide Prevention*) indique que White Stone a eu une incidence positive sur les participants à la session et sur les collectivités. Des recommandations ont été faites concernant l'obtention d'un financement continu, l'établissement de suivi et d'un soutien accru en première ligne pour les collectivités qui introduisent White Stone.

Les participants à White Stone ont accès à un site Web réservé aux membres afin de leur offrir un appui continu, des ressources et une communauté d'internautes. Les participants peuvent envoyer par courriel des questions aux formateurs White Stone, partager de l'information entre eux et avoir accès à des ressources complémentaires fournies par *Suicide Prevention Training Programs*. Le but du volet *Training for Youth Educators* est de former des participants à être une personne ressource pour leur communauté. Dans ce but, la première étape est de faciliter des sessions d'éducation aux jeunes de leur communauté. Les sessions *Youth*

*Education Sessions* ont pour objectif d'être offertes à des jeunes de plus de 16 ans qui ne sont pas considérés à risque. Elles sont conçues pour être adaptables et pour répondre aux besoins de la localité. La priorité des sessions est le développement de compétences fonctionnelles/apprentissage de l'autonomie fonctionnelle/mécanismes sociaux; il est prévu que ces sessions seront offertes dans le cadre de la stratégie communautaire globale de prévention du suicide. Le contenu du programme de formation peut comprendre la prévention du suicide et également le développement ou renforcement de l'estime de soi, la résolution de problèmes, l'établissement d'objectifs, la communication et les habiletés d'adaptation.

S'il y a lieu, des Aînés facilitent les cérémonies d'ouverture et de clôture des séances. Dans certaines collectivités, on demande qu'un Aîné de la localité vienne parler des traditions, de la culture locale, ainsi que de la vision ou la conception de la vie chez les Autochtones, la mort, le suicide et le deuil.

Le New Brunswick First Nation Suicide Prevention Task Force Work Plan [TRAD. Plan de travail de l'équipe spéciale en matière de prévention du suicide chez les Premières Nations du Nouveau-Brunswick] est un exemple de l'application du Programme White Stone. Cette équipe spéciale autochtone du Nouveau-Brunswick comprend environ 12 personnes provenant de 10 collectivités de Premières Nations au Nouveau-Brunswick. Leur objectif est de :

- 1) offrir des activités de formation et établir un réseau de soutien destinés aux intervenants de première ligne et aux prestataires de services;
- 2) sensibiliser le monde extérieur aux problèmes uniques des Premières Nations au Nouveau-Brunswick;
- 3) agir en qualité de comité des relations publiques;
- 4) distribuer de l'information au sujet de la prévention du suicide chez les Premières Nations au Nouveau-Brunswick. L'équipe spéciale mène une action commune avec les organisations provinciales comme la Division du Nouveau-Brunswick de l'Association canadienne de la santé mentale et avec la GRC. Les programmes de formation sont offerts aux jeunes de toutes les collectivités de Premières Nations au Nouveau-Brunswick. Récemment, l'équipe spéciale de travail a organisé une session de formation White Stone de 5 jours.

#### **Community-Based Suicide Prevention Program (CBSPP)**

Le CBSPP est un programme financé par l'État, administré par la *Division of Alcoholism and Drug Abuse* (ADA) du *Department of Health and Social Services* en association avec les collectivités participantes en Alaska, un programme qui fonctionne depuis 1998. Il vise à réduire le suicide et le comportement autodestructeur tout en préconisant des habitudes de vie saines et productives. Actuellement, la *Division of Alcoholism and Drug Abuse* (ADA) administre les fonds en octroyant des contributions s'élevant à environ 11 000 \$ US. Les contributions sont attribuées à des organisations oeuvrant dans les villages de l'Alaska qui mettent de l'avant des projets conçus pour répondre aux besoins particuliers de chaque collectivité. Même si ces projets doivent se conformer à des contraintes spécifiques déterminées par l'État, une fonction gouvernementale demeurant uniquement administrative, les membres des villages conçoivent et gèrent leurs propres projets. Toutefois, des modifications ont été apportées récemment concernant la demande de subvention et le processus de mise en application; dans le passé, les coordonnateurs de projets obtenaient de l'aide sous forme de formation et aussi d'un réseau d'information comprenant des conférences offertes par l'État et les régions, de même qu'un bulletin d'information bimensuel. Ce programme finançait environ 50 villages par année, le nombre de villages financés variant légèrement d'une année à l'autre. Dernièrement, étant donné

la combinaison d'un certain nombre de subventions attribuées pour la prévention, il y a eu seulement 23 bénéficiaires qui ont reçu des fonds spécifiquement pour la prévention du suicide. Les activités menées dans les villages aux fins de prévention comprennent, entre autres, de l'artisanat, des collectes de fonds, des activités culturelles et de plein air, des activités de prévention organisationnelles, des préparatifs en cas de crise, et de nombreuses autres en fonction de la culture autochtone distincte du village concerné.

Le CBSPP a effectué trois évaluations au cours de ses 18 ans d'histoire. La première menée en 1990 a fait l'examen de la mise en oeuvre du programme. Parmi d'autres résultats, cette évaluation a indiqué un haut niveau de planification dans les communautés où des projets ont été engagés et d'intégration des activités du projet aux autres activités en cours dans la collectivité. La démarche de demande de subvention a satisfait le personnel du projet et même des améliorations ont été apportées pour rendre cette démarche encore plus facile et aider les villages dans le cadre de la concurrence pour l'obtention de fonds. La seconde évaluation, réalisée en 1993, a été conçue pour évaluer si le programme atteignait ses premiers objectifs et pour examiner le type d'incidences que le programme avait eues jusque là. Cette évaluation a permis de constater que les résultats escomptés du programme avaient été atteints quant à la planification/conception et mise en oeuvre. Les projets ont répondu aux besoins des communautés et ils se sont bien intégrés aux activités existantes, consolidant par le fait même l'appui offert par le programme. Pour ce qui est des retombées des activités, cette évaluation a fait ressortir que l'accent avait été mis sur l'acquisition de compétences en matière de prévention du suicide et que les collectivités aux prises avec le taux le plus élevé de suicide avaient été en fait celles ayant demandé une subvention. Toutefois, les coordonnateurs de projets ont rapporté avoir eu de la difficulté à faire participer certains groupes à risque, dont, en particulier, les jeunes hommes.

La troisième évaluation, la plus poussée, a commencé en 1998 pour se terminer en 2003. Cette évaluation a touché à de nombreux aspects, le premier étant l'examen de la participation communautaire et la perception des coordonnateurs de la réussite de leur projet. Des constatations ont montré que 41 pour cent des activités planifiées ont été réalisées et que ces pourcentages se sont stabilisés après la première année. Grâce à cette évaluation, une base de données a été établie pour permettre de suivre de près la performance des projets des villages à l'aide de neuf indicateurs. Les coordonnateurs ont recueilli les données. Parmi les résultats les plus pertinents relevés au cours de la dernière année où ces indicateurs ont été mesurés, il ressort qu'un événement culturel en moyenne par mois par village a été organisé. Au cours de toute la durée de la démarche d'évaluation, des services d'intervention d'urgence (situation de crise) ont été dispensés à 1033 personnes.

Cette base de données a servi à analyser des séries de données externes sur des suicides menés à terme provenant de *Alaska Bureau of Vital Statistics* de 1990 à 2001, de même que des données sur des tentatives de suicide et des accidents/blessures liés à la consommation d'alcool émanant de *Alaska Trauma Registry* de 1991 à 1999. En général, on a découvert que, dans le cas de suicides complétés, il y avait une tendance à la baisse manifeste tant dans les villages ayant un projet en marche que dans ceux sans projet, quoiqu'il faille préciser que les villages avec projet étaient au départ aux prises avec un taux de suicide plus élevé. Le taux des tentatives de suicide et des blessures liées à la consommation d'alcool s'est accru pendant la durée de l'évaluation. En comparant les villages ayant un projet en marche et ceux n'en ayant pas, les villages avec projet ont indiqué un taux plus élevé de tentatives de suicide, alors que ceux sans projet ont semblé avoir une fréquence plus grande de blessures liées à la consommation d'alcool. Une augmentation des efforts concernant la collecte de données et des signalements provenant des centres de traumatologie au cours de la période de l'examen ont pu influencer sur ces résultats.

Ces trois évaluations, dans l'ensemble, ont indiqué des incidences positives découlant du programme CBSPP et ont recommandé sa poursuite et la prolongation du niveau de financement. La troisième évaluation a fait entrevoir que, contrairement aux villages aux prises avec des problèmes de suicide, les villages n'ayant pas de problèmes semblaient moins disposés à être tenus de remplir les conditions pour l'obtention d'une subvention représentant un montant d'argent si peu important. On peut donc avancer que le programme tel qu'établi, selon toute vraisemblance, a octroyé du financement là où les besoins étaient grands.

Ce programme s'est poursuivi sous une forme différente, tel que mentionné ci-dessus, dans le cas où bon nombre de programmes de prévention, auparavant administrés séparément et exigeant des demandes de propositions distinctes, ont été fusionnés en une seule proposition pour l'ensemble des programmes. Ce type de processus a nécessité une démarche plus longue pour la préparation de la demande, de même qu'il a entraîné une diminution dans les subventions attribuées spécifiquement pour la prévention du suicide.

L'exemple choisi pour démontrer l'application de ce programme est un petit village *Aleut* (un nom fictif pour préserver la confidentialité) où un coordonnateur de projet/membre de l'équipe d'intervention d'urgence pour la prévention du suicide, en collaboration avec le personnel de l'école du district, a assuré la coordination de la semaine de l'Esprit (union) et de la culture. Comme activités, on a mentionné le campement (en forêt), des activités traditionnelles de subsistance (préparation et usage), la cueillette de nourriture, des histoires/récits traditionnels, l'usage et l'apprentissage de la langue Alutiiq, ainsi que les arts et l'artisanat traditionnels. La combinaison de l'intervention d'urgence, du counselling de soutien et d'activités à caractère culturel comme elle a été mise en application dans cette communauté est typique de ce qui a été fait par de nombreux projets financés.

### Zuni Life Skills Development Curriculum (ZLSD)

Le Zuni Life Skills Development Curriculum (ZLSD) est un programme de prévention du suicide ayant la culture pour base qui est destiné aux étudiants de l'école secondaire. Le ZLSD a donné lieu à l'élaboration du *American Indian Life Skills Development Curriculum*. Ces deux programmes de formation ont été élaborés par Teresa LaFromboise, un professeur de la faculté d'éducation à Stanford University et descendante de la tribu Miami d'Indiana.

Le programme initial a été conçu en conformité avec « les normes, les valeurs et les attitudes Zuni : le sens de soi, le sens spatial et temporel; le style de communication; les récompenses et les formes de reconnaissance » (qui leur sont propres) (LaFromboise et Howard-Pitney, 1995:481). Les auteurs du programme de formation se sont associés avec les Zuni pour l'élaboration du programme de formation et le soutien communautaire. Le ZLSD porte essentiellement sur le développement chez les participants de compétences fonctionnelles/autonomie, mécanismes sociaux, dans le but de réduire les facteurs comportementaux et cognitifs associés au comportement suicidaire. Ce programme s'inspire d'une théorie cognitive et sociale indiquant qu'un comportement suicidaire est influencé par : 1) des caractéristiques individuelles; 2) des facteurs environnementaux; 3) le modelage sur les pairs et la communauté. Au coeur de ce programme réside le postulat voulant qu'en faisant acquérir par les jeunes des aptitudes à la vie/autonomie fonctionnelle ou mécanismes sociaux, les facteurs de risque auront moins d'emprise sur eux tandis que les facteurs de protection auront une plus grande influence. Le programme de formation comme tel est constitué de sept unités (LaFromboise et Howard-Pitney, 1995).

- 1) Développer l'estime de soi
- 2) Identifier les émotions et le stress
- 3) Améliorer l'aptitude à communiquer et les capacités de résolution de problèmes
- 4) Reconnaître et éliminer le comportement autodestructeur
- 5) Obtenir de l'information sur le suicide
- 6) Obtenir de la formation en intervention/prévention du suicide
- 7) Établir des objectifs personnels et communautaires

Ces unités permettent d'acquérir des connaissances et des compétences pouvant munir la personne de facteurs de protection susceptibles de prévenir une grande diversité de comportements impliquant des risques qui sont communs chez les jeunes. Cette formation en vue d'acquérir des compétences (pour la vie) dispense de l'information sur les effets constructifs de certains comportements, tout comme leurs effets préjudiciables, sur le modelage de compétences, la répétition de comportements et la rétroaction pour améliorer les comportements (LaFromboise et Howard-Pitney, 1995). Pour ce qui est des facilitateurs ayant la tâche de faire la prestation du programme de formation, eux aussi ont dû apprendre comment le transmettre en suivant des sessions de formation similaires à l'approche adoptée pour le développement de compétences par le programme ZLSD. Ces formateurs ont également reçu le manuel d'enseignement du programme de formation.

Ce programme a été évalué au moyen d'un plan quasi-expérimental consistant à appairer les particularités des participants dans des conditions d'intervention et de non intervention (LaFromboise et Howard-Pitney, 1995). Des données ont été fournies par les étudiants qui se sont auto-évalués, ce qui a permis de mesurer les facteurs de risque psychologiques, l'auto-efficacité et les capacités d'auto-protection. Ces étudiants ont aussi été appelés à faire des jeux de rôle et ils ont accepté d'être observés : la technique d'examen (en) aveugle a été appliquée par des examinateurs formés comme équipe pendant 18 heures pour pouvoir évaluer des activités de jeux de rôle. Cette évaluation a confirmé que le fait de se servir de ce programme pouvait contribuer à réduire certains facteurs de risque et à augmenter les facteurs de protection associés au suicide, c'est-à-dire une atténuation du sentiment de désespoir ou d'impuissance et la diminution du risque de suicide chez des personnes ayant suivi le programme. L'observation du comportement a aussi révélé qu'en appliquant le ZLSD, les étudiants ont acquis des compétences plus grandes en intervention/prévention du suicide et plus de capacités de résolution de problèmes que ceux n'ayant pas suivi le programme.

Le programme ZLSD peut être facilement adapté à d'autres cultures à condition que les personnes facilitatrices soient bien formées à l'utilisation du programme et qu'il y ait une participation active et importante de la communauté permettant aux formateurs d'adapter ce programme de formation aux normes de la localité visée.

### **Jicarilla Suicide Prevention Program**

Ce programme de prévention du suicide du Nouveau-Mexique a été instauré en 1990 grâce à la collaboration entre le *Jicarilla Tribal Council*, la communauté et les professionnels en santé mentale du U.S. Indian Health Services (IHS). Ce programme vise les jeunes âgés de 10 à 19 ans — un groupe ayant été identifié le plus à risque dans la communauté. Le but du programme s'énonce en deux parties :

- 1) accroître la sensibilisation et l'information de la communauté au sujet du suicide et de la prévention du suicide, de même que d'autres problématiques comme la violence faite aux enfants, la violence familiale et l'abus des substances psychoactives;
- 2) réduire l'incidence du suicide et des tentatives de suicide chez le groupe d'âge ciblé.

De plus, ce programme vise cinq grands objectifs :

- 1) identifier les facteurs de risque qui sont uniques aux personnes de Jicarilla et peuvent être semblables à ceux d'autres tribus athabaskan du sud-ouest des États-Unis;
- 2) identifier des groupes ou des personnes en particulier chez les Jicarilla qui sont possiblement à risque, que ce soit des personnes suicidaires ou d'autres ayant des troubles de santé mentale ou ayant un comportement violent;
- 3) identifier et réaliser des activités de prévention conçues spécifiquement pour des groupes à risque élevé;
- 4) dispenser des services de santé mentale à des personnes de Jicarilla qui en ont besoin;
- 5) accroître la sensibilisation et les connaissances portant sur le suicide et la prévention du suicide.

Des groupes de tous les secteurs de la tribu ont été consultés pour la mise sur pied du programme, des dirigeants aux jeunes; plus de 50 séances d'information ont eu lieu afin de déterminer quels problèmes dans la communauté avaient besoin d'être traités, quelles barrières empêchaient de surmonter ces problèmes, et ce qui pouvait être fait pour s'attaquer à ces problèmes et à ces barrières. Grâce à l'information obtenue des consultations, les membres de la communauté ont exprimé leur opinion, à savoir que le problème du suicide ne pouvait pas être abordé et traité dans l'isolement, qu'il pouvait seulement être contré en traitant parallèlement des problèmes sous-jacents comme la violence familiale, la violence faite aux enfants, l'alcoolisme et le chômage. C'est pourquoi le programme comprend des composantes qui se penchent sur toutes ces préoccupations. Il adopte l'approche de la santé publique, comprenant les services de santé mentale qui s'insèrent dans un programme de prestation de services plus vaste tenant compte de la santé sociale, psychologique et du développement et ce, à tous les niveaux de prévention. Pendant ses 15 ans d'existence, le développement et le financement continus ont contribué à l'amélioration du programme.

Ce programme a été évalué quatre fois, la plus récente ayant indiqué une baisse de 60 pour cent des comportements autodestructeurs entre 1988 (avant le début du programme) et 2002 (May et coll., 2005). Ces résultats ont un rapport avec la création et la mise en application du programme de prévention dans la communauté de Jicarilla, évoquant l'idée que le programme a influé sur la réduction des gestes suicidaires et des tentatives de suicide. Même si le nombre de décès par suicide reste le même pour l'ensemble des groupes d'âge composant la population de la communauté, la plupart des suicides survenus ne faisaient pas partie des groupes d'âge ciblés. D'après les responsables de l'évaluation, ce résultat semble indiquer que le programme est efficace au niveau de la réduction de comportements suicidaires réitérés ou chroniques, mais il ne l'est pas pour les cas de suicide aigu et impulsif. De plus, ils indiquent que le succès du programme est attribuable à la combinaison de l'approche de la santé publique et la participation de la communauté, de la création du programme à sa mise en application et à l'évaluation continue qui influe sur le programme en cours.

