

Rapport de recherche

17 octobre 1995

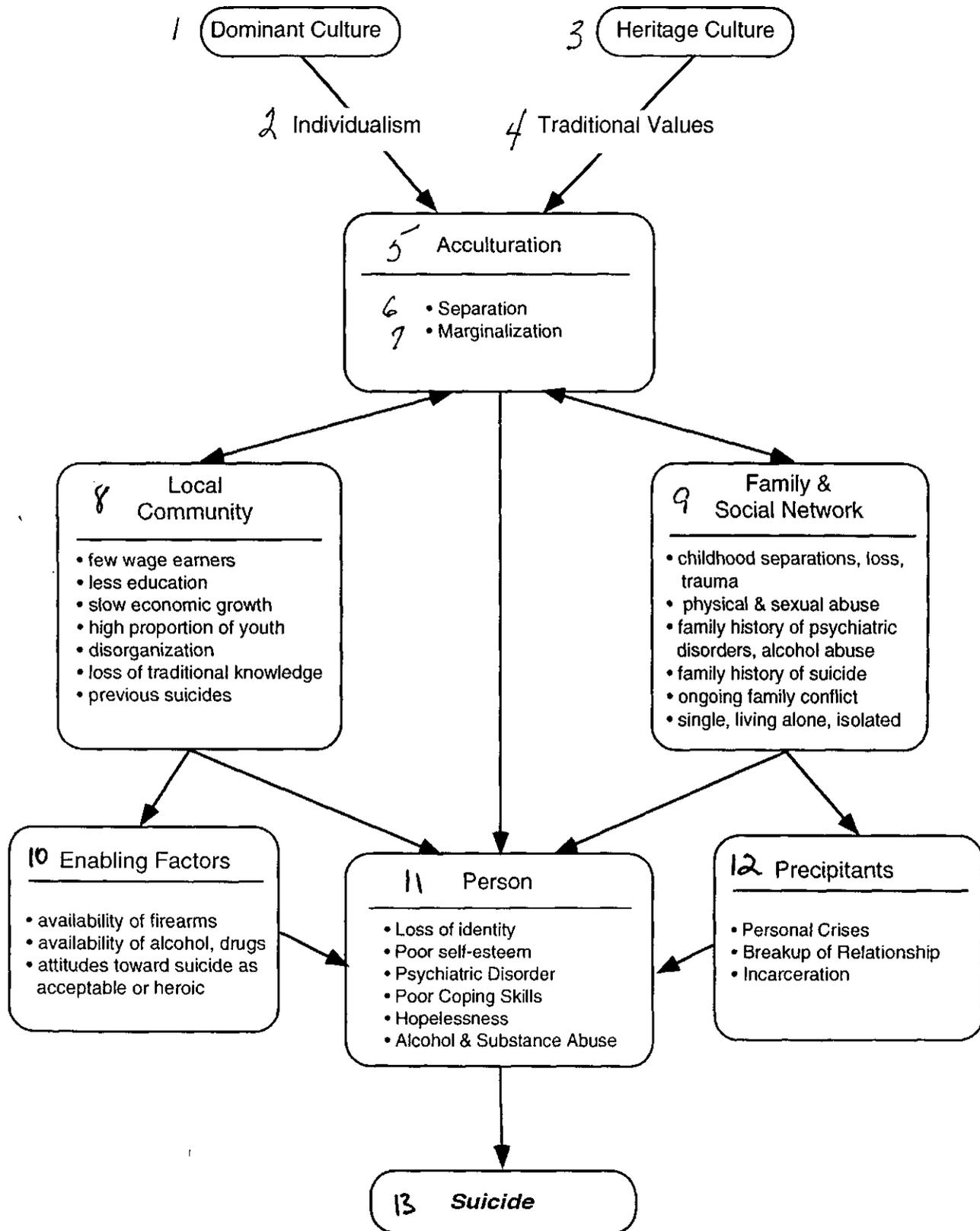
Auteur : Kirmayer

Étude : *Le suicide chez les peuples autochtones ...*

Il reste à formater les 6 figures et à les insérer, sans pagination, dans l'étude.

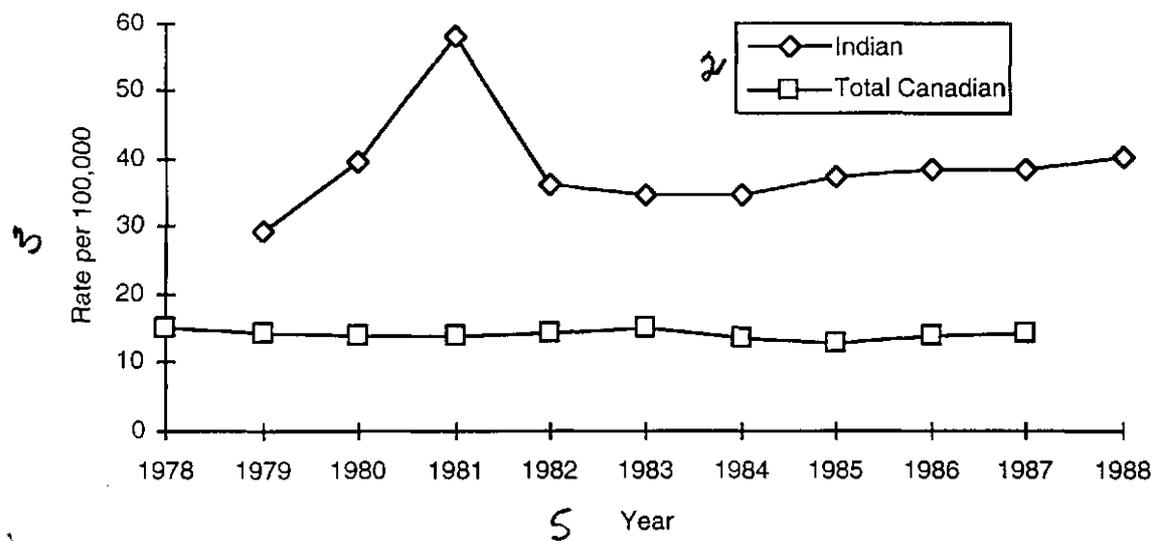
Le texte principal s'appelle \KIRMAYER. Les figures ont été traduites et le texte se trouve dans le document \KIRMAYER.FIG sur la disquette.

Figure 1. A Model of Factors Contributing to Suicide Among Aboriginal Peoples.*



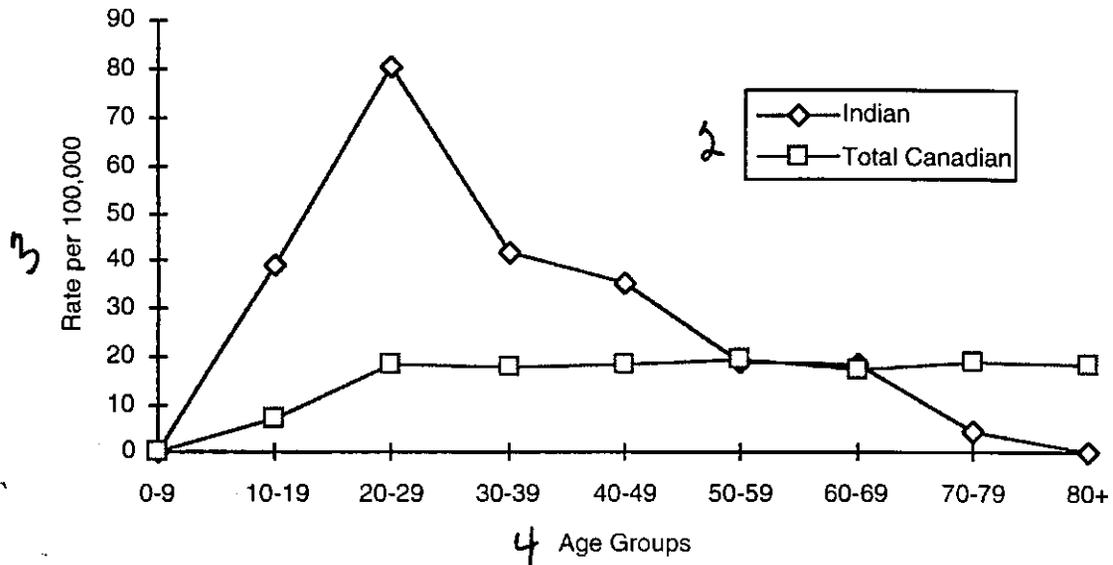
14 * Based in part on Thorslund (1991, p. 90).

① Figure 2. Status Indian and Total Canadian Suicide Rates, 1978-88
(Age-sex standardized rate per 100,000)



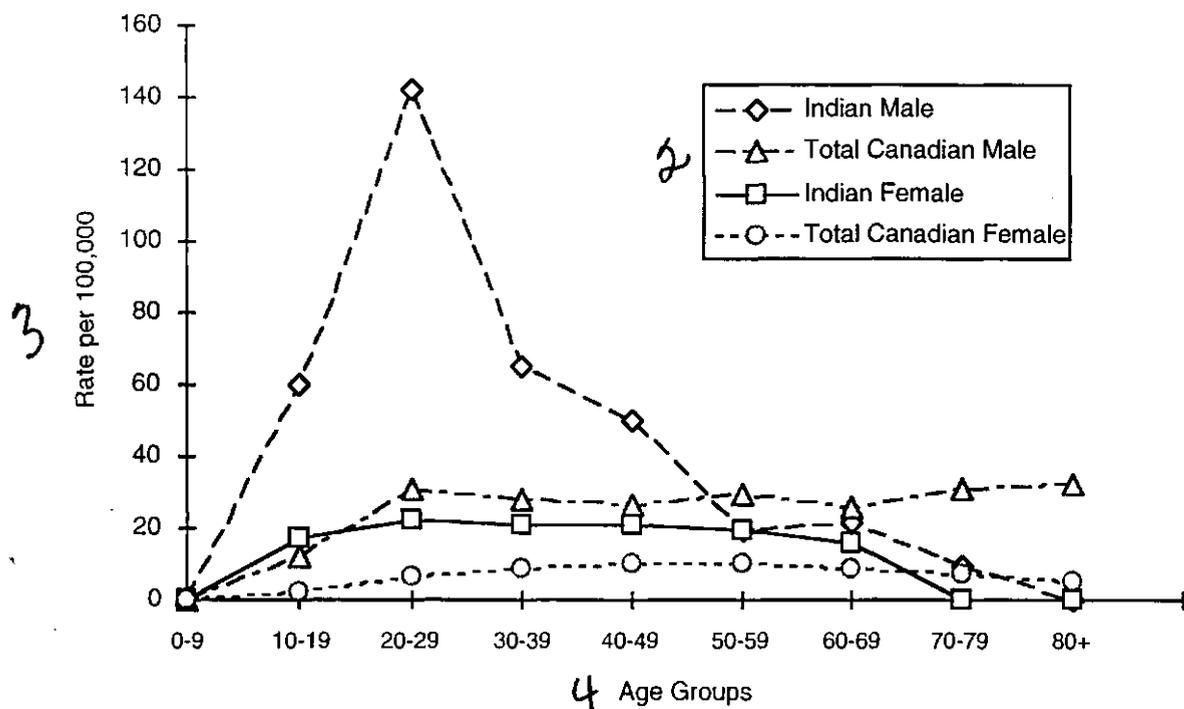
4 Source: Medical Services Branch Steering Committee, 1991, p. 45.

Figure 3. Comparison of Status Indian and Total Canadian Suicide Rates by Age Group (Average over 1984-88)



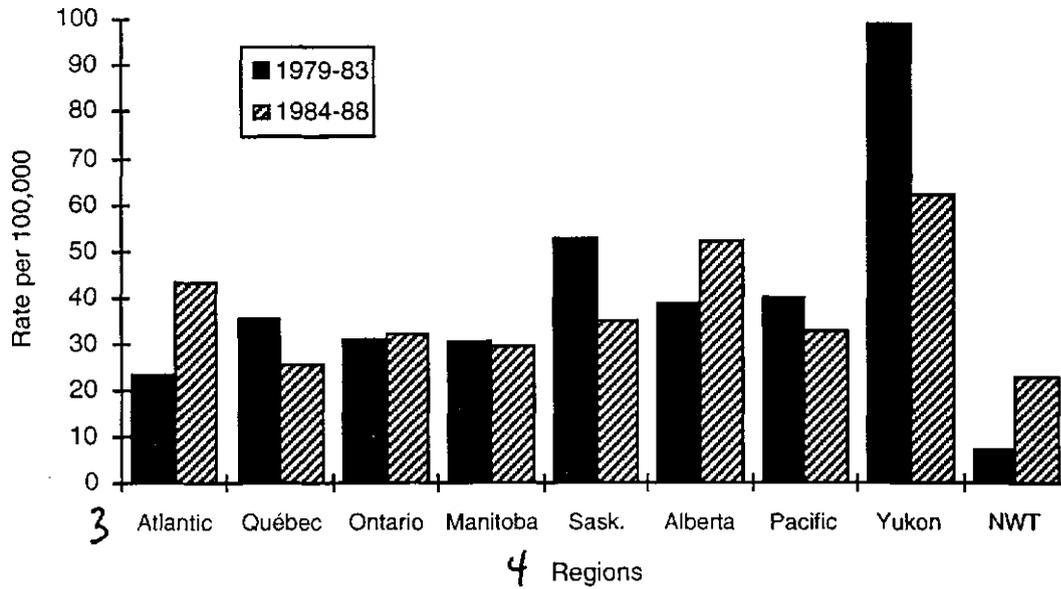
5 Source: Medical Services Branch Steering Committee, 1991, p. 47.

Figure 4. Comparison of Sex-Specific Status Indian and Total Canadian Suicide Rates by Age Group (Average over 1984-88)



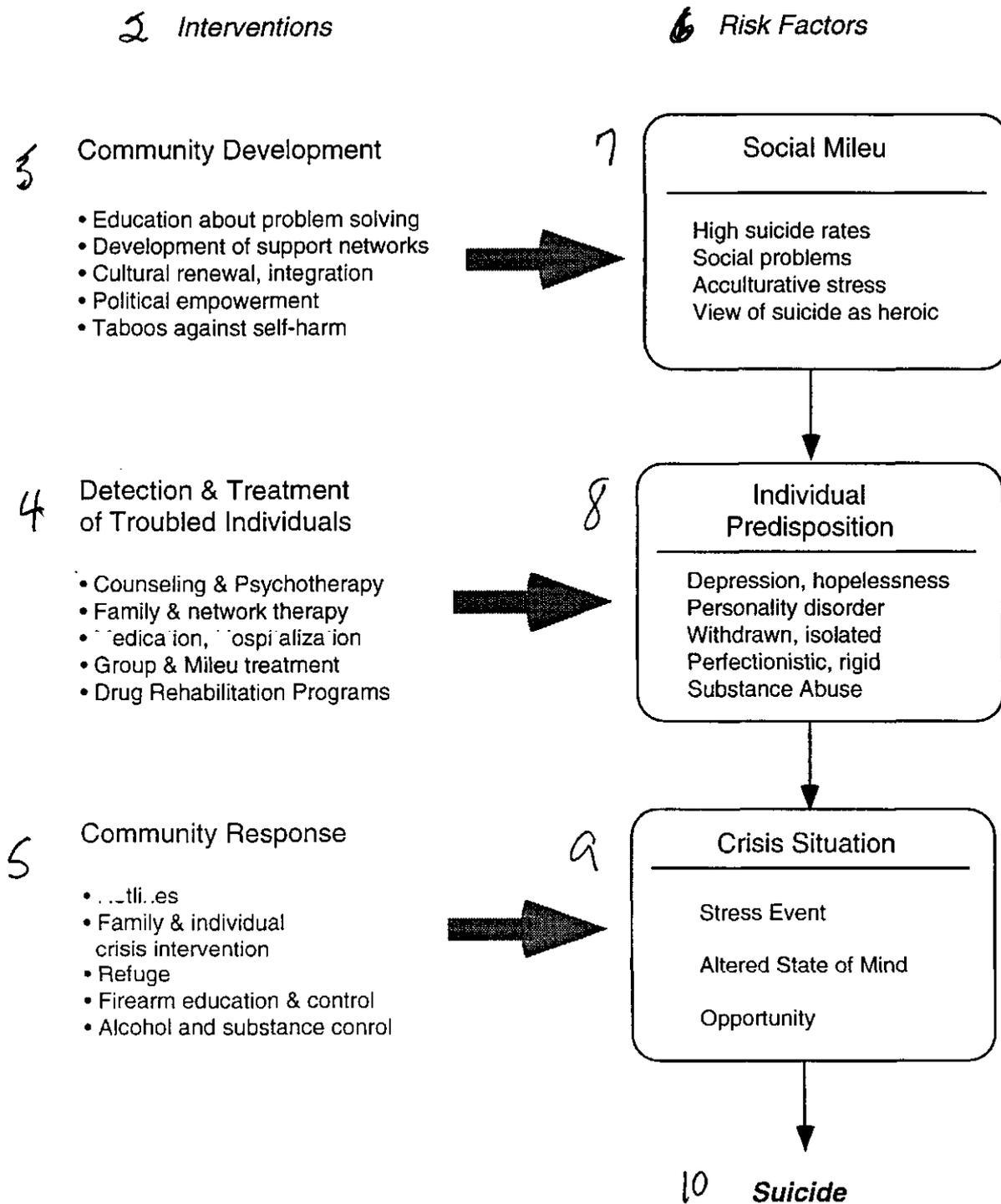
5 Source: Medical Services Branch Steering Committee, 1991, pp. 48-51.

Figure 5. Regional Comparison of Status Indian Suicide Rates
(Five year averages, 1979-83 & 1984-88)



5 Source: Medical Services Branch Steering Committee, 1991, pp. 52.

Figure 6. A Model For Suicide Prevention*



|| * Based in part on Shaffer et al., 1988.

A FORMATER ET A
INSERER, SANS FASINATION
DANS L'ETUDE

Figure 1. Modèle de facteurs contribuant au suicide chez les peuples autochtones*

- 1 Culture dominante
- 2 Individualisme
- 3 Culture ancestrale
- 4 Valeurs traditionnelles
- 5 Acculturation
- 6 • Séparation
- 7 • Marginalisation
- 8 Communauté locale
 - peu de personnes gagnent leur vie
 - degré de scolarité moindre
 - croissance économique lente
 - forte proportion de jeunes
 - désorganisation
 - perte de la connaissance traditionnelle
 - suicides commis antérieurement
- 9 Réseau social et familial
 - séparations pendant l'enfance, perte, traumatisme
 - violence sexuelle et physique
 - antécédents familiaux de troubles psychiatriques, d'alcoolisme et de toxicomanies
 - antécédents familiaux de suicide
 - conflits familiaux permanents
 - personnes célibataires, vivant seules, isolées
- 10 Facteurs favorisant le suicide
 - possibilité de se procurer des armes à feu
 - possibilité de se procurer de l'alcool et de la drogue
 - le suicide est jugé acceptable ou héroïque
- 11 Personne
 - perte d'identité
 - faible estime de soi
 - troubles psychiatriques
 - faible capacité d'adaptation
 - désespoir
 - alcoolisme et toxicomanies
- 12 Éléments déclencheurs
 - crises personnelles
 - rupture d'une relation
 - incarcération

13 **Suicide**

14 * Tiré en partie des travaux de Thorslund (1991, p. 90).

① Figure 2. Taux de suicide chez les Indiens inscrits et pour l'ensemble de la population canadienne, 1978 à 1988
(Taux comparatif selon l'âge et le sexe pour 100 000 habitants)

2 Indiens
2 Ensemble des Canadiens

3 Taux pour 100 000 habitants

4 Source : Direction générale des services médicaux, 1991a, p. 45.

5 Année

1 Figure 3 Comparaison entre les taux de suicide pour l'ensemble des Canadiens et chez les Indiens inscrits selon le groupe d'âge (moyennes obtenues entre 1984 et 1988)

2 Indiens
Ensemble des Canadiens

3 Taux pour 100 000 habitants

4 Groupes d'âge

5 Source : Direction générale des services médicaux, 1991a, p. 47.

P. 14-15

1 Figure 4. Comparaison entre les taux de suicide pour l'ensemble des Canadiens et chez les Indiens inscrits selon le sexe et l'âge (moyennes observées entre 1984 et 1988)

- 2 Indiens
- Ensemble des Canadiens
- Indiennes
- Ensemble des Canadiennes

3 Taux pour 100 000 habitants

4 Groupes d'âge

5 Source : Direction générale des services médicaux, 1991a, p. 48 à 51.

p 20-21

1 Figure 5. Comparaisons régionales des taux de suicide chez les Indiens inscrits (sur cinq ans en moyenne, 1979-1983 et 1984-1988)

2 Taux pour 100 000 habitants

3 Provinces Atlantiques Québec Ontario Manitoba Saskatchewan Alberta Régions du Pacifique Yukon Territoires du Nord-Ouest

4 Régions

5 Source : Direction générale des services médicaux, 1991a, p. 52.

p. 77-80

1 **Figure 6. Modèle de prévention du suicide***

2 *Types d'intervention*

- 3 Développement communautaire
- Programme éducatif sur la résolution des problèmes
 - Élaboration de réseaux de soutien
 - Intégration et renouvellement de la culture
 - Rôle politique
 - Tabous contre l'automutilation

4 **Dépistage et traitement des personnes aux prises avec des problèmes**

- Counseling et psychothérapie
- Thérapie en réseau et thérapie familiale
- Médication et hospitalisation
- Traitement dans le milieu et en groupe
- Programmes de traitement de la toxicomanie

5 **Intervention communautaire**

- Lignes d'urgence
- Intervention d'urgence à l'échelle individuelle et familiale
- Refuge
- Contrôle des armes à feu et maniement sécuritaire
- Maîtrise des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies

6 *Facteurs de risque*

7 Milieu social

- Taux élevés de suicide
- Problèmes sociaux
- Stress d'acculturation
- Le suicide perçu comme un geste héroïque

8 Prédisposition d'une personne

- Dépression, désespoir
- Trouble de la personnalité
- Repli sur soi, isolement
- Perfectionnisme, rigidité
- Toxicomanies

9 Situation d'urgence

Événement stressant

État d'esprit altéré

Occasion de passer à l'action

10 **Suicide**

11 * Tiré en partie des travaux de Shaffer et de ses collaborateurs, 1988.

FF
17 OCT 1995
S F 3006
A 111000

**Le suicide chez les peuples autochtones canadiens :
Nouvelles tendances en matière de recherche et d'intervention**

par Laurence J. Kirmayer, M.D., FRCPC

en collaboration avec

Barbara Hayton, M.D., CCMF
Michael Malus, M.D.
Vania Jimenez, M.D., CCMF
Rose Dufour, infirmière, Ph.D.
Consuelo Quesney, M.A.
Yeshim Ternar, Ph.D.
Terri Yu, M.D.
Nadia Ferrara, M.A.T.

Document préparé dans le cadre
du Programme de recherche
de la Commission royale
sur les peuples autochtones

Juin 1994

Table des matières

Sommaire	iii
Préface	vii
Introduction	1
Portée et grandes lignes du rapport	1
Terminologie et définitions	3
Perspectives sociales et psychiatriques	5
Épidémiologie	8
Démographie	8
Prévalence	10
Différences selon l'âge	12
Différences selon le sexe	13
Situation de famille	13
Période et cohorte	14
Différences ethniques et régionales	16
Échantillonnage par grappe	20
Sommaire de l'étude épidémiologique	22
Facteurs de risque et de protection	23
Vue d'ensemble	23
Environnement social et physique	24
Facteurs liés au tempérament et au développement d'une personne	26
Facteurs interpersonnels	30
Alcoolisme et toxicomanies	32
Tentatives de suicide et idéation	34
Troubles psychiatriques	37
Modèle cognitif	40
Structure sociale et économique	43
Facteurs historiques et culturels	48
Changement culturel, modernisation et acculturation	52
Sommaire des facteurs de risque et de protection	59
Interventions	62
Aperçu	62
Le dépistage	62
Prévention primaire	66
Prévention secondaire	72

Suivi à un traitement	74
Rôle des médias	76
Résumé des interventions	78
Conclusion	81
Perspective socio-culturelle	81
Nouvelles tendances dans les travaux de recherche	83
Retombées des interventions	87
Annexe 1	
Remarques sur les méthodes de recherche	91
Annexe 2	
Groupe de recherche sur la santé mentale chez les autochtones	97
Notes	98
Bibliographie	101

Sommaire

Cette étude examine la documentation scientifique relative au suicide parmi les peuples autochtones afin de déceler les nouvelles tendances en matière de recherche et d'intervention. Dans les dernières décennies, le taux de suicide a fait un bond spectaculaire parmi les peuples autochtones et représente maintenant trois fois celui de l'ensemble de la population. On note cependant d'importantes variations régionales du taux de suicide et l'analyse de ces écarts par régions et par localités pourrait révéler des zones à problèmes de même que des stratégies gagnantes pour diminuer le suicide parmi les collectivités autochtones.

Chez les autochtones, le suicide se produit le plus souvent parmi les jeunes; les victimes sont des hommes la plupart du temps. Le plus souvent, les suicides sont exécutés dans un contexte de forte consommation d'alcool par des moyens très définitifs (armes à feu, pendaison). Comparé à l'ensemble de la population, le suicide parmi les adolescents autochtones se produit par grappes habituellement. Les facteurs de risque pour les tentatives et les suicides réussis suivent de très près ceux de tous les jeunes et comprennent notamment des conflits interpersonnels fréquents; un chagrin prolongé ou qui n'est pas résolu; une instabilité familiale chronique; des placements multiples dans des familles; la dépression; la maladie physique, la consommation excessive d'alcool ou la dépendance par rapport à l'alcool; le chômage; les démêlés fréquents avec la justice pénale; les tentatives de suicide précédentes; les antécédents familiaux de troubles psychiatriques (en particulier l'alcoolisme, la dépression et le suicide). Par contre, un modèle unique de facteurs de risque ne peut convenir à toutes les situations vécues par les autochtones aujourd'hui.

L'augmentation des suicides et des tentatives de suicide parmi les autochtones depuis quelques décennies représente une augmentation en parallèle, mais exagérée, de l'augmentation parmi les jeunes dans l'ensemble de la population. Cela porte à croire que des processus sociaux à grande échelle dans la société canadienne — dont l'augmentation des problèmes reliés à l'alcool et aux drogues et à l'éclatement des familles — jouent un rôle dans les tendances actuelles de suicide parmi les autochtones. Seules des études bien conçues, jumelant des méthodes d'enquête épidémiologiques et ethnographiques, sont en mesure de

préciser le rôle de la traditions culturelle, des processus sociaux à grande échelle, et des dilemmes uniques que représentent les bouleversements culturels et la marginalisation.

Notre étude a relevé des vides dans la documentation de recherche, dont les suivants :

- Les données épidémiologiques de base nous manquent au sujet des taux de tentatives de suicide et de leurs corrélats psychosociaux parmi la plupart des groupes autochtones au Canada (y compris les Indiens non inscrits et les métis) de même que des comparaisons systématiques entre régions et groupes tribaux.
- Peu d'études ethnographiques ont été menées sur les concepts autochtones de la personne et de soi en rapport avec la santé et le bien-être, ou au sujet de la réaction face à l'adversité.
- Nous savons peu de choses au sujet de la portée des changements culturels sur la façon d'élever les enfants, sur la nature de la composition des familles et sur l'appui social au sein des divers types de communautés autochtones.
- Plusieurs individus, familles et communautés réussissent à surmonter l'adversité, la dépression et les idées suicidaires. Des études de cas des communautés où des changements positifs se sont produits sont essentielles afin de faire contrepoids aux techniques actuelles qui privilégient l'analyse détaillée des problèmes auxquels on applique des réponses conventionnelles sans procéder à une évaluation adéquate. Des études de programmes basés dans les communautés seraient un correctif essentiel à la tendance en recherche en santé mentale de se concentrer sur les psychopathies et interventions individuelles.
- On trouve peu d'études sur la signification et la portée de l'aspect spirituel de la souffrance et de la guérison, qui sont le point de mire du renouveau des traditions autochtones de guérison.
- Il y a un besoin urgent de recherche pour évaluer les programmes d'intervention dans les communautés autochtones, car il est fort possible que certaines interventions bien intentionnées fassent plus de tort que de bien.
- Il faut faire de la recherche en collaboration avec les communautés afin d'assurer qu'elles soient pertinentes et répondent aux besoins et perceptions locales.

Les peuples autochtones doivent avoir facilement accès à des soins de santé mentale qui tiennent compte de leur culture. Pour les individus aux prises avec des troubles psychiatriques, qui représentent une part importante des individus suicidaires, cela veut dire l'accès à des soins psychiatriques complets, y compris l'évaluation, ainsi qu'à toutes les modalités de traitement. Pour bien des jeunes à tendance suicidaire, cependant, les problèmes vécus sont inextricablement liés à ceux de la famille et de l'ordre social.

On peut considérer les interventions en matière de suicide par rapport à leur lieu d'application, à des facteurs sociaux ou de contexte préexistants, à l'individu vulnérable, ou au moment de l'événement déclencheur ou crise. Les interventions peuvent être ciblées vers le milieu socio-culturel, la famille, l'individu vulnérable ou la situation de crise. Le consensus actuel dans la documentation sur la prévention du suicide chez les jeunes insiste pour dire qu'au lieu d'enseigner le sujet du suicide directement aux élèves, les écoles devraient offrir un programme d'éducation en santé à tous les étudiants; ce programme enseignerait des techniques utiles pour gérer diverses questions de santé. Il aideraient les élèves à faire face au stress et aux émotions troublantes, à régler les problèmes, à communiquer entre eux et à régler les conflits; toutes ces techniques aident à bâtir l'estime de soi. Cependant, même si ces questions psychologiques sont explorées et traitées dans des programmes de techniques de vie, les facteurs sociaux-économiques environnants avec lesquels la communauté est aux prises, et donc l'individu, doivent être traités simultanément.

La documentation de recherche étudiée porte à croire que les interventions en matière de suicide parmi les peuples autochtones doivent :

- aborder les problèmes au niveau communautaire et politique, aussi bien qu'au plan individuel; en particulier, il faut favoriser l'habilitation des individus et des communautés afin que les personnes en viennent à ressentir davantage de cohérence et de contrôle sur leurs vies;
- favoriser la transmission active des langues traditionnelles et des méthodes de vie ancestrales des anciens vers les jeunes;
- appuyer les symboles et les réalisations de fierté collective et communautaire;

- élaborer des programmes de formation appropriés au plan culturel pour parler de façons de régler les problèmes, de traiter les excès d'alcool et de drogues, la dépression, la colère, les relations qui se brisent et autres événements de la vie;
- assurer l'accès aux soins biomédicaux de base; former des intervenants de première ligne afin de mieux dépister et traiter la grande dépression, les cas de panique et autres troubles psychiatriques;
- élargir et améliorer l'accès aux programmes de traitement pour la consommation excessive d'alcool ou de drogues;
- former des responsables autochtones communautaires en santé mentale, dotées de compétences en counselling familial et individuel, et en développement communautaire et intervention sociale;
- élaborer des méthodes de travail sensibles au plan culturel par rapport à la psychothérapie, à la thérapie familiale et à l'intervention dans le réseau social, en particulier en favorisant les pratiques traditionnelles de guérison.

Préface

Le présent rapport a été préparé à la demande du docteur Dara Culhane, directrice adjointe de la recherche sociale et culturelle à la Commission royale sur les peuples autochtones. Notre mandat consistait à examiner la documentation sur le suicide chez les autochtones au Canada et à l'inscrire dans le contexte plus large de la recherche sur les causes et la prévention du suicide. Nous cherchions particulièrement à cerner les nouvelles tendances en matière de recherche et d'intervention. Nous espérons que le présent rapport encouragera la réalisation d'études ultérieures ainsi que la rédaction de documents destinés au public et, enfin, qu'il aidera la Commission royale à accomplir sa mission.

La documentation a été examinée par une équipe interdisciplinaire constituée de cliniciens et d'universitaires provenant des milieux de la psychiatrie, de la médecine familiale, des soins infirmiers, de l'épidémiologie, de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie. La collecte et l'intégration des documents ont été effectuées par l'auteur principal.

En élaborant le présent rapport, nous avons pu nous inspirer d'études documentaires et de résultats de travaux de recherche préparés par le groupe de recherche sur la santé mentale chez les autochtones (voir l'annexe 2). Celui-ci reçoit un soutien financier du Fonds de la recherche en santé du Québec en qualité d'équipe de recherche prioritaire sur la santé mentale et la culture. Il bénéficie également de subventions du Conseil québécois de la recherche sociale et du Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux. Toutefois, le présent rapport n'a pas été effectué sous les auspices de ces organismes, qui n'assument donc aucune responsabilité quant à son contenu.

Nous aimerions remercier les docteurs Morton Beiser, Dara Culhane, Charlotte Hobbs, Klaus Minde, John O'Neil, James Robbins, Mounir Samy et Michel Tousignant de même que deux réviseurs anonymes de la Commission royale pour les commentaires extrêmement utiles qu'ils ont formulés sur les versions antérieures du rapport.

Laurence J. Kirmayer, M.D., FRCPC
Montréal (Québec)
le 14 avril 1993 et le 12 mars 1994

Le suicide chez les peuples autochtones canadiens : Nouvelles tendances en matière de recherche et d'intervention

par Laurence J. Kirmayer, M.D., FRCPC

en collaboration avec

Barbara Hayton, M.D., CCMF

Michael Malus, M.D.

Vania Jimenez, M.D., CCMF

Rose Dufour, infirmière, Ph.D.

Consuelo Quesney, M.A.

Yeshim Ternar, Ph.D.

Terri Yu, M.D.

Nadia Ferrara, M.A.T.

Introduction

Portée et grandes lignes du rapport

Le suicide est un indice des graves problèmes sociaux que vivent les peuples autochtones du Canada. Le taux de suicide de la population autochtone est trois fois plus élevé que celui de l'ensemble des Canadiens. Entre 10 et 29 ans, les jeunes autochtones des réserves sont cinq à six fois plus susceptibles que leurs semblables dans le reste du pays de mettre fin volontairement à leurs jours (Direction générale des services médicaux, 1991a). Bien qu'on s'inquiète un peu partout de ces statistiques alarmantes, les données épidémiologiques, les informations ethnoculturelles sur le suicide et les études d'évaluation sur les programmes d'intervention continuent à faire défaut.

Notre objectif consiste à examiner les documents scientifiques afin de situer les problèmes des autochtones dans le contexte plus vaste du suicide dans la société canadienne. De la sorte, nous cherchons à déterminer les caractéristiques communes entre ces peuples et le reste de la société, d'une part, et celles qui sont propres aux groupes autochtones, d'autre part. Dans ce type de comparaisons, on a tendance à attribuer les divergences à des facteurs historiques et culturels distincts, mais les problèmes économiques, les différences géographiques et les questions d'échelle (c'est-à-dire la taille des collectivités et l'importance de l'infrastructure) peuvent aussi expliquer les phénomènes observés. C'est pourquoi il est

nécessaire de procéder à des études comparatives fondées sur des techniques statistiques permettant de contrôler les autres explications possibles.

Le présent rapport s'appuie sur les sources suivantes : recherches effectuées en février et en mars 1993 à l'aide des banques de données Medline, Psylit et SocLit, sur la documentation relative au suicide chez les autochtones, consultations auprès de chercheurs et extraits, portant sur le suicide, de transcriptions d'audiences tenues devant la Commission royale. Nous nous sommes concentrés sur la documentation plus récente, bien que nous soyons redevables aux auteurs d'études documentaires antérieures sur le suicide (Hawton, 1986; Maris et coll., 1992) et plus particulièrement sur le suicide chez les autochtones (May, 1990; Peters, 1981; Thompson et Walker, 1990). Dans bon nombre de cas, nous avons dû compter sur des recherches effectuées aux États-Unis, les études comparables au Canada faisant défaut. Nous n'avons pas tenté d'étudier ni d'évaluer les ouvrages à succès ni ceux sur l'épanouissement personnel traitant de sujets liés au suicide, car ce travail a été entrepris par d'autres groupes pour la Commission royale. Nombre de questions sur la santé mentale chez les autochtones et sur leur culture, que nous avons seulement abordées dans le présent rapport, sont discutées de façon plus détaillée dans notre deuxième rapport préparé à l'intention de la Commission et intitulé «Emerging Trends in Research on Mental Health Among Canadian Aboriginal Peoples».

Dans les pages qui suivent, nous fournissons un glossaire technique et formulons des commentaires d'ordre général sur l'intégration de perspectives psychiatriques et sociales à la modélisation des facteurs de suicide. La deuxième grande partie fait état des données démographiques fondamentales sur les peuples autochtones ainsi que des statistiques épidémiologiques descriptives sur le suicide en Amérique du Nord. Nous résumons les variations observées dans la fréquence du suicide et des tentatives de suicide, selon l'âge, le sexe, la situation socio-économique et d'autres facteurs démographiques. Nous nous sommes particulièrement penchés sur les changements marqués des taux de suicide qui se sont produits récemment, de même que sur les variations selon le groupe ethnoculturel et le lieu géographique.

La troisième section constitue un résumé des recherches sur les facteurs de risque et de protection à l'égard du suicide. Les sous-sections traitent des facteurs touchant

l'environnement social et physique, la constitution, le tempérament ou le développement d'une personne, les relations interpersonnelles, les problèmes d'alcool et de drogue, l'idéation du suicide et les tentatives antérieures, les troubles psychiatriques, la structure sociale et l'économie, les traditions culturelles et l'incidence du changement culturel.

Dans la quatrième section, nous récapitulons ce que nous savons de l'efficacité des interventions visant la prévention du suicide. La sous-section de l'introduction présente un tableau exposant les types d'intervention qui ont été proposés. Ensuite, nous examinons les signes avant-coureurs, la prévention aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire et le suivi à un traitement (c'est-à-dire le traitement des survivants). La section se termine par le résumé d'une toute nouvelle approche très complète de la prévention du suicide.

En conclusion, nous présentons une perspective socioculturelle du suicide. Nous faisons ensuite le sommaire des lacunes dans nos connaissances à l'égard du suicide, des nouvelles tendances dans les recherches et des approches prometteuses en matière d'intervention. Afin d'orienter le lecteur intéressé, un bref résumé des méthodes de recherche figure à l'annexe 1.

Terminologie et définitions

La définition classique de suicide revient à Durkheim :

Fin de la vie d'une personne résultant directement ou indirectement d'un acte négatif ou positif perpétré par la victime elle-même, qui sait que le résultat de son acte sera fatal (1897 à 1951).

Même si elle semble claire, cette définition est difficile à interpréter et à appliquer uniformément dans les travaux de recherche (Farmer, 1988). Les dossiers officiels où sont enregistrés les suicides et autres causes de décès sont souvent inexacts et incomplets; ils ne contiennent pas non plus les renseignements cruciaux permettant d'étudier les corrélats socioculturels du suicide. L'automutilation peut imiter une maladie préexistante ou même l'aggraver, de sorte que le suicide est difficile à distinguer de la «mort naturelle». Il n'est pas nécessairement facile de déterminer ce qui pousse une personne à se faire du mal ou à vouloir se faire du mal (Samy, 1993). Dans le cas d'études sur des personnes qui se sont suicidées,

qui ne peuvent être effectuées que rétrospectivement, il peut être impossible d'évaluer ces motivations.

Ces considérations ont amené les chercheurs à établir une distinction entre les études portant sur les *tentatives de suicide*, les *suicides* et les *comportements autodestructeurs* (automutilation ou comportements consistant à mettre sa propre vie en danger sans que l'individu soit conscient que le suicide est l'objectif visé). Dans les études continues sur les comportements autodestructeurs, l'OMS a défini le terme comme suit :

1) acte dont l'issue n'est pas fatale, 2) qui est délibérément entrepris et exécuté par la personne concernée sans qu'elle envisage une issue fatale 3) mais à cause duquel elle se fait ou se fera mal si nul n'intervient; ou encore, acte qui consiste à ingérer intentionnellement une substance en une quantité excédant la dose prescrite ou généralement reconnue et 4) qui vise un objectif, soit provoquer les changements désirés de l'état de conscience ou de la situation interpersonnelle ou sociale (Platt et coll., 1992).

Bon nombre d'auteurs établissent des distinctions très nettes entre le suicide, la tentative de suicide et le comportement autodestructeur, tant pour des raisons de fond que pour des raisons méthodologiques (Hawton, 1986; Maris, 1992). Toutefois, on ne s'entend pas sur l'existence d'un lien entre le suicide et deux sortes de comportements, soit ceux qui consistent à s'automutiler ou à mettre sa propre vie en danger.

Même si de nombreuses études mettent en lumière des facteurs quelque peu différents qui poussent une personne à se faire du mal de telle ou telle façon, il existe certainement des liens entre tous ces facteurs¹. On constate une progression dans de nombreux cas de suicide : depuis l'idéation du suicide jusqu'à la tentative de suicide et au suicide (Jeanneret, 1992). En conséquence, un comportement suicidaire peut être vu sous l'angle d'un continuum et de liens dynamiques et temporaires recherchés parmi différents niveaux de comportements qui consistent à mettre sa propre vie en danger.

Dans le présent rapport, nous nous attachons essentiellement au suicide et à la tentative de suicide en partant de l'hypothèse qu'il s'agit de formes progressives d'autodestruction qui s'inscrivent dans un continuum. Les statistiques sur le suicide sont plus faciles à obtenir et moins ambiguës alors que des études des corrélats psychologiques sont bien plus faciles à mener sur les gens qui font des tentatives de suicide. Nous présentons des statistiques qui portent principalement sur le suicide, puis nous abordons la tentative de

suicide de même que l'idéation du suicide comme des facteurs de risque du suicide. Lorsque des contrastes importants ressortent entre les groupes identifiés en fonction de chaque définition, nous le soulignons.

Perspectives sociales et psychiatriques

Les professionnels de la santé mentale ont tendance à voir le suicide comme un problème individuel lié à une psychopathologie familiale ou personnelle. D'un point de vue sociologique, le suicide est la conséquence de processus sociaux à grande échelle, dont une situation économique défavorable, le stress dû à l'acculturation et la mise à l'écart du pouvoir politique.

Il n'existe pas d'indice unique ni de combinaisons d'indices qui permettent d'identifier précisément les personnes qui commettront un suicide dans un avenir éloigné (Pokorny, 1992). Par conséquent, en psychiatrie clinique, on s'attache surtout à repérer et à traiter les personnes à risque et qui sont alors en détresse. Jusqu'à aujourd'hui, les autochtones de nombreuses régions du pays n'ont pas vraiment eu accès à la gamme de services existants en santé mentale. La prestation de services sociaux et cliniques pertinents réduira certainement le taux de suicide.

Lorsqu'on examine le suicide strictement sous l'angle du trouble psychiatrique, on peut toutefois soutenir que les tendances et les problèmes sociaux auxquels se heurtent les autochtones au Canada aggravent la situation. Les explications d'ordre psychiatrique favorisent l'opprobre et ne font qu'ajouter aux sentiments de marginalité, de dévaluation et d'impuissance qui sont propices aux tentatives de suicide. Une approche psychiatrique concentre l'attention sur l'individu pathologique plutôt que sur les problèmes sociaux fondamentaux auxquels il faut trouver remède. Qualifier de «malades» des communautés entières est une métaphore qui peut contribuer à décourager profondément les autochtones. À partir de là, il serait préférable de trouver des moyens de traiter le désespoir sans le ranger dans la catégorie des maladies, que ce soit à l'échelle communautaire ou individuelle.

Plusieurs études sur les typologies des personnes qui tentent de se suicider ou qui se suicident semblent indiquer qu'il existe une distinction entre 1) les individus aux prises avec de graves troubles psychiatriques préexistants et 2) ceux dont le cas relève moins de la

psychopathologie mais qui ont été plus récemment touchés par des événements stressants ou des problèmes d'alcoolisme (Bagley, 1992; Duberstein et coll., 1993; Kienhorst et coll., 1993). En étudiant cette typologie, on se demande si les cas de suicide chez les autochtones ont tendance à relever plus fréquemment d'un type en particulier. On dispose de peu de données et la question est encore voilée à cause des problèmes imputés aux autochtones par les cliniciens lorsqu'ils posent des diagnostics psychiatriques, notamment à l'égard de troubles de la personnalité. Si des symptômes de troubles du comportement ainsi que des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies sont attribués à des problèmes sociaux endémiques et que l'agression dirigée contre soi ou les autres est perçue comme une réaction d'ordre social ou culturel au rejet, le suicide commis par les jeunes autochtones tomberait alors dans la deuxième catégorie. Si des problèmes sociaux qui sévissent depuis longtemps ainsi que des problèmes concernant le rôle parental ou d'autres relations aboutissent à de graves dépressions ou à un développement anormal de la personnalité, on pourrait poser un diagnostic psychiatrique à l'égard de ces jeunes qui entreraient manifestement davantage dans la première catégorie. Bien qu'il s'agisse d'une question empirique, il est nécessaire, pour y répondre, de reformuler soigneusement les critères relatifs à un diagnostic et d'entreprendre d'autres études longitudinales.