#### Northwest Territoires Suicide Prevention Training (NTSPT)

Ce programme a été établi en raison de l'augmentation des suicides dans les Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.) qui s'est produit pendant les années 1980. Il a été élaboré en partenariat par le *Department of Health and Social Services*, l'Association canadienne de la santé mentale, le *Department of Education, Culture and*

*Employment*, le *Dene Cultural Institute* et le *Nunavut Social Development Council*. Quant à sa gestion, le *NWT Department of Health and Social Services* en association avec un comité directeur territorial en ont été chargés.

Le but du NTSPT est de faire en sorte que la formation en prévention du suicide soit facilement accessible pour les collectivités des Territoires du Nord-Ouest. Ce programme veut générer de l'expertise, des connaissances spécialisées chez les membres des communautés pour qu'ils puissent reconnaître et aider les personnes à risque de suicide. Pour réaliser cet objectif, le programme de formation veut aider les communautés à élaborer leurs propres stratégies de prévention du suicide adaptées à leurs besoins communautaires. Il distribue des guides aux communautés qui désirent offrir cette formation.

Ce programme comprend deux phases. La première se divise en trois volets et chacun d'eux dure une semaine : 1) « Grieving and Healing [TRAD. Démarches de deuil et de guérison]. Dans le cadre de ce volet, les participants parlent de leur propre travail de deuil/de la peine causée par les pertes et du développement de réseaux de soutien entre eux; 2) « Prevention, Intervention and Postvention Skills » [TRAD. Capacités d'assurer la prévention, l'intervention et la post-intervention]. Les participants dans ce contexte acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires pour traiter le problème du suicide dans leur communauté; 3) « Leadership Skills and Community-Based Strategies » [TRAD. Capacités de diriger/d'animer et stratégies communautaires]. Les participants apprennent la façon de devenir de bons animateurs/organiseurs/dirigeants en prévention du suicide.

La deuxième phase du programme est un cours de quatre semaines conçu pour former des formateurs afin d'établir un groupe de formateurs locaux et, donc, de former autant de résidents des T.N.-O. que possible. Le *Dene Cultural Institute* en consultation avec le *Tatigiit Development Inc.* a élaboré ce cours de quatre semaines. Des personnes désireuses de suivre cette seconde phase du programme doivent avoir d'abord participé à la première phase comme celle décrite ci-dessus. Ces personnes ayant suivi les deux phases deviennent des formateurs du NTSPT et obtiennent également une qualification en matière de développement de la communication efficace, d'auto-soin, d'identification ou d'évaluation des suicidants et des capacités d'intervention. Cette phase du programme n'a été offerte qu'une seule fois jusqu'à maintenant (en 1998) et elle a permis de former 19 personnes.

Le coût de la formation locale est d'environ 30 000 \$ et la formation au niveau régional est généralement plus dispendieuse en raison des frais de déplacement. Ce programme est subventionné par le *NWT Department of Health and Social Services* et les collectivités sont invitées à apporter de l'appui de quelque façon que ce soit afin de démontrer qu'elles sont conscientes de l'importance de cette formation et qu'elles la soutiennent.

Le programme NTSPT a été évalué deux fois, la première pendant la période d'essai du programme, ce qui a permis de constater que le programme était bien accueilli et que les participants avaient l'impression d'avoir acquis des connaissances utiles. La deuxième évaluation a été faite il y a trois ans et elle a indiqué que : 1) les participants donnaient de la rétroaction positive au sujet des composantes du programme; 2) ce programme était considéré différent d'autres programmes de prévention du suicide en ce sens qu'il permet l'apprentissage expérientiel et tient compte des réactions personnelles des aidants/participants à la session; 3) les aidants participants bénéficiaient de l'appui du *Department of Health and Social Services* et ils ont demandé que ce département continue à les supporter. Les aidants/intervenants ont aussi indiqué qu'ils étaient en relation avec d'autres intervenants ou prestataires de services en prévention du suicide et qu'ils voulaient s'insérer dans d'autres groupes communautaires. Le programme NTSPT a aussi été évalué et identifié comme « meilleure pratique » dans bon nombre d'examen de programmes de prévention.

---

## Information sur les ressources relatives aux programmes recommandés en prévention du suicide

### ASIST / White Stone / Formation de 5 jours en prévention du suicide à l'intention des collectivités autochtones

Centre for Suicide Prevention  
Suite 320, 1202 Centre Street SE  
Calgary, AB T2G 5A5  
Téléphone : 403-245-3900  
Télécopieur : 403-245-0299  
Courriel : [csp@suicideinfo.ca](mailto:csp@suicideinfo.ca)

site Web : [www.suicideinfo.ca](http://www.suicideinfo.ca) ; la page Web propre aux programmes à l'intention des collectivités autochtones : <http://www.suicideinfo.ca/csp/go.aspx?tabid=54>

Ce site Web présente également de l'information sur d'autres programmes de prévention conçus pour des collectivités autochtones ou qui peuvent être adaptés pour correspondre à leurs besoins, comme : 1) *Weaving the Web: Suicide Prevention and Community Development for Aboriginal People*, qui a recours à un modèle de développement communautaire en 4 phases pour enseigner aux participants la façon de démarrer et de mettre en oeuvre des initiatives de prévention du suicide qui apporteront des changements positifs dans leur communauté; 2) *Talking Circle: Surviving Loss*, qui est une session d'une journée conçue spécifiquement pour des collectivités où des décès par suicide et des pertes multiples sont survenus; 3) *Counselling the Bereaved: A workshop for caregivers*, une session d'un ou de deux jours à l'intention des intervenants/prestataires de services qui peuvent aider des personnes endeuillées, particulièrement dans un cas de décès par suicide.

### The Community-Based Suicide Prevention Program

Department of Health and Social Services  
Division of Behavioral Health  
3601 'C' Street, Suite 878  
Anchorage, AK 99503  
USA

Téléphone : 907-465-3033

Télécopieur : 907-269-3786

page Web : <http://www.hss.state.ak.us/dbh/prevention/programs/suicideprevention/default.htm>

### The Zuni Life Skills Development Curriculum

Pour commander le *American Indian Life Skills Development Curriculum*, veuillez communiquer avec :

Customer Service Department  
The University of Wisconsin Press  
c/o Chicago Distribution Center  
11030 S. Langley Avenue  
Chicago, IL 60628  
USA

Téléphone : 773-702-7000 du lundi au vendredi entre 9 h et 17 h, heure normale du Centre.

Télécopieur : 1-800-621-8476 ou 773-702-7212

Program Developer  
Teresa LaFromboise  
Associate Professor of Education  
Stanford University  
Cubberly 216, 3096  
Stanford, California 94305-3096  
Téléphone : 650-723-1202  
Télécopieur : 650-725-7412  
Courriel : lafrom@stanford.edu  
site Web : <http://www.stanford.edu/~lafrom>

### **Jicarilla Program**

Le *National Suicide Center* situé sur la réserve indienne *Jicarilla Apache Indian Reservation* au Nouveau-Mexique dispense de la formation sur demande à des collectivités autochtones amérindiennes ou de l'Alaska. Ce centre est aussi doté d'un personnel qui dispense des traitements ambulatoires.

Jicarilla PHS Indian Health Center  
P.O. Box 187  
Dulce, NM 87528  
Téléphone : 505-759-3291  
Télécopieur : 505-759-3532  
site Web : <http://www.ihs.gov/>

### **Northwest Territories Suicide Prevention Training Program**

Mental Health Consultant  
Department of Health and Social Services  
Government of the Northwest Territories  
P.O. Box 1320  
Yellowknife, NT X1A 2L9  
Téléphone : 867-920-8758  
Télécopieur : 867-873-7706

## Ressources additionnelles : Manuels et boîtes à outils

### Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies

Ce manuel est un guide pratique conçu pour les personnes intéressées à élaborer une stratégie locale de prévention du suicide pour de jeunes autochtones. Fondé sur les connaissances et l'expérience les plus avancées du domaine et rédigé de façon conviviale, ce manuel recommande 17 stratégies prometteuses en prévention du suicide chez les jeunes qui ont des possibilités réelles de réduire le suicide et les comportements suicidaires chez les jeunes autochtones. Ayant plus de 250 pages d'information, y compris une introduction sur l'état de la situation du suicide chez les jeunes autochtones et un modèle permettant de mieux comprendre la prévention du suicide, ce manuel est une importante ressource pour les personnes résidant et oeuvrant dans les collectivités autochtones. Il est disponible à : [www.suicideinfo.ca](http://www.suicideinfo.ca)

### National Inuit Youth Suicide Prevention Framework

Ce document décrit les travaux et la recherche effectués par l'*Oikiqtani Inuit Association*, pour le compte de *Inuit Tapiriit Kanatami* et le *National Inuit Youth Council*, concernant le projet national de prévention du suicide chez les jeunes inuits. Il présente des informations générales, de base, expliquant de quelle façon est né ce projet, identifiant les principaux documents recensés dans le but de connaître les travaux de recherche déjà menés, déterminant les thèmes communs liés à la prévention du suicide et formulant des recommandations en vue de futurs efforts en prévention du suicide chez les jeunes inuits. Disponible à [www.itk.ca/publications/niyspf-en.pdf](http://www.itk.ca/publications/niyspf-en.pdf)

### National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy Program Framework

Le *National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy Program Framework* [le cadre de programme propre à la Stratégie nationale de la prévention du suicide chez les jeunes autochtones] s'appuie sur un cadre de travail élaboré par l'Assemblée des Premières Nations, Inuit Tapiriit Kanatami et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit de Santé Canada. Le but de cette stratégie est de financer des activités qui préconisent la prévention du suicide chez les jeunes autochtones. Toutes ces activités seront :

- 1) fondées sur des résultats ou une expérience probante et reconnaîtront le savoir culturel et traditionnel;
- 2) miseront sur des structures et des processus existants;
- 3) tiendront compte des mandats fédéral, provinciaux et territoriaux. Des guides seront présentés séparément à l'intention 1) des Premières Nations vivant dans les réserves; 2) des Inuit dans les collectivités inuites; 3) tous les Autochtones hors réserve. Les principales composantes de cette stratégie comprennent :

- 1) des activités de prévention primaire visant à accroître la résilience et à réduire le risque;
- 2) des activités de prévention secondaire visant à appuyer les collectivités aux prises avec des risques de suicide;
- 3) des activités de prévention tertiaire qui comprendront des interventions d'urgence/intervention en cas de crise;
- 4) de l'évaluation et de la recherche visant à établir des fondements afin de générer un corpus disponible des connaissances en matière de prévention du suicide chez les jeunes autochtones.

Cette stratégie a pour objet de développer et de renforcer des approches de collaboration avec les gouvernements, les organismes et les organisations, tout en maintenant le cap sur la prévention du suicide chez les jeunes autochtones déterminée et gérée par les communautés. Ce document présente également le financement dont dispose la stratégie, de même que l'élaboration de plans de travail pour les communautés, l'échéancier et le partage des connaissances. Cette appendice contient de l'information sur le problème du suicide chez les jeunes autochtones. Disponible à : <http://www.niyc.ca/news.php>

### Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations

Ce rapport a été rédigé par le Groupe consultatif sur la prévention du suicide nommé par le Chef national d'alors Matthew Coon Come de l'Assemblée des Premières Nations et du ministre de la Santé d'alors Alan Rock. Le but visé par le groupe consultatif a été de recenser des travaux de recherche existants et de formuler une série de recommandations concrètes et réalisables afin d'aider à endiguer la vague de suicides dans les collectivités des Premières Nations au Canada. À l'aide de documents de travail, d'analyses bibliographiques et de la préparation d'informations générales, des questions clés/préoccupations centrales ont été identifiées et des recommandations générées. Ce rapport examine ces grands dossiers problématiques à la lumière des données générales sur le suicide et de facteurs spécifiques influant sur les Premières Nations; en s'appuyant sur cette information, on présente des recommandations pour la suite à donner. Ces recommandations entrent sous quatre grands thèmes : 1) accroître les connaissances au sujet des travaux faits en prévention du suicide; 2) établir des services de santé plus efficaces et intégrés aux niveaux national, régional et local; 3) appuyer les approches centrées sur la communauté; 4) élaborer des stratégies pour développer/renforcer l'identité, la résilience et la culture des jeunes. Disponible à : [http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/suicide/prev\\_youth-jeunes/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/suicide/prev_youth-jeunes/index_f.html)

#### Trousse d'évaluation et de planification en matière de prévention du suicide dans les communautés des Premières Nations

La trousse d'évaluation et de planification en matière de prévention du suicide dans les communautés des Premières Nations a été élaboré en 2005 par le Centre des Premières Nations, Organisation nationale de la santé autochtone. Cette boîte à outils a été développée comme cadre de travail à l'intention des collectivités afin qu'elles définissent et conçoivent leur propre plan de prévention du suicide. Ce matériel comprend le résultat d'efforts de recherche, de l'information sur le suicide, ainsi que des recommandations concernant la prévention du suicide; il s'agit d'un guide planifié pour être adapté en fonction des besoins de chaque communauté. Cette boîte à outils se rattache aux trois phases suivantes :

- ✦ *Phase I : Pré-évaluation : Recherche et information sur le suicide et la prévention du suicide*, ce qui comprend de l'information sur le comportement suicidaire chez les jeunes, notamment ce qui peut amener une personne à considérer le suicide et à quoi les facteurs de protection font-ils référence. Cette section de la boîte à outils présente également différentes approches en matière de prévention du suicide (prévention, intervention et post-intervention) et traite de l'importance que ces trois dimensions fassent partie d'une initiative de prévention. Une diversité de stratégies de prévention, d'intervention et de post-intervention est présentée. La Phase I finit en dégageant des recommandations sur la façon de concevoir et d'intégrer une évaluation, de planifier et de mener des consultations en vue de l'établissement d'une stratégie de prévention du suicide.
- ✦ *Phase II : Évaluation de la communauté* explique de quelle façon on recueille de l'information concernant la population de la communauté et l'accès aux programmes et services en général. Cette section propose de compiler de l'information sur les données démographiques de la collectivité, sur son infrastructure, ses services et programmes sanitaires et sociaux, sur la compréhension/points de vue et attitudes concernant le suicide, le problème du suicide comme tel dans la communauté, les réactions/mesures prises face au suicide, les facteurs de risque de suicide de la communauté, d'autres facteurs, les facteurs de continuité culturelle et les forces collectives.

- \* *Phase III : Élaboration du plan de guérison communautaire* décrit le processus de planification communautaire en fonction de la guérison et de la prévention du suicide en ayant recours aux ressources locales, aux membres de la communauté et à des stratégies communautaires appropriées. Voici les étapes recommandées : analyser les données recueillies par suite de l'évaluation de la communauté effectuée à la phase II; identifier les programmes communautaires existants pouvant s'insérer ou faire partie de la capacité des programmes d'intervention ou de prévention secondaire; identifier les programmes existants pouvant faire partie de la capacité de programmes de post-intervention; identifier les forces/ressources spécifiques de la communauté. Cette boîte à outils pose ensuite des questions précises afin d'aider à établir un cadre de travail permettant à la communauté de s'engager dans une démarche de planification de la prévention du suicide. Elle se termine en soulignant bien l'importance de l'évaluation et en donnant de l'information qui orientera la communauté dans l'établissement d'une démarche d'évaluation adaptée en fonction de leur programme de prévention du suicide. Ces appendices présentent également des signes avertisseurs communs du suicide et des ressources clés dont la communauté pourra s'inspirer. Disponible à [http://www.naho.ca/firstnations/english/documents/NAHO\\_Suicide\\_Eng.pdf](http://www.naho.ca/firstnations/english/documents/NAHO_Suicide_Eng.pdf)

### **Aboriginal Healing and Wellness Strategy Suicide Prevention and Intervention Resource Kit**

Le *Suicide Prevention and Intervention Resource Kit* a été présenté par la Nishnawbe Aski Nation comme produit financé par *Aboriginal Healing and Wellness Strategy* en Ontario. Le *Suicide Prevention Working Group*, un groupe de travail établi par le *Aboriginal Healing and Wellness Strategy Joint Management Committee*, a élaboré ce programme. L'objectif de cette boîte à outils est de fournir aux prestataires de services une série d'outils pour les aider à traiter le problème du suicide chez les jeunes autochtones. Cette boîte à outils donne de l'information générale sur les stratégies susceptibles d'aider à prévenir et à intervenir dans le cas de tentatives de suicide. Le principal volet de cette boîte à outils est le *Wabanabe Kuksayimowin (Spirit of Hope) Aboriginal Youth's Suicide Prevention and Intervention Resource Manual – 2004*. Ce manuel contient bon nombre de ressources, notamment : 1) de l'information sur le profil des blessures chez les Autochtones au Canada; 2) un document sur la continuité culturelle agissant comme facteur de protection contre le suicide; 3) de l'information sur les approches traditionnelles (autochtones) permettant de mieux comprendre le suicide; 4) un exemple de documentation de référence à l'appui d'une stratégie de prévention du suicide; 5) un rapport d'évaluation; 6) un document portant sur la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale dans les collectivités de Premières Nations et inuites et 7) de l'information sur les facteurs communautaires et le suicide des jeunes. Ce manuel faisant partie de la boîte à outils contient également des exemples pratiques de stratégies de prévention comprenant : 1) la *New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy – In our Hand/Kia Pika Te Ora O Te Taitamariki*; 2) *Wabanabe Kuksayimowin (Spirit of Hope) Exemple de stratégie de prévention du suicide*; et 3) *Kashechewan First Nations Suicide Prevention Strategy*.