Les points de vue sociologique et psychiatrique peuvent être complémentaires plutôt que contradictoires. Inspirée des travaux de Thorslund (1990, 1991), la figure 1 décrit un modèle d'intégration selon lequel le choc de deux cultures se solde par un stress dû à l'acculturation qui agit à trois niveaux : la communauté, la famille et l'individu. La communauté souffre d'une situation économique défavorable, d'une désorganisation totale et d'une mise à l'écart du pouvoir politique. Le chômage, la pauvreté et la désorganisation au sein d'une communauté créent des conditions d'aliénation et d'anomie (absence de normes). Le système de soutien social et familial est victime de la désorganisation et des changements forcés apportés par une modernisation rapide et une perte des modèles traditionnels dans l'éducation des enfants. Les individus subissent une marginalité qu'ils s'imposent et perdent l'estime d'eux-mêmes à cause du dénigrement ou de la marginalisation de la culture ancestrale à partir de laquelle ils ont défini leur langue, leur identité et leur histoire personnelle.

Le modèle montre clairement qu'il existe à la fois des facteurs distaux et proximaux influant sur le suicide. Il peut s'agir de changements historiques et sociaux dont les effets se font sentir pendant longtemps ou encore de facteurs favorisant le suicide — comme la facilité avec laquelle on peut se procurer de l'alcool, de la drogue et des armes à feu — qui augmentent la possibilité de rendre fatale une tentative de suicide commise à la suite d'un élément déclencheur, comme la rupture d'une relation ou une autre crise personnelle.

Ce modèle de suicide permet de souligner le rôle crucial de facteurs historiques et sociaux plus vastes dans la situation difficile à laquelle les peuples autochtones d'aujourd'hui sont confrontés. Cependant, le modèle est trompeur à plusieurs égards importants. Premièrement, il ne tient pas compte de la grande diversité des communautés autochtones tant dans le cadre de leurs antécédents socio-culturels que dans le contexte de la situation actuelle. Le rapprochement culturel n'est pas uniformément destructeur et n'aboutit pas toujours à une perte de la culture traditionnelle. On trouve de grandes variations du taux de suicide parmi les communautés autochtones, qui traduisent les différentes façons employées par les communautés pour relever des défis permanents.

Deuxièmement, le modèle passe outre au fait que le rapprochement culturel ne relève pas essentiellement du choix d'une stratégie d'adaptation élaborée par des individus, mais qu'il est le résultat de luttes et de forces politiques entre les groupes. La plupart des événements historiques depuis la rencontre entre les deux peuples montrent que les cultures autochtones ont été supprimées, sapées et détruites avec acharnement par les Européens et les Canadiens ou par leurs institutions. Ces actes de violence ont directement laissé de douloureuses empreintes chez de nombreux peuples autochtones et sévèrement limité leurs possibilités d'adaptation.

Troisièmement, même avec ce passé marqué par une violente oppression, le rapprochement culturel demeure un processus à deux voies dans lequel la culture et les valeurs autochtones ont exercé une influence considérable sur le reste de la société. De fait, cette influence des valeurs autochtones s'est peut-être accrue ces dernières années grâce à des efforts politiques et à une visibilité dans les médias. Parallèlement, les peuples autochtones s'engagent avec dynamisme dans la création de nouveaux modes de vie et d'une identité qui

mêlent certains éléments de leur culture traditionnelle à ceux empruntés à l'ensemble de la société.

Le chemin commun et ultime qui mène au suicide est le désespoir et la douleur d'un individu. Ce désespoir est alimenté par des troubles psychiatriques de même que par des problèmes existentiels qui, d'une part, résultent directement d'un changement social rapide et de l'élimination des connaissances traditionnelles, de l'histoire et de l'identité d'un peuple, et qui, d'autre part, sont le fruit d'un racisme persistant et d'une situation économique défavorable par rapport à l'ensemble de la société. Ces problèmes exigent des interventions et des analyses d'ordre politique et social. Le fait que la documentation en matière de santé mentale soit plutôt axée sur les solutions et les problèmes individuels ne devrait pas masquer la nécessité d'adopter une perspective plus large pour analyser le suicide chez les autochtones.

Épidémiologie

Démographie

Le terme «autochtone» crée une illusion d'homogénéité, mais il existe en fait une grande diversité culturelle parmi les groupes autochtones canadiens, lesquels comptent quelque 580 bandes, dix groupes linguistiques importants et plus de 58 dialectes (Frideres, 1993; Direction générale des services médicaux, 1991a). Même si la plupart des communautés vivent des problèmes similaires face au changement culturel rapide, on observe des écarts sensibles dans le type et la fréquence des problèmes d'ordre psychiatrique et social. Il est donc essentiel, dans le présent document, de garder à l'esprit ces différences qui peuvent entraîner certaines limites. En effet, on ne peut pas appliquer à tous les groupes autochtones les constatations relatives à une seule communauté, à un seul groupe culturel ou à une situation socio-économique donnée.

Pour les besoins du gouvernement, les peuples autochtones canadiens sont divisés en quatre grands groupes : les Indiens inscrits conformément à la *Loi sur les Indiens*, les Indiens non inscrits, les Métis et les Inuit. Nous disposons de données démographiques sur chaque groupe, mais aucun système n'est en place pour colliger systématiquement les données en matière de santé à l'égard des Indiens non inscrits et des Métis (Norris, 1990)². Étant donné que certains autochtones qui se sont intégrés au reste de la société ne s'identifient sans doute

plus eux-mêmes comme autochtones, les statistiques ne permettent pas de brosser un tableau complet de l'évolution des problèmes de santé touchant les peuples autochtones, même les Indiens inscrits.

L'étude statistique de la population autochtone se distingue de celle de l'ensemble de la population canadienne à plusieurs égards importants. En effet, la transition vers un taux de natalité plus bas et une espérance de vie plus élevée ayant eu lieu plus tard chez les autochtones que chez l'ensemble des Canadiens (c'est-à-dire pas avant les années 40 à 60), une plus grande proportion d'autochtones sont jeunes (Norris, 1990). Leur taux de natalité demeure environ le double de celui de l'ensemble de la population. Ils ont aussi un taux de mortalité sensiblement plus élevé, ce qui se traduit par une espérance de vie d'environ dix ans de moins que le Canadien ordinaire. Le recensement de 1986 révèle que 37 % de tous les Indiens inscrits ont un niveau de scolarité inférieur à la neuvième année, soit une proportion plus de deux fois supérieure à celle de tous les Canadiens, dont le taux est de 17 % (Direction générale des services médicaux, 1991a).

La répartition géographique des autochtones diffère également de celle de l'ensemble de la population canadienne du fait qu'elle est essentiellement rurale. Selon le recensement de 1986, 61 % des personnes qui se disaient d'origine autochtone uniquement et 46 % de celles d'origine mixte (autochtone et non autochtone) habitaient en milieu rural par rapport à 23 % de tous les Canadiens (Norris, 1990). Environ 60 % à 70 % des personnes qui s'identifient comme étant d'origine autochtone uniquement habitent dans des réserves et des établissements. Les autochtones résidant à l'extérieur des réserves sont plus mobiles que les autres Canadiens, alors que ceux des réserves sont plus sédentaires. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de quitter leur réserve. Ces dernières années, cependant, la population autochtone s'est déplacée davantage vers les milieux ruraux — particulièrement les femmes plus âgées (Norris, 1990, p. 52). La population métisse fait exception à ce mode de migration.

Cette diversité démographique pose un problème lorsqu'on veut estimer l'ampleur du suicide chez les autochtones à partir de données détaillées portant essentiellement sur les réserves ou les Indiens inscrits. Plus de 75 % de la population autochtone totale réside à l'extérieur des réserves (Valentine, 1992). Alors que dans l'est du Canada, les peuples

autochtones qui habitent en dehors des réserves ont tendance à suivre l'évolution de la population locale sur les plans de la démographie, de l'emploi et de la prospérité, à l'ouest du Canada, on observe toujours un gouffre économique considérable entre les autochtones et le reste de la population locale, même lorsque les autochtones quittent la réserve.

Prévalence

En règle générale, les taux de suicide au Canada sont plus élevés qu'aux États-Unis, bien qu'ils se situent au centre d'étendue des comparaisons transnationales (Group for the Advancement of Psychiatry [GAP], 1989). De 1971 à 1980, le taux de suicide au Canada variait de 11,9 à 14,8 pour 100 000 habitants. Aux États-Unis, en 1987, la proportion était de 12,7 pour 100 000 habitants (Tsuang et coll., 1992). Depuis le début du siècle, le taux américain s'élève en moyenne à 12,5 pour 100 000 habitants, mais il avait grimpé à 17,4 pour 100 000 habitants pendant la Crise pour chuter à 9,8 pour 100 000 habitants en 1957.

Dans l'ensemble, les taux de suicide chez les peuples autochtones en Amérique du Nord ont été sensiblement plus élevés que la moyenne calculée pour l'ensemble de la population (Earls et coll., 1991; GAP, 1989; Kettl et Bixler, 1991; Sievers et coll., 1990). La figure 2 illustre les taux de suicide annuels de ces dernières années pour tous les Canadiens et les Indiens inscrits.

Dans certaines provinces, jusqu'à la moitié du nombre total de suicides implique des autochtones. En moyenne, le taux de suicide des Indiens inscrits représente environ le triple de celui de l'ensemble des Canadiens. Toutefois, ce résultat sous-estime grandement le problème, puisque les décès par accident sont également quatre à cinq fois plus élevés chez les groupes autochtones et qu'une proportion inconnue de morts accidentelles sont des suicides : un rapport de la Direction générale des services médicaux (1991, p. 45) avance même un taux de 25 %³.

La prévalence des tentatives de suicide est peut-être sous-évaluée dans la plupart des études parce que, d'une part, les personnes sont réticentes à divulguer le problème et, d'autre part, la plupart des tentatives ne sont pas signalées aux services de santé et, lorsqu'elles le sont, il demeure difficile d'en faire une évaluation. Dans certains cas, on peut relever des actes peu conséquents chez des jeunes qui, en réalité, ne sont pas vraiment à risque, ce qui

amène à surestimer le nombre de tentatives dans leur cas. Par conséquent, les enquêtes sur les tentatives de suicide doivent comprendre des questions visant à évaluer la gravité du geste (Meehan et coll., 1992).

Une étude épidémiologique effectuée aux États-Unis par le NIMH (Epidemiologic Catchment Areas) a fait ressortir un taux de prévalence de 2,9 % à l'égard des tentatives de suicide pour l'ensemble de la population; ce taux s'élève à 3,4 % pour les jeunes entre 18 et 24 ans (Moscicki et coll., 1989). Selon une enquête effectuée auprès d'une population urbaine en Alberta, le taux de tentatives de suicide déclarées par les victimes est de 0,8 %, (Ramsay et Bagley, 1985). D'après une enquête nationale sur la santé et les adolescents (National Adolescent Health Survey) effectuée aux États-Unis auprès d'un échantillon probabiliste d'étudiants de l'école secondaire, 14 % des jeunes ont affirmé avoir déjà tenté de se suicider (American School Health Association, 1989). Dans un échantillon d'étudiants universitaires de première année âgés de 18 à 24 ans, 10 % ont signalé avoir essayé de mettre fin à leurs jours (Meehan et coll., 1992). Quant aux questions posées sur la gravité de leur acte, 4,6 % ont répondu avoir été blessés à la suite de leur tentative, 3 % ont cherché à se faire soigner et 1 % ont été hospitalisés. Environ 2 % des jeunes interrogés ont affirmé qu'ils avaient tenté de se suicider dans les 12 derniers mois.

Parmi les autochtones américains, le même organisme a effectué une enquête auprès de 13 000 étudiants autochtones d'écoles secondaires des États-Unis et de l'Alaska provenant de milieux non urbains, qui révélait que 17 % d'entre eux avaient déjà tenté de se suicider (Blum et coll., 1992). Un autre sondage auprès de 83 étudiants de première année de la Zuni Public High School, au Nouveau-Mexique (58 % de jeunes filles, âge moyen de 15,6 ans), a mis en évidence un taux de tentatives de suicide de 30 % (Howard-Pitney et coll., 1992).

Nous avons trouvé peu de données sur la prévalence des tentatives de suicide parmi les groupes autochtones au Canada. Les résultats de l'enquête sanitaire effectuée par Santé Québec auprès des populations criées et inuit n'étaient pas publiés au moment de la rédaction du présent rapport. D'après notre propre enquête communautaire auprès de 100 jeunes Inuit (15 à 25 ans) dans un établissement de la côte est de la baie d'Hudson, pour laquelle nous avons utilisé une adaptation de l'enquête américaine auprès des adolescents et repris les questions de Meehan et de ses collaborateurs (1992), le taux de suicide s'élève à 34 %

(Kirmayer, Malus, 1994). En mesurant l'indice de gravité, on a constaté que 11 % des tentatives de suicide se sont soldées par des blessures; au moins 5 % des répondants ont signalé avoir tenté de se suicider le mois précédent; seulement 16 % de ceux qui ont déjà tenté de se suicider ont répondu avoir consulté un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé au sujet de leur tentative.

Différences selon l'âge

Dans l'ensemble de la population, les taux de suicide varient énormément selon les époques de la vie. Le suicide avant l'âge de 12 ans est extrêmement rare (Hawton, 1986; Ryland et Kruesi, 1992). Le taux de suicide augmente au moment de l'adolescence pour atteindre un point culminant entre 23 et 25 ans; il décline ensuite jusqu'à 60-65 ans, période où il atteint un second sommet moins élevé cette fois (Tsuang et coll., 1992). Le suicide est la deuxième cause de décès, après les accidents, parmi les jeunes de 15 à 24 ans en Amérique du Nord (Rosenberg et coll., 1987).

Cette tendance selon l'âge est excessivement prononcée chez les autochtones (voir la figure 3). À l'adolescence, un Indien inscrit est cinq à six fois plus susceptible de mettre fin à ses jours que le Canadien ordinaire. Après 70 ans, le taux de suicide parmi les Indiens tombe en-dessous de celui du reste de la population. On a observé ce même phénomène chez les autochtones des États-Unis (GAP, 1989; Kettl et Bixler, 1991).

Alors que le suicide est rare, même parmi les adolescents, l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide sont plutôt courantes. Une récente enquête effectuée auprès de 11 000 étudiants des écoles secondaires aux États-Unis a révélé que 27,3 % de ces jeunes avaient sérieusement pensé à mettre fin à leurs jours l'année précédente et 8,3 % avaient commis une tentative de suicide (Ryland et Kruesi, 1992). On a relevé des taux comparables ou plus élevés à l'égard des étudiants américains autochtones qui vivent en pension (Manson et coll., 1989) et chez ceux qui vont à l'école secondaire (Grossman et coll., 1991; Howard-Pitney et coll., 1992). Notre propre enquête sur les jeunes Inuit du Québec a permis de constater que 34 % d'entre eux avaient déjà songé à se suicider et que 17 % y avaient pensé dans les trois derniers mois (Kirmayer et coll. 1993b). Environ 5 % de ces jeunes ont affirmé avoir eu des pensées suicidaires sérieuses au cours du mois.

Différences selon le sexe

Dans l'ensemble de la population, les taux de suicide sont généralement plus élevés parmi les hommes que chez les femmes alors que c'est le contraire pour les tentatives de suicide (Cheifetz et coll., 1987; Velez et Cohen, 1988; Weissman, 1974). On compte un ratio de quatre ou cinq suicides chez les hommes contre un chez les femmes (Garrison, 1992). Cette différence s'explique en grande partie par le fait que les hommes ont tendance à utiliser des moyens plus radicaux (arme à feu, pendaison, saut dans le vide) que les femmes (overdose de médicaments, veines tailladées) (Velez et Cohen, 1988). L'overdose de médicaments réussit rarement. Les méthodes les plus couramment employées par les femmes des milieux urbains pour se suicider sont l'intoxication, la pendaison et le saut dans le vide (Cheifetz et coll. 1987; Hawton, 1986). Dans certains groupes comme les hispanophones et les Noirs américains, les différences selon le sexe sont moins marquées (GAP, 1989).

Les écarts constatés dans les taux de suicide selon le sexe chez les Indiens inscrits se comparent à ceux du reste de la population, quoique le nombre de suicides soit plus élevé à l'égard des deux sexes chez les autochtones (voir la figure 4). Les Indiennes inscrites adolescentes sont 7,5 fois plus susceptibles de se suicider que les jeunes filles du reste du pays. Entre 20 et 29 ans, le taux de suicide pour les Indiennes inscrites est 3,6 fois plus important que chez les autres Canadiennes. C'est le cas jusqu'à ce qu'elles atteignent 69 ans, âge auquel la proportion de suicides chez les femmes autochtones tombe en-dessous de celle de l'ensemble des femmes. Les pourcentages de suicide chez les Indiens inscrits sont supérieurs à ceux des Canadiens de sexe masculin de 10 à 50 ans. Le jeune homme autochtone est au moins cinq fois plus à risque de mettre fin à ses jours que l'adolescent canadien ordinaire. Les plus hauts taux de suicide au Canada se trouvent parmi les Indiens inscrits âgés de 20 à 29 ans.

Situation de famille

Le suicide est plus fréquent parmi les hommes et les femmes célibataires, séparés, divorcés ou veufs par comparaison à ceux qui sont mariés (Trovato, 1991). Les taux les plus bas reviennent aux couples mariés avec enfants. Les personnes qui tentent de se suicider sont plus souvent célibataires, séparées ou divorcées et vivent seules (Wasserman, 1988).

Une analyse effectuée au Canada sur quatre décennies (1951 à 1981) permet de présumer que le risque de suicide diminue bien plus chez les hommes célibataires ou veufs qui finissent par se marier que chez les femmes dans la même situation. La probabilité de mettre fin à ses jours baisse lorsqu'une personne passe de la situation de divorcée à celle de mariée, peu importe le sexe. Toutefois, en l'absence de renseignements comparables sur les groupes d'âges plus jeunes, l'analyse était limitée à la population âgée de 35 ans au moins. En outre, nous ignorons à quel point les unions de fait, les autres formes de cohabitation non officielles ou spécifiques à une culture et les liaisons donnent le même résultat. Dans bon nombre de communautés autochtones, on compte sur un parent ou un membre de la famille étendue au même titre que, dans le reste de la société, on compte sur l'époux ou le conjoint. Par conséquent, on ne peut établir clairement dans quelle mesure ces données peuvent s'appliquer à l'ensemble des populations autochtones.

Période et cohorte⁴

La prévalence des tentatives de suicide a augmenté aux États-Unis entre 1960 et 1971 (Weissman, 1974). Alors que la proportion globale des suicides y est restée stable entre 1950 et 1980, on a observé qu'en réalité le taux a diminué parmi les personnes plus âgées mais s'est accru de 200 % à 300 % chez les jeunes de 15 à 24 ans (Rosenberg et coll., 1987). Le pourcentage de suicide chez les adolescents a progressivement grimpé au cours de la dernière décennie (Tsuang et coll., 1992). Une légère hausse du taux de suicide s'est également produite chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans pendant cette même période. Le nombre de suicides a continué à croître parmi les jeunes adolescents (les 13 et 14 ans) (Bourque et coll., 1983; Deykin et coll., 1985; Velez et Cohen, 1988). Ces hausses ont touché autant les hommes que les femmes, mais ces dernières dans une moindre mesure. Certains signes montrent que le taux de suicide chez les hommes de plus de 20 ans s'est peut-être stabilisé ces dernières années, alors que celui des jeunes de 15 à 19 ans grimpe toujours (Mao et coll., 1990).

Parmi les autochtones du Canada, on a observé une tendance similaire chez les jeunes, particulièrement ceux de sexe masculin (Rodgers, 1982; Sampath, 1992; Thompson, 1987). Il en est de même pour les groupes autochtones des États-Unis et ceux de l'Alaska (Kettl et

Bixler, 1991), les Inuit du Groenland (Grove et Lyng, 1979; Thorslund, 1990), les aborigènes de l'Australie-Méridionale (Cawte, 1990; Clayer et Czechowicz, 1991) et de Micronésie (Rubinstein, 1983). Ces changements n'atteignent pas seulement les groupes autochtones, bien que le phénomène soit beaucoup plus grave parmi les jeunes autochtones des deux sexes (Jilek-Aall, 1988).

Selon Holinger et Offer (1982), il existe un lien entre le taux de suicide et la composition de la population : le taux de suicide chez les jeunes augmente proportionnellement au nombre d'adolescents au sein d'une population. L'analyse récente de données régionales aux États-Unis appuie cette hypothèse (Holinger et Lester, 1991). (On a constaté le phénomène inverse à l'égard des suicides chez les personnes plus âgées, c'est-à-dire que les taux de suicide dans leur cas sont plus élevés lorsqu'elles sont moins nombreuses dans la population). La même analyse qu'on a tenté d'appliquer à un échantillon international ne confirme pas ces résultats obtenus à l'échelle nationale (Lester, 1992b). C'est également le cas avec une étude canadienne qui a permis de dégager le phénomène inverse entre la taille de la cohorte composée de jeunes et les taux de suicide à l'échelle régionale (Hasselback et coll., 1991).

Le phénomène observé aux États-Unis, soit que le taux de suicide chez les jeunes est proportionnel au nombre de jeunes adultes de 15 à 24 ans au sein d'une population, permet de formuler l'hypothèse suivante : les jeunes subissent un problème de «privation» qui se traduit par une plus forte concurrence face à des ressources et à des choix limités; certains se sentent alors lésés et deviennent démoralisés, d'où un taux de suicide plus élevé. Les personnes âgées ne subissent pas la même concurrence et tireraient plutôt parti de la solidarité sociale, car en faisant partie d'une cohorte plus importante, elles sont davantage représentées sur les plans économique et politique.

Des données provenant de l'Alberta montrent que des tendances similaires relatives à une augmentation des taux de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes au Canada ne peuvent pas simplement s'expliquer par l'évolution de la répartition des groupes d'âge au sein de la population (Hellon et Solomon, 1980). Ces données permettent également de penser qu'il existe un effet de cohorte (Solomon et Hellon, 1980).

La progression des taux de suicide peut être attribuable à la cohorte et à la période. Pour l'ensemble de la population, la période semble être le facteur le plus déterminant des hausses récentes du nombre de suicides, parce que ce sont les bouleversements sociaux qui expliquent le mieux pourquoi les taux de suicide changent si vite et fluctuent autant (Wetzel et coll., 1987).

Tant les effets de cohorte que ceux liés à la période peuvent revêtir une certaine importance pour la génération actuelle des jeunes autochtones qui vivent une situation tout à fait nouvelle. Leurs parents, bien souvent, ont étudié en pension alors qu'eux sont plus susceptibles de fréquenter l'école dans leur communauté. Or, cette différence accentue les conflits de générations. Il y a aussi une cohorte importante qui est entrée dans la vie active au moment de la récession économique. En dernier lieu, les jeunes autochtones vivent à une époque où les communautés autochtones prennent de plus en plus conscience des disparités économiques entre elles et le reste de la société à cause des médias et du nombre d'autochtones qui se préoccupent de plus en plus de questions politiques comme les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale.

Différences ethniques et régionales

Les taux de suicide varient selon les régions et entre groupes ethnoculturels au sein d'une société, mais il est difficile d'interpréter des comparaisons à moins qu'elles ne soient effectuées entre des collectivités qui utilisent des méthodes similaires pour relever les cas de suicide (GAP, 1989; Tousignant et Mishara, 1981).

Des études effectuées aux États-Unis mettent en lumière d'importantes différences d'ordre ethnique et régional. Le taux de suicide aux États-Unis est environ deux fois plus élevé chez les Blancs que chez les Noirs, tous âges confondus (GAP, 1989). Une étude menée dans 261 divisions de recensement au Canada a révélé les taux de suicide les plus élevés dans les divisions où les proportions de francophones, d'autochtones et d'immigrants sont plus importantes (Hasselback et coll., 1991). De forts taux de suicide ont également été observés dans les régions isolées.

À toutes les époques, on trouve des écarts considérables dans les taux de suicide chez les autochtones (Bachman, 1992; May et Dizmang, 1974; McIntosh, 1983-1984; Pine, 1981;

Shore, 1975; Spaulding, 1986; Webb et Willard, 1975). Le taux moyen chez différents groupes autochtones américains calculé entre 1980 et 1987 varie de 2,88 à 120,77 pour 100 000 habitants dans 100 réserves américaines (Backhman, 1992). Les pourcentages les plus élevés ont été relevés dans l'ouest des États-Unis et en Alaska (Kettl et Bixler, 1991; Pine, 1981).

Dans le cadre d'une étude réalisée par Shore en 1975, on a examiné les tendances suicidaires des autochtones de la Côte nord-ouest du Pacifique à la lumière des données obtenues par le Portland Area Office des services de santé aux autochtones pour les années 1969 à 1971. Sur les 40 000 Indiens qui vivent dans les États de Washington, de l'Oregon et de l'Idaho, on comptait 20 suicides pendant ces trois années et un total de 227 tentatives. La victime type est un autochtone de sexe masculin, célibataire ou séparé qui commet son acte à l'aide d'une arme à feu ou en se pendant chez lui ou en prison et qui habite dans une réserve intermontagnarde. Dans 75 % des cas, la victime était aux prises avec des problèmes d'alcoolisme ou d'inhalation de solvants. En ce qui concerne ceux qui n'habitent pas dans une région intermontagnarde, la personne type qui tente de se suicider est une jeune femme qui avale une quantité excessive de médicaments chez elle à la suite d'une querelle avec un parent ou un ami. Il s'agit souvent d'actes impulsifs et l'alcool intervient dans 44 % des cas. Shore a souligné les risques beaucoup plus élevés de suicide chez les Indiens intermontagnards par rapport à ceux de la Côte du nord-ouest et du Plateau. On a observé une fréquence accrue des suicides dans certains groupes, des grappes⁵, où l'acte correspond à une réaction acquise à un stress socio-psychologique. Selon Shore, les éléments suivants contribuent probablement à ce phénomène : résidence forcée dans les réserves, isolement géographique, chômage généralisé, problèmes fréquents d'alcoolisme et de toxicomanies, vie familiale désorganisée et décès de parents ou d'amis.

Comme nous le montre la figure 5, il existe des écarts marqués entre les taux de suicide selon les régions chez les Indiens inscrits (Direction générale des services médicaux, 1991a). Toutefois, tant les différences entre les méthodes utilisées pour signaler les événements que les effets réellement produits par certains phénomènes peuvent être à l'origine de telles variations régionales. On a constaté qu'entre les années 1979-1983 et les années 1984-1988, les taux de suicide ont augmenté en Alberta, dans les régions de

l'Atlantique et dans les Territoires du Nord-Ouest alors que le phénomène inverse s'est produit au Québec, en Saskatchewan et au Yukon.

Nous n'avons pas pu trouver d'étude où les auteurs comparaient systématiquement les taux de suicide et leurs caractéristiques selon les groupes autochtones du Canada. Les études canadiennes proposent des statistiques provinciales accompagnées d'une discussion sur les différences observées entre le suicide chez les autochtones et le reste de la population (p. ex., Aldridge et St. John, 1991; Thompson, 1987); elles abordent aussi le suicide chez les autochtones dans une région ou un territoire particuliers (p. ex., Ross et Davis, 1986; Spaulding, 1986).

Le tableau 1 présente un résumé des études sur les taux de suicide chez les groupes autochtones canadiens qui ne sont pas tout à fait comparables à cause de différences dans la méthode choisie, l'horizon temporel et les échantillons. Cependant, elles indiquent toutes des taux nettement plus élevés au sein de ces groupes par rapport à des groupes comparables sur le plan de l'âge et du sexe appartenant à l'ensemble de la population canadienne.

On observe des écarts importants dans les taux de suicide chez les peuples autochtones entre les communautés, voire à l'intérieur d'une région géographique. Par exemple, les chiffres triplent entre le sud et le nord de l'Alberta (Bagley et coll., 1990), et dans une étude sur le suicide à Terre-Neuve, tous les cas sont limités à quelques communautés dans le nord du Labrador où vivent seulement 25 % des autochtones (Aldridge et St. John, 1991). Il existe cinq communautés isolées près des côtes dans le nord du Labrador dont une est innu alors que les autres sont essentiellement inuit. Depuis un certain temps, on a remarqué dans quelle situation de détresse elles se trouvaient, et la communauté innu de Davis Inlet a récemment fait l'objet d'une grande attention en raison de problèmes comme les logements surpeuplés, l'alcoolisme ou l'inhalation de solvants. En outre, environ 40 % de la population a moins de 15 ans.

Nos propres données, tirées des fiches médicales de toutes les personnes décédées pendant une période de dix ans (1982 à 1991) chez les Inuit de la côte est de la baie d'Hudson, révélaient un taux de 54,3 suicides pour 100 000 habitants (Kirmayer et coll., 1993b). Entre 1982 et 1986, le taux était de 28,6 pour 100 000 habitants, alors qu'entre 1987 et 1991, il s'élevait à 80 pour 100 000 habitants. Cette hausse s'explique en grande partie par

une grappe de dix suicides en 1991. Le taux non redressé était donc devenu de deux à près de cinq fois plus élevé que la moyenne nationale. Au moins 90 % (17 sur 19) des suicides avaient été commis par des jeunes de 15 à 25 ans. Si on ajoute le nombre de suicides «possibles» au groupe des victimes, le taux grimpe à 85,7 pour 100 000 habitants sur une période de dix ans (45,7 pour 1982-1986 et 125,7 pour 1987-1991); à nouveau, au moins 83 % de suicides (25 sur 30) ont été commis par des jeunes de 15 à 25 ans.

Tableau 1
 Quelques taux de suicide relevés chez les groupes autochtones canadiens

Région	Groupe	Période	Source	Taux de suicide* (pour 100 000 hab.)
Labrador	Groupes autochtones 15 à 24 ans	1979-1983	Wotton, cité dans Aldridge et St. John, 1991	337
	Innu, Inuit, côte nord du Labrador 10 à 19 ans	1977-1988	Aldridge et St. John, 1991	180
Côte est de la baie d'Hudson	Inuit	1982-1991	Kirmayer et coll., 1993	55-86**
Nord-ouest de l'Ontario	Ojibwas	1975-1982	Spaulding, 1986	62
	Wikwemikon	1975	Ward et Fox, 1977	267
Manitoba	Nord du Manitoba, Indiens inscrits	1981-1984	Ross et Davis, 1986	77
	Autochtones 18 à 20 ans	1971-1982	Thompson, 1987	177 (H) 32 (F)
	Réserves indiennes	1971-1975	Cité dans Rodgers, 1982	31
Alberta	Autochtones du nord de l'Alberta 15 à 34 ans	1980-1985	Bagley et coll., 1990	80 (H)
Territoires du Nord-Ouest	Population totale des jeunes 15 à 24 ans	1970-1980	Rodgers, 1992	120 (H) 40 (F)

* Taux arrondis.

** Taux plus élevés en raison de l'ajout des «suicides possibles».

Échantillonnage par grappe

L'examen des données de 1978 à 1984 sur la mortalité tirées des dossiers du National Center for Health Statistics aux États-Unis a révélé que les suicides survenaient fréquemment «en série» à certaines périodes et à des endroits précis (Gould et coll., 1990). Certains éléments indiquent un nombre relatif de grappes où des suicides ont été observés entre 1978 et 1984. La visibilité de l'événement dans les médias, les liens personnels avec la victime et le fait de

s'identifier émotivement à la situation difficile que vivait celle-ci ou aux actes qu'elle a commis peuvent être à l'origine du phénomène.

L'étalage que les journaux, la télévision ou les autres médias font d'un suicide entraîne une augmentation prévisible des décès dans les deux semaines qui suivront la nouvelle (Eisenberg, 1986; Gould et coll., 1990; Phillips et Carstensen, 1986). Le lien entre les deux événements est directement proportionnel, c'est-à-dire que plus les médias couvrent le sujet, plus le taux de suicide augmente (Phillips et coll., 1992). Cet effet négatif de l'attention portée par les médias à l'événement a été remarqué récemment dans des grappes de suicides observées chez les autochtones américains (Tower, 1989).

Manifestement, les suicides ainsi observés s'expliquent par un phénomène de mimétisme. Cependant, il s'est révélé difficile de le démontrer rigoureusement. Dans le cadre d'une étude cas-témoins où 14 suicides d'adolescents avaient été observés dans deux grappes, un questionnaire avait été distribué aux parents, qui devaient répondre à des questions fermées. On a constaté que les 14 adolescents qui s'étaient suicidés n'étaient pas plus susceptibles que les adolescents du groupe témoin d'avoir été directement en contact avec des personnes qui s'étaient suicidées (Davidson et coll., 1989). Ils n'avaient pas non plus nécessairement subi une plus grande influence des médias. Par contre, il *était* effectivement plus probable qu'ils aient déjà tenté de se suicider, qu'ils se soient déjà auto-mutilés, qu'un de leurs proches soit décédé d'une mort violente ou qu'ils aient récemment rompu avec la personne qu'ils aimaient. Dans leur passé, ils ont déménagé plus souvent, ont fréquenté un plus grand nombre d'écoles et ont vécu avec un plus grand nombre de personnes ayant l'autorité parentale.

Il n'existe pas encore de recherche montrant si le suicide commis «par mimétisme» se produit chez le même type de personnes et correspond aux mêmes actes que dans le cas des suicides commis dans d'autres circonstances. D'après une étude, où le suivi a été effectué pendant six mois, les tentatives de suicide n'avaient pas plus d'effet sur les amis des personnes suicidées que sur les membres du groupe témoin, ce qui porte à croire que les suicides en série sont forcément liés à d'autres facteurs que le caractère intime de la relation avec la victime (Brent et coll., 1992).

Il semble que dans les grappes de suicides observées, les personnes concernées aient déjà été à risque. Toutefois, le choix de la méthode, du temps et du lieu pour le suicide peut être fortement influencé par la publicité faite autour des suicides précédents. Les suicides en grappes posent un problème spécial aux communautés autochtones dans lesquelles de nombreuses personnes sont proches et partagent les mêmes problèmes sociaux, de sorte que l'incidence d'un suicide est extrêmement forte au sein de la communauté entière et a d'importantes répercussions. Ces liens étroits entre un grand nombre de personnes et le sentiment de partager une situation difficile augmentent le risque de suicides en série.

Sommaire de l'étude épidémiologique

Le taux de suicide chez les autochtones a grimpé radicalement au cours des dernières décennies pour atteindre plus de trois fois le taux de suicide dans le reste du pays. Le suicide est plus fréquent chez les jeunes que chez les personnes âgées. Les victimes sont plus susceptibles d'être de sexe masculin. Le phénomène est lié la plupart du temps à de graves problèmes d'alcoolisme, et la méthode utilisée est extrêmement radicale (arme à feu et pendaison). On trouve d'importants écarts dans le taux de suicide selon les régions. Par rapport à l'ensemble de la population, les adolescents autochtones ont davantage tendance à se suicider au cours d'une même période et sur un même territoire (Earls et coll., 1991).

On ne dispose pas de données fondamentales sur les taux de suicide chez les Indiens non inscrits et les Métis. Il existe peu de données sur les tentatives de suicide chez les groupes autochtones. Les suicides en série retiennent énormément l'attention des médias et des observateurs, mais le phénomène cache le fait que dans certaines communautés les taux de suicide sont en-dessous de la moyenne alors que, dans d'autres, ils y sont supérieurs. L'analyse de ces différences selon les communautés et les régions pourrait contribuer à mettre en lumière les aspects particuliers du problème et favoriserait l'adoption de stratégies visant à réduire le nombre de suicides au sein des communautés autochtones.

Facteurs de risque et de protection

Vue d'ensemble

L'étude des facteurs de risque vise à isoler les variables qui, seules ou liées à d'autres, augmentent les probabilités de suicide. Ces facteurs peuvent refléter les points vulnérables d'une personne ou encore, il peut s'agir de facteurs d'ordre social qui touchent certains groupes ou des communautés entières. Étant donné que le suicide est un phénomène rare, les facteurs de risque sont plus précieux pour la planification des interventions en matière de santé publique que pour la prévention du suicide chez une personne.

On a mis en évidence toute une gamme de facteurs de risque contribuant au suicide dans l'ensemble de la population. On peut les diviser en trois grandes catégories :

1. les *facteurs prédisposants* comme les tempéraments extrêmes (notamment l'agressivité, l'impulsivité ou l'inhibition) de même que la violence, les pertes ou les séparations pendant l'enfance, une dépression profonde ou d'autres troubles psychiatriques, des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies, le désespoir et la rigidité cognitive;
2. des facteurs environnementaux immédiats tels des événements stressants, notamment les ruptures, les problèmes conjugaux, les pathologies familiales, l'isolement, le fait de vivre seul ou de prendre modèle sur un comportement suicidaire adopté par des membres de la famille ou des amis;
3. les facteurs socio-culturels dont les problèmes au travail, le chômage, la pauvreté, la désorganisation sociale, la perte de traditions, la marginalité et l'anomie.

Il va de soi qu'à chaque facteur de risque correspond un facteur contraire, c'est-à-dire qu'il existe des circonstances qui peuvent être assimilées à des facteurs de protection contre le suicide. Bien souvent, l'absence ou la réduction d'un facteur de risque peut être considérée comme un facteur de protection. Peut-être à cause de la rareté du phénomène, les facteurs ou les circonstances qui nous protègent contre le suicide ont nettement moins retenu l'attention. Cependant, l'idéation suicidaire est extrêmement courante; c'est pourquoi il est utile d'examiner les facteurs qui permettent à des personnes de vivre avec des pensées suicidaires sans chercher à se faire mal. Certaines traditions et valeurs culturelles influent sur l'augmentation ou la réduction du risque de suicide; en effet, le suicide peut être ou non considéré comme une solution au sein d'une communauté donnée.

Dans les sections précédentes et à la figure 1, nous avons relevé certains facteurs de risque ou de protection socio-démographiques. Nous allons à présent résumer la documentation abordant certains facteurs dans le but d'élaborer des méthodes de prévention ainsi que des méthodes permettant de prévoir l'intention suicidaire.

Environnement social et physique

En Amérique du Nord, on a observé un lien entre le suicide et les changements de saisons, les taux étant plus élevés à l'automne et au printemps. Il n'existe aucune explication faisant l'unanimité sur ce phénomène (Eastwood et Peter, 1988; Fossey et Shapiro, 1992); toutefois, il peut être lié à des variations saisonnières dans les troubles affectifs et ceux de l'humeur.

On a montré que les troubles affectifs^b suivent souvent un rythme saisonnier qui fluctue selon la durée du jour (Rosenthal et coll., 1984). La dysphorie tempérée et l'insomnie surviennent fréquemment durant les courtes journées d'hiver dans les régions nordiques (Haggag et coll., 1987). Les conflits personnels et la vulnérabilité face à la maladie peuvent suivre un rythme saisonnier chez les Inuit (Condon, 1982 et 1983). On a décrit de graves problèmes de dépression dans les régions nordiques qui étaient provoqués par un changement dans la longueur des journées (Nayha, 1985). Ces troubles affectifs saisonniers peuvent réagir à un traitement qui consiste à faire briller la lumière tôt le matin afin de simuler un jour plus long (Hellekson et coll., 1986; Lewy et coll., 1982).

Le taux de suicide plus élevé à l'automne peut correspondre au plus grand nombre de dépressions qui surviennent avec le raccourcissement des journées. La prévalence accrue de ce taux au printemps peut traduire le contraste entre le fait de se sentir un peu mieux et la rechute ou encore, le fait d'avoir plus d'énergie et d'être ainsi en mesure de mettre en application ses intentions suicidaires. On observe également ce schème au cours du traitement de la dépression : le risque de suicide augmente lorsque la personne commence à réagir au traitement et qu'elle sent que son énergie remonte (Appleby, 1992; Hawton, 1987).

Au Canada, le risque de suicide chez les autochtones varie avec la latitude à laquelle se trouve la communauté — le taux est plus élevé dans les communautés plus au nord — de même qu'en fonction de l'éloignement de la ville d'au moins 5 000 habitants la plus proche

(Bagley, 1991). On ne perçoit pas clairement si ces corrélations traduisent des influences socio-économiques ou environnementales ou bien des écarts dans le signalement des suicides.

Un environnement artificiel influe également sur le taux de suicide. L'isolement et la solitude des criminels en prison sont de graves facteurs de risque de suicide (Bonner, 1992). Le nombre excessif d'autochtones dans la population carcérale permet de déduire que l'emprisonnement contribue fortement au suicide chez les autochtones (Bland et coll., 1990; Direction générale des services médicaux, 1991a). Les démêlés avec la loi favorisent le risque de suicide à court et à long terme et constituent ainsi un élément essentiel à retenir dans la prévention du suicide.

Le facteur environnemental le plus direct qui influe sur le nombre de suicides est la facilité avec laquelle on peut recourir à un moyen radical, particulièrement les armes à feu (Brent et coll., 1991; Garrison, 1992). Il existe une corrélation entre la consommation d'alcool et l'emploi d'une arme à feu — les personnes qui ont mis fin à leurs jours à l'aide d'une arme à feu sont plus susceptibles d'avoir bu (Brent et coll., 1987). Selon une étude effectuée auprès des autochtones de l'Alaska, au moins 76 % des victimes étaient mortes des suites de blessures par balle, et un lien a été établi entre l'emploi d'une arme à feu et une alcoolémie élevée (Hlady et Middaugh, 1988).

Historiquement, l'élimination de certaines méthodes fatales produit un effet perceptible sur le taux de suicide (Garrison, 1992). Bien entendu, les armes à feu sont faciles à obtenir dans la communauté autochtone et, du fait qu'elles servent à la chasse, elles ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle sévère. Cette facilité à se procurer un moyen radical pour se suicider explique en partie le nombre élevé de tentatives de suicide qui sont fatales aux autochtones.

Le risque de suicide est le plus élevé chez les jeunes, et l'école représente souvent l'aspect le plus important de leur environnement social et physique. Nombre d'autochtones ont subi des traumatismes, des pertes et des séparations à cause des pensionnats. Dans les environnements urbains, les jeunes autochtones peuvent être victimes de préjugés à l'école; c'est aussi dans ce cadre scolaire que les traditions peuvent être négligées, voire totalement éliminées. Même dans les écoles des réserves, on a eu tendance à ignorer le bagage culturel traditionnel, ce qui a contribué à dévaluer l'identité autochtone. Pour de nombreux

décrocheurs, l'école demeure un point de référence à partir duquel ils peuvent évaluer leur propre situation et leurs espoirs pour l'avenir. Des échecs ainsi qu'une attitude négative envers l'école contribuent fortement au sentiment de désespoir qui peut envahir un adolescent vulnérable. La possibilité d'employer des professeurs influents et de favoriser un milieu qui permet de cultiver une image positive de sa propre identité et d'encourager l'estime de soi, dans un contexte où on transmet des compétences de travail et une dynamique de vie, constitue un facteur de protection important.

Facteurs liés au tempérament et au développement d'une personne

Une forte proportion de personnes qui ont tenté de se suicider ont un parent du premier ou du deuxième degré qui s'est suicidé. Cette tendance indique sans doute que les victimes avaient certains points faibles en commun et qu'elle partageaient le même apprentissage social.

On a observé plusieurs phénomènes chez les personnes qui se sont suicidées : complications à la naissance, parents qui buvaient, qui fumaient ou qui se sont moins occupés d'elles (Hawton, 1986). Toutes ont aussi tendance à avoir eu une moins bonne santé physique pendant leur adolescence (Earls et coll., 1991; Blum et coll., 1992).

Tempérament

Certains traits de personnalité ou caractéristiques du tempérament — y compris l'hypersensibilité, le repli sur soi, le perfectionnisme et l'impulsivité — peuvent favoriser le risque de suicide (Ryland et Kruesi, 1992). La suicidabilité chez les patients psychiatriques internés est liée à l'anxiété réactionnelle et chronique, à la colère, à la tristesse et à l'impulsivité (Apter et coll., 1993).