D'autres ressources comprises dans la boîte à outils sont les suivantes : 1) *Dilico Ojibway Child and Family Services Resource Manual* comme exemple d'un protocole appliqué dans le cadre d'un programme de prévention du suicide d'un organisme ou d'un programme de traitement du suicide; 2) *The Resource Team Manual : A Guide for Community Based Resource Workers* provenant de *Shibogama Health Authority's Payahtakenemowin Program* comme exemple d'un protocole de prévention/intervention du suicide en première ligne; 3) des fiches d'information, cartes d'aide, et des affiches pour la Ligne d'écoute et d'aide (*helplines*) ou Tel-Aide du Nord de l'Ontario; 4) *The Nishnawbe Aski Nation Suicide Prevention Training Manual* et la vidéo complémentaire comme exemple de manuel de formation communautaire; 5) notes pour servir à la discussion dans le cadre d'une session de prévention du suicide; le rapport *Savoir et AGIR* :

*la prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations* du Groupe consultatif sur la prévention du suicide (2003) mandaté par l'Assemblée des Premières Nations et Santé Canada; et 6) un *Suicide Resource Listing Booklet*.

Les intervenants en intervention d'urgence ou intervention en cas de crise dans 50 collectivités de la région de Nishnawbe Aski Nation (NAN) ont suivi de la formation en prévention et intervention du suicide et cette formation est continue. NAN Suicide Prevention Programs est axé sur la force des valeurs familiales et de la spiritualité pour combattre le taux de suicide élevé chez les jeunes du territoire de NAN. N'est plus disponible.

---

## Ressources additionnelles : Organisations

Aboriginal Healing and Wellness Strategy: [www.ahwsontario.ca](http://www.ahwsontario.ca)

Aboriginal Healing Foundation (AHF)/Fondation autochtone de guérison (FADG) : [www.ahf.ca](http://www.ahf.ca)

ACADRE Programs (Centres de recherche autochtones)

Alberta : Alberta ACADRE Network: [www.acadre.ualberta.ca](http://www.acadre.ualberta.ca)

Anisnawbe Kekendazone Centre – the Ottawa ACADRE :  
[www.ciet.org/en/documents/projects\\_library\\_docs/2006222111642.pdf](http://www.ciet.org/en/documents/projects_library_docs/2006222111642.pdf)

Atlantic Aboriginal Health Research Program: [aahrp.socialwork.dal.ca](http://aahrp.socialwork.dal.ca)

BC ACADRE: [www.health-disciplines.ubc.ca/iah/acadre](http://www.health-disciplines.ubc.ca/iah/acadre)

Centre for Aboriginal Health Research: [www.umanitoba.ca/centres/cahr](http://www.umanitoba.ca/centres/cahr)

Indigenous Health Research Development Program: [www.ihrdp.ca](http://www.ihrdp.ca)

Indigenous Peoples' Health Research Centre: [www.iphrc.ca](http://www.iphrc.ca)

Nasivvik ACADRE Inuit Centre: [www.nasivvik.ulaval.ca](http://www.nasivvik.ulaval.ca)

Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) : [www.ainc-inac.gc.ca](http://www.ainc-inac.gc.ca)

American Association of Suicidology: [www.suicidology.org](http://www.suicidology.org)

Assembly of First Nations: [www.afn.ca/](http://www.afn.ca/) Assemblée des Premières Nations <http://www.afn.ca/article.asp?id=4>

Australian National Youth Suicide Prevention Strategy Communications Project: [www.aifs.gov.au/ysp/strategymenu](http://www.aifs.gov.au/ysp/strategymenu)

Canadian Association for Suicide Prevention (CASP): [www.casp-acps.ca/index.html](http://www.casp-acps.ca/index.html) / Association canadienne pour la prévention du suicide : [http://www.casp-acps.ca/conferences\\_fr.asp](http://www.casp-acps.ca/conferences_fr.asp)

Centre for Suicide Prevention: [www.suicideinfo.ca](http://www.suicideinfo.ca)

First Nations and Inuit Health Branch of Health Canada (FNIHB): [www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/index_e.html)  
/ / Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit de Santé Canada : [http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/index_f.html); Santé Canada : [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)

Inuit Tapiriit Kanatami : [www.itk.ca](http://www.itk.ca)

National Aboriginal Health Organization (NAHO) / Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) :  
[www.naho.ca](http://www.naho.ca)

National Inuit Youth Council: [www.niyc.ca](http://www.niyc.ca)

National Strategy for Suicide Prevention (pour les États-Unis d'Amérique) : [www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention](http://www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention)

One Sky Center : [www.oneskycenter.org](http://www.oneskycenter.org)

Ontario Suicide Prevention Network: <http://zope.vex.net/~wbell/OSPN>

Suicide Prevention Resource Centre: [www.sprc.org](http://www.sprc.org)

World Health Organization: [www.who.int](http://www.who.int) / Organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/fr/index.html>

Yellow Ribbon Suicide Prevention Program: [www.yellowribbon.org](http://www.yellowribbon.org)

---

## Références

Absolon, K. (1994). Building health from the medicine wheel: Aboriginal program development. Présenté au First Nations Community Mental Health Workers Training Workshop, Winnipeg, Manitoba, les 6-8 mars 1994.

Adam, K.S. (1985). Attempted Suicide. *Psychiatric Clinics of North American* 8(2):183–201.

Adams, H. (1989). *Prison of Grass: Canada from a Native Point of View*. Saskatoon, SK: Fifth House Publishers.

Adelson, N. (2000). "Being Alive Well": Health and the Politics of Cree Well-Being. Toronto, ON: University of Toronto Press.

Affaires indiennes et du Nord canadien (1969). *La politique indienne du gouvernement du Canada, (Livre blanc sur la politique indienne, 1969)*. Présentée à la première session du 28<sup>e</sup> parlement par l'honorable Jean Chrétien, Ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien, Ottawa, ON. L'Imprimeur de la Reine.

——— (2006). *Population indienne inscrite selon le sexe et la résidence 2005*. Ottawa, ON : Ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada. Extrait le 5 mars 2007 de : [http://www.aicinac.gc.ca/pr/sts/rip/rip05\\_f.html](http://www.aicinac.gc.ca/pr/sts/rip/rip05_f.html)

Agerbo, E. (2003). Unemployment and suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(8):560–561.

Agerbo, E., M. Nordentoft et P.B. Mortensen (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study [étude de cas-témoins emboîtés]. *British Medical Journal* 325(7355):74.

Alaghebandan, R., K.D. Gates et D. MacDonald (2005). Suicide Attempts and Associated Factors in Newfoundland and Labrador, 1998–2000. *Canadian Journal of Psychiatry* 50(12):762–768.

Aldridge, D. et K. St. John (1991). Adolescent and Preadolescent Suicide in Newfoundland and Labrador. *Canadian Journal of Psychiatry* 36(6):432–436.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001a). Summary of the Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40(4):495–499.

——— (2001b). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40(7 suppl):24S–51S.

American Foundation for Suicide Prevention (2001). Reporting on Suicide: Recommendations for the Media. Extrait le 30 mars 2004 de : [www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewpage&page\\_id=7852EBBC-9FB2-6691-54125A1AD4221E49](http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewpage&page_id=7852EBBC-9FB2-6691-54125A1AD4221E49)

- American Psychiatric Association (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. *American Journal of Psychiatry* 160(11 suppl):1–60.
- Anderson, M. et R. Jenkins (2005). The Challenge of Suicide Prevention: An Overview of National Strategies. *Disease Management & Health Outcomes* 13(4):245–253.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine* 36(6):725–733.
- (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aoun, S.L. et R.J. Gregory (1998). Mental Disorders of Eskimos Seen at a Community Mental Health Center in Western Alaska. *Psychiatric Services* 49(11):1485–1487.
- Appleby, L., T. Amos, U. Doyle, B. Tomenson et M. Woodman (1996). General practitioners and young suicides: a preventive role for primary care. *British Journal of Psychiatry* 168(3):330–333.
- Armitage, A. (1995). *Comparing the Policy of Aboriginal Assimilation: Australia, Canada, and New Zealand*. Vancouver, C.-B. : University of British Columbia Press.
- Armstrong, H. (1993). Depression in Canadian Native Indians. In P. Cappeliez and R.J. Flynn (éds.), *Depression and the Social Environment: Research and Intervention with Neglected Populations*. Montréal, Qc : McGill-Queen's University Press: 218–234.
- Aseltine, R.H., Jr. et R. DeMartino (2004). An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health* 94(3):446–451.
- Association canadienne pour la prévention du suicide (2004). Plan d'action pour une stratégie nationale de prévention du suicide de ACPS. Extrait de [www.suicideprevention.ca](http://www.suicideprevention.ca)
- Australia. Commonwealth Department of Health and Family Services (1997). *Youth Suicide in Australia: A Background Monograph (2e édition)*. Canberra, AUS: Australian Government Publishing Service.
- Bachman, R. (1992). *Death and Violence on the Reservation: Homicide, Family Violence, and Suicide in American Indian Populations*. New York, NY: Auburn House.
- Bagley, C. (1992). Changing profiles of a typology of youth suicide in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 83(2):169–170.
- (1991). Poverty and suicide among native Canadians: A replication. *Psychological Reports* 69(1):149–150.
- Bagley, C. et P. Tremblay (2000). Elevated Rates of Suicidal Behavior in Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Crisis* 21(3):111–117.
- (1997). Suicidal Behaviors in Homosexual and Bisexual Males. *Crisis* 18(1):24–34.

- 
- Bagley, C., M. Wood et H. Khumar (1990). Suicide and Careless Death in Young Males: Ecological Study of an Aboriginal Population in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health* 9(1):127–142.
- Baker, F.M. (1994). Suicide Among Ethnic Minority Elderly: A Statistical and Psychosocial Perspective. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 27(2):241–264.
- Balikci, A. (1961). Suicidal Behavior among the Netsilik Eskimos. Dans B.R. Blishen, F.E. Jones, K.D. Naegele et J. Porter (éds.), *Canadian Society: Sociological Perspectives*. Toronto, ON : MacMillan Company of Canada Limited: 575–587.
- Ball, L. et M. Chandler (1989). Identity formation in suicidal and nonsuicidal youth: The role of self-continuity. *Development and Psychopathology* 1(3):257–275.
- Bancroft, J.H., A.M. Skrimshire et S. Simkin (1976). The reasons people give for taking overdoses. *British Journal of Psychiatry* 128(6):513–601.
- Barney, D.D. (2001). Risk and Protective Factors for Depression and Health Outcomes in American Indian and Alaska Native Adolescents. *Wicazo Sa Review: A Journal of Native American Studies*, 16(1):135–150.
- Barth, R.P., D. Webster II et S. Lee (2002). Adoption of American Indian Children: Implications for Implementing the Indian Child Welfare and Adoption and Safe Families Acts. *Children and Youth Services Review* 24(3):139–158.
- Beals, J., S.M. Manson, N.R. Whitesell, C.M. Mitchell, D.K. Novins, S. Simpson, P. Spicer, et American Indian Service Utilization, Psychiatric Epidemiology, Risk and Protective Factors Project Team (2005a). Prevalence of Major Depressive Episode in Two American Indian Reservation Populations: Unexpected Findings With a Structured Interview. *American Journal of Psychiatry* 162(9):1713–1722.
- Beals, J., S.M. Manson, N.R. Whitesell, P. Spicer, D.K. Novins et C.M. Mitchell (2005b). Prevalence of DSM-IV Disorders and Attendant Help-Seeking in 2 American Indian Reservation Populations. *Archives of General Psychiatry* 62(1):99–108.
- Beals, J., D.K. Novins, N.R. Whitesell, P. Spicer, C.M. Mitchell, S.M. Manson et American Indian Service Utilization, Psychiatric Epidemiology, Risk and Protective Factors Project Team (2005c). Prevalence of Mental Disorders and Utilization of Mental Health Services in Two American Indian Reservation Populations: Mental Health Disparities in a National Context. *American Journal of Psychiatry* 162(9):1723–1732.
- Bearman, P. S. et J. Moody (2004). Suicide and Friendships Among American Adolescents. *American Journal of Public Health* 94(1):89–95.
- Beattie, K. (2005). Adult Correctional Services in Canada, 2003/04. *Juristat* 25(8):1–30.
- Beautrais, A. L., P.R. Joyce et R.T. Mulder (1999). Personality Traits and Cognitive Styles as Risk Factors for Serious Suicide Attempts Among Young People. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29(1):37–47.
- Bechtold, D.W. (1994). Indian Adolescent Suicide: Clinical and Developmental Considerations. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: Journal of the National Center, Monograph* 4:71–80.
-

- (1988). Cluster Suicides in American Indian Adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: Journal of the National Center* 1(3):26–35.
- Beck, A.T., A.J. Rush, B.F. Shaw, and G. Emery (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A.T., R.A. Steer, M. Kovacs, and B. Garrison (1985). Hopelessness and Eventual Suicide: A 10 Year Prospective Study of Patients Hospitalized With Suicidal Ideation. *American Journal of Psychiatry* 142(5):559–563.
- Bennett, Marlyn (2005). *A Literature Review and Annotated Bibliography Focusing on Aspects of Aboriginal Child Welfare in Canada*, 2e édition. Rédigé pour le Site de recherche des Premières Nations du Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants. Ottawa, ON : Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada.
- Bennett, S., C. Coggan, et M. Brewin (2003). Evidence for student focused school-based suicide prevention programmes: Criteria for external providers (Centre Report Series No 72). Auckland, NZ: Injury Prevention Research Centre, Te Puu Taki Aukati Whara, School of Population Health, University of Auckland.
- Berger, T.R. (1991). *A Long and Terrible Shadow: White Values, Native Rights in the Americas, 1492–1992*. Vancouver, C.-B. : Douglas & McIntyre.
- Berkhofer, R.F., Jr. (1978). *The White Man's Indian*. New York, NY: Vintage Books.
- Berkman, L.F., T.Glass, I.Brisette et T.E.Seeman (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* 51(6):843–857.
- Berlin, I.N. (1987). Suicide Among American Indian Adolescents: An Overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 17(3):218–232.
- Berry, J.W. (1993). Psychological and social health of Aboriginal peoples in Canada. Exposé présenté au Workshop on Children's Mental Health and Wellness in First Nations Communities, Victoria, C.-B. [non publié].
- (1985). Acculturation among circumpolar peoples: implications for health status. *Arctic Medical Research* 40:21–27.
- (1980). Acculturation as varieties of adaptation. Dans A.M. Padilla (éd.), *Acculturation: Theory, Models and Some New Findings*. Boulder, CO: Westview Press: 9–25.
- (1976). Acculturative stress in northern Canada: ecological, cultural, and psychological factors. Dans R.J. Shepard et S. Itoh (éds.), *Circumpolar Health '74. Proceedings of the 3rd International Symposium*, Yellowknife, T.N.-O. Toronto, ON : University of Toronto Press: 490–497.
- Beskow, J., B.Runeson et U.Åsgård (1991). Ethical aspects of psychological autopsy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84(5):482–487.

- Björkstén, K.S., P. Bjerregaard et D.F. Kripke (2005). Suicides in the midnight sun—a study of seasonality in suicides in West Greenland. *Psychiatry Research* 133(2–3):205–213.
- Blum, R.W., B. Harmon, L. Harris, L. Bergeisen et M.D. Resnick (1992). American Indian—Alaska Native Youth Health. *Journal of the American Medical Association* 267(12):1637–1644.
- Bonner, R.L. (1992). Isolation, Seclusion, and Psychosocial Vulnerability as Risk Factors for Suicide behind Bars. Dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (éds.), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, NY: Guilford Press: 398–419.
- Boothroyd, L.J., L.J. Kirmayer, S. Spreng, M. Malus et S. Hodgins (2001). Completed suicides among the Inuit of Northern Quebec, 1982–1996: A case-control study. *Canadian Medical Association Journal* 165(6):749–755.
- Borges, G., J.C. Anthony et C.Z. Garrison (1995). Methodological Issues Relevant to Epidemiologic Investigations of Suicidal Behaviors of Adolescents. *Epidemiologic Reviews* 17(1):228–239.
- Borowsky, I.W., M. Ireland et M.D. Resnick (2001). Adolescent Suicide Attempts: Risks and Protectors. *Pediatrics* 107(3):485–493.
- Borowsky, I.W., M.D. Resnick, M. Ireland et R.W. Blum (1999). Suicide Attempts Among American Indian and Alaska Native Youth: Risk and Protective Factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 153(6):573–580.
- Brant, C.C. (1990). Native Ethics and Rules of Behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry* 35(6):534–539.
- (1993). Suicide in Canadian Aboriginal Peoples: Causes and Prevention. Dans le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, *The Path to Healing: Report of the National Round Table on Aboriginal Health and Social Issues [Sur le chemin de la guérison : rapport de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales]*. Ottawa, ON : Canada Communication Group Publishing: 55–71.
- Brant Castellano, M. (2002). Aboriginal Family Trends: Extended Families, Nuclear Families, Families of the Heart. Ottawa, ON : The Vanier Institute of the Family/Institut Vanier de la famille.
- Brent, D.A., B. Johnson, J.A. Perper et J. Conolly (1994). Personality Disorder, Personality Traits, Impulsive Violence, and Completed Suicide in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 33(8):1080–1086.
- Brent, D.A., M. Baugher, J. Bridge, T. Chen et L. Chiappetta (1999). Age- and Sex-Related Risk Factors for Adolescent Suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 38(12):1497–1505.
- Brent, D.A., M. Oquendo, B. Birmaher, L. Greenhill, D. Kolko, B. Stanley, J. Zelazny, B. Brodsky, J. Bridge, S. Ellis, O. Salazar et J.J. Mann (2002). Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt: Risk for Suicidal Behavior in Offspring of Mood-Disordered Suicide Attempters. *Archives of General Psychiatry* 59(9):801–807.
- Brent, D.A., J.A. Perper et C.J. Allman (1987). Alcohol, Firearms and Suicide Among Youth. *Journal of the American Medical Association* 257(24):3369–3372.

- Brent, D.A., J.A. Perper, C.J. Allman, G.M. Moritz, M.E. Wartella et J.P. Zelenak (1991). The Presence and Accessibility of Firearms in the Homes of Adolescent Suicides: A Case-Control Study. *Journal of the American Medical Association* 266(21):2989–2995.
- Brent, D.A., J.A. Perper, D.J. Kolko et J.P. Zelenak (1988). The Psychological Autopsy: Methodological Considerations for the Study of Adolescent Suicide. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 27(3):362–366.
- Breton, J.J., R. Boyer, H. Bilodeau, S. Raymond, N. Joubert et M.A. Nantel (1998). Review of Evaluative Research on Suicide Intervention and Prevention Programs for Young People in Canada: Theoretical Context and Results. Montréal, Qc : Université de Montréal.
- Briggs, J.L. (1998). *Inuit Morality Play: The Emotional Education of a Three-Year-Old*. New Haven, CT: Yale University Press.
- (1983). Conflict Management and Socialization Among Canadian Inuit. Delivered at Institute of Eskimology, Copenhagen, DEN, mai 1983 [article non publié].
- (1982). Living dangerously: the contradictory foundations of value in Canadian Inuit society. Dans E. Leacock et R. Lee (éds.), *Politics and History in Band Societies*. Cambridge, UK: Cambridge University Press: 109–131.
- (1970). *Never in Anger: Portrait of an Eskimo Family*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brislin, R.W. (1986). The Wording and Translation of Research Instruments. Dans W.J. Lonner et J.W. Berry (éds.), *Field Methods in Cross-Cultural Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications: 137–164.
- Brod, T.M. (1975). Alcoholism as a Mental Health Problem of Native Americans: A Review of the Literature. *Archives of General Psychiatry* 32(11):1385–1391.
- Brody, H. (1975). *The People's Land: Eskimos and Whites in the Eastern Arctic*. Middlesex, UK: Penguin Books.
- (2000). *The Other Side of Eden: Hunters, Farmers and the Shaping of the World*. Vancouver, C.-B. : Douglas & McIntyre.
- Brown, J., P. Cohen, J.G. Johnson et E.M. Smailes (1999). Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38(12):1490–1496.
- Bull, L. (1991). Native Residential Schooling: The Native Perspective. *Canadian Journal of Native Education* 18(suppl):3–63.
- Byrne, A., B. Kirby, T. Zibin et S. Ensminger (1991). Psychiatric and Neurological Effects of Chronic Solvent Abuse. *Canadian Journal of Psychiatry* 36(10):735–738.
- Callahan, J. (1996). Negative Effects of a School Suicide Postvention Program—A Case Example. *Crisis* 17(3):108–115.

---

Canino, G., R. Lewis-Fernandez et M. Bravo (1997). Methodological Challenges in Cross-Cultural Mental Health Research. *Transcultural Psychiatry* 34(2):163–184.

Capp, K., F.P. Deane et G. Lambert (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 25(4):315–321.

Cariboo Tribal Council (1990). Faith Misplaced: Lasting Effects of Abuse in a First Nations Community. *Canadian Journal of Native Education* 18(2):161–197.

Carstens, J.A. et J.J. Spangenberg (1997). Major Depression: A Breakdown in Sense of Coherence? *Psychological Reports* 80(3):1211–1220.

Cavanagh, J.T., A.J. Carson, M. Sharpe et S.M. Lawrie (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine* 33(3):395–405.

Cawte, J. (1991). Fourth World Suicide and Stress. Summary of submission to Royal Commission into Aboriginal Deaths in Custody. *Medical Journal of Australia* 154(6):419–422

Cederblad, M., L. Dahlin, O. Hagnell et K. Hansson (1994). Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals: Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 244(1):1–11.

Centers for Disease Control and Prevention (1998). Suicide Prevention Evaluation in a Western Athabaskan American Indian Tribe -- Nouveau-Mexique, 1988–1997. *Morbidity and Mortality Weekly Reports* 47(13):257–261.

Centre des Premières Nations (2005). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/2003 : Résultats sur les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les collectivités des Premières Nations. Ottawa, ON : Centre des Premières Nations.

——— (2004). Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1997 : Un résumé du rapport national et des rapports régionaux. Ottawa, ON : Centre des Premières Nations.

Chandler, M. (2000). Surviving Time: The Persistence of Identity in This Culture and That. *Culture & Psychology* 6(2):209–231.

——— (1994). Self-continuity in suicidal and nonsuicidal adolescents. *New Directions in Child Development* 64:55–70.

Chandler, M. et L. Ball (1990). Continuity and Commitment: A Developmental Analysis of the Identity Formation Process in Suicidal and Non-suicidal Youth. Dans H. Bosma et S. Jackson (éds.), *Coping and Self-Concept in Adolescence*. New York, NY: Springer-Verlag: 149–166.

Chandler, M., M. Boyes, S. Ball et S. Hala (1987). The conservation of selfhood: A developmental analysis of children's changing conceptions of self-continuity. Dans T. Honess et K. Yardley (éds.), *Self and identity: Perspectives across the lifespan*. New York, NY: Routledge & Kegan Paul Ltd.: 108–120.

Chandler, M.J. et C.E. Lalonde (à l'impression). Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk Among Canada's First Nations. In L.J. Kirmayer and G. Valaskakis (eds.), *Healing Traditions: The Mental Health of Canadian Aboriginal Peoples*. Vancouver, C.-B. : University of British Columbia Press.

——— (1998). Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry* 35(2):191–219.

——— (1995). The Problem of Self-Continuity in the Context of Rapid Personal and Cultural Change. Dans A. Oosterwegel et R.A. Wicklund (éds.), *The Self in European and North American Culture: Development and Processes. Series D: Behavioural and Social Sciences – Vol. 84*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers: 45–63.

Chandler, M.J., C.E. Lalonde, B.W. Sokol et D. Hallett (2003). Personal Persistence, Identity Development, and Suicide: A Study of Native and Non-Native North American Adolescents. *Collection monographique de la Society for Research in Child Development, Series No. 273*, 68(2):vii-viii.

Charney, D.S. (2004). Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress. *American Journal of Psychiatry* 161(2):195–216.

Chaudron, L.H. et P. Remington (1999). Age and Gender Differences in Suicide Trends, Wisconsin and the United States, 1980–1994. *Wisconsin Medical Journal* 98(6):35–38.

Cheifetz, P.N., J.A. Posener, A. LaHaye, M. Zajdman et C.E. Benierakis (1987). An Epidemiologic Study of Adolescent Suicide. *Canadian Journal of Psychiatry* 32(8):656–659.

Choquet, M., V. Kovess et N. Poutignat (1993). Suicidal Thoughts Among Adolescents: An Intercultural Approach. *Adolescence* 28(111):649–659.

Chrisjohn, R. et S. Young (1997). *The Circle Game: Shadows and Substance in the Indian Residential School Experience in Canada*. Penticton, C.-B. : Theytus Books.

Cimboric, P. et D. Jobes (1990). *Youth Suicide: Issues, Assessment, and Intervention*. Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publisher Ltd.

Clarke, V.A., C.J. Frankish et L.W. Green (1997). Understanding suicide among indigenous adolescents: a review using the PRECEDE model. *Injury Prevention* 3(2):126–134.

Clarkson, M., C. Lavallée, G. Légaré et M. Jetté (1992). *Santé Québec Health Survey among the Cree of James Bay: Features*. Montréal, Qc : Santé Québec.

Clayer, J.R. et A.S. Czechowicz (1991). Suicide by aboriginal people in South Australia: comparison with suicide deaths in the total urban and rural populations. *Medical Journal of Australia* 154(10):683–685.

Cleary, S.D. (2000). Adolescent Victimization and Associated Suicidal and Violent Behaviors. *Adolescence* 35(140):671–682.

Coleman, M.C. (1993). *American Indian Children at School, 1850–1930*. Jackson, MS: University Press of Mississippi.

---

Colmant, S.A. (2000). U.S. and Canadian Boarding Schools: A Review, Past and Present. *Native Americas Hemispheric Journal of Indigenous Issues* 17(4):24–30.

Comité de direction sur la santé mentale autochtone de la Direction générale des services médicaux (1991a). *Profil statistique de la santé mentale des autochtones : Contexte général rapport #1*. Ottawa, ON : Santé Canada.

——— (1991b). *Santé Canada 1991. Programme de santé mentale destiné aux Premières Nations et aux Inuit. Rapport du comité directeur sur la santé mentale des Premières Nations et des Inuit*. Ottawa, ON : Santé Canada.

Commission royale sur les peuples autochtones (1995). *Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les autochtones*, Ottawa, ON : Ministre des Approvisionnement et Services Canada.

——— (1996a). *Volume 3 : Vers un Ressourcement : Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones*. Ottawa, ON : Ministre des Approvisionnement et Services Canada.

——— (1996b). *Code d'éthique en matière de recherche. Dans l'appendice E, Volume 5 : Vingt ans d'action soutenue pour le renouveau*. Ottawa, ON : Ministre des Approvisionnement et Services Canada: 325-328.

Condon, R.G. (1983). Seasonal photoperiodism, activity rhythms, and disease susceptibility in the central Canadian arctic. *Arctic Anthropology* 20(1):33–48.

——— (1982). *Seasonal Variation and Interpersonal Conflict in the Central Canadian Arctic*. *Ethnology* 21(2):151–164.

Cormier, H.J. et G.L. Klerman (1985). Unemployment and male-female labor force participation as determinants of changing suicide rates of males and females in Quebec. *Social Psychiatry* 20(3):109–114.

Cosgrave, E., P. McGorry, N. Allen et H. Jackson (2000). Depression in young people. A growing challenge for primary care. *Australian Family Physician* 29(2):123–127.

Crichlow, W. (2002). *Western Colonization as Disease: Native Adoption & Cultural Genocide*. *Critical Social Work* 3(1) [publication en ligne].

Crowe, Keith J. (1991). *A History of the Original Peoples of Northern Canada*, revised edition. Montréal, Qc : McGill-Queen's University Press.

Csorba, J., S. Rózsa, J. Gáboros, A. Vetró, E. Kaczvinszky, E. Sarungi, J. Makra et K. Kapornay (2003). Suicidal depressed vs. non-suicidal depressed adolescents: differences in recent psychopathology. *Journal of Affective Disorders* 74(3):229–236.

Cushman, P. (1990). Why the self is empty: Toward a historically situated psychology. *American Psychologist* 45(5):599–611.

Davenport, J.A. et J. Davenport III (1987). Native American Suicide: A Durkheimian Analysis. *Social Casework* 68(9):533–539.

- Davidson, L.E., M.L. Rosenberg, J.A. Mercy, J. Franklin et J.T. Simmons (1989). An Epidemiologic Study of Risk Factors in Two Teenage Suicide Clusters. *Journal of the American Medical Association* 262(19):2687–2692.
- Davis, G.E. et W.E. Lowell (2002). Evidence That Latitude is Directly Related to Variation in Suicide Rates. *Canadian Journal of Psychiatry* 47(6):572–574.
- De Leo, D. et R. Evans (2004). *International Suicide Rates and Prevention Strategies*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- de Man, A.F., C.P. Leduc et L. Labreche-Gauthier (1992). Correlates of suicide ideation in French-Canadian adults and adolescents: A comparison. *Journal of Clinical Psychology* 48(6):811–816.
- DeBruyn, L., K. Hymbaugh et N.Valdez (1988). Helping Communities Address Suicide and Violence: The Special Initiatives Team of the Indian Health Service. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: Journal of the National Center* 1(3):56–65.
- Del Pilar, J.A. et J.O. Udasco (2004). Deculturation: Its Lack of Validity. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology* 10(2):169–176.
- Dervic, K., M.A. Oquendo, M.F. Grunebaum, S. Ellis, A.K. Burke et J.J. Mann (2004). Religious Affiliation and Suicide Attempt. *American Journal of Psychiatry* 161(12):2303–2308.
- Devereux, G. (1961). *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe (Bulletin #175)*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Devlin, A. (2001a). *First Nations and Inuit Suicide Intervention Training: “Best Practices”*. Thunder Bay, ON : Miminiska Associates.
- Devlin, R.E. (2001b). Suicide prevention training for aboriginal young adults with learning disabilities from fetal alcohol syndrome/fetal alcohol effects (FAS/FAE). *International Journal of Circumpolar Health* 60(4):564–579.
- Dickason, O.P. (1992). *Canada’s First Nations: A History of Founding Peoples from Earliest Times*. Toronto, ON: McClelland & Stewart Ltd.
- Dieserud, G., E. Røysamb, Ø. Ekeberg et P. Kraft (2001). Toward an Integrative Model of Suicide Attempt: A Cognitive Psychological Approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(2):153–168.
- Dieserud, G., L. Forsén, M.T. Braverman, T. Marc et E. Røysamb (2002). Negative Life Events in Childhood, Psychological Problems and Suicide Attempts in Adulthood: A Matched Case-Control Study. *Archives of Suicide Research* 6(4):291–308.
- Dinges, N.G. et Q. Duong-Tran (1994). Suicide Ideation and Suicide Attempt Among American Indian and Alaska Native Boarding School Adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (collection monographique)* 4(pt 4):167–188.
- (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.

---

Dingman, C.W. et T.H. McGlashan (1988). Characteristics of patients with serious suicidal intentions who ultimately commit suicide. *Hospital and Community Psychiatry* 39(3):295–299.

Dion, R., A. Gotowiec et M. Beiser (1998). Depression and Conduct Disorder in Native And Non-Native Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37(7):736–742.

Dion Stout, M. (1994). An indigenous perspective on healing and wellness. Présenté à l'atelier First Nations Community Mental Health Workers Training Workshop, Winnipeg, Manitoba, les 6–8 mars 1994.

Dion Stout, M. et G. Kipling (2003). *Aboriginal People, Resilience and the Residential School Legacy*. Ottawa, ON : Fondation autochtone de guérison.

Dodge, H.H. et R.L. Austin (1990). Household Structure and Elderly Japanese Female Suicide. *Family Perspective* 24(1):83–97.

Dorais, L. (1997). *Quaqtaq: Modernity and Identity in an Inuit Community*. Toronto, ON: University of Toronto Press.

Duberstein, P.R., Y. Conwell et E.D. Caine (1993). Interpersonal Stressors, Substance Abuse, and Suicide. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 181(2):80–85.

Duclos, C.W., W. LeBeau et G.L. Elias (1994). American Indian Adolescent Suicidal Behavior in Detention Environments: Cause for Continued Basic and Applied Research. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research (collection monographique)* 4(pt 4):189–221.

Duran, E. et B. Duran (1995). *Native American Postcolonial Psychology*. Albany, NY: State University of New York Press.

Durkheim, E. (1951). *Suicide: A Study in Sociology* (J.A. Spaulding and G. Simpson, trans.). New York, NY: The Free Press. (L'ouvrage original a été publié en 1897.)

Dussault, R. et G. Erasmus (1994). *The High Arctic Relocation: A Report on the 1953–55 Relocation*. Ottawa, ON : Les Éditions du gouvernement du Canada.

Dyck, R.J., R.C. Bland, S.C. Newman et H. Orn (1988). Suicide attempts and psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* 338:64–71.

Dyck, R.J., S.C. Newman et A.H. Thompson (1988). Suicide trends in Canada, 1956–1981. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77(4):411–419.

Earls, F., J.I. Escobar et S.M. Manson (1991). Suicide in Minority Groups: Epidemiologic and Cultural Perspectives. Dans S.J. Blumenthal et D.J. Kupfer (éds.), *Suicide Over the Life Cycle*. Washington, DC: American Psychiatric Press: 571–598.

Eastwood, M.R. et A.M. Peter (1988). Epidemiology and seasonal affective disorder. *Psychological Medicine* 18(4):799–806.

- Edwards, M.J. et R.R. Holden (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology* 57(12):1517–1534.
- Eisenberg, L. (1986). Does bad news about suicide beget bad news? *The New England Journal of Medicine* 315(11):705–707.
- Ellis, J.B. et L.M. Range (1992). Mood Influences on Reasons for Living in Older Adolescents. *Psychiatry* 55:216–222.
- (1991). Differences Between Blacks and Whites, Women and Men, in Reasons for Living. *Journal of Black Studies* 21(3):341–347.
- Ellwart, T., M. Rinck et E.S. Becker (2003). Selective memory and memory deficits in depressed inpatients. *Depression and Anxiety* 17(4):197–206.
- Enns, M.W., M. Inayatulla, B. Cox et L. Cheyne (1997). Prediction of Suicide Intent in Aboriginal and Non-Aboriginal Adolescent Inpatients: A Research Note. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 27(2):218–224.
- Evans, E., K. Hawton et K. Rodham (2005a). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse & Neglect* 29(1):45–58.
- (2005b). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence* 28(4):573–587.
- (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review* 24(8):957–979.
- Evans, E., K. Hawton, K. Rodham et J. Deeks (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35(3):239–250.
- Evans, J., N. Middleton et D. Gunnell (2004). Social fragmentation, severe mental illness and suicide. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 39(3):165–170.
- Eynan, R., J. Langley, G. Tolomiczenko, A.E. Rhodes, P. Links, D. Wasylenki et P. Goering (2002). The Association between Homelessness and Suicidal Ideation and Behaviors: Results of a Cross-sectional Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32(4):418–427.
- Farley, M., J. Lynne et A.J. Cotton (2005). Prostitution in Vancouver: Violence and the Colonization of First Nations Women. *Transcultural Psychiatry* 42(2):242–271.
- Feehan, T.M. (1996). *Stories of Healing from Native Indian Residential School Abuse*. Victoria, C.-B. : University of Victoria [thèse inédite].
- Felner, R.D., A.M. Adan et M.M. Silverman (1992). Risk Assessment and Prevention of Youth Suicide in Schools and Educational Contexts. Dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (éds.), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, NY: Guilford Press: 420–447.