À cause de son impulsivité, une personne peut réagir à une crise en s'automutilant. Dans une étude effectuée auprès de 94 soldats israéliens qui se plaignaient de souffrances morales, on a observé que l'impulsivité et la dépression contribuaient indépendamment à augmenter le risque de suicide (Koslowsky et coll., 1992). Fait surprenant, on n'a constaté aucun lien entre un comportement violent et le risque de suicide; il est toutefois possible que la nature de l'échantillon et le contexte aient empêché que ce lien soit établi.

Selon une étude effectuée auprès d'adolescents qui ont eux-mêmes déclaré avoir adopté trois types de comportement «insoucians» — imprudences, conduite en état d'ivresse ou sous l'influence de drogues et fait de fumer, de se droguer ou d'avoir de «mauvaises fréquentations» — seul le troisième facteur révèle une corrélation significative avec la dépression et l'idéation suicidaire (Clark et coll., 1990).

Le lien réciproque entre suicidabilité et agressivité est extrêmement étroit. Plutchik et ses collaborateurs ont soutenu qu'un processus d'agressivité sous-jacent pouvait atteindre un seuil poussant la personne à agir; celle-ci retournerait alors son agressivité contre elle-même ou la dirigerait vers les autres, selon certains facteurs socio-psychologiques (Korn et coll., 1992; Koslowsky et coll., 1991). Cet état chronique ou réactionnel sous-jacent peut être dû à la déplétion ou à la rétro-régulation (acquise ou innée) de la sérotonine (5-HT) qui est associée à la colère, à l'irritabilité et à la dépression, de même qu'à l'impulsivité et à l'agressivité (Brown et coll., 1992)⁷.

Même si l'impulsivité contribue à augmenter le risque de tentative de suicide, certains faits montrent que le repli sur soi, l'hypersensibilité et l'inhibition sont des traits de personnalité plus fréquents que l'impulsivité chez les personnes qui se suicident (Hoberman et Garfinkel, 1988; Shafii et coll., 1985). L'inhibition et le repli sur soi peuvent favoriser le risque de suicide, car ils constituent un handicap relationnel tant en société qu'en privé, ce qui provoque les effets suivants : affaiblissement de l'estime de soi, perte de ses moyens, isolement social et absence de soutien social.

Développement psychologique

Le développement de l'ego peut aussi favoriser la suicidabilité. Borst et ses collaborateurs (1991) ont examiné le lien entre le développement de l'ego, l'âge, le sexe et un diagnostic de suicidabilité chez 219 adolescents admis dans un hôpital psychiatrique privé. Selon Loevinger (1966), il existe trois stades de développement de l'ego : *préconformiste*, *conformiste* ou *postconformiste*. Le stade préconformiste est le tout premier et se traduit par l'impulsivité, des styles cognitifs stéréotypés et des problèmes relationnels (dépendance ou exploitation). Au stade conformiste, une personne est particulièrement soucieuse de se faire accepter par les autres et réciproquement; elle exprime souvent ses points de vue sous forme de clichés et de

stéréotypes. Lorsque l'individu atteint le stade postconformiste, il règle en général ses conflits intérieurs au moyen d'une bonne connaissance de soi. Alors que l'adolescent affirme son ego, lorsqu'on lui a diagnostiqué des troubles affectifs ou comportementaux, il devient *plus* vulnérable au suicide. Il est nécessaire de reconceptualiser ce genre d'étude pour qu'elle puisse être valable d'un point de vue culturel puisque les formes de raisonnement et le passage vers la maturité de l'ego et l'adaptation peuvent varier en fonction de circonstances sociales et culturelles (Shweder, 1991).

Chez certains groupes autochtones, les méthodes d'éducation de l'enfant visant à développer sa confiance en lui consistent à le taquiner ou à faire semblant de l'abandonner. Ce type de jeu peut susciter des sentiments d'insécurité sur le plan relationnel et une dépendance profonde. L'individu peut alors devenir vulnérable à la dépression et à l'automutilation dans des situations de perte ou de privation (Briggs, 1982). En outre, cette forme de socialisation peut inhiber l'agressivité dirigée contre autrui et accroître la possibilité de la retourner contre soi dans des moments de frustration ou de perte (Briggs, 1983). On suppose que les méthodes d'éducation interagissent avec le tempérament de l'enfant, dont nous avons discuté ci-dessus, le rendant ainsi plus ou moins vulnérable au suicide. Cependant, l'incidence des différences culturelles dans l'éducation d'un enfant sur sa personnalité demeure une question controversée. Les profonds changements survenus dans la vie au sein des établissements ont aussi rendu de nombreuses méthodes traditionnelles d'éducation difficiles à appliquer ou peu appropriées et créent peut-être de nouveaux problèmes. Manifestement, le besoin d'études systématiques dans ce domaine se fait pressant.

Les conflits autour de l'identité sexuelle, particulièrement la prise de conscience à un jeune âge d'une orientation homosexuelle, constituent aussi un facteur de risque important chez les jeunes (Ryland, 1992). Les psychothérapeutes ont remarqué que certains adolescents qui tentent de se suicider nourrissent des sentiments négatifs à l'égard de leur physique qui se transforme (Ladame, 1992). Ce phénomène peut s'aggraver sérieusement si l'adolescent a subi l'inceste ou des actes de violence sexuelle qui ont des conséquences plus profondes sur l'estime de soi et qui contribuent à créer toute une série de problèmes d'ordre psychiatrique (Briere, 1993).

Violence, traumatismes, pertes et séparations pendant l'enfance

On associe le suicide à des carences émotives, à des pertes et à des séparations pendant l'enfance. Grossi et Violato (1992) ont constaté qu'il existait un lien important entre les tentatives de suicide chez les adolescents et un grand nombre de déménagements, d'échecs scolaires de même que la séparation des parents lorsque l'enfant est en bas âge. Selon Tousignant et ses collaborateurs (1993), l'incidence des déménagements fréquents sur le risque de suicide s'éliminait lorsque le groupe témoin était composé d'adolescents aux prises avec des problèmes familiaux, ce qui laisse entendre que le niveau de fonctionnement ou de détresse de la famille est le facteur essentiel. La perte d'un parent peut nuire aussi particulièrement lorsqu'elle entraîne une désorganisation perpétuelle du foyer (Adam, 1985). En examinant le problème de plus près, on peut voir que la désorganisation familiale existe même dans les familles qui n'ont pas perdu de membres et qui sont donc intactes, du moins en surface.

Dernièrement, on a pris conscience de la prévalence de la violence sexuelle et physique infligée aux enfants dans l'ensemble de la société nord-américaine (Conte, 1991; Gelles et Conte, 1990; Herman, 1992). Une enquête effectuée auprès d'étudiants des Pays-Bas de 15 à 16 ans a révélé qu'il existait un lien entre ceux qui avaient tenté de se suicider et la violence sexuelle, le sentiment de solitude, l'humeur dépressive, la faible estime de soi et la consommation de drogues chez les adolescents des deux sexes (Garnefski et coll., 1992). On a également relevé d'autres facteurs de risque, soit la violence physique chez les femmes et de faibles résultats scolaires chez les hommes. Parmi les adolescents internés dans un hôpital psychiatrique privé, on a constaté une forte corrélation entre la gravité de la violence physique pendant l'enfance (excluant la violence sexuelle) et le nombre de tentatives de suicide (Shaunese et coll., 1993). Des antécédents de violence sexuelle et physique grave pendant l'enfance sont extrêmement fréquents parmi les personnes victimes de troubles de la personnalité limites, qui sont alors portées à commettre de multiples tentatives de suicide (Paris et coll., 1989).

Il est deux fois plus courant de trouver des familles monoparentales chez les Indiens inscrits que dans l'ensemble de la population canadienne dans le reste du pays, et on trouve cinq fois plus de femmes que d'hommes chefs de famille monoparentale. (Direction générale

des services médicaux, 1991a). Cependant, l'incidence d'une telle situation dépend de facteurs culturels et sociaux locaux, qui déterminent le degré de soutien apporté par la famille étendue, les parents, les aînés et d'autres membres de la communauté. En outre, dans certaines communautés autochtones — notamment les Inuit — l'adoption peut être un phénomène extrêmement courant et moins stigmatisé; on ne peut donc pas l'associer au risque de suicide au même titre que dans l'ensemble de la population. La signification personnelle et culturelle de l'adoption dans ces communautés est en perpétuelle évolution, et il serait nécessaire d'étudier la situation de plus près.

Des études effectuées parmi les Indiens américains des Plaines ont révélé que les jeunes qui se suicidaient étaient nettement plus susceptibles d'avoir vécu l'arrivée d'un tiers pour s'occuper d'eux au cours de leur enfance ou de leur adolescence (May et Dizmang, 1974; Resnick et Dizmang, 1971). Les populations autochtones ont subi de façon répétée la séparation en raison des études dans des pensionnats et de séjours prolongés à l'hôpital en dehors de leurs communautés à cause de la tuberculose et d'autres maladies chroniques (Kleinfeld et Bloom, 1977; Manson et coll., 1989). Au Canada, le système des pensionnats a exposé les enfants autochtones à des séparations prolongées de leur famille et de leur parenté, à des actes de violence physique et sexuelle et à l'élimination de leur identité culturelle (Haig-Brown, 1990; Knockwood, 1992).

Les communautés autochtones vivent également des problèmes de désintégration de la famille de même que de violence sexuelle et physique (Fischler, 1985; Lujan et coll., 1989). À cause de leur isolement et des liens de famille complexes que tissent les autochtones, il est possible que le signalement de la violence familiale aux habitants d'une communauté fasse l'objet de tabous profondément ancrés. Comme il n'y a guère de possibilités ni de soutien offerts aux autochtones pour faire face à leurs problèmes, ils luttent seuls avec leur douleur, ce qui peut contribuer sensiblement à faire augmenter le risque de suicide.

Facteurs interpersonnels

Les conflits interpersonnels, souvent des disputes conjugales, la rupture d'une relation importante ou la perte de ressources personnelles sont les facteurs les plus courants qui déclenchent la tentative de suicide (Weissman, 1974). Les facteurs poussant au suicide varient

selon les étapes de la vie : pour les adolescents, les conflits avec les parents, la séparation des membres de la famille ou leur perte ainsi que le rejet représentent les facteurs d'agression les plus puissants. Plusieurs études confirment que les causes immédiates de suicide chez les jeunes sont habituellement une crise aiguë relative à la discipline, un rejet ou une humiliation (comme la perte de la petite amie ou un autre échec perçu) (Hawton, 1986; Rich et coll., 1991; Shaffer et coll., 1988).

Quelques études indiquent que la qualité du réseau social d'une personne constitue un indice important du risque de tentatives de suicide. En effet, par rapport aux membres du groupe témoin, ceux qui ont tenté de se suicider ont un réseau social moins adéquat et plus restreint (Hart et William, 1987). Magne-Ingvar et ses collaborateurs (1992) ont expliqué que les tentatives de suicide étaient plus fréquentes chez les patients qui ont une vie sociale médiocre et des problèmes au travail. Maris (1992) en est arrivé aux mêmes conclusions et a déterminé que les problèmes au travail, le fait d'être séparé, veuf ou divorcé, de vivre seul, d'être en chômage ou retraité constituaient des facteurs de risque de tentative de suicide. Grossi et Violato (1992) ont conclu que les tentatives de suicide chez les adolescents étaient liées à un vide important au niveau des rapports émotifs. Toutefois, une étude communautaire effectuée au Québec n'a pas confirmé cette conclusion (Tousignant et coll., 1993).

D'autres faits prouvant l'importance du réseau social sont mis en lumière par une étude selon laquelle, avant un suicide, les amis de la victime sont atteints de troubles psychiatriques plus importants que les membres du groupe témoin (Brent et coll., 1992). Ce phénomène traduit soit l'effet du réseau social sur une personne vulnérable, soit la propre dépression de la personne suicidaire qui provoque une dysphorie semblable chez ses amis — conséquence bien établie de la dépression (Coyne, 1976). Les deux situations montrent que le soutien social n'était guère solide avant que la personne ne se suicide.

L'existence de suicides en grappe laisse entendre que le «suicide engendre le suicide». Cependant, rien ne prouve vraiment que ce soit vrai. Brent et ses collaborateurs (1992) ont étudié les effets d'un suicide sur 58 amis et connaissances de dix adolescents qui se sont donné la mort : le taux de tentatives de suicide n'était pas plus élevé dans ce groupe. La même étude a mis en évidence le fait que, dans le mois qui a suivi le suicide, les amis des victimes (37 %) subissaient des troubles dépressifs majeurs par rapport aux sujets du groupe

témoin (7 %). On assistait à la même tendance à l'égard des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies, d'anxiété et de troubles du comportement. Nombre des amis de la victime étaient toujours déprimés six mois après le suicide. On constate ainsi qu'un suicide a des effets nuisibles sur l'entourage de la victime longtemps après son décès. Cette situation peut alors affecter le soutien social de ceux qui sont également à risque.

Même si le suicide fait souvent suite à une crise interpersonnelle, il s'agit presque toujours d'une façon de mettre un terme à des problèmes qui sévissent depuis longtemps. Une étude rétrospective sur tous les adolescents qui avaient mis fin à leurs jours au cours d'une année en Finlande a révélé un degré élevé de stress psychosocial subi par ces victimes l'année précédant leur suicide (Marttunen et coll., 1992). Parmi les indicateurs des difficultés éprouvées pendant longtemps, on trouve : un comportement antisocial (45 % des garçons et 33 % des filles), l'alcoolisme, d'autres tentatives de suicide (33 %) et des problèmes d'adaptation (33 % des garçons). Malgré le taux élevé de psychopathologie décelé chez une victime avant son suicide, nombre de parents n'étaient pas conscients des intentions suicidaires de leur enfant ni même de leurs précédentes tentatives. Toutefois, un tiers des parents avaient pris contact avec un psychiatre l'année avant le décès de leur enfant.

Les facteurs interpersonnels définis dans des études sur le suicide chez les autochtones américains comprennent : des parents qui n'ont pas pris soin de leur enfant, l'arrestation des personnes qui avaient pris l'enfant à charge, la victime qui avait été appréhendée pour la première fois à un jeune âge et son arrestation dans les 12 derniers mois précédant son suicide, ou encore, la perte d'une relation à cause d'un conflit ou d'un décès (May et Dizmang, 1974; Resnick et Dizmang, 1971). Selon une autre étude où on a observé sept suicides au sein d'une communauté crie, on a pu montrer dans tous les cas que les victimes avaient une faible estime d'elles-mêmes, qu'elles avaient peu de relations intimes, qu'elles étaient socialement isolées et qu'elles étaient confuses quant à leur identité. Elles étaient peu communicatives et repliées sur elles-mêmes, parfois depuis l'enfance (Ward et Fox, 1977).

Alcoolisme et toxicomanies

Le taux d'alcoolisme et de toxicomanies chez les patients qui se suicident varie énormément à l'intérieur d'un même pays — par exemple, des deux tiers des cas d'une étude réalisée à San

Diego au quart de ceux soumis à une étude menée en Finlande (Runeson et Rich, 1992). Il existe un lien étroit entre l'alcoolisme et les tentatives de suicide (Dyck et coll., 1988).

On a remarqué que l'alcoolisme jouait un rôle important dans les problèmes de suicide. C'est ce qui ressort de la plupart des études portant sur les autochtones, dont celles sur les Cris du nord de l'Ontario (Ward et Fox, 1977), les Ojibwas du nord du Manitoba (Thompson, 1987) et les Inuit du Groenland, de l'Alaska et des Territoires du Nord-Ouest (Kettl et Bixler, 1991; Kraus, 1971; Rodgers, 1982; Sampath, 1992; Thorslund, 1990) ainsi que de nombreuses études effectuées aux États-Unis (Brod, 1975; GAP, 1989).

En ce qui concerne les suicides liés à la dépression, on constate que ceux associés à l'alcoolisme et aux toxicomanies seraient plus souvent précédés de stress sur le plan interpersonnel dans les six semaines avant l'événement (Duberstein et coll., 1993). Bien entendu, ces événements de la vie (principalement des conflits, des disputes et des ruptures) peuvent aussi traduire des difficultés d'ordre caractérologique et interpersonnel. Néanmoins, ces constatations appuient la notion d'une typologie des suicides (p. ex. Bagley, 1992), dont certains sont plus directement liés à un problème psychiatrique (essentiellement la dépression), alors que d'autres sont liés à des événements interpersonnels, à l'alcoolisme et, peut-être, à des problèmes de personnalité qui font que l'individu sera plus susceptible de réagir radicalement à ce type d'événements.

Le rapport entre l'alcoolisme et le suicide peut traduire en partie la présence de facteurs de prédisposition communs (dont une diathèse biologique partagée, p. ex., Brown et coll., 1992). Toutefois, il est clair que l'alcoolisme aigu et chronique augmente le risque de tentatives de suicide fatales (Lester, 1992a). Ce qui est grave, c'est qu'une concentration plus élevée d'alcool dans le sang augmente la probabilité que la victime utilise une arme à feu pour se suicider (Garrison, 1992). Régulièrement, environ 15 % des patients internés en psychiatrie par suite d'une tentative de suicide et qui ont également des problèmes d'alcoolisme finissent par commettre un suicide — ce taux est comparable à celui des personnes atteintes de troubles affectifs et, contrairement à la dépression, les suicides ont tendance à survenir longtemps après le début de la maladie (Hawton, 1987). Dans les cas de pharmacodépendance, le risque de suicide peut être 20 fois plus élevé.

L'inhalation de solvants est un phénomène fréquent dans de nombreuses communautés autochtones. Dans notre enquête sur les jeunes Inuit d'une communauté du Québec, 21 % des répondants ont déclaré avoir inhalé des solvants une fois et 5 % ont mentionné en avoir utilisé le mois précédent (Kirmayer et coll., 1993b). L'inhalation chronique de solvants peut entraîner des lésions neurologiques (Byrne et coll., 1991). Nous ignorons si la déficience cognitive ou d'autres séquelles de l'inhalation de solvants contribuent en soi au risque de suicide ou si cette dépendance indique seulement la présence de problèmes plus profonds, d'ordre psychologique et social, qui peuvent conduire au suicide.

Outre leurs effets intrinsèques de dépendance et de satisfaction, mentionnons le fait que l'alcool et les drogues permettent temporairement d'échapper à la tristesse, à l'anxiété, à l'ennui et au sentiment de vide. Selon Foulks (1980), chez les Inuit, les pratiques chamanistiques offraient des formes de dissociation, culturellement approuvées, comme moyen de résoudre des problèmes et d'échapper à l'ennui et à la douleur. Les changements culturels ont estompé cette stratégie (bien qu'elle persiste dans certaines pratiques religieuses contemporaines), et l'alcoolisme et les toxicomanies ont remplacé les expériences de dissociation liées aux loisirs, à la guérison et à la religion, ce qui a parallèlement entraîné une augmentation du suicide.

Tentatives de suicide et idéation

La plupart des victimes de suicide avaient déjà exprimé des pensées suicidaires ou commis des tentatives de suicide. Shafii et ses collaborateurs (1985) ont constaté que 85 % des adolescents qui ont mis fin à leurs jours avaient déjà exprimé le souhait de mourir, et 40 % avaient déjà tenté de se suicider. Ainsi, bien que la plupart des actes suicidaires aient été déclenchés par un événement grave et que de nombreux actes soient perpétrés sous l'impulsion, on constate que le suicide survient habituellement dans le contexte de pensées périodiques ou persistantes à cet égard et que la personne avait fait des plans visant à mettre fin à ses jours.

L'idéation suicidaire est tellement fréquente chez les adolescents, toutefois, qu'elle ne peut constituer un indice efficace de risque élevé (Ladame, 1992). Comme nous l'avons mentionné, une étude réalisée aux États-Unis auprès d'étudiants du secondaire a révélé que 27

% d'entre eux avaient fait part d'idéation suicidaire dans la dernière année (Ryland et Kruesi, 1992). Par conséquent, il est important de faire la distinction entre l'idéation suicidaire grave ou les crises suicidaires et le fait de penser au suicide, qui est le fruit de questions existentielles moins pressantes.

Parmi les patients adolescents qui sont dans un état dépressif grave, l'idéation suicidaire a tendance à varier en fonction de la gravité de la dépression plutôt qu'à représenter un état cognitif indépendant (Myers et coll., 1991). Selon une étude multivariée effectuée auprès de 558 adolescents canadiens-français et de 150 adultes, on peut affirmer que l'idéation suicidaire chez les adolescents est liée à la dépression et, dans une moindre mesure, aux événements stressants de la vie, à une faible estime de soi et à une insatisfaction face aux soutiens sociaux (De Man et coll., 1992). Quant à l'idéation suicidaire chez les adultes, elle était exclusivement liée à une faible estime de soi et à des événements de la vie, mais pas à la dépression.

Les tentatives de suicide peuvent varier, depuis des «actes modérés» ne visant pas vraiment une issue fatale jusqu'aux tentatives sérieuses où la mort a seulement été évitée par hasard. Il est important, lorsque c'est possible, de cerner la gravité d'une tentative afin d'évaluer son caractère fatal. Sur le plan clinique, il s'agit de calculer le rapport entre le risque pris par la personne et la possibilité qu'elle soit sauvée - c'est-à-dire de diviser la relative gravité des moyens utilisés par le degré de probabilité que la victime soit découverte à temps. La personne qui prend un risque élevé et qui a peu de chance d'être sauvée pourrait par exemple sortir avec un fusil dans la forêt sans le dire à personne; par contre, celle qui prend peu de risques et qui a toutes les chances de s'en sortir avalera quelques somnifères devant son conjoint. Dans les recherches épidémiologiques sur le suicide, des efforts ont été déployés pour élaborer des questions permettant d'évaluer rétrospectivement la gravité des tentatives de suicide afin de mieux comprendre la signification du très grand nombre de tentatives modérées observées chez les jeunes (Meehan et coll., 1992).

Une tentative de suicide antérieure est le meilleur indice permettant de prévoir d'autres tentatives de même qu'un suicide (Maris, 1992). Toutefois, les tentatives de suicide antérieures ne permettent pas de prévoir entre 75 % à 90 % de tous les suicides, car ils surviennent au cours de la première tentative enregistrée. Par rapport aux personnes qui

tentent de se suicider, celles qui mettent réellement fin à leurs jours sont plus souvent des hommes, plus vieux, non mariés, divorcés ou veufs, vivant seuls et retraités ou en chômage (van Egmond et Diekstra, 1990).