---

Fergusson, D.M., A.L. Beautrais et L.J. Horwood (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine* 33(1):61–73.

Fergusson, D.M., L.J. Horwood et A.L. Beautrais (1999). Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People? *Archives of General Psychiatry* 56(10):876–880.

Fergusson, D.M., L.J. Horwood et L.J. Woodward (2000). The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine* 30(3):529–544.

Fergusson, D.M., L.J. Horwood et M.T. Lynskey (1996). Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35(10):1365–1374.

Ferrara, N. (1999). *Emotional Expression Among Cree Indians: The Role of Pictorial Representation in the Assessment of Psychological Mindedness*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.)

Finkelhor, D. (1995). The Victimization of Children: A Developmental Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry* 65(2):177–193.

Fischler, R.S. (1985). Child abuse and neglect in American Indian communities. *Child Abuse and Neglect* 9(1):95–106.

Flannery, R.B., Jr., J.C. Perry, W.E. Penk et G.J. Flannery (1994). Validating Antonovsky's sense of coherence scale. *Journal of Clinical Psychology* 50(4):575–577.

Fleischmann, A., J.M. Bertolote, M. Belfer et A. Beautrais (2005). Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence. *American Journal of Orthopsychiatry* 75(4):676–683.

Fleming, C.M. (1994). *The Blue Bay Healing Center: Community Development and Healing as Prevention*. American Indian and Alaska Native Mental Health Research (Monograph series) 4:134–159.

Fombonne, E. (1994). Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 90(3):145–156.

Forman, E.M., M.S. Berk, G.R. Henriques, G.K. Brown, et A.T. Beck (2004). History of Multiple Suicide Attempts as a Behavioral Marker of Severe Psychopathology. *American Journal of Psychiatry* 161(3):437–443.

Fortuine, R. (1989). *Chills and Fever: Health and Disease in the Early History of Alaska*. Fairbanks, AK: University of Alaska.

Fossey, E. et C.M. Shapiro (1992). Seasonality in psychiatry—A review. *Canadian Journal of Psychiatry* 37(5):299–308.

Fournier, S. et E. Crey (1997). *Stolen From Our Embrace: The Abduction of First Nations Children and the Restoration of Aboriginal Communities*. Vancouver, BC: Douglas & McIntyre.

- Frideres, J.S. (1998). *Aboriginal Peoples in Canada: Contemporary Conflicts*, 5th edition. Scarborough, ON : Prentice Hall Allyn et Bacon Canada.
- Fulton, R. et S.W.Anderson (1992). The Amerindian “Man-Woman”: Gender, liminality, and cultural continuity. *Current Anthropology* 33(5):603–610.
- Furniss, E. (1995). *Victims of Benevolence: The Dark Legacy of the Williams Lake Residential School*. Vancouver, C.-B. : Arsenal Pulp Press.
- (1992). *Victims of benevolence: discipline & death at the Williams Lake Indian residential school, 1891-1920*. Williams Lake, C.B. : Cariboo Tribal Council.
- Gardiner, H. et B. Gaida (2002). *Suicide Prevention Services: Literature Review Final Report*. Calgary, AB: Research and Evaluation Unit, Alberta Mental Health Board. Extrait le 17 juin 2003 de : [www.amhb.ab.ca/research/current\\_research.html](http://www.amhb.ab.ca/research/current_research.html)
- Garrison, C.Z. (1992). Demographic Predictors of Suicide. Dans R.W.Maris, A.L.Berman, J.T.Maltsberger et R.I. Yufit (éds.), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, NY: Guilford Press: 484–498.
- Garrouette, E.M., J. Goldberg, J. Beals, R. Herrell et S.M. Manson (2003). Spirituality and attempted suicide among American Indians. *Social Science & Medicine* 56(7):1571–1579.
- Gessner, B.D. (1997). Temporal Trends and Geographic Patterns of Teen Suicide in Alaska, 1979–1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 27(3):264–273.
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science & Medicine* 44(12):1771–1779.
- Gfellner, B.M. et J.D. Hundleby (1995). Patterns of drug use among native and white adolescents: 1990–1993. *Canadian Journal of Public Health* 86(2):95–97.
- Giaconia, R.M., H.Z. Reinherz, A.B. Silverman, B. Pakiz, A.K. Frost et E. Cohen (1995). Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 34(10):1369–1380.
- Goldberg, D. et P. Huxley (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. London, UK: Tavistock/Routledge.
- Goldney, R.D., E. Dal Grande, L.J. Fisher et D. Wilson (2003). Population attributable risk of major depression for suicidal ideation in a random and representative community sample. *Journal of Affective Disorders* 74(3):267–272.
- Goldsmith, S.K., T.C. Pellmar, A.M. Kleinman, and W.E. Bunney (eds.) (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Gould, M.S., D. Shaffer, P. Fisher et R. Garfinkel (1998a). Separation/Divorce and Child and Adolescent Completed Suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37(2):155–162.

- Gould, M.S., D. Velting, M. Kleinman, C. Lucas, J.G. Thomas et M. Chung (2004). Teenagers' Attitudes About Coping Strategies and Help-Seeking Behavior for Suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43(9):1124–1133.
- Gould, M.S., F.A. Marrocco, M. Kleinman, J.G. Thomas, K. Mostkoff, J. Cote et M. Davies (2005). Evaluating Iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association* 293(13):1635–1643.
- Gould, M.S., P. Fisher, M. Parides, M. Flory et D. Shaffer (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry* 53(12):1155–1162.
- Gould, M.S., R. King, S. Greenwald, P. Fisher, M. Schwab-Stone, R. Kramer, A.J. Flisher, S. Goodman, G. Canino et D. Shaffer (1998b). Psychopathology Associated With Suicidal Ideation and Attempts Among Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37(9):915–923.
- Gould, M.S., S. Wallenstein et M. Kleinman (1990). Time-Space Clustering of Teenage Suicide. *American Journal of Epidemiology* 131(1):71–78.
- Gould, M.S., S. Wallenstein, M.H. Kleinman, P. O'Carroll et J. Mercy (1990). Suicide Clusters: an Examination of Age-Specific Effects. *American Journal of Public Health* 80(2):211–212.
- Gould, M.S., T. Greenberg, D.M. Velting et D. Shaffer (2003). Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42(4):386–405.
- Gouvernement du Canada (2006). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006, Ottawa, ON : Ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada.
- Graham, E. (1997). *The Mush Hole: Life at Two Indian Residential Schools*. Waterloo, ON : Heflle Publishing.
- Grant, A. (1996). *No End of Grief: Indian Residential Schools in Canada*. Winnipeg, MB: Pemmican Publishing Inc.
- Gregory, R.J. (1994). Grief and loss among Eskimos attempting suicide in Western Alaska. *American Journal of Psychiatry* 151(12):1815–1816.
- Grunbaum, J.A., L. Kann, S.A. Kinchen, B. Williams, J.G. Ross, R. Lowry et L. Kolbe (2002). Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2001. *Morbidity and Mortality Weekly Reports* 51(4):1–62.
- Grossi, V. et C. Violato (1992). Attempted Suicide Among Adolescents: A Stepwise Discriminant Analysis. *Canadian Journal of Behavioural Science* 24(3):410–413.
- Grossman, D.C., B.C. Milligan et R.A. Deyo (1991). Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *American Journal of Public Health* 81(7):870–874.
- Group for the Advancement of Psychiatry (1989). *Suicide and Ethnicity in the United States (GAP Report #128)*. New York, NY: Brunner/Mazel.

- Groupe consultatif sur la prévention du suicide (2003). *Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières Nations : le rapport du Groupe consultatif sur la prévention du suicide*. Ottawa, ON : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, Santé Canada.
- Grove, O. et J. Lynge (1979). Suicide and attempted suicide in Greenland: A controlled study in Nuuk (Godthaab). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 60(4):375–391.
- Grunbaum, J., K. Basen-Engquist et D. Pandey (1998). Association between violent behaviors and substance use among Mexican-American and non-Hispanic White high school students. *Journal of Adolescent Health* 23(3):153–159.
- Gundlach, J. (1990). Absence of Family Support, Opportunity, and Suicide. *Family Perspective* 24(1):7–14.
- Gunnell, D., R. Harbord, N. Singleton, R. Jenkins, et G. Lewis (2004). Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *British Journal of Psychiatry* 185(5):385–393.
- Guo, B. et C. Harstall (2002). *Efficacy of Suicide Prevention Programs for Children and Youth*. Edmonton, AB: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Extrait de : [www.ahfmr.ab.ca/publications/index.php?pageID=19](http://www.ahfmr.ab.ca/publications/index.php?pageID=19)
- Habbick, B.F., J.L. Nanson et R.E. Snyder (1997). Mortality in foetal alcohol syndrome. *Canadian Journal of Public Health* 88(3):181–183.
- Haggag, A., B. Eklund, O. Linaker et K.G. Gotestam (1990). Seasonal mood variation: an epidemiological study in northern Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 81(2):141–145.
- Haggarty, J., Z. Cernovsky, P. Kermeen et H. Merskey (2000). Psychiatric Disorders in an Arctic Community. *Canadian Journal of Psychiatry* 45(4):357–362.
- Haggarty, J.M., Z. Cernovsky, M. Husni, K. Minor, P. Kermeen et H. Merskey (2002). Seasonal affective disorder in an Arctic community. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 105(5):378–384.
- Haig-Brown, C. (1988). *Resistance and Renewal: Surviving the Indian Residential School*. Vancouver, C.-B.: Tillacum Library.
- Hallfors, D., P.H. Brodish, S. Khatapoush, V. Sanchez, H. Cho et A. Steckler (2006). Feasibility of Screening Adolescents for Suicide Risk in “Real-World” High School Settings. *American Journal of Public Health* 96(2):282–287.
- Hamilton, T.K. et R.D. Schweitzer (2000). The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34(5):829–835.
- Hansen, T., T. Bratlid, O. Lingjärde et T. Brenn (1987). Midwinter insomnia in the subarctic region: Evening levels of serum melatonin and cortisol before and after treatment with bright artificial light. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75(4):428–434.
- Hart, E.E. et C.L. Williams (1987). Suicidal Behavior and Interpersonal Network. *Crisis* 8(2):112–124.

---

Hasselback, P., K.I. Lee, Y. Mao, R. Nichol et D.T. Wigle (1991). The Relationship of Suicide Rates to Sociodemographic Factors in Canadian Census Divisions. *Canadian Journal of Psychiatry* 36(9):655–659.

Hawthorn, H.B.(éd.) (1966). Étude sur les indiens contemporains du Canada : Rapport sur les besoins et mesures d'ordre économique, politique et éducatif en deux parties. Ottawa, ON : Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada.

Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk. *British Journal of Psychiatry* 150(2):145–153.

——— (1986). *Suicide and Attempted Suicide Among Children and Adolescents*, 2nd printing, Newbury Park, CA: Sage Publications.

Hawton, K., J. Fagg et S. Simkin (1988). Female unemployment and attempted suicide. *British Journal of Psychiatry* 152(5):632–637.

Hawton, K., L. Harriss, K. Hodder, S. Simkin et D. Gunnell (2001). The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychological Medicine* 31(5):827–836.

He, X.Y., A.R. Felthous, C.E. Holzer, P. Nathan et S. Veasey (2001). Factors in prison suicide: one year study in Texas. *Journal of Forensic Sciences* 46(4):896–901.

Heath, K.V., P.G. Cornelisse, S.A. Strathdee, A. Palepu, M.L. Miller, M.T. Schechter, M.V. O'Shaughnessy et R.S. Hogg (1999). HIV-associated risk factors among young Canadian Aboriginal and non-Aboriginal men who have sex with men. *International Journal of STD & AIDS* 10(9):582–587.

Heikkinen, M.E., E.T. Isometsa, M.J. Marttunen, H.M. Aro et J.K. Lonnqvist (1995). Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry* 167(6):747–753.

Heikkinen, M.E., M.M. Henriksson, E.T. Isometsa, M.J. Marttunen, H.M. Aro et J.K. Lonnqvist (1997). Recent Life Events and Suicide in Personality Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185(6):373–381.

Hellon, C.P. et M.I. Solomon (1980). Suicide and Age in Alberta, Canada, 1951 to 1977. The Changing Profile. *Archives of General Psychiatry* 37(5):505–510.

Henderson, A. (2003). Report of the Workshop on Best Practices in Suicide Prevention and the Evaluation of Suicide Prevention Programs in the Arctic. Atelier tenu à Iqaluit, Nunavut, les 14 et 15 mars 2003. Iqaluit, NU : Gouvernement du Nunavut.

Henriksson, S., G. Böethius et G. Isacsson (2001). Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jämtland county, Sweden, 1985–95. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103(4):301–306.

Hicks, J. (disponible prochainement, 2007). The social determinants of elevated rates of suicide by Inuit youth. Nuuk, Greenland: Ilisimatusarfik, The University of Greenland [thèse de doctorat inédite].

- Hlady, W.G. et J.P. Middaugh (1988). Suicides in Alaska: firearms and alcohol. *American Journal of Public Health* 78(2):179–180.
- Hoberman, H.M. et B.D. Garfinkel (1988). Completed Suicide in Youth. *Canadian Journal of Psychiatry* 33(6):494–504.
- Hobfoll, S.E., A. Bansal, R. Schurg, S. Young, C.A. Pierce, I. Hobfoll et R. Johnson (2002). The impact of perceived child physical and sexual abuse history on Native American women's psychological well-being and AIDS risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(1):252–257.
- Holinger, P.C. et D. Lester (1991). Suicide, homicide, and demographic shifts: An epidemiological study of regional and national trends. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179(9):574–575.
- Holinger, P.C. et D. Offer (1982). Prediction of adolescent suicide: a population model. *American Journal of Psychiatry* 139(3):302–307.
- Holt, J. (1993). *How about...Evaluation: A Handbook about Project Self-Evaluation for First Nations and Inuit Communities*. Ottawa, ON : Santé Canada, Direction générale des services médicaux.
- Houston, K., K. Hawton et R. Shepperd (2001). Suicide in young people aged 15–24: a psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders* 63(1–3):159–170.
- Howard, M.O., R.D. Walker, P.S. Walker, L.B. Cottler et W.M. Compton (1999). Inhalant use among urban American Indian youth. *Addiction* 94(1):83–95.
- Howard-Pitney, B., T.D. LaFromboise, M. Basil, B. September et M. Johnson (1992). Psychological and Social Indicators of Suicide Ideation and Suicide attempts in Zuni Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(3):473–476.
- Hultkrantz, A. (1979). *The Religions of the American Indians*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hunter, E., J. Reser, M. Baird et P. Reser (2001). *An Analysis of Suicide in Indigenous Communities of North Queensland: The Historical, Cultural and Symbolic Landscape*. Canberra, AU: Department of Health and Aged Care, Government of Australia.
- Iarocci, G., R. Root et J.A. Burack (à l'impression). Social Competence and Mental Health among Aboriginal Youth: An Integrative Developmental Perspective. Dans L.J. Kirmayer et G. Valaskakis (éds.), *Healing Traditions: The Mental Health of Canadian Aboriginal Peoples*. Vancouver, C.-B.: University of British Columbia Press.
- Imai, S. (2003). *The 2003 Annotated Indian Act and Aboriginal Constitutional Provisions (Statutes of Canada annotated)*. Toronto, ON : Thomson Canada Limited.
- Indian Health Service (1998–1999). *Trends in Indian Health*. Rockville, MB: Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.
- Ing, N.R. (1991). The Effects of Residential Schools on Native Child-Rearing Practices. *Canadian Journal of Native Education* 18(suppl):66–118.

- 
- Irwin, C. (1989). Lords of the Arctic: Wards of the State. *Northern Perspectives* 17(1):2–12.
- Isaacs, S., S. Keogh, C. Menard et J. Hockin (1998). Suicide in the Northwest Territories: A Descriptive Review. *Chronic Diseases in Canada* 19(4):152–156.
- Isometsa, E.T., M.E. Heikkinen, M.J. Marttunen, M.M. Henriksson, H.M. Aro et J.K. Lonnqvist (1995). The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry* 152(6):919–922.
- Jaimes, M.A. (éd.) (1992). *The State of Native America: Genocide, Colonization, and Resistance*. Cambridge, MA: South End Press.
- Jeanneret, O. (1992). A Tentative Approach to Suicide Prevention in Adolescence. *Journal of Adolescent Health* 13(5):409–414.
- Jervis, L.L., P. Spicer, S.M. Manson et AI-SUPERFRP Team (2003). Boredom, “Trouble,” and the Realities of Postcolonial Reservation Life. *Ethos* 31(1):38–58.
- Ji, J., A. Kleinman et A.E. Becker (2001). Suicide in Contemporary China: A Review of China’s Distinctive Suicide Demographics in Their Sociocultural Context. *Harvard Review of Psychiatry* 9(1):1–12.
- Jilek-Aall, L. (1988). Suicidal Behaviour Among Youth: A Cross-Cultural Comparison. *Transcultural Psychiatric Research Review* 25(2):87–105.
- Johansen, B. (2000). Education—The Nightmare and the Dream: A Shared National Tragedy, A Shared National Disgrace. *Native Americas Hemispheric Journal of Indigenous Issues* 17(4):10–19.
- Johnson, J.G., P. Cohen, M.S. Gould, S. Kasen, J. Brown et J.S. Brook (2002). Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Adulthood. *Archives of General Psychiatry* 59(8):741–749.
- Johnson, T. et H. Tomren (1999). Helplessness, Hopelessness, and Despair: Identifying the Precursors to Indian Youth Suicide. *American Indian Culture and Research Journal* 23(3):287–301.
- Johnston, B.H. (1988). *Indian School Days*. Toronto, ON : Key Porter Books.
- Johnston, P. (1983). *Native Children and the Child Welfare System*. Toronto, ON : Canadian Council on Social Development.
- Joiner, T.E., Jr., R.A. Steer, G. Brown, A.T. Beck, J.W. Pettit et M.D. Rudd (2003). Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behaviour Research and Therapy* 41(12):1469–1480.
- Jong, M. (2004). Managing Suicides via Videoconferencing in a Remote Northern Community in Canada. *International Journal of Circumpolar Health* 63(4):422–428.
- Kalafat, J. et M. Elias (1994). An Evaluation of a School-Based Suicide Awareness Intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 24(3):224–233.
-

- Karmali, S., K. Laupland, A.R. Harrop, C. Findlay, A.W. Kirkpatrick, B. Winston, J. Kortbeek, L. Crowshoe et M. Hameed (2005). Epidemiology of severe trauma among status Aboriginal Canadians: a population-based study. *Canadian Medical Association Journal* 172(8):1007–1011.
- Kasser, T. (2002). *The High Price of Materialism*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Kelly, S.J., N. Day et A.P. Streissguth (2000). Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotoxicology and Teratology* 22(2):143–149.
- Ketl, P.A. et E.O. Bixler (1991). Suicide in Alaska Natives, 1979–1984. *Psychiatry* 54(1):55–63.
- (1993). Alcohol and Suicide in Alaska Natives. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: Journal of the National Center* 5(2):34–45.
- Kidd, S.A. (2004). “The Walls Were Closing In, and We Were Trapped” A Qualitative Analysis of Street Youth Suicide. *Youth & Society* 36(1):30–55.
- Kienhorst, C.W., E.J. de Wilde, J. van den Bout, E. van der Burg, R.F. Diekstra et W.H. Wolters (1993). Two subtypes of adolescent suicide attempters. An empirical classification. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87(1):18–22.
- Kirmayer, L.J. (1994). Suicide among Canadian Aboriginal peoples. *Transcultural Psychiatric Research Review* 31(1):3–58.
- (1989). Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress. *Social Science & Medicine* 29(3):327–339.
- (1987). Languages of suffering and healing: Alexithymia as a social and cultural process. *Transcultural Psychiatric Research Review* 24(2):119-136.)
- Kirmayer, L.J., G.M. Brass et C.L. Tait (2000). The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community. *Canadian Journal of Psychiatry* 45(7):607–616.
- Kirmayer, L.J., L.J. Boothroyd, A. Tanner, N. Adelson et E. Robinson (2000). Psychological Distress among the Cree of James Bay. *Transcultural Psychiatry* 37(1):35–56.
- Kirmayer, L.J., L.J. Boothroyd, A. Laliberté et B. Laronde Simpson (1999). Suicide prevention and mental health promotion in Native communities (No. 9). Montréal, Qc : Culture and Mental Health Research Unit, Institute of Community & Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis—Jewish General Hospital.
- Kirmayer, L.J., C. Fletcher et L.J. Boothroyd (1998). Suicide among the Inuit of Canada. Dans A.A. Leenaars, S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R.J. Dyck, M.J. Kral et R.C. Bland (éds.), *Suicide in Canada*. Toronto, ON: University of Toronto Press: 189–211.
- (1997). Inuit Attitudes Toward Deviant Behavior: A Vignette Study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185(2):78–86.

---

Kirmayer, L.J., L.J. Boothroyd et S. Hodgins (1998). Attempted Suicide Among Inuit Youth: Psychosocial Correlates and Implications for Prevention. *Canadian Journal of Psychiatry* 43(8):816–822.

Kirmayer, L.J., M. Malus et L.J. Boothroyd (1996). Suicide attempts among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94(1):8–17.

Kirmayer, L.J., C. Fletcher, E. Corin et L. Boothroyd (1994a). Inuit Concepts of Mental Health and Illness: An Ethnographic Study. Montreal, QC: Culture & Mental Health Research Unit, Institute of Community & Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis—Jewish General Hospital.

Kirmayer, L.J., B. Hayton, M. Malus, V. Jimenez, R. Dufour, C. Quesney, Y. Ternar, T. Yu et N. Ferrara (1994b). Suicide in Canadian Aboriginal Populations: Emerging Trends in Research and Intervention : un rapport présenté à la Commission royale sur les peuples autochtones, rapport numéro 1. Montréal, Qc : Culture & Mental Health Research Unit, Institute of Community & Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis—Jewish General Hospital.

Kirmayer, L.J., E. Corin, A. Corriveau et C. Fletcher (1993a). Culture et maladie mentale chez les Inuit du Nunavik. *Santé Mentale au Québec* 18(1):53–70.

Kirmayer, L.J., K. Gill, C. Fletcher, Y. Ternar, C. Quesney, A. Smith, N. Ferrara et B. Hayton (1993b). Emerging Trends in Research on Mental Health Among Canadian Aboriginal Peoples: un rapport présenté à la Commission royale sur les peuples autochtones, rapport numéro 2. Montréal, Qc : Culture & Mental Health Research Unit, Institute of Community & Family of Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis—Jewish General Hospital.

Kleinfeld, J. et J. Bloom (1977). Boarding schools: effects on the mental health of Eskimo adolescents. *American Journal of Psychiatry* 134(4):411–477.

Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry* 151(4):447–454.

Knockwood, I. (1992). *Out of the Depths: The Experiences of Mi'kmaw Children at the Indian Residential School at Shubenacadie, Nova Scotia*. Lockeport, N.-É. : Roseway Publishing.

Knox, K.L., D.A. Litts, G.W. Talcott, J.C. Feig et E.D. Caine (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal* 327(7428):1376.

Korn, D.A. (2000). Expansion of gambling in Canada: implications for health and social policy. *Canadian Medical Association Journal* 163(1):61–64.

Kouri, R. (2003). *Communication personnelle*.

——— (2002). Données non publiées. Kovacs, M. et A.T. Beck (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry* 135(5):525–533.

Kowalski, G., C.E. Faupel et P.D. Starr (1987). Urbanism and Suicide: A Study of American Counties. *Social Forces* 66(1):85–101.

Kral, M.J. (2003). *Unikkaartuit: Meanings of Well-Being, Sadness, Suicide, and Change in Two Inuit Communities*. Montréal, Qc : National Network for Aboriginal Mental Health Research.

———(1999). Communication personnelle.

——— (1998). Suicide and the Internalization of Culture: Three Questions. *Transcultural Psychiatry* 35(2):221–233.

Kralik, K.M. et W.J. Danforth (1992). Identification of Coping Ideation and Strategies Preventing Suicidality in a College-Age Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 22(2):167–186.

Kraus, R.F. (1972). Changing Patterns of Suicidal Behavior in North Alaskan Eskimo. *Transcultural Psychiatric Research Review* 9:69–71.

Kraus, R.F. et P.A. Buffer (1979). Sociocultural stress and the american native in Alaska: An analysis of changing patterns of psychiatric illness and alcohol abuse among Alaska natives. *Culture, Medicine and Psychiatry* 3(2):111–151.

Krause, A. (1956). *The Tlingit Indians: Results of a Trip to the Northwest Coast of America and the Bering Straits* (E. Gunther, traduction). Seattle, WA: University of Washington Press. (L'ouvrage original a été publié en 1885.)

Kreitman, N. et P. Casey (1988). Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry* 153(6):792–800.

Krug, E.G., L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi et R. Lozano (éds.) (2002). *World report on violence and health/Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, SWI: World Health Organization/Organisation mondiale de la santé.

Krush, T.P., J.W. Bjork, P.S. Sindell et J. Nelle (1966). Some Thought on the Formation of Personality Disorder: Study of an Indian Boarding School Population. *American Journal of Psychiatry* 122(8):868–876.

Kung, H., X. Liu et H. Juon (1998). Risk factors for suicide in Caucasians and in African Americans: a matched case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33(4):155–161.

Kvernmo, S. et S. Heyerdahl (2003). Acculturation Strategies and Ethnic Identity as Predictors of Behavior Problems in Arctic Minority Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42(1):57–65.

La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (2005). Communication personnelle.

Ladame, F. (1992). Suicide Prevention in Adolescence: An Overview of Current Trends. *Journal of Adolescent Health* 13(5):406–408.

LaFromboise, T.D. (1988). American Indian mental health policy. *American Psychologist* 43(5):388–397.

———(1996). *American Indian Life Skills Development Curriculum*. Madison, WI: University of Wisconsin Press.

---

LaFromboise, T.D. et B. Howard-Pitney (1995). The Zuni Life Skills Development Curriculum: Description and Evaluation of a Prevention Program. *Journal of Counseling Psychology* 42(4):479–486.

——— (1994). The Zuni Life Skills Development Curriculum: A Collaborative Approach to Curriculum Development. *American Indian Alaska Native Mental Health Research Monograph Series* 4:98–121.

LaFromboise, T.D. et D.S. Bigfoot (1988). Cultural and cognitive considerations in the prevention of American Indian adolescent suicide. *Journal of Adolescence* 11(2):139–153.

Lalonde, C.E. (2001). Suicide rates among First Nations persons in British Columbia (1993–2000). Un rapport rédigé à l'intention du Office of the Provincial Health Officer, BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. (Disponible auprès du Office of the Provincial Health Officer, 250-952-0876)

Landen, M.G., M. Beller, E. Funk, M. Propst, J. Middaugh et R.L. Moolenaar (1997). Alcohol-related Injury Death and Alcohol Availability in Remote Alaska. *Journal of the American Medical Association* 278(21):1755–1758.

Langlois, S. et P. Morrison (2002). Suicide deaths and suicide attempts. *Health Reports* 13(2):9–22.

Leenaars, A.A. et D. Lester (1999). Domestic Integration and Suicide in the Provinces of Canada. *Crisis* 20(2):59–63.

Leighton, A. et C.C. Hughes (1955). Notes on Eskimo Patterns of Suicide. *Southwestern Journal of Anthropology* 11(4):327–338.

Leineweber, M. et E. Arensman (2003). Culture Change and Mental Health: The Epidemiology of Suicide in Greenland. *Archives of Suicide Research* 7(1):41–50.

Leineweber, M., P. Bjerregaard, C. Baerveldt et P. Voestermans (2001). Suicide in a society transition. *International Journal of Circumpolar Health* 60(2):280–287.

LeMaster, P.L., J. Beals, D.K. Novins, et S.M. Manson (2004). The Prevalence of Suicidal Behaviors Among Northern Plains American Indians. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 34(3):242–254.

Lemchuck-Favel, L. (1996). Trends in First Nations Mortality 1979–1993. Ottawa, ON : Santé Canada.

Lesage, A.D., R. Boyer, F. Grunberg, C. Vanier, R. Morissette, C. Menard-Buteau et M. Loyer (1994). Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry* 151(7):1063–1068.

Lester, D. (1999). Native American Suicide Rates, Acculturation Stress and Traditional Integration. *Psychological Reports* 84:398.

——— (1997). *Suicide in American Indians*. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, Incorporated.

——— (1996). Aboriginal suicide in British Columbia. *Perceptual and Motor Skills* 83(3):1202.

——— (1995). American Indian Suicide Rates and the Economy. *Psychological Reports* 77:994.

- (1993). Tedium, depression, and suicidal preoccupation. *Psychological Reports* 73(2):622.
- (1992). Demographic Determinants of Youth Suicide Rates. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180(4):272.
- Levy, J.E. et S.J. Kunitz (1971). Indian Reservations, Anomie, and Social Pathologies. *Southwestern Journal of Anthropology* 27(2):97–128.
- Lewis, G., K. Hawton et P. Jones (1997). Strategies for preventing suicide. *British Journal of Psychiatry* 171(4):351–354.
- Lewis, M.W. et A.C. Lewis (1996). Peer Helping Programs: Helper Role, Supervisor Training, and Suicidal Behavior. *Journal of Counseling and Development* 74(3):307–313.
- Linehan, M.M. (2000). Behavioral Treatments of Suicidal Behaviors: Definitional Obfuscation and Treatment Outcomes. Dans R.W. Maris, S.S. Canetto, J.L. McIntosh, et M.M. Silverman (éds.), *Review of Suicidology, 2000*. New York, NY: The Guilford Press: 84–111.
- Linehan, M.M., J.L. Goodstein, S.L. Nielsen et J.A. Chiles (1983). Reasons for Staying Alive When You Are Thinking of Killing Yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(2):276–286.
- Lomawaima, K.T. (1993). Domesticity in the federal Indian schools: the power of authority over mind and body. *American Ethnologist* 20(2):227–240.
- Lowe, E.D. (2003). Identity, Activity, and the Well-Being of Adolescents and Youths: Lessons from Young People in a Micronesian Society. *Culture, Medicine and Psychiatry* 27(2):187–219.
- Lujan, C., L.M. DeBruyn, P.A. May et M.E. Bird (1989). Profile of abused and neglected American Indian children in the Southwest. *Child Abuse and Neglect* 13(4):449–461.
- Luoma, J.B., C.E. Martin et J.L. Pearson (2002). Contact with Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry* 159(6):909–916.
- Luthar, S.S., D. Cicchetti et B. Becker (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development* 71(3):543–562.
- Lynge, I. (1994). Suicide in Greenland. *Arctic Medical Research* 53(suppl 2):551–554.
- MacMillan, H.L., A.B. MacMillan, D.R. Offord et J.L. Dingle (1996). Aboriginal health. *Canadian Medical Association Journal* 155(11):1569–1578.
- Magne-Ingvar, U., A. Öjehagen et L. Träskman-Bendz (1992). The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86(2):153–158.
- Malchy, B., M.W. Enns, T.K. Young et B.J. Cox (1997). Suicide among Manitoba's aboriginal people, 1988 to 1994. *Canadian Medical Association Journal* 156(8):1133–1138.

- 
- Malone, K.M., M.A. Oquendo, G.L. Haas, S.P. Ellis, S. Li et J.J. Mann (2000). Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living. *American Journal of Psychiatry* 157(7):1084–1088.
- Malus, M., L.J. Kirmayer et L. Boothroyd (1994). Risk Factors for Attempted Suicide Among Inuit Youth: A Community Survey, Report No. 3. Montreal, QC: Culture & Mental Health Research Unit, Institute of Community and Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis—Jewish General Hospital.
- Manson, S.M., J. Beals, R.W. Dick et C. Duclos (1989). Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school. *Public Health Reports* 104(6):609–614.
- Manson, S.M., J. Beals, S.A. Klein, C.D. Croy, and AI-SUPERPPF Team (2005). Social Epidemiology of Trauma Among 2 American Indian Reservation Populations. *American Journal of Public Health* 95(5):851–859.
- Manson, S.M., J.H. Shore et J.D. Bloom (1985). The Depressive Experience in American Indian Communities: A Challenge for Psychiatric Theory and Diagnosis. Dans A.M. Kleinman et B. Good (éds.), *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley, CA: University of California Press: 331–368.
- Marcus, A.R. (1992). *Out in the Cold: The Legacy of Canada's Inuit Relocation Experiment in the High Arctic*. Copenhagen, DEN: IWGIA.
- Maris, R.W. (1992). The Relationship of Nonfatal Suicide Attempts to Completed Suicides. Dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (éds.), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, NY: Guilford Press: 362–380.
- Martin, C. (1978). *Keepers of the Game: Indian-Animal Relationships and the Fur Trade*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Marttunen, M.J., H.M. Aro et J.K. Lonnqvist (1992). Adolescent Suicide: Endpoint of Long-Term Difficulties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31(4):649–654.
- Marttunen, M.J., H.M. Aro, M.M. Henriksson et J.K. Lonnqvist (1991). Mental Disorders in Adolescent Suicide. DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in Suicides Among 13- to 19-Year-Olds in Finland. *Archives of General Psychiatry* 48(9):834–839.
- Marttunen, M.J., M.M. Henriksson, E.T. Isometsa, M.E. Heikkinen, H.M. Aro et J.K. Lonnqvist (1998). Completed suicide among adolescents with no diagnosable psychiatric disorder. *Adolescence* 33(131):669–681.
- Masecar, D. (1998). Suicide Prevention in Rural Communities: 'Designing a Way Forward'. Dans A.A. Leenaars, S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R.J. Dyck, M.J. Kral et R.C. Bland (éds.), *Suicide in Canada*. Toronto, ON: University of Toronto Press: 242–255.
- Matheson, L. (1996). The Politics of the Indian Child Welfare Act. *Social Work* 41(2):232–235.
- Mawhiney, A.-M. (éd.) (1993). *Rebirth: Political, Economic and Social Development in First Nations*. Toronto, ON: Dundurn Press.
-

- May, P.A. (1992). Alcohol Policy Considerations for Indian Reservations and Bordertown Communities. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: Journal of the National Center* 4(3):5–59.
- May, P.A. et L.A. Dizmang (1974). Suicide and the American Indian. *Psychiatric Annals* 4(9):22–28.
- May, P.A., N.W. Van Winkle, M.B. Williams, P.J. McFeeley, L.M. DeBruyn et P. Serna (2002). Alcohol and Suicide Death Among American Indians of New Mexico: 1980–1998. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 32(3):240–255.
- May, P.A., P. Serna, L. Hurt et L.M. DeBruyn (2005). Outcome Evaluation of a Public Health Approach to Suicide Prevention in an American Indian Tribal Nation. *American Journal of Public Health* 95(7):1238–1244.
- Mazza, J.J. (2000). The Relationship Between Posttraumatic Stress Symptomatology and Suicidal Behavior in School-Based Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30(2):91–103.
- McDaniel, J.S., D. Purcell et A.R. D’Augelli (2001). The Relationship between Sexual Orientation and Risk for Suicide: Research Findings and Future Directions for Research and Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(suppl):84–105.
- McDonald, J.A. (1994). Social change and the creation of underdevelopment: A Northwest Coast case. *American Ethnologist* 21(1):152–175.
- McElroy, A. (1975). Canadian Arctic modernization and change in female Inuit role identification. *American Ethnologist* 2(4):662–686.
- McKeown, R.E., C.Z. Garrison, S.P. Cuffe, J.L. Waller, K.L. Jackson et C.L. Addy (1998). Incidence and Predictors of Suicidal Behaviors in a Longitudinal Sample of Young Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37(6):612–619.
- McLeod, N. (1998). Coming Home Through Stories. *International Journal of Canadian Studies* 18:51–66.
- Meehan, P.J., J.A. Lamb, L.E. Saltzman et P.W. O’Carroll (1992). Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *American Journal of Psychiatry* 149(1):41–44.
- Middlebrook, D.L., P.L. LeMaster, J. Beals, D.K. Novins et S.M. Manson (2001). Suicide Prevention in American Indian and Alaska Native Communities: A Critical Review of Programs. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(1):132–149.
- Mignone, J. (2005). Social capital and youth suicide risk factors in First Nations communities (Commentary). *Canadian Journal of Public Health* 96(suppl 1):S51–S54.
- Miller, J.R. (2000). *Skyscrapers Hide the Heavens: A History of Indian-White Relations in Canada*, Third Edition. Toronto, ON: University of Toronto Press.
- (1996). *Shingwauk’s Vision: A History of Native Residential Schools*. Toronto, ON: University of Toronto Press.