Jusqu'à 50 % des personnes qui tentent de se suicider renouvelleront leur acte (Kreitman et Casey, 1988). Le risque le plus élevé de renouveler une tentative existe dans les trois premiers mois environ suivant la première tentative. Ceux qui récidivent ont tendance à avoir déjà eu un traitement, à avoir fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique et à avoir eu des comportements autodestructeurs dans le passé, des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies, de même qu'ils seront plus souvent isolés et en chômage (Kreitman et Casey, 1988). On compte parmi les caractéristiques psychologiques des patients hospitalisés pour une tentative de suicide et qui ont récidivé dans les trois mois suivant la première tentative, une faible tolérance à la frustration, une source de détermination interne et un sentiment d'impuissance (Sakinofsky et Roberts, 1990; Sakinofsky et coll., 1990). Les récidivistes dirigent aussi davantage leur hostilité vers l'extérieur. Certains faits semblent montrer que le caractère fatal d'une tentative augmente avec chaque récurrence (van Egmond et Diekstra, 1990).

Les patients qui ont tenté de se suicider sans mettre leur vie en danger peuvent être différents de ceux qui se sont suicidés en ayant commis très peu de tentatives. Les cliniciens ont tendance à considérer que les premiers sont atteints de troubles de la personnalité (de façon typique, d'un trouble de la personnalité limite) ou de problèmes caractériels et ont tendance à se servir des tentatives de suicide pour exprimer leur colère ou commettre un acte radical d'une façon quelque peu calculatrice ou manipulatrice (Dingman et McGlashan, 1988). Cependant, on ne peut pas rejeter le risque de suicide chez les patients atteints de troubles de la personnalité puisque ces risques sont extrêmement élevés si on les compare à ceux de l'ensemble de la population. L'examen d'études de suivi effectuées auprès de patients atteints de troubles de la personnalité (la plupart des études sont consacrées au trouble de la personnalité limite) montre que le taux de suicide atteint en moyenne 5 % chez ces personnes (il varie de 0 à 9 %) (Paris et coll., 1987; Tanney, 1992).

Troubles psychiatriques

Les antécédents de troubles psychiatriques importants, particulièrement de dépression majeure, sont extrêmement fréquents dans les cas de suicide. Des entrevues réalisées à l'échelle mondiale après le suicide d'adolescents ont révélé un diagnostic de trouble mental dans 81 à 95 % des cas (Goldstein et coll., 1991; Runeson et Rich, 1992)⁸. Dans le cadre d'études rétrospectives portant sur des suicides commis par des adolescents et des jeunes adultes, on a constaté des taux élevés de certains troubles, y compris : de 43 à 79 % de troubles affectifs (principalement la dépression majeure), de 26 à 66 % de toxicomanies, de 3 à 61 % de troubles de conduite ou de troubles de la personnalité (habituellement le trouble de personnalité limite ou antisociale) et de 0 à 17 % de troubles schizophréniques (Ryland et Kruesi, 1992). Le vaste éventail de problèmes relevés met en évidence les différentes méthodes et les divers critères utilisés pour le diagnostic ainsi que les limites des données rétrospectives quant à l'établissement d'un diagnostic. Le taux de troubles de la personnalité est beaucoup plus élevé chez les jeunes suicidés que chez les autres. Dans le cadre d'une étude rétrospective, on a découvert que 33 % des adolescentes qui s'étaient suicidées étaient atteintes d'un trouble de personnalité limite (Marttunen et coll., 1991). Environ 85 % des suicidés ayant des troubles de la personnalité présentent également une dépression majeure ou des problèmes liés à la toxicomanie, ou les deux. On constate donc que la présence simultanée de la dépression et de la toxicomanie fait des personnes présentant des troubles de la personnalité de meilleurs candidats au suicide (Runeson et Rich, 1992). On a obtenu des données similaires au Québec (Lesage, 1993).

Les personnes déprimées sont 50 fois plus susceptibles de se suicider que les membres de la population en général (Appleby, 1992). Parmi les autres facteurs de risque relevés au sein des populations psychiatriques, on compte : les tentatives antérieures de suicide (particulièrement par un moyen violent ou dangereux), une rechute récente ou un congé récent d'un service de santé, certaines caractéristiques de l'état mental (comme la dépression et la psychose, mais surtout le trait cognitif de désespoir), les conditions sociales (l'isolement, le chômage) et les données démographiques (jeunes sujets de sexe masculin) (Appleby, 1992). Toutefois, ce portrait de la personne à risque est malheureusement tellement répandu dans les populations psychiatriques qu'il ne permet pas de prédire le suicide.

Ce sont les symptômes de dépression grave (retard psychomoteur, désespoir, hypersomnie) qui aident le mieux à prédire un suicide ultérieur (Motto et coll., 1985). Chez les adolescents déprimés, on compte d'autres prédicteurs : gain de poids, anergie et fatigue, absence du père du foyer, tentative de suicide antérieure, probabilité de passage à l'acte selon le sujet lui-même, attitude pessimiste et désespoir (Kienhorst et coll., 1991). Un suivi de trois ans effectué auprès d'adolescents atteints d'un trouble dépressif majeur a révélé que les facteurs permettant de prédire la suicidabilité ultérieure étaient surtout la gravité de l'intention suicidaire initiale et l'intensité de la colère (Myers et coll., 1991). La suicidabilité n'a été associée ni à l'impulsivité ni à un trouble de l'attention.

Les troubles anxieux, particulièrement le trouble de panique, sont également associés à un risque considérable de suicide (Weissman et coll., 1989). Selon une analyse des données provenant d'une étude épidémiologique effectuée aux États-Unis par le NIMH (Epidemiologic Catchment Areas), les diagnostics soit de trouble de panique, soit d'attaques sporadiques de panique étaient également liés à un accroissement des idées suicidaires et des tentatives de suicide (Weissman et coll., 1989). De fait, le taux de tentatives de suicide s'est révélé plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble de panique que chez celles qui présentaient une dépression majeure. Ce risque accru était indépendant de la présence concomitante d'une dépression majeure ou d'alcoolisme.

Quelque 10 % des schizophrènes se donnent la mort (Hawton, 1987). Le suicide est plus susceptible d'être commis au début de la maladie, souvent pendant une phase relativement exempte de psychose. Les personnes présentant le risque le plus élevé avaient connu des succès scolaires importants avant cette maladie et avaient de grandes aspirations. Elles connaissaient les effets de la maladie et ressentaient du désespoir et de la crainte face à la détérioration mentale. D'après ces résultats, contrairement aux personnes atteintes de troubles affectifs, les schizophrènes doivent faire l'objet d'une surveillance attentive pendant la période de rémission ainsi que pendant une rechute, puisque c'est en l'absence de délire que certains schizophrènes croient leur situation sans issue.

Dans le cadre d'une étude menée auprès de jeunes contrevenants incarcérés, on a essayé de découvrir si la dépression, la toxicomanie, les troubles de la conduite et le désespoir pouvaient distinguer les personnes suicidaires de celles qui ne l'étaient pas (Kempton et

Forehand, 1992). Seule la dépression s'est démarquée à titre de variable prédictive de suicide chez les jeunes Blancs, mais non chez les jeunes Noirs. Les résultats obtenus montrent qu'il est important de tenir compte du groupe ethnique lors de l'examen des facteurs de prédiction des tentatives de suicide.

Appleby (1992) a pour théorie que les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont plus susceptibles de se suicider durant les deux phases suivantes de leur maladie : premièrement, la phase aiguë précédant l'hospitalisation ou le traitement et, deuxièmement, la transition du traitement à l'hôpital au traitement en clinique externe. Il explique le risque élevé de suicide pendant cette période par la perte de la supervision continue exercée durant l'hospitalisation, le stress du retour dans la communauté et les politiques hospitalières de séjours brefs et de congés rapides. L'examen de trois études portant sur les attitudes du personnel hospitalier et des médecins envers les malades a révélé que des relations perturbées avec le personnel soignant, menant à un congé prématuré permettaient de distinguer les personnes suicidaires, comparées à un groupe témoin hospitalisé. Hawton (1987) confirme que la première semaine d'admission à l'hôpital et le premier mois suivant le congé sont des périodes pendant lesquelles les malades hospitalisés présentent un risque plus élevé.

En résumé, la majorité des personnes qui se suicident ont des troubles psychiatriques. Le petit sous-groupe de suicidaires qui n'en présente pas a tendance à faire preuve de perfectionnisme et d'une anxiété excessive liée au rendement de même qu'à mal réagir au stress et au déracinement (Hawton, 1986). Les membres de ce groupe peuvent se suicider s'ils font face à un échec ou à une déception à l'école ou ailleurs.

Les diagnostics associés le plus souvent à des comportements suicidaires non mortels sont les troubles de la personnalité (de 21 à 48 %), les troubles dysthymiques (22 %) et la toxicomanie (de 20 à 50 %) (Tanney, 1992). La présence de plusieurs troubles psychiatriques accroît davantage le risque de suicide. Toutefois, l'affection psychiatrique en soi ne suffit pas à expliquer le comportement suicidaire. Chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques, ce sont les antécédents de tentatives de suicide qui permettent le mieux de prédire le risque de tentatives ultérieures (Pokorny, 1992).

Comme on ne dispose pas de données suffisantes sur la prévalence de troubles psychiatriques chez les autochtones du Canada, il est impossible de déterminer quelle

proportion des suicides est associée à des troubles psychiatriques importants. Des expériences de consultation psychiatrique chez les autochtones indiquent des taux élevés de dépression majeure et de dysthymie dans de nombreuses communautés (Armstrong, 1978; Sampath, 1974; Young et coll., 1993). Le diagnostic de trouble de la personnalité est compliqué par des problèmes sociaux endémiques, mais il est probablement aussi fréquent. On note aussi la présence de schizophrénie, de trouble bipolaire et de trouble de panique. Les personnes dépressives ou atteintes d'autres troubles psychiatriques peuvent être plus vulnérables aux effets démoralisants des problèmes sociaux que connaissent les autochtones. Même lorsque des problèmes sociaux sont à l'origine de la dépression et d'autres troubles psychiatriques, il reste que ces derniers nécessitent un traitement spécifique.

Modèle cognitif

Au moment d'une tentative de suicide, les sujets disent souvent ressentir une diminution de la spontanéité cognitive ainsi qu'une incapacité de voir des solutions à leur problème ou de se projeter dans l'avenir (M. Samy, communication personnelle). Cette diminution de la spontanéité cognitive favorise le passage à l'acte si, en plus, les sujets conçoivent la mort comme un soulagement ou une évasion et qu'ils voient le suicide comme un moyen efficace de transmettre un message de colère et de désespoir. Ces attitudes ainsi que la tendance à la diminution de la spontanéité cognitive peuvent exister longtemps avant la tentative de suicide.

Parmi les facteurs cognitifs qui font augmenter le risque de suicide, on compte : le désespoir, les présomptions d'incapacité, la pensée dichotomique, la rigidité cognitive, une piètre capacité de résoudre les problèmes et une image négative de soi (Weishaar et Beck, 1992). La démoralisation, le manque d'efficacité à se prendre en main, les distorsions cognitives et l'absence de raisons de vivre sont tous des facteurs qui prédisposent un individu à adopter un comportement suicidaire, alors que le stress lié aux relations interpersonnelles et le désespoir intense semblent avoir un effet plus immédiat.

En fait, le désespoir pourrait être lié plus directement au suicide que la dépression elle-même. Dans le cadre d'une étude longitudinale prospective menée auprès de 207 patients hospitalisés pour des troubles psychiatriques et suivis sur cinq à dix ans, on a observé une

corrélation statistiquement significative entre des cotes élevées à l'échelle du désespoir et un suicide ultérieur (Beck et coll., 1985). Les cotes attribuées pour deux autres instruments, soit l'Inventaire de dépression de Beck et l'échelle de l'idéation suicidaire, n'ont pas permis d'établir de liens avec un suicide éventuel, bien que la partie du test de Beck portant sur le pessimisme ait semblé avoir une valeur prédictive.

Les tenants de la théorie cognitive de la dépression insistent sur le rôle de modèles de pensée particuliers qui créent et entretiennent une humeur dépressive, y compris des sentiments d'impuissance, de désespoir, de pessimisme et de généralisation excessive (Beck et coll., 1979; Kovacs et Beck, 1978). Cependant, l'humeur a également un effet sur la cognition. L'exaltation amène les gens à trouver plus facilement des raisons positives de vivre, tandis que l'humeur dépressive amène les gens à ne plus avoir de raisons de vivre (Ellis et Range, 1992).

Les suicidaires récidivants présentent un grand nombre de déficits psychologiques, y compris un désespoir dominant et une piètre capacité de résoudre les problèmes interpersonnels ainsi que de modifier leur affect (Strosahl et coll., 1992). Il se peut que ces déficits soient liés à une tendance à revoir les expériences négatives et, par conséquent, à ne rien attendre de positif de l'avenir (MacLeod et coll., 1992). Les personnes qui tentent de se suicider ont tendance à être en colère, tandis que celles qui réussissent ont tendance à être démunies, renfermées et résignées.

Bancroft et ses collaborateurs (1975) se sont penchés sur les motifs invoqués par les suicidaires. On proposait une liste de motifs possibles de suicide aux personnes qui avaient tenté de se suicider, et plus d'une réponse pouvait être choisie. Un tiers des répondants ont mentionné qu'ils cherchaient de l'aide, 42 % voulaient fuir une situation intolérable, 52 % cherchaient à soulager un terrible état d'esprit et 19 % essayaient d'influencer quelqu'un. Ce type de recherche doit être refait à plusieurs reprises et auprès des membres de plusieurs cultures. Toutefois, il importe d'interpréter avec prudence les raisons conscientes invoquées par les sujets tant parce qu'il s'agit de réponses rétrospectives que parce que le comportement suicidaire est influencé par des facteurs psychologiques et sociaux dont le sujet n'est pas toujours conscient.

En clinique, certains adolescents inuit invoquent l'ennui comme motif de leur tentative de suicide, donnant l'impression superficielle qu'il s'agit d'un acte banal (Kirmayer et coll., 1993). Les jeunes se plaignent souvent d'ennui, dû à un manque d'activités intéressantes ou d'occasions de les organiser dans la communauté. L'utilisation du terme «ennui» comme motif de suicide peut être une façon typique de la culture de minimiser ou de nier la détresse, de traduire la réticence à reconnaître la difficulté à s'adapter ou de décrire des sentiments de marginalité et de vide. Dans bien des cas, une étude plus poussée amène les sujets à parler de souffrance, de la perte de liens, de conditions familiales intolérables ou de dépression.

La plupart des travaux de recherche sur le suicide ont permis d'observer des caractéristiques de mésadaptation chez les suicidaires, alors qu'on note des caractéristiques d'adaptation et de survie chez les personnes non suicidaires. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le taux de suicide est beaucoup moins élevé chez les Afro-américains que chez les Blancs, malgré le fait que les premiers connaissent une situation économique plus précaire et soient victimes de racisme endémique. Dans le cadre d'une étude d'exploration, Ellis et Range (1991) ont fait subir le test des raisons de vivre à 227 étudiants de premier cycle d'une grande université du sud des États-Unis. Les Noirs ont obtenu des résultats sensiblement plus élevés que les Blancs pour deux des sept sous-échelles, soit la survie et les convictions d'adaptation ainsi que les objections morales. Il se peut que le taux inférieur de suicide chez les Noirs soit en partie favorisé par des convictions culturelles qui engendrent un sens de valorisation malgré des perceptions négatives de la société.

Un sujet convaincu que la vie a un sens est plus susceptible de surmonter ses idées suicidaires. Dans le cadre d'une étude portant sur 150 personnes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide, on a pu prédire significativement les comportements ultérieurs grâce à deux mesures du «sentiment de cohérence» : la capacité de gestion (sentiment de pouvoir accepter la vie et ses vicissitudes) et la conviction que la vie a un sens (Petrie et Brook, 1992).

Il se pourrait que l'étude des raisons qui poussent les gens à rester en vie lorsqu'ils songent à mettre fin à leurs jours nous permette de découvrir des interventions psychologiques et sociales pertinentes (Kralik et Danforth, 1992; Linehan, 1983). Ce type de travaux pourraient être appliqués aux communautés autochtones et les aider à trouver des raisons de

vivre ainsi que des moyens de gérer la détresse qui sont adaptés à leur culture et à leurs conditions sociales.

Structure sociale et économie

Durkheim s'est penché sur les façons dont la modification de la structure économique et professionnelle influait sur les institutions sociales et sur les modes de vie qui contribuent à faire régner l'ordre social et, ainsi, à préserver un sens moral et un but commun (Symonds, 1991). Durkheim prétendait que le taux de suicide est inversement proportionnel au degré d'intégration à la société nationale et a proposé une façon populaire de comprendre les effets néfastes de la désintégration et de la désorganisation sociales qui ont découlé de l'acculturation forcée et de la création des réserves. Il a utilisé le terme *anomie* pour désigner une démoralisation dominante liée à la disparition de l'«ordre moral», sur les plans religieux, familial et autres; il a donc qualifié de suicides *anomiques* ceux qui étaient dus à une dégradation sociale. Durkheim les a opposés aux suicides *altruistes*, qui visent le maintien de la vie des personnes chères ou de la communauté, ainsi qu'aux suicides *égoïstes*, qui se produisent lorsque le concept culturel de la personne devient excessivement individualiste et prend le dessus sur les valeurs collectives, menant finalement à la création d'un «soi vide» (Cushman, 1990). Ainsi, l'interdépendance au sein de la famille et de la communauté devrait permettre de réduire le taux de suicides égoïstes et anomiques.

Durkheim a également constaté l'existence du suicide fataliste, qui se produit lorsque les gens ne voient aucune façon de fuir des circonstances intolérables. Or, cela correspond à la situation de nombreux adolescents qui font face à des problèmes multiples et à qui la communauté offre peu d'aide. Le suicide fataliste peut se produire dans des situations où la structure sociale est rigide et où il existe peu de liberté, tandis que le suicide anomique survient dans des situations où les normes et la structure sociale sont absentes. Cependant, dans un sens, ces deux types de suicides ne sont pas mutuellement exclusifs, étant donné que les communautés peuvent être strictes à certains égards et laxistes à d'autres. De plus, les communautés laxistes peuvent faire partie d'un système social plus vaste qui est strict et donne peu d'options aux autochtones. Certaines formes de rigidité institutionnelle et bureaucratique sont cependant également notées dans le système mondial encore plus vaste,

marqué par des changements rapides et imprévisibles. Il se peut donc que les formes de suicide reconnues par Durkheim ne permettent pas de tenir compte de la gamme de situations conflictuelles auxquelles les jeunes sont exposés, notamment la politique locale de la communauté, les structures institutionnelles plus vastes et l'exposition constante aux images de la situation mondiale que véhiculent les mass media.

Bien que, selon Durkheim, tous les membres d'une population soient enclins au suicide, il semble évident que les psychopathes sont plus susceptibles de réagir par le suicide à des conditions anomiques ou fatalistes (Wasserman, 1992). Cependant, comme ces mêmes conditions aggravent indubitablement de nombreuses formes de psychopathologies, il importe de tenir compte également des autres facteurs sociaux qui rendent l'option du suicide plus attrayante.

Pauvreté et chômage

Les répercussions des conditions économiques sur le suicide ont été étudiées de façon exhaustive à l'échelle du pays (Garrison, 1992). Parmi les indicateurs économiques utilisés, on comptait le taux de chômage, le revenu disponible, les indices de la bourse, le revenu par habitant sous forme de pourcentage du produit national brut et le seuil de pauvreté.

Les taux de suicide augmentent durant les temps de crise économique et diminuent pendant les périodes de prospérité. On a découvert qu'ils étaient fortement associés (coefficient de correction=0,65) à un pourcentage de la population vivant sous le seuil de la pauvreté chez les autochtones des États-Unis (Young, 1990), et encore plus (coefficient de correction=0,76) chez les membres des premières nations habitant dans 26 réserves de l'Alberta (Bagley, 1991).

Dans la plupart des études portant sur la population en général, les tentatives de suicide sont fortement associées au chômage, tant chez les hommes que chez les femmes (Dyck et coll., 1988; Hawton et coll., 1988). L'augmentation du taux de chômage entraîne un accroissement des taux de suicide, bien que cet effet soit généralement plus marqué chez les hommes que chez les femmes (Cormier et Klerman, 1985; Wasserman, 1992). Le chômage pourrait avoir un effet indirect supplémentaire sur les femmes lorsque les hommes sans

emploi réagissent à cette forme de tension sociale par l'alcoolisme et la violence physique envers leur conjointe.

Le taux de chômage est beaucoup plus élevé chez les autochtones que dans le reste de la population. Le pourcentage d'Indiens inscrits vivant dans une réserve et bénéficiaires d'aide sociale était 2,5 fois supérieur à celui qu'on observait dans l'ensemble du Canada en 1987 (Direction générale des services médicaux, 1991a). La situation est similaire chez les Inuit (Irwin, 1989). Toutefois, Thompson (1987) est d'avis que le chômage est rarement donné comme cause du suicide chez les autochtones de sexe masculin parce qu'il s'agit d'une situation stable dans la plupart des réserves et que le problème n'est pas plus marqué pour la victime que pour le reste de la communauté. Dans certaines communautés, où l'on perpétue les méthodes traditionnelles de subsistance, le travail à salaire peut prendre une tout autre signification et, par conséquent, le chômage aura un impact moins grand.

Le passage d'une économie traditionnelle fondée sur la subsistance et la vie en tribu ou en bande à une économie axée sur les salaires et l'aide sociale a entraîné des changements marqués quant à la répartition du statut social, du pouvoir et de la richesse. Les répercussions se sont fait sentir au palier local, dans la structure familiale et la différenciation des rôles sexuels, ainsi qu'au palier socio-politique, dans la direction de la communauté, le développement économique et l'interaction avec les institutions politiques provinciales ou fédérales. Bien entendu, cela ne signifie pas que le chômage ne joue pas un rôle dans le suicide chez les autochtones; toutefois, son effet peut varier et doit être examiné à la lumière de l'histoire et des valeurs actuelles de chaque communauté.

Réserves, établissements et environnements urbains

Les études portant sur le suicide en milieu rural et urbain varient au sein d'un même pays : certaines constatent des taux de suicide plus élevés, d'autres font état du phénomène inverse. La proportion de personnes vivant seules dans une communauté urbaine compte sans doute parmi les indicateurs de suicide les plus révélateurs (Kowalski et coll., 1987). Par contre, les foyers où les membres de la famille étendue vivent ensemble peuvent offrir une protection contre le suicide lorsque la vie commune constitue un mode de vie traditionnel, notamment chez les personnes âgées (Dodge et Austin, 1990). Certaines conditions de logement,

l'absence de soutien et la perte d'un être cher peuvent contribuer à démoraliser une personne et, lorsqu'il n'y a pas assez de contact avec l'extérieur, de communication ou de supervision, le risque de tentatives fatales augmente, c'est-à-dire les tentatives où les chances de sauver la victime sont minimales (Grundlach, 1990). La signification des conditions de logement, toutefois, doit être évaluée en fonction de la situation économique locale, de la structure familiale et des valeurs culturelles.

Les autochtones américains qui vivent dans les réserves ont un taux de mortalité plus élevé dans l'ensemble que ceux qui habitent à l'extérieur des réserves (Thornton, 1987, p. 50) — mais bien des facteurs pourraient expliquer ce phénomène. On a remarqué que le déplacement forcé de communautés entières a des effets dévastateurs sur le bien-être psychologique de ses membres (Berry, 1993; Shkilnyk, 1985). Bien des auteurs ont considéré que la perte du pouvoir et la ségrégation sociale inhérentes au placement d'un peuple dans des réserves ou dans des établissements par un gouvernement distant et invisible contribuent directement au suicide chez les autochtones américains (Devereux, 1961).

Les conditions de vie dans la plupart des réserves et des établissements autochtones sont difficiles. On trouve près de 16 fois plus de logements surpeuplés (soit plus d'une personne par pièce) chez les autochtones que chez l'ensemble des Canadiens (Direction générale des services médicaux, 1991a). Malgré de récentes améliorations, l'alimentation en eau et le traitement des eaux usées continuent toujours à poser un problème dans de nombreux établissements.

Environ 45 % des Indiens inscrits vivant dans des réserves sont analphabètes, par comparaison à 24 % des Indiens vivant à l'extérieur des réserves (Direction générale des services médicaux, 1991a). Cette situation contribue à créer certaines difficultés, notamment sur le marché du travail où les Indiens sont alors moins concurrentiels, et à l'égard des moyens d'information qu'ils ne peuvent pas vraiment utiliser. En outre, l'analphabétisme constitue un obstacle à la transmission de la culture traditionnelle. Ainsi, de nombreux jeunes sont coupés des deux cultures.

Famille et religion

Depuis l'étude réalisée par Durkheim, on soutient que la religion influe sur le taux de suicide, les taux étant plus élevés parmi les protestants que chez les catholiques et les juifs. Dans une étude américaine sur les taux de suicide, Stack et Lester (1991) ont constaté que l'affiliation religieuse n'avait aucune incidence sur le suicide, mais que le taux de suicide était moins élevé chez les personnes qui allaient souvent à l'église. Cet effet de la religiosité était indépendant de la scolarité, du sexe, de l'âge et de la situation de famille. On a aussi établi un lien entre un risque élevé de suicide et une forte proportion de personnes qui n'ont aucune affiliation religieuse dans une communauté (Hasselback et coll., 1991).

La corrélation entre la qualité de la vie de famille et la religiosité est très forte (Stack, 1992). Ce n'est pas tant à cause de croyances particulières à propos du suicide, de la souffrance et de la vie après la mort qu'on peut comprendre l'incidence de la religion sur les taux de suicide, mais plutôt du fait que les pratiques et affiliations religieuses offrent un réseau de soutien social (Pescosolido et Georgianna, 1989). La religiosité peut contribuer à réduire le taux de suicide parce qu'elle renforce les liens sociaux grâce à la participation à des activités communautaires. Les institutions religieuses et familiales représentent les dernières institutions de la société américaine encore axées sur la collectivité. La religiosité, la stabilité familiale et un faible taux de suicide peuvent traduire un sens aigu des valeurs communautaires que partagent les membres d'une collectivité.

Traditionalisme et désorganisation sociale

Bachman (1992) a étudié les corrélats des taux de suicide moyens chez les autochtones américains entre 1980 et 1987 dans 100 différentes réserves aux États-Unis. Elle a examiné trois hypothèses à partir de modèles de régression multiple : 1) plus la société est désorganisée au sein d'une réserve, plus le taux de suicide est élevé; 2) plus la situation économique de la réserve est défavorable, plus le taux de suicide est élevé et 3) plus la communauté est intégrée à sa réserve et plus elle est traditionnelle, plus le taux de suicide est faible.

On a mesuré la désorganisation sociale à l'aide du taux de mobilité, c'est-à-dire la proportion d'autochtones qui ne vivaient pas dans leurs réserves en 1979 ou en 1980. Trois

indicateurs ont permis d'évaluer le dénuement économique : le pourcentage des familles en-dessous du seuil de la pauvreté, le pourcentage de chômeurs et le pourcentage de jeunes entre 16 et 19 ans qui ont abandonné leurs études. On a mesuré le traditionalisme par rapport à l'acculturation en calculant le pourcentage de la population des comtés qui était autochtone. Ce calcul visait à connaître le degré de contact entre les Blancs et les autochtones. La proportion de la population autochtone américaine âgée de 18 à 24 ans servait de contrôle démographique puisque le taux de suicide pour cette tranche d'âge est le plus élevé.

La première et la troisième hypothèses n'ont pas été confirmées. On n'a pas établi de lien significatif entre la mobilité et le taux de suicide. La corrélation entre le pourcentage de la population des comtés qui était autochtone et le taux de suicide était positive : parmi les indicateurs économiques, le taux de chômage et le pourcentage des familles vivant en-dessous du seuil de la pauvreté étaient sensiblement liés au taux de suicide, et le taux de décrochage semblait également jouer un rôle. En outre, on a établi un lien étroit entre l'homicide et le suicide, ce qui laisse entendre qu'il existe certains facteurs communs augmentant le risque d'une mort violente⁹. Outre les facteurs sous-jacents comme l'alcoolisme et la violence familiale, la perte de membres d'une famille par mort violente est plus susceptible d'entraîner des réactions de douleur compliquées et d'augmenter le risque de suicide par la suite. Lorsqu'on faisait intervenir le taux d'homicide dans les modèles, il devenait le prédicteur le plus important du taux de suicide avant les indicateurs économiques.

La présente étude est limitée par le recours à des variables substitutives de la désorganisation sociale et du traditionalisme. Toutefois, de toutes les variables examinées, le dénuement économique ressort comme étant le facteur le plus notable contribuant au risque de suicide. De tels résultats laissent entendre que ni l'acculturation ni le traditionalisme en soi ne favorisent le risque de suicide, mais que c'est plutôt le degré de dénuement économique. Certes, la perte de membres d'une famille par mort violente est plus susceptible d'entraîner des réactions de douleur compliquées et d'augmenter le risque de suicide par la suite.

Facteurs historiques et culturels

Les comptes rendus historiques sur la santé des autochtones étaient fréquemment déformés par certains préjugés. On trouvait couramment deux façons de décrire les autochtones. Dans la

première, on parlait d'un peuple «innocent, pacifique et heureux» vivant en harmonie avec la nature et jouissant d'une d'une santé vigoureuse et exceptionnelle; dans la deuxième, on décrivait des conditions de vie primitives où les autochtones sont «méchants, brutaux et peu engageants». Les comptes rendus contemporains des problèmes sociaux des autochtones ont tendance à adopter le point de vue idéalisé de l'époque traditionnelle, peut-être afin de retrouver un passé noble dans le cadre d'une identité renouvelée¹⁰. Il va de soi qu'aucune de ces extrêmes ne représente la réalité historique : autant qu'on puisse en juger, les problèmes sociaux, y compris le suicide, l'homicide et la violence contre les femmes et les enfants, ont toujours existé dans l'histoire des peuples autochtones tout comme chez les autres peuples (Edgerton, 1992). Une analyse du suicide dans les sociétés sans écriture a révélé que les taux n'y étaient pas plus faibles que dans les sociétés urbaines alphabétisées (Tousignant et Mishara, 1981). Cependant, la réalité historique ne devrait pas nous détourner de la présence déterminante de l'évolution culturelle et de la destruction des modes de vie traditionnels par la société dominante au nombre des problèmes des peuples autochtones contemporains.

Néanmoins, les pratiques et les croyances traditionnelles peuvent persister dans les modes de vie et les concepts modernes du moi et pourraient ainsi constituer autant des facteurs de risque que de protection contre le suicide.

Smith et Hackathorn (1982, p. 203) se sont servis de la banque de données Human Relations Area Files (HRAF)¹¹ pour étudier la prévalence du suicide dans les sociétés paysannes et tribales. Ils n'ont choisi que 69 sociétés pour lesquelles ils disposaient de suffisamment de données sur la prévalence du suicide, et l'échantillon comprenait 20 sociétés autochtones des États-Unis (des tribus). Le suicide était *moins* fréquent dans les sociétés dotées des caractéristiques suivantes :

1. Une plus grande intégration familiale, dénotée par les liens mutuels et l'empathie entre les adultes du foyer.
2. Une plus grande intégration politique, dénotée par un nombre moindre de paliers hiérarchiques, soit entre chaque individu et la plus haute autorité politique.
3. Une plus grande intégration économique évaluée à partir de trois mesures : a) le mode d'établissement fondé sur une vie nomade ou semi-nomade; b) le niveau économique,

l'économie étant axée principalement sur la cueillette et la chasse et c) la taille très petite de la communauté.

4. Une façon modérée d'exprimer ses émotions, qui s'oppose à un mode d'expression extrêmement renfermé ou extrêmement ouvert.
5. L'importance moindre accordée à la fierté et à la honte dans la culture.

Le type d'économie (l'exploitation agricole organisée par opposition à la chasse et à la cueillette) de même que l'importance de la fierté et de la honte dans la culture comptaient parmi les indicateurs les plus importants des taux de suicide.

Il est nécessaire d'examiner le suicide dans le contexte historique et culturel des différents groupes autochtones (GAP, 1989). D'après un examen des données ethnographiques et historiques, le suicide était rare avant la colonisation, mais ces renseignements sont extrêmement sommaires et peu fiables (Pine, 1981). Malgré toutes sortes de convictions, la plupart des groupes avaient clairement condamné le suicide et exprimé leur sentiment négatif face à celui-ci.

Afin de souligner la diversité des groupes autochtones contemporains aux États-Unis, Webb et Willard (1975) ont décrit les différents modes de comportement suicidaire chez six groupes distincts. On a présumé pendant un certain temps que le taux de suicide était élevé chez tous les Amérindiens d'après une étude qui portait uniquement sur deux réserves shoshone, lesquelles éprouvaient d'importantes difficultés en raison de la désorganisation sociale, du chômage, de l'alcoolisme, de l'inhalation de solvants et des comportements criminels chez les adolescents de sexe masculin. On a souvent cité ces données très limitées pour étendre la gravité du problème à l'ensemble de la population autochtone.

Par contre, on a remarqué un faible taux de suicide chez les Pueblos bien qu'ils comprennent de nombreux groupes différents. En outre, comme pour d'autres groupes autochtones, du fait qu'ils soient peu nombreux, il suffit d'avoir observé des suicides dans une seule grappe pour que les taux augmentent sensiblement. On a relevé peu de suicides chez les Dakotas et les Cheyennes même si les tentatives de suicide sont plus fréquentes dans leur cas. Webb et Willard (1975) soutiennent que le suicide est en fait plus courant qu'il ne paraît dans ce groupe parce que la mort survient fréquemment à la suite d'un comportement imprudent ou téméraire ou encore d'une provocation qui revêt la forme d'un jeu traditionnel

appelé «Crazy-Dog-Wishing-To-Die». Nombre de morts accidentelles seraient donc des suicides.

Certains comptes rendus historiques anciens sur les peuples autochtones décrivent le suicide altruiste commis par une personne handicapée ou atteinte d'un mal incurable, mais il semble que ce soit habituellement la solution apportée à un état désespéré. Bien des récits ne font pas état de cette pratique et on ne connaît pas sa prévalence (Vogel, 1970 à 1990, p. 157). De fait, les épidémies de maladies contagieuses apportées par les colons européens, qui ont décimé la population autochtone, ont pu provoquer de nombreux suicides à cause du profond désespoir ressenti par les personnes qui avaient perdu leur famille et leur communauté (Thornton, 1987, p. 74).

Dans les régions subarctiques et boréales, le suicide était approuvé et même institutionnalisé lorsqu'il apportait une solution à un problème conjugal insoluble ou représentait un acte de deuil suivant la perte d'un être cher (GAP, 1989). Parmi les Inuit, les rapports ethnographiques laissent entendre que le suicide était traditionnellement approuvé lorsqu'une personne devenait un fardeau pour le groupe (Leighton et Hughes, 1955). Le chagrin éprouvé par la mort d'un parent était également reconnu comme une raison légitime de mettre fin à ses jours.

Certaines pratiques sociales et convictions d'ordre culturel peuvent également contribuer au risque de suicide. Par exemple, les Hopis étaient traditionnellement perçus comme un groupe culturel réservé, non violent et extrêmement uni. Cependant, ces dernières années, ils pensent être témoins d'une augmentation des taux de suicide et d'alcoolisme. Chez les Hopis, on attribue communément ce phénomène aux effets de l'acculturation. Levy et Kunitz (1987) contestent certaines de ces hypothèses. Dans une étude sur le suicide effectuée dans les réserves hopies, ils ont constaté que la plupart des victimes provenaient de familles socialement déviantes, c'est-à-dire que les parents n'avaient pas respecté les règles traditionnelles de l'endogamie (Levy et coll., 1987). On peut donc considérer que le suicide chez les Hopis est une conséquence du stress associé à la violation des tabous culturels. Le phénomène est donc au moins partiellement attribuable au pouvoir du traditionalisme qui permet de préserver l'unité et l'identité de la communauté en veillant au respect de l'endogamie. Lorsque les personnes déviantes, victimes d'ostracisme, ont tenté d'améliorer

leur sort, elles ont parfois été attaquées par d'autres parce qu'elles avaient essayé de sortir de leur rang, soit le rang le plus bas dans cette société.

La présente étude nous met en garde contre la tendance de certains chercheurs à attribuer tous les problèmes au changement culturel. Toutes les communautés créent et contrôlent une certaine forme de déviance en vue de se définir et de s'intégrer. Pourtant, les pressions sociales exercées sur une personne jugée déviante peuvent être tellement puissantes qu'elles affectent la santé mentale et provoquent des pathologies. Bien entendu, les communautés peuvent définir la déviance de différentes façons, selon leur taille et leurs valeurs culturelles (Freilich et coll., 1991).

Les renseignements sur le sens du suicide chez les cultures autochtones canadiennes font défaut. En effet, une grande part de la documentation ethnographique n'aborde pas les questions de santé mentale ou évoque une époque passée plus ou moins pertinente pour les peuples autochtones contemporains. Il est nécessaire et urgent d'effectuer des études détaillées d'ordre ethnographique et ethnohistorique sur les pratiques et traditions autochtones qui traiteraient de toute la gamme des comportements déviants et des sentiments de détresse, dont la dépression, la démoralisation et le suicide.

Changement culturel, modernisation et acculturation

L'«acculturation» désigne l'adaptation à une nouvelle culture d'individus issus d'un milieu culturel donné. Dans le cas des peuples autochtones, ce processus a été motivé à la fois par les intérêts économiques et par une très forte pression provenant du gouvernement et des institutions religieuses, médicales, scolaires, économiques et gouvernementales à différents moments de leur histoire. Ce processus de transformations et de confrontations culturelles s'est généralement produit à un rythme dicté par des intérêts indépendants des communautés autochtones. C'est pourquoi on peut parler à juste titre d'*acculturation forcée*.

Berry (1993) fait remarquer qu'au niveau du groupe, l'acculturation peut comprendre plusieurs types de changements : (1) les changements de l'*environnement physique* dont l'emplacement, le logement, la densité de la population, l'urbanisation, la dégradation environnementale et la pollution; (2) les changements *biologiques* dans l'état nutritionnel et l'exposition à des maladies contagieuses; (3) les changements *politiques* qui transforment ou

suppriment les appareils de pouvoir en place et les soumet à la société dominante; (4) les changements *économiques* dans les modes de subsistance et les régimes d'emploi; (5) les changements *culturels* relatifs à la langue, à la religion, à l'éducation, aux moyens techniques et aux institutions; (6) les changements apportés aux relations *sociales* qui touchent notamment les types de relations qui se forment au sein d'un groupe et entre les groupes.

Ces changements ont été particulièrement profonds chez les groupes autochtones, qui étaient des sociétés axées sur la cueillette et la chasse et organisées autour de la famille étendue, des bandes ou des tribus. Dans la plupart des cas, ces groupes étaient habitués à de grands territoires, à une faible densité de population et à des systèmes sociaux relativement peu structurés. Or, le processus de sédentarisation a changé tous ces paramètres. À présent, on trouve des communautés relativement importantes composées de personnes qui n'ont aucun lien entre elles, qui vivent dans des logements surpeuplés et qui sont dotées de nouvelles structures institutionnelles et politiques complexes restreignant la liberté d'action.

Berry (1976; 1985) décrit quatre différents types de réaction à l'acculturation : l'intégration, l'assimilation, la séparation et la marginalisation. Le choix (ou l'émergence) d'une réaction particulière au stress d'acculturation dépend de deux variables : 1) si les individus pensent que leur culture traditionnelle et leur identité sont précieuses et qu'il faut par conséquent les préserver et 2) s'ils cherchent à établir des relations constructives avec la société dominante. En général, l'intégration et l'assimilation sont perçues comme une issue valable par la société dominante, l'intégration supposant une forme de biculturalisme alors que l'assimilation revient à ne plus s'identifier à sa culture d'origine pour adopter celle du reste de la société. De fait, un peuple qui s'acharne à préserver sa culture traditionnelle peut parfois se protéger contre les ravages causés par le changement culturel :

Chez les groupes qui ont continué à lutter pour ne pas se faire assimiler, dont bon nombre de Navajos et de Pueblos du Sud-Ouest, le taux de suicide est moins élevé que chez les autres groupes d'Amérindiens qui subissent un ensemble de pressions dues à la modernisation, aux changements technologiques et au stress d'acculturation (GAP, 1989, p. 51).

Cependant, toujours selon les mêmes auteurs, nous remarquons ce qui suit :

Lorsque les valeurs et les modes de vie traditionnels se sont estompés à cause du déplacement des communautés, de la maladie, du chômage persistant, de la

pauvreté et des efforts déployés par les enseignants et le clergé pour éliminer les «vieilles coutumes», les mouvements luttant pour l'intégration et la séparation ont eu tendance à s'effondrer. De nombreux groupes autochtones américains ont enduré cette situation pendant des générations; les voies leur permettant de s'assimiler à la société dominante étant bloquées, ils se sont orientés de gré ou de force vers une marginalisation culturelle. Ces groupes ont perdu bon nombre des valeurs essentielles associées à la culture traditionnelle et n'ont pas été capables de les remplacer par une participation active à la société américaine par des moyens qui les auraient conduits vers une meilleure estime d'eux-mêmes tant sur le plan psychologique que culturel. Les sentiments de perte, de marginalisation, d'autodestruction et de confusion face à leur identité engendrés par cette situation se reflètent dans l'escalade des taux de suicide chez un grand nombre de communautés autochtones américaines (*Ibid.*, p. 51 et 52).

La progression des taux de suicide chez de nombreux groupes autochtones ces dernières décennies suit parallèlement celle du rapprochement culturel et du stress d'acculturation. En général, on trouve des taux de suicide plus élevés chez les groupes autochtones qui sont davantage en contact avec le reste de la société (Bachman, 1992; GAP, 1989; Van Winkle et May, 1986). La hausse des taux de suicide chez les peuples athabaskans et inuit a été associée à un rapprochement accru entre ces peuples et les cultures du Sud de même qu'à la possibilité de se procurer de l'alcool (Kraus et Buffler, 1979). Cependant, cette tendance n'est pas nécessairement uniforme dans tous les groupes. Par exemple, parmi les indiens Navajos, les taux de suicide n'ont pas varié en fonction de l'importance des contacts entre les réserves et l'ensemble de la société (Levy et Kunitz, 1971). Les antécédents de la culture navajo en matière de changement, de syncrétisme et d'assimilation à d'autres groupes datent de longtemps (Webb et Willard, 1975). La question vitale réside peut-être dans la trajectoire du processus d'acculturation, processus qui est lui-même tributaire des modes traditionnels d'évolution culturelle et de négociation avec la société dominante (GAP, 1989).

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, Bachman (1992) a constaté qu'en réalité les communautés plus traditionnelles avaient un taux de suicide plus élevé. En tentant d'expliquer ce phénomène, l'auteur cite les mises en garde de Berlin contre les dilemmes que soulève l'opposition de la tradition à la modernité :

Les communautés traditionnelles, toutefois, peuvent imposer leurs anciennes valeurs aux adolescents et aux jeunes adultes, ce qui peut aussi entraîner des suicides et des tentatives de suicide. Par exemple, chez les autochtones

américains, il est important de ne pas lutter pour être meilleur que l'autre parce que ce dernier peut alors perdre la face. À l'école et au cours d'événements sportifs, le fait de se distinguer en étant un meilleur étudiant ou un meilleur athlète peut entraîner l'ostracisme ou même le châtement physique de la part des autres membres du groupe. On constate donc que, parfois, les valeurs traditionnelles des tribus peuvent être utilisées au détriment des jeunes de la communauté (Berlin, 1987, p. 226).

Cependant, de nombreuses autres explications sont possibles. La variable substitutive utilisée par Bachman pour mesurer le traditionalisme est imprécise et peut tout aussi bien refléter la ségrégation, la mise à l'écart du pouvoir politique, la taille et l'isolement social des communautés. En l'absence d'autres contrôles et d'une mesure plus directe du traditionalisme et du stress d'acculturation, le lien entre traditionalisme et suicide n'est toujours pas évalué de façon adéquate. Dans une large mesure, c'est parce que l'acculturation n'est pas un phénomène mental unidimensionnel et qu'elle peut passer par des phases distinctes provoquant différents effets sur la santé mentale et le risque de suicide (Berry, 1985). Il est possible que, d'une certaine façon, les extrêmes se rejoignent, c'est-à-dire que lorsque les communautés ou leurs membres demeurent extrêmement traditionnels ou, au contraire, lorsqu'ils s'assimilent complètement, ils se protègent contre le suicide, alors que s'ils se trouvent dans une situation intermédiaire, ils sont plus confus et davantage en conflit à l'égard de leur identité, ce qui augmente le risque de suicide.