- 
- (1987). The Irony of Residential Schooling. *Canadian Journal of Native Education* 14(2):3-14.
- Miller, J.S. et E. Danziger, Jr. (2000). "In the Care of Strangers": Walpole Island First Nation's Experiences with Residential Schools after the First World War. *Ontario History* 92(1):71–88.
- Million, D. (2000). Telling Secrets: Sex, Power and Narratives in Indian Residential School Histories. *Canadian Woman Studies* 20(2):92–104.
- Milloy, J. (1999). *A National Crime: The Canadian Government and the Residential School System • 1879 to 1986*. Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (non date) Justice. Extrait le 31 mai 2006 de : [www.ainc-inac.gc.ca/ps/jus\\_f.html](http://www.ainc-inac.gc.ca/ps/jus_f.html)
- Molnar, B.E., L.F. Berkman et S.L. Buka (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological Medicine* 31(6):965–977.
- Moore, J.H. (1993). *The Political Economy of North American Indians*. Norman, OK: University of Oklahoma Press.
- Motto, J.A. et A.G. Bostrom (2001). A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatric Services* 52(6):828–833.
- Mrazek, P.J. et R.J. Haggerty (éds.) (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Muttitt, S., R. Vigneault et L. Loewen (2004). Integrating Telehealth into Aboriginal Healthcare: The Canadian Experience. *International Journal of Circumpolar Health* 63(4):401–414.
- Myers, K., E. McCauley, R. Calderon et R. Treder (1991). The 3-Year Longitudinal Course of Suicidality and Predictive Factors for Subsequent Suicidality in Youths with Major Depressive Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30(5):804–810.
- National Research Council, S.K. Goldsmith et A.M. Kleinman (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Näyhä, S. (1985). Seasonal Variation in Suicide and Mental Depression in Finland. Dans R. Fortune (éd.), *Circumpolar Health 84: Proceedings of the Sixth International Symposium on Circumpolar Health*. Seattle, WA: University of Washington Press: 312–315.
- Neimeyer, R.A., B. Fortner et D. Melby (2001). Personal and Professional Factors and Suicide Intervention Skills. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(1):71–82.
- Neumark, Y.D., J. Delva et J.C. Anthony (1998). The Epidemiology of Adolescent Inhalant Drug Involvement. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 152(8):781–786.
-

- Newman, S.C. et A.H. Thompson (2003). A Population-Based Study of the Association Between Pathological Gambling and Attempted Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33(1):80–87.
- Niezen, R. (à l'impression). Suicide as a way of belonging. Dans L.J. Kirmayer et G. Valaskakis (éds.), *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples*. Vancouver, C.-B. : University of British Columbia Press.
- Nishnawbe-Aski Nation Youth Forum on Suicide (1996). *Horizons of Hope: An Empowering Journey – Final Report*. Thunder Bay, ON : Nishnawbe-Aski Nation.
- Norris, M.J. (1990). The Demography of Aboriginal People in Canada. Dans S.S. Halli, F. Trovato et L. Driedger (éds.), *Ethnic Demography: Canadian Immigrant, Racial and Cultural Variations*. Ottawa, ON : Carleton University Press: 33–59.
- Northwest Territories Bureau of Statistics (1996). *NWT Alcohol & Drug Survey: Rates of use for alcohol, other drugs and tobacco*, Report No. 1. Extrait de : [www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Health/alcdrug/Alcohol\\_Drug.html](http://www.stats.gov.nt.ca/Stainfo/Health/alcdrug/Alcohol_Drug.html)
- Novins, D.K., J. Beals, R.E. Roberts et S.M. Manson (1999). Factors Associated with Suicide Ideation among American Indian Adolescents: Does Culture Matter? *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29(4):332–346.
- O'Carroll, P.W., J.A. Mercy, J.A. Steward et Centers for Disease Control (1988). CDC Recommendations for a Community Plan for the Prevention and Containment of Suicide Clusters. *Morbidity and Mortality Weekly Reports* 37(suppl 6):1–12.
- O'Donnell, V. et H. Tait (2003). *Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 : premiers résultats - Bien-être de la population autochtone vivant hors réserve*. Ottawa, ON : Statistique Canada.
- O'Neil, J.D. (1986). Colonial Stress in the Canadian Arctic: An Ethnography of Young Adults Changing. Dans C.R. Janes, R. Stall et S.M. Gifford (éds.), *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht, The Netherlands: D. Reidel Publishing Company: 249–274.
- (1985). Self-Determination and Inuit Youth: Coping with Stress in the Canadian North. Dans R. Fortuine (éd.), *Circumpolar Health 84: Proceedings of the Sixth International Symposium on Circumpolar Health*. Seattle, WA: University of Washington Press: 438–442.
- O'Neil, T.D. (1996). *Disciplined Hearts: History, Identity, and Depression in an American Indian Community*. Berkeley, CA: University of California Press.
- (1989). Psychiatric investigations among American Indians and Alaska natives: a critical review. *Culture, Medicine and Psychiatry* 13(1):51–87.
- Olfson, M., D. Shaffer, S.C. Marcus et T. Greenberg (2003). Relationship Between Antidepressant Medication Treatment and Suicide in Adolescents. *Archives of General Psychiatry* 60(10):978–982.
- Organisation nationale de la santé autochtone (2003). *Trousse à outils sur l'éthique : l'éthique de la recherche en santé*. Extrait de : <http://www.naho.ca/firstnations/french/pdf/LethiqueDelaRechercheEnSante.pdf>

- 
- Paris, J. (1996). *Social Factors in Personality Disorders*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Paris, J., D. Nowlis et R. Brown (1989). Predictors of Suicide in Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 34(1):8–9.
- Paris, J., R. Brown et D. Nowlis (1987). Long-term Follow-up of Borderline Patients in a General Hospital. *Comprehensive Psychiatry* 28(6):530–535.
- Pell, B. et D. Watters (1982). Newspaper policies on suicide stories. *Canada's Mental Health* 30(4):8–9.
- Pescosolido, B.A. et S. Georgianna (1989). Durkheim, Suicide and Religion: Toward a Network Theory of Suicide. *American Sociological Review* 54(1):33–48.
- Petawabano, B.H., É. Gourdeau, F. Jourdain, A. Palliser-Tulugak et J. Cossette (1994). La santé mentale et les autochtones du Québec. Montréal, Qc : Gaëtan Morin Éditeur ltée.
- Petrie, K. et R. Brook (1992). Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. *British Journal of Clinical Psychology* 31(pt 3):293–300.
- Petta, G. et I. Walker (1992). Relative deprivation and ethnic identity. *British Journal of Social Psychology* 31(pt 4):285–293.
- Pfaff, J.J., J.G. Acres et R.S. McKelvey (2001). Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Medical Journal of Australia* 174(5):222–226.
- Pharris, M.D., M.D. Resnick et R.W. Blum (1997). Protecting Against Hopelessness and Suicidality in Sexually Abused American Indian Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 21(6):400–406.
- Phillips, D.P. et L.L. Carstensen (1986). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *The New England Journal of Medicine* 315(11):685–689.
- Phillips, D.P., K. Lesyna et D.J. Paight (1992). Suicide and the Media. Dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (éds.), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, NY : Guilford Press:499–519.
- Phillips, M.R., G. Yang, Y. Zhang, L. Wang, H. Ji et M. Zhou (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet* 360(9347):1728–1736.
- Piatote, B.H. (2000). Boarding Schools and the Future: The Trend Toward Meeting Specialized Needs. *Native Americas Hemispheric Journal of Indigenous Issues* 17(4):32–37.
- Pine, C.J. (1981). Suicide in American Indian and Alaska Native Tradition. *White Cloud Journal* 2(3):3–8.
- Pirkis, J. et R.W. Blood (2001). Suicide and the Media. Part I: Reportage in Nonfictional Media. *Crisis* 22(4):146–154.
- Pirkis, J.E., C.E. Irwin, Jr., C.D. Brindis, M.G. Sawyer, C. Friestad, M. Biehl et G.C. Patton (2003). Receipt of Psychological or Emotional Counseling by Suicidal Adolescents. *Pediatrics* 111(4):e388–e393.
-

- Ploeg, J., D. Ciliska et M. Dobbins (1996). A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Canadian Journal of Public Health* 87(5):319–324.
- Pokorny, A.D. (1992). Prediction of Suicide in Psychiatric Patients: Report of a Prospective Study. Dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (eds.), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, NY: Guilford Press: 105–129.
- Portrait, F., R. Alessie et D. Deeg (2002). *Disentangling the Age, Period, and Cohort Effects using a Modeling Approach*. Amsterdam, The Netherlands: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Preston, R.J. (2002). *Cree Narrative: Expressing the Personal Meaning of Events, Second Edition*. Montréal, Qc : McGill-Queen's Press.
- (1975). Reticence and Self-Expression: A Study of Style in Social Relationships. Dans W. Cowan (éd.), *Papers of the Seventh Algonquian Conference, 1975*. Ottawa, ON: Carleton University: 450–494.
- Pritchard, C. (1996). Suicide in the People's Republic of China categorized by age and gender: evidence of the influence of culture on suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93(5):362–367.
- Qin, P. et P.B. Mortensen (2001). Specific characteristics of suicide in China. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103(2):117–121.
- Qin, P., E. Agerbo et P.B. Mortensen (2003). Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981– 1997. *American Journal of Psychiatry* 160(4):765–772.
- Radkowsky, M. et L.J. Siegel (1997). The gay adolescent: Stressors, adaptations, and psychosocial interventions. *Clinical Psychology Review* 17(2):191–216.
- Randell, B.P., L.L. Eggert et K.C. Pike (2001). Immediate Post Intervention Effects of Two Brief Youth Suicide Prevention Interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 31(1):41–61.
- Remafedi, G. (1999). Sexual Orientation and Youth Suicide. *Journal of the American Medical Association* 282(13):1291–1292.
- Resnick, H.L.P. et L.H. Dizmang (1971). Observations on Suicidal Behavior Among American Indians. *American Journal of Psychiatry* 127(7):882–887.
- Rhodes, A.E., P.S. Links, D.L. Streiner, I. Dawe, D. Cass et S. Janes (2002). Do hospital E-codes consistently capture suicidal behaviour? *Chronic Diseases in Canada* 23(4):139–145.
- Richardson, B. (1991). *Strangers Devour the Land*. Vancouver, BC: Douglas & McIntyre.
- Robin, R.W., B. Chester, J.K. Rasmussen, J.M. Jaranson et D. Goldman (1997). Prevalence, characteristics, and impact of childhood sexual abuse in a southwestern American Indian tribe. *Child Abuse & Neglect* 21(8):769–787.

- 
- Rodgers, D.D. (1991). Community crisis intervention in suicide epidemics. *Arctic Medical Research Supplement*:276–280.
- (1982). Suicide in the Canadian Northwest Territories 1970–1980. *Nordic Council for Arctic Medical Research Report 33*:492–495.
- Rogers, J.R. (2003). Sexual Abuse and Suicide: Why We May Not Know What We Think We Know. *Archives of Suicide Research 7*(1):83–91.
- Rogler, L.H., R.G. Malgady et W.W. Tryon (1992). Evaluation of mental health: Issues of memory in the Diagnostic Interview Schedule. *Journal of Nervous and Mental Disease 180*(4):215–222.
- Roosa, M.W., C. Reinholtz et P.J. Angelini (1999). The relation of child sexual abuse and depression in young women: comparisons across four ethnic groups. *Journal of Abnormal Child Psychology 27*(1):65–76.
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology 30*(3):427–432.
- (1993). Mental disorder and the strategies of prevention. *Psychological Medicine 23*(3):553–555.
- Rosenberg, M.L., J.C. Smith, L.E. Davidson et J.M. Conn (1987). The Emergence of Youth Suicide: An Epidemiologic Analysis and Public Health Perspective. *Annual Review of Public Health 8*:417–440.
- Ross, C.A. et B. Davis (1986). Suicide and Parasuicide in a Northern Canadian Native Community. *Canadian Journal of Psychiatry 31*(4):331–334.
- Rubinstein, D.H. (1983). Epidemic suicide among Micronesian adolescents. *Social Science & Medicine 17*(10):657–665.
- Runeson, B.S. et C.L. Rich (1992). Diagnostic comorbidity of mental disorders among young suicides. *International Review of Psychiatry 4*:197–203.
- Russell, S.T. et K. Joyner (2001). Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence From a National Study. *American Journal of Public Health 91*(8):1276–1281.
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders 62*(1–2):123–129.
- Ryland, D.H. et M.J.P. Kruesi (1992). Suicide among adolescents. *International Review of Psychiatry 4*:185–195.
- Safer, D.J. (1997). Self-Reported Suicide Attempts by Adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry 9*(4):263–269.
- Sakinofsky, I. et A.A. Leenaars (1997). Suicide in Canada with Special Reference to the Difference Between Canada and the United States. *Suicide & Life-Threatening Behavior 27*(1):112–126.
-

Sakinofsky, I. et R.S. Roberts (1990). Why parasuicides repeat despite problem resolution. *British Journal of Psychiatry* 156(3):399–405.

Sakinofsky, I., R.S. Roberts, Y. Brown, C. Cumming et P. James (1990). Problem resolution and repetition of parasuicide. *The British Journal of Psychiatry* 156(3):395–399.

Sampath, H.M. (1992). The changing pattern of Inuit suicide and attempted suicide. Dans M.J. Dufour et F. Thérien (éds.), *Papers from the Seventh Inuit Studies Conference, 19–23 August 1990, Fairbanks, Alaska, Looking to the Future*. Ste-Foy, Qc : Association Inuksiutiit Katimajjiit inc.: 141–148.

——— (1974). Prevalence of psychiatric disorders in a southern Baffin Island Eskimo settlement. *Canadian Psychiatric Association Journal* 19(4):363–367.

Samson, C. (2003). *A Way of Life That Does Not Exist: Canada and the Extinguishment of the Innu*. St. John's, NL: ISER Books.

Santa Mina, E.E. et R.M. Gallop (1998). Childhood Sexual and Physical Abuse and Adult Self-Harm and Suicidal Behaviour: A Literature Review. *Canadian Journal of Psychiatry* 43(8):793–800.

Santé et Bien-être social Canada (1991). *A Handbook for Indian Communities on Evaluating Health Programs*. Ottawa, ON : Approvisionnement and Services Canada.

Santé Canada (2005). *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada pour l'année 2000*. Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine du chef du Canada.

——— (2003). *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*. Ottawa, ON : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

——— (2001). *Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les autochtones du Canada 1990–1999*. Ottawa, ON : Ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada.

Satzewich, V. et L. Mahood (1995). Indian Agents and the Residential School System in Canada, 1946–1970. *Historical Studies in Education* 7(1):45–69.

Satzewich, V. et T. Wotherspoon (1993). *First Nations: Race, Class, and Gender Relations*. Scarborough, ON : Nelson Canada.

Schmidtke, A. et S. Schaller (2000). The Role of Mass Media in Suicide Prevention. Dans K. Hawton et K. van Heeringen (éds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York, NY: John Wiley & Sons Ltd.: 675–697.

Schneidman, E.S. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181(3):145–147.

Schnyder, U., S. Büchi, T. Sensky et R. Klaghofer (2000). Antonovsky's Sense of Coherence: Trait or State? *Psychotherapy and Psychosomatics* 69(6):296–302.

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (non date). *Canada's Performance 2005: The Government of Canada's Contribution*. Extrait le 22 janvier 2007 de : [www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/cp-rc\\_e.asp](http://www.tbs-sct.gc.ca/report/govrev/05/cp-rc_e.asp)

- 
- Shaffer, D., A. Garland, M. Gould, P. Fisher et P. Trautman (1988). Preventing Teenage Suicide: A Critical Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27(6):675–687.
- Shaffer, D. et M. Gould (2000). Suicide Prevention in Schools. Dans K. Hawton et K. van Heeringen (éds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. New York, NY: John Wiley & Sons Ltd.: 645–660.
- Shaffer, D., V. Vieland, A. Garland, M. Rojas, M. Underwood et C. Busner (1990). Adolescent Suicide Attempters: Response to Suicide Prevention Programs. *Journal of the American Medical Association* 264(24):3151–3155.
- Shaffer, H.J. et D.A. Korn (2002). Gambling and Related Mental Disorders: A Public Health Analysis. *Annual Review of Public Health* 23:171–212.
- Shafiq, M., S. Carrigan, J.R. Whittinghill et A. Derrick (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 142(9):1061–1064.
- Shiang, J., S. Barron, S.Y. Xiao, R. Blinn et W.-C.C. Tam (1998). Suicide and Gender in the People's Republic of China, Taiwan, Hong Kong, and Chinese in the US. *Transcultural Psychiatry* 35(2):235–251.
- Shkilnyk, A.M. (1985). *A Poison Stronger Than Love: The Destruction of an Ojibwa Community*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Shore, J.H. (1975). American Indian Suicide—Fact and Fantasy. *Psychiatry* 38(1):87–91.
- Siggner, A.J. et R. Costa (2005). Situation des peuples autochtones dans les régions métropolitaines de recensement, 1981–2001, Ottawa, ON : Statistique Canada.
- Sigurdson, E., D. Staley, M. Matas, K. Hildahl et K. Squair (1994). A Five Year Review of Youth Suicide in Manitoba. *Canadian Journal of Psychiatry* 39(8):397–403.
- Silverman, M.M. (éd.) (2001). *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Solomon, M.I. et C.P. Hellon (1980). Suicide and age in Alberta, Canada, 1951 to 1977: A cohort analysis. *Archives of General Psychiatry* 37(5):511–513.
- Soule, S. (2005). Communication personnelle avec l'auteur, le 7 juin 2005.
- Sourander, A., L. Helstelä, A. Haavisto et L. Bergroth (2001). Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 63(1–3):59–66.
- Spaulding, J.M. (1986). Recent Suicide Rates Among Ten Ojibwa Indian Bands in Northwestern Ontario. *Omega: The Journal of Death and Dying* 16(4):347–354.
- Stack, S. (2005). Suicide in the Media: A Quantitative Review of Studies Based on Nonfictional Stories. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35(2):121–133.
-

- (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(4):238–240.
- (1992). Marriage, Family, Religion, and Suicide. Dans R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (éds.), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, NY: The Guilford Press: 540–552.
- Stack, S. et D. Lester (1991). The effect of religion on suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 26(4):168–170.
- Stairs, A. (1992). Self-Image, World-Image: Speculations on Identity from Experiences with Inuit. *Ethos* 20(1):116–126.
- Stannard, D.E. (1992) *American Holocaust: The Conquest of the New World*. New York, NY: Oxford University Press.
- Statistique Canada (2003). *Peuples autochtones du Canada : un profil démographique, «Recensement de 2001 : série “analyses” »*. Ottawa, ON. Ministre de l'Industrie.
- (2001). *Le Cyberlivre du Canada : La Société : Les principales causes de décès*. Extrait le 4 mai 2007 de : [http://www43.statcan.ca/02/02b/02b\\_003\\_f.htm#t01](http://www43.statcan.ca/02/02b/02b_003_f.htm#t01)
- (1998). Recensement de 1996 : sources de revenu, gains et revenu total, et revenu des familles. *Le Quotidien*, mardi le 12 mai 1998. Extrait le 1 mai 2007 de : [www.statcan.ca/Daily/English/980512/d980512.htm](http://www.statcan.ca/Daily/English/980512/d980512.htm)
- Stewart, S.E., I.G. Manion et S. Davidson (2002). Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature. *Journal of Adolescent Health* 30(5):312–325.
- Strickland, C.J. (1997). Suicide Among American Indian, Alaskan Native, and Canadian Aboriginal Youth: Advancing the Research Agenda. *International Journal of Mental Health* 25(4):11–32.
- Strosahl, K., J.A. Chiles et M. Linehan (1992). Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: Reasons for living, hopelessness, and depression. *Comprehensive Psychiatry* 33(6):366–373.
- Tait, C.L. (2003). *Fetal Alcohol Syndrome Among Aboriginal People in Canada: Review and Analysis of the Intergenerational Links to Residential Schools*. Ottawa, ON : Aboriginal Healing Foundation/Fondation autochtone de guérison.
- Tan, J.C.H., A. Maranzan, M. Boone, J.V. Velde et S. Levy (2004). *Usage of the Nunavut Kamatsiaktut Help Line (NKHL): An Analysis of 11 Years' of Database*. Arviat, NU: Government of Nunavut Mental Health Task Force.
- Tanner, A. (1979). *Bringing Home Animals: Religious Ideology and Mode of Production of the Mistassini Cree Hunters*. Social and economic studies series no. 23. St. John's, NL: Institute of Social and Economic Research, Memorial University of Newfoundland.
- Tanney, B.L. (1992). Mental Disorders, Psychiatric Patients, and Suicide. In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (éds.), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, NY: The Guilford Press: 277–320.

- 
- Tester, F.J. et P. McNicoll (2004). Isumagjjaksaq: mindful of the state: social constructions of Inuit suicide. *Social Science & Medicine* 58(12):2625–2636.
- Thompson, E. A., J.J. Mazza, J.R. Herting, B.P. Randell et L.L. Eggert (2005). The Mediating Roles of Anxiety Depression, and Hopelessness on Adolescent Suicidal Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35(1):14–34.
- Thompson, E. A., L.L. Eggert, B.P. Randell et K.C. Pike (2001). Evaluation of Indicated Suicide Risk Prevention Approaches for Potential High School Dropouts. *American Journal of Public Health* 91(5):742–752.
- Thompson, J.W., R.D. Walker et P. Silk-Walker (1993). Psychiatric Care of American Indians and Alaska Natives. Dans A.C. Gaw (éd.), *Culture, Ethnicity and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.: 189–243.
- Thompson, T.R. (1987). Childhood and Adolescent Suicide in Manitoba: A Demographic Study. *Canadian Journal of Psychiatry* 32(4):264–269.
- Thornton, R. (1987). *American Indian Holocaust and Survival: A Population History Since 1492*. Norman, OK: University of Oklahoma Press.
- Thorslund, J. (1990). Inuit suicides in Greenland. *Arctic Medical Research* 49(1):25–33.
- Tierney, R.J. (1998). Youth Suicide Prevention in Schools and Community: A Progress Report. Dans A.A. Leenaars, S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R.J. Dyck, M.J. Kral et R.C. Bland (éds.), *Suicide in Canada*. Toronto, ON: University of Toronto Press: 291–308.
- Titley, E.B. (1986). *A Narrow Vision: Duncan Campbell Scott and the Administration of Indian Affairs in Canada*. Vancouver, C.-B : University of British Columbia Press.
- Tooker, E. (1991). *An Ethnography of the Huron Indians, 1615–1649*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.
- Tousignant, M. (1998). Suicide in Small-Scale Societies. *Transcultural Psychiatry* 35(2):291–306.
- Tousignant, M. et B.L. Mishara (1981). Suicide and Culture: A Review of the Literature (1969–1980). *Transcultural Psychiatric Research Review* 18(1):5–32.
- Tousignant, M., M.F. Bastien et S. Hamel (1993). Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 28(5):256–261.
- Tower, M. (1989). A Suicide Epidemic in an American Indian Community. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research: Journal of the National Center* 3(1):34–44.
- Trainor, C. et K. Mihorean (éds.) (2001). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2001*. Ottawa, ON : Ministre de l'Industrie.
- Travis, R. (1983). Suicide in Northwest Alaska. *White Cloud Journal* 3(1):23–30.
-

- Trimble, J. et B. Medicine (1993). Diversification of American Indians: Forming an Indigenous Perspective. Dans U. Kim et J.W. Berry (éds.), *Indigenous Psychologies: Research and Experience in Cultural Context*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications: 133–151.
- Trovato, F. (1991). Sex, Marital Status, and Suicide in Canada: 1951–1981. *Sociological Perspectives* 34(4):427–445.
- Tsuang, M.T. et M. Tohen (éds.) (2002). *Textbook in Psychiatric Epidemiology, Second Edition*. New York, NY: Wiley-Liss, Inc.
- Tsuang, M.T., J.C. Simpson et J.A. Fleming (1992). Epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry* 4:117–129.
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 30(6):398–408.
- Turecki, G., J. Hicks, L.J. Kirmayer, C. Wieman, J. Haggarty, J. Renaud, M. Cargo et R. McCormick (2006). Qaujivalliani q inuusirijauvalauqtunik, 'Learning from lives that have been lived' suicide follow-back study, Nunavut, Canada. Article présenté le 8 février 2006 au Indigenous Suicide Prevention Research and Programs in Canada and the United States: Setting a Collaborative Agenda, Albuquerque, NM, les 7–9 février 2006 [non publié].
- Turner, H.A., D. Finkelhor et R. Ormrod (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine* 62(1):13–27.
- Vaillant, G.E. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry* 160(8):1373–1384.
- van Egmond, M. et R.F. Diekstra (1990). The Predictability of Suicidal Behavior: The Results of a Meta-Analysis of Published Studies. *Crisis* 11(2):57–84.
- van Heeringen, C. (2001). Suicide, Serotonin, and the Brain. *Crisis* 22(2):66–70.
- Van Winkle, N.W. et P.A. May (1986). Native American Suicide in New Mexico, 1957–1979: A Comparative Study. *Human Organization* 45(4):296–309.
- Velez, C.N. et P. Cohen (1988). Suicidal Behavior and Ideation in a Community Sample of Children: Maternal and Youth Reports. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 27(3):349–356.
- Velting, D.M., D. Shaffer, M.S. Gould, R. Garfinkel, P. Fisher et M. Davies (1998). Parent-Victim Agreement in Adolescent Suicide Research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37(11):1161–1166.
- Vieland, V., B. Whittle, A. Garland, R. Hicks et D. Shaffer (1991). The impact of Curriculum-Based Suicide Prevention Programs for Teenagers: An 18-Month Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 30(5):811–815.
- Vince-Whiteman, C., C. Aldinger, B. Levinger et I. Birdthistle (2001). *Thematic Studies: School Health and Nutrition*. Paris, FRA: UNESCO.

- 
- Vogel, V.J. (1990). *American Indian Medicine*. Norman, OK: University of Oklahoma Press.
- Wadden, M. (1991). *Nitassinan: The Innu Struggle to Reclaim Their Homeland*. Vancouver, C.-B. : HarperCollins Canada/Douglas & McIntyre.
- Waldram, J.B. (1993). *Aboriginal spirituality: Symbolic healing in Canadian prisons*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 17(3):345–362.
- Walker, D., D. Middlebrook, P.S. Walker, D. Bigelow, L. Frizzell et M. Singer (2006). *Native Suicide Prevention: Approaches, Interventions, and Responses For An International Strategy*. Présentation en format *powerpoint* au Indigenous Suicide Prevention Research and Programs in Canada and the United States: Setting a Collaborative Agenda, Albuquerque, NM, le 8 février 2006.
- Walker, I. et T.F. Pettigrew (1984). *Relative deprivation theory: An overview and conceptual critique*. *British Journal of Social Psychology* 23(pt 4):301–310.
- Wallace, L.J.D., A.D. Calhoun, K.E. Powell, J. O'Neil et S.P. James (1996). *Homicide and Suicide Among Native Americans, 1979–1992*. *Violence Surveillance Summary Series, No. 2*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Wang, J.L., J. Hughes, G. Tomblin Murphy, J.A. Rigby et D.B. Langille (2003). *Suicidal behaviours among adolescents in northern Nova Scotia: Gender difference, risk factors and health service utilization*. *Canadian Journal of Public Health* 94(3):207–211.
- Ward, J.A. et J. Fox (1977). *A Suicide Epidemic on an Indian Reserve*. *Canadian Psychiatric Association Journal* 22(8):423–426.
- Wardman, D., N. el-Guebaly et D. Hodgins (2001). *Problem and Pathological Gambling in North American Aboriginal Populations: A Review of the Empirical Literature*. *Journal of Gambling Studies* 17(2):81–100.
- Warshaw, M.G., R.T. Dolan et M.B. Keller (2000). *Suicidal Behavior in Patients With Current or Past Panic Disorder: Five Years of Prospective Data From the Harvard/Brown Anxiety Research Program*. *American Journal of Psychiatry* 157(11):1876–1878.
- Wasserman, D. (1988). *Separation: An Important Factor in Suicidal Actions*. *Crisis* 9(1):49–63.
- Wasserman, I.M. (1992). *Economy, Work, Occupation, and Suicide*. In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (éds.), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, NY: The Guilford Press: 520–539.
- Watkins, P.C., C.K. Martin et L.D. Stern (2000). *Unconscious memory bias in depression: Perceptual and conceptual processes*. *Journal of Abnormal Psychology* 109(2):282–289.
- Webb, J.P. et W. Willard (1975). *Six American Indian Patterns of Suicide*. Dans N.L. Farberow (éd.), *Suicide in Different Cultures*. Baltimore, MD: University Park Press: 17–33.
- Weir, E. (2001). *Inhalant use and addiction in Canada*. *Canadian Medical Association Journal* 164(3):397.

- Weishaar, M.E. (2000). Cognitive Risk Factors in Suicide. Dans R.W. Maris, S.S. Canetto, J.L. McIntosh et M.M. Silverman (éds.), *Review of Suicidology*, 2000. New York, NY: The Guilford Press: 112–139.
- Weissman, M.M. (1974). The Epidemiology of Suicide Attempts, 1960 to 1971. *Archives of General Psychiatry* 30(6):737–746.
- Weissman, M.M., G.L. Klerman, J.S. Markowitz et R. Ouellette (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *The New England Journal of Medicine* 321(18):1209–1214.
- Weissman, M.M., R.C. Bland, G.J. Canino, S. Greenwald, H.-G. Hwu, P.R. Joyce, E.G. Karam, C.-K. Lee, J. Lellouch, J.-P. Lepine, S.C. Newman, M. Rubio-Stipec, J.E. Wells, P.J. Wickramaratne, H.-U. Wittchen et E.-K. Yeh (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine* 29(1):9–17.
- Westermeyer, J. et A. Janca (1997). Language, culture and Psychopathology: Conceptual and Methodological Issues. *Transcultural Psychiatry* 34(3):291–311.
- Westermeyer, J., J. Canive, J. Garrard, P. Thuras et J. Thompson (2005). Lifetime Prevalence of Pathological Gambling Among American Indian and Hispanic American Veterans. *American Journal of Public Health* 95(5):860–866.
- White, J. et N. Jodoin (2003). *Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies*. Calgary, AB: Centre for Suicide Prevention.
- Wilkie, C., S. Macdonald et K. Hildahl (1998). Community Case Study: Suicide Cluster in a Small Manitoba Community. *Canadian Journal of Psychiatry* 43(8):823–828.
- Williams, M. (2001). *Suicide and Attempted Suicide: Understanding the Cry of Pain* (2nd edition). London, UK: Penguin Books.
- Wissow, L.S., J. Walkup, A. Barlow, R. Reid et S. Kane (2001). Cluster and regional influences on suicide in a Southwestern American Indian tribe. *Social Science & Medicine* 53(9):1115–1124.
- World Health Organization/Organisation mondiale de la santé (non date a). WHO Statistics: Mortality Database. Extrait le 17 janvier 2007 de : [ww3.who.int/whosis/mort/table1.cfm](http://ww3.who.int/whosis/mort/table1.cfm)
- (non date b). Mental health: Suicide rates per 100 000 by country, year and sex (Tableau). Extrait le 24 mars 2007 de : [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html)
- (1986). Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide: Summary Report. Copenhagen, DEN: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Wotherspoon, T. et V. Satzewich (1993) *First Nations: Race, Class, and Gender Relations*. Scarborough, ON : Nelson Canada.
- Wunderlich, U., T. Bronisch et H.-U. Wittchen (1998). Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neurosciences* 248(2):87–95.

- 
- York, G. (1990). *The Dispossessed: Life and Death in Native Canada*. London, UK: Vintage Books.
- Young, D., G. Ingram et L. Swartz (1989). *Cry of the Eagle: Encounters with a Cree Healer*. Toronto, ON: University of Toronto Press.
- Young, L.T., E. Hood, S.E. Abbey et S.A. Malcolmson (1993). Psychiatric Consultation in the Eastern Canadian Arctic: II. Referral Patterns, Diagnoses and Treatment. *Canadian Journal of Psychiatry* 38(1):28–31.
- Young, T.J. (1990). Poverty, Suicide, and Homicide Among Native Americans. *Psychological Reports* 67:1153–1154.
- Young, T.K. (1994). *The Health of Native Americans: Toward a Biocultural Epidemiology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Youth Suicide Prevention Program (non date). Guidelines for Media Coverage of Suicide. Extrait de : [www.yspp.org/media/reportingGuidelines.htm](http://www.yspp.org/media/reportingGuidelines.htm)
- Yuen, N.Y., L.B. Nahulu, E.S. Hishinuma et R.H. Miyamoto (2000). Cultural Identification and Attempted Suicide in Native Hawaiian Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39(3):360–367.
- Zaloshnja, E., T.R. Miller, M.S. Galbraith, B.A. Lawrence, L.M. DeBruyn, N. Bill, K.R. Hicks, M. Keiffer et R. Perkins (2003). Reducing injuries among Native Americans: five cost-outcome analyses. *Accident Analysis & Prevention* 35(5):631–639.
- Zebrowski, P.L. et R.J. Gregory (1996). Inhalant Use Patterns Among Eskimo School Children in Western Alaska. *Journal of Addictive Diseases* 15(3):67–77.



Fondation autochtone de guérison  
75, rue Albert, pièce 801, Ottawa (Ontario) K1P 5E7  
Téléphone : (613) 237-4441  
Sans frais : (888) 725-8886  
Bélinographe : (613) 237-4442  
Courriel : [research@ahf.ca](mailto:research@ahf.ca)  
Site internet : [www.ahf.ca](http://www.ahf.ca)

*Aider les autochtones à se guérir eux-mêmes*