Jilek-Aall (1988) a comparé le suicide chez les jeunes en Norvège, au Danemark, au Japon, chez les Amérindiens et les Inuit. Même si elle en a conclu que, quelque soit la culture, une vie de famille perturbée pendant l'enfance constitue un facteur prédisposant au suicide, elle constate que le cas des autochtones justifie qu'on porte particulièrement attention aux problèmes sociaux endémiques qui mènent à la «dépression anomique», qu'elle définit comme suit :

Ce terme désigne un syndrome comportemental et psychophysiologique caractérisé par l'anomie (absence de normes traditionnelles guidant le comportement) et par une confusion à l'égard de l'identité culturelle de même que par un état dysphorique chronique où l'individu ne trouve pas d'intérêt à vivre, ne se respecte pas, n'a pas de but ni l'espoir d'un avenir meilleur. Ces jeunes, qui ont également perdu des façons culturellement acceptables d'exprimer leur colère et leur frustration, sont très vulnérables face à l'évasion temporaire que leur procure l'alcool. La perte de toute inhibition provoquée par

l'alcool favorise un comportement violent et autodestructeur, ce qui entraîne une nouvelle détresse et le désir de s'évader davantage pour finalement aboutir au suicide (Jilek-Aall, 1988, p. 95).

Davenport et Davenport (1987, p. 536) expliquent comment le mode de vie et la culture autochtones ont été sapés et transformés par la culture blanche dominante. Tous les changements ainsi provoqués chez les autochtones ont balayé leur autonomie et leur esprit d'initiative. L'installation forcée des autochtones dans des réserves ainsi que l'attribution de terres ancestrales, alors qu'on ne comprenait pas leur relation traditionnelle avec l'environnement, ont perturbé les pratiques de cueillette et de chasse qui dépendent des cycles naturels et de limites territoriales mouvantes. Les politiques élaborées en vue de moderniser l'utilisation foncière n'ont pas facilité la propriété privée plutôt que l'usage collectif. L'insensibilité de la société dominante envers les pratiques éducatives, religieuses et politiques des autochtones a également créé et continue de causer des problèmes.

Face à la destruction et à la négation systématiques des traditions autochtones et de leur estime d'eux-mêmes, on peut croire que le suicide constitue pour eux un acte de défiance de même qu'un moyen d'échapper à la situation intolérable qu'ils vivent.

Le suicide reflète le désespoir des âmes emprisonnées et piégées... Selon de nombreux Amérindiens... on pourrait interpréter le suicide comme un acte ultime de libération. C'est un acte de défi envers la mainmise du gouvernement sur les peuples autochtones et aussi envers la société dominante visant à confronter celle-ci à son irresponsabilité face aux ententes conclues par traité pour ce qui est de la santé, de l'éducation et du bien-être (LaFromboise, 1988).

La marginalisation comprend une sorte de «déculturation» par laquelle les individus n'acquièrent aucune des compétences, des valeurs et des traditions d'une culture ou de l'autre. Dans une certaine mesure, ce terme décrit la situation de nombreux jeunes autochtones qui n'ont pu jouir pleinement d'une éducation et de valeurs traditionnelles, qui ont été coupés du reste de la société par la pauvreté, l'isolement et les barrières éducatives, et enfin, qui ne sont pas assez qualifiés tant dans la langue de leurs aînés que dans celle de l'ensemble du pays. Selon Berry (1993, p. 17), le suicide chez les jeunes autochtones du nord de l'Ontario est lié au fait qu'ils sont pris entre deux cultures et qu'ils n'arrivent pas à être satisfaits ni dans l'une ni dans l'autre.

Selon plusieurs études, le suicide a tendance à survenir chez les jeunes autochtones qui sont plus scolarisés que leurs pairs mais moins que les jeunes de leur âge appartenant à la population non autochtone (Travis, 1983). Brant (non daté, p. 3) soutient que ces victimes ont pu avoir l'ambition de s'intégrer à la société dans son ensemble mais qu'elles se sont senties frustrées parce qu'elles étaient «toujours en arrière», que ce soit sur le plan des résultats scolaires, de la concurrence pour trouver un travail ou de la reconnaissance.

Dans une discussion sur la hausse marquée du taux de suicide dans les Territoires du Nord-Ouest entre 1971 et 1978, particulièrement chez les Inuit, Rodgers (1982) a remarqué que la victime était souvent plus instruite; elle avait un travail et avait séjourné en dehors de la communauté (ce qui a creusé les écarts entre les attentes et les possibilités). D'après son entourage, la personne avait une chance de réussir, mais elle n'était pas capable de confier ses doutes ni ses craintes parce qu'elle devait toujours donner l'impression qu'elle avait confiance en elle. Ainsi, la victime préservait l'image de la réussite — à la satisfaction de la communauté — aux dépens d'une reconnaissance et d'un soutien plus fondamentaux de la part des siens.

Les jeunes hommes peuvent subir un stress d'acculturation accru à cause de divergences plus profondes entre leur rôle traditionnel de chasseur, de fournisseur et de chef, d'une part, et les possibilités économiques limitées que leur offre la société contemporaine, d'autre part. Pour les femmes autochtones, l'écart est peut-être moins prononcé entre leur rôle traditionnel et les défis qu'elles doivent relever aujourd'hui, mais, inévitablement, elles partagent et subissent la démoralisation des hommes dans la communauté qui sont leur père, leur mari et leurs fils.

Dans le processus d'acculturation, les individus et les communautés peuvent choisir la façon de s'adapter au contact avec une autre culture. Cependant, O'Neil (1983, 1984, 1986) a soutenu que cette perception psychologique de l'acculturation ne tient pas compte du contexte politique dans lequel elle a lieu. Par conséquent, on exagère la mesure dans laquelle les personnes exercent vraiment un choix entre les valeurs modernes et traditionnelles. Dans ses travaux sur la jeunesse inuit, O'Neil a constaté que les «styles d'adaptation» offerts aux jeunes étaient déterminés en très grande partie par l'économie politique coloniale (communication personnelle). Toujours selon cet auteur, on ne devrait pas voir l'adaptation

strictement sous l'angle du processus mental; on l'explique mieux comme étant l'issue d'une interaction entre l'individu et les contraintes économiques et politiques qui découlent des forces sociales tant à l'échelle locale qu'à une échelle plus vaste.

Le mécanisme d'acculturation est à l'image de l'idéologie de la société dominante ainsi que des stratégies d'assimilation et d'adaptation adoptées par le groupe traditionnel (Berry, 1993). Actuellement, le Canada vise explicitement à promouvoir le multiculturalisme, ce qui devrait encourager les individus à préserver leur culture d'origine tout en acquérant de nouvelles compétences, valeurs et pratiques qui découlent de l'ensemble de la société. Historiquement, toutefois, les interventions du gouvernement (de même que les activités des institutions religieuses et scolaires) étaient fondées sur des politiques d'assimilation ou de ségrégation. Ainsi, malgré les récents changements apportés à la politique officielle et une idéologie moins expressément axée sur l'assimilation, les autochtones du Canada sont confrontés à des problèmes semblables à ceux de leurs homologues américains. Le retour aux traditions et aux valeurs autochtones de même que leur revitalisation constituent un moyen puissant de contrer l'assimilation.

La plupart des chercheurs analysent l'assimilation des autochtones et les conflits culturels dans le contexte d'une structure biculturelle : la culture non autochtone contre la culture autochtone. Par exemple, Larose (1989, p. 38) examine la situation de la culture autochtone au Québec sous l'angle d'un conflit d'identité entre la vision idéalisée d'«Indiens des forêts» que les autochtones ont d'eux-mêmes et l'identité autochtone contemporaine, laquelle présuppose toujours une certaine forme de contact avec les normes de comportement de la culture non autochtone et aussi une certaine forme d'adaptation à ces normes. Les auteurs des travaux de recherche sur l'acculturation présument en général que le changement s'effectue dans une seule direction et que la culture dominante envahit et supprime les cultures ancestrales autochtones.

Peut-être est-il plus exact, cependant, de considérer que les autochtones cherchent activement à établir une nouvelle identité qui s'inspire au moins, à divers degrés, des trois sources suivantes : 1) la culture de la société dominante; 2) la culture des communautés autochtones, qu'il s'agisse d'enclaves urbaines, de réserves ou de réseaux familiaux dispersés; 3) les traditions du passé. Ces dernières sont transmises par la famille et les aînés au sein des

communautés autochtones, mais elles sont aussi représentées dans le reste de la société d'une manière déformée qui les dénigre ou qui les idéalise. Les individus et les communautés doivent se débrouiller pour trouver des moyens de créer et de réinventer une identité dans laquelle l'estime de soi et l'efficacité trouvent leur place. De la sorte, la culture et les communautés autochtones contribuent également à restructurer la culture dominante et ses institutions. La formation de l'identité passe par un processus d'échange; malgré tout, jusqu'à récemment, la société dominante avait exercé une influence démesurée sur les peuples autochtones en détruisant et en supplantant leurs traditions et leurs valeurs. Même à présent, l'intérêt manifesté par l'ensemble de la population envers les traditions autochtones revêt souvent la forme d'une exploitation commerciale et d'une vision déformée et romantique de ces traditions, qui ne peuvent être vraiment comprises qu'à la lumière de communautés et de liens de parenté particuliers.

Sommaire des facteurs de risque et de protection

On s'entend en général pour dire que les taux de trouble dépressif majeur chez les autochtones sont élevés malgré le peu de données épidémiologiques dont on dispose (Direction générale des services médicaux, 1991a, p. 26). Cependant, même parmi les patients atteints de dépression, chez qui le risque de suicide est le plus élevé, la probabilité qu'ils se suicident ne semble pas dépasser 15 % (Goldstein et coll., 1991). La possibilité d'élaborer un modèle exact visant à prévoir des résultats vrais positifs est limitée par ce faible taux. Goldstein et ses collaborateurs (1991) soulignent que les prévisions statistiques à l'égard des suicides donnent des résultats décevants. Même si la liste des prédicteurs possibles dont s'inspire le modèle actuel comprend presque tous les facteurs de risque cliniques et démographiques qui ont été régulièrement relevés dans la documentation, ce modèle ne permet pas de prévoir ne serait-ce qu'un seul des suicides qui finiront par être commis. L'étude des facteurs de risque est plus utile pour orienter les politiques en matière de santé publique que pour prévoir les suicides.

Dans bon nombre d'études, les facteurs de risque sont analysés séparément; il n'est donc pas possible de savoir s'ils agissent sous l'influence d'autres variables plus fondamentales. Par exemple, une dépression profonde peut être un facteur de risque parce

qu'elle augmente le sentiment de désespoir ou parce qu'elle entraîne la déplétion des monoamines du cerveau. Le chômage peut aussi être un facteur de risque parce qu'il mène à la pauvreté et à la perte de l'estime de soi. Les études multivariées permettent aux chercheurs de contrôler les variables confusionnelles et d'examiner les interactions entre les variables. Toutefois, même les modèles qui comprennent des facteurs de risque multiples n'expliquent guère la variance dans les comportements suicidaires (Myers et coll., 1991; Pfeffer et coll., 1988).

Quelques études ont permis d'évaluer la part relative des facteurs de risque qui influent sur un suicide ou une tentative de suicide chez les autochtones américains. Les auteurs d'une étude longitudinale effectuée auprès d'étudiants amérindiens qui vivaient dans un pensionnat du sud-est des États-Unis, subventionné par le Bureau of Indian Affairs mais administré par les autochtones, ont examiné la prévalence et la fréquence des symptômes de dépression, d'anxiété, d'alcoolisme et de toxicomanie, de même que la part relative de certains facteurs de risque (Manson et coll., 1989). La possibilité d'un suicide était établie en fonction de deux composantes : 1) les tentatives antérieures; 2) la présence d'une idéation suicidaire le mois précédent. Dans le cas de cette étude, 23 % des étudiants avaient déjà tenté de se suicider et 33 % parlaient d'idéation suicidaire dans le dernier mois. Les adolescents qui avaient déjà tenté de se suicider présentaient une symptomatologie accrue de la dépression, buvaient de l'alcool plus souvent et en plus grande quantité et ne bénéficiaient guère du soutien familial. Les auteurs ont constaté qu'il existait un lien étroit entre le suicide ou les tentatives de suicide commis par un ami ou un parent de la victime et les tentatives de l'étudiant et le risque de suicide qu'il présentait. Le fait d'avoir vécu le décès d'un frère, d'une soeur, du père ou de la mère n'était pas associé à un risque de suicide chez les étudiants alors qu'il existait un lien entre le décès d'un ami, d'une part, et les tentatives antérieures de suicide ainsi que les risques actuels de commettre un suicide, d'autre part.

L'analyse des données d'une étude américaine datant de 1988 (US Indian Health Service Adolescent Health) a permis d'isoler des facteurs de risque multiples à l'égard des tentatives de suicide (Grossman et coll., 1991). On avait demandé à 7 254 étudiants de la sixième à la douzième années provenant des réserves navajos de remplir un questionnaire. Quinze pour cent (N=971) d'entre eux ont signalé avoir déjà tenté de se suicider; parmi eux,

plus de la moitié ont révélé avoir commis plus d'une tentative. Les auteurs ont fait appel à une régression logistique pour définir les facteurs qui ont contribué indépendamment à une tentative de suicide antérieure. Les facteurs et les risques relatifs connexes qui ont été relevés¹² sont les suivants : antécédents de problèmes de santé mentale (3,2); un ami qui a déjà tenté de se suicider (2,8); consommation hebdomadaire de boissons fortement alcoolisées (2,7); antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide (2,3); piètre perception de sa propre santé (2,2); antécédents de violence physique (1,9); sexe féminin (1,7) et antécédents de violence sexuelle (1,5).

En résumé, les facteurs de risque à l'égard d'un suicide ou d'une tentative de suicide chez les autochtones américains sont presque équivalents à ceux des adolescents du reste du pays et comprennent ce qui suit (Earls et coll., 1991) : des conflits interpersonnels fréquents; un chagrin prolongé ou qui n'est pas résolu; une instabilité familiale chronique; la dépression; des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanies; le chômage et des antécédents familiaux de troubles psychiatriques (en particulier, l'alcoolisme, la dépression et le suicide). Parmi les adolescents autochtones, les taux de suicide sont plus élevés chez ceux qui sont physiquement malades, qui ont déjà tenté de se suicider, qui ont souvent des démêlés avec la justice pénale et, enfin, chez ceux qui ont déménagé à maintes reprises. La marginalisation culturelle et les problèmes concomitants dans la formation de l'identité qui entraînent une anomie et une dysphorie chroniques rendent les jeunes autochtones vulnérables au suicide, même en l'absence de dépression clinique. Le phénomène du jeune qui donne l'apparence de la réussite mais qui se suicide nous fait réfléchir à la diversité et à la complexité de ces actes. Un seul modèle de facteurs de risque ne convient pas à toutes les situations auxquelles les autochtones sont confrontés aujourd'hui.

Les pratiques et croyances traditionnelles influent sur les raisons qui poussent une personne à adopter un comportement suicidaire de même que sur la réaction de la communauté face à un tel comportement. Il semble cependant, quelle que soit la proportion de suicides chez les groupes autochtones dans le passé, que pour bon nombre d'entre eux, les taux ont énormément augmenté ces derniers temps. Ce phénomène a été attribué au stress d'acculturation et à la facilité avec laquelle les autochtones peuvent se procurer de l'alcool (GAP, 1989; Kraus et Buffler, 1979, Ward et Fox, 1977). Toutefois, comme nous l'avons

souligné précédemment, l'augmentation observée ces dernières décennies a suivi parallèlement, mais de façon plus accentuée, celle constatée chez les adolescents dans l'ensemble de la population. Voilà qui nous laisse croire que des phénomènes sociaux de plus grande envergure dans la société canadienne — comme des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie et de désorganisation familiale accrus — jouent un rôle dans les tendances actuelles du suicide chez les autochtones. Seules les études bien conçues qui combinent les méthodes ethnographiques et épidémiologiques peuvent clarifier l'apport des traditions culturelles, des phénomènes sociaux à grande échelle et des dilemmes sans précédents que posent la marginalisation et le changement culturels.

Interventions

Aperçu

Dans la présente section, nous examinerons ce que nous savons de l'efficacité des différents types d'intervention à l'égard du dépistage et du traitement des personnes suicidaires, de la prévention du suicide dans la population et de l'aide apportée aux personnes et aux communautés affectées par un suicide. Le tableau 2 énumère les principaux types d'intervention existants ainsi que les sources où trouver des informations détaillées.

Le dépistage

Il a été prouvé qu'une dépression qui n'a pas été bien diagnostiquée ou des antidépresseurs qui ont été mal utilisés faisaient augmenter le risque de suicide (Appleby, 1992). Les centres de soins primaires jouent un rôle important dans le dépistage des personnes suicidaires. La plupart des gens qui ont tenté de mettre fin à leurs jours avaient déjà consulté un médecin de premier recours à un moment donné avant leur tentative. Il est possible que les dispensateurs de ce type de soins ne décèlent pas toujours une dépression et ne reconnaissent pas nécessairement les troubles psychiatriques graves chez un patient à cause des manifestations cliniques de somatisation qu'il présente (Kirmayer et coll., 1993c). Ce problème s'aggrave lorsque le manque de ressources ou encore des différences linguistiques ou culturelles rendent l'évaluation diagnostique plus difficile.

Les antécédents de tentatives de suicide sont courants parmi les patients adolescents qui se présentent aux services de soins primaires, mais la plupart d'entre eux se plaignent surtout de maladies transmises sexuellement, de problèmes d'ordre gynécologique ou obstétrique ou bien de symptômes somatiques comme des douleurs abdominales. D'après une étude réalisée auprès de 332 jeunes âgés de 12 à 19 ans qui s'étaient rendus dans une clinique médicale pour une consultation, seulement 8 % de ceux qui avaient tenté de se suicider se plaignaient de problèmes de santé mentale (Slap et coll., 1992). Par conséquent, les médecins ne repéraient généralement pas les adolescents qui avaient déjà tenté de se suicider (dont 74 % avaient signalé avoir une idéation suicidaire) et qui présentaient un risque de récurrence.

Il pourrait être efficace de cibler les responsables des soins primaires pour améliorer la prestation des soins en santé mentale et réduire le taux de suicide. Par exemple, un programme éducatif destiné aux médecins généralistes de l'île de Gotland en Suède a été élaboré afin de perfectionner leurs connaissances relatives au diagnostic et au traitement des troubles affectifs (Rutz et coll., 1992; Rutz et coll., 1989). Le taux de suicide a été étudié à titre d'indice de l'échec d'un traitement des troubles de la dépression. D'un point de vue statistique, la fréquence des suicides a sensiblement diminué dans l'île de Gotland par rapport à l'ensemble de la Suède l'année suivant la fin du programme. Ce résultat contraste nettement avec l'incidence peu significative des autres programmes de prévention du suicide, comme les lignes d'urgence destinées à la population ou les programmes de prévention en milieu scolaire.

La prévention pourrait devenir une valeur plus sûre si on favorisait le dépistage à l'étape des soins primaires de même que le traitement du trouble de panique, qui constitue également un facteur de risque à l'égard de la tentative de suicide (Weissman et coll., 1989). Les patients aux prises avec un trouble de panique vont souvent consulter un généraliste ou un médecin d'un service d'urgence où leurs symptômes de trouble de panique peuvent être diagnostiqués à tort comme une maladie cardiaque ou un autre problème médical. Par conséquent, le risque de suicide chez ces patients passera inaperçu.

Le suicide chez les adolescents peut être le résultat de graves problèmes psychologiques qui ont commencé avant l'âge de 10 ou 11 ans. Il faut donc, dans le cas des jeunes enfants, utiliser des méthodes plus perfectionnées de dépistage et de traitement de la



dépression infantile, des problèmes de conduite et de pathologie familiale (Carlson, 1990). D'après des études réalisées auprès d'autochtones américains dans des pensionnats et des écoles secondaires, il faut repérer rapidement les besoins en matière de santé mentale chez les étudiants et accorder une attention particulière aux problèmes de toxicomanies (Howard-Pitney et coll., 1992; Manson et coll., 1989).

Malheureusement, les jeunes les plus gravement atteints peuvent être ceux qui évitent les lieux où il est possible d'observer leur état de santé mentale (Myers et coll., 1991). Ainsi, ils s'absentent éventuellement de l'école où leurs problèmes pourraient attirer l'attention des éducateurs. Ils éviteront peut-être le contact avec les dispensateurs de soins et rejeteront les interventions communautaires. Notre étude sur les jeunes Inuit dans un établissement de la baie d'Hudson a révélé qu'aucun jeune ne se présenterait à un médecin ou à une infirmière pour un problème de dépression (Kirmayer et Malus, 1993a). Cette attitude traduit peut-être une certaine méconnaissance des symptômes de la dépression et le fait qu'aucun traitement efficace sous forme de médicaments et de psychothérapie ne soit mis à la disposition de ces populations.

Tableau 2
Types d'intervention en matière de suicide

Interventions	Sources
<i>Dépistage</i>	
Former les dispensateurs de soins primaires Faire valoir l'intérêt d'aller chercher de l'aide Sensibiliser le public au phénomène de la dépression	Michel et Valach, 1992; Rutz et coll., 1992
<i>Prévention primaire</i>	
Lignes d'urgence Équipes d'urgence communautaires, réseaux de soutien	Everstine et coll., 1977
Programmes éducatifs en milieu scolaire : la résolution des problèmes	Leenaars et Wenckstern, 1991
Counseling en milieu scolaire	Harvey, 1985
Contrôle des armes à feu	Brent et coll., 1987; Brent et coll. 1991
Contrôle des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies	
Camps de plein air avec des jeunes et des aînés	Levy et Kunitz, 1987 Berger et Tobeluk, 1990; Ewan Cotterill et coll., 1990; Musko Program Development, 1991
Ateliers communautaires	
Formation professionnelle et développement économique	
Rôle politique	
<i>Prévention secondaire</i>	
Intervention en cas d'urgence	Samy, 1993
Traitement psychiatrique	Berlin, 1985
Hospitalisation	Jacobs, 1983; Sletten et Barton, 1979
Psychothérapie spécifique	Hendin, 1981, 1991; Liberman, 1981; Linehan et coll., 1991; MacLeod et coll., 1992
Thérapie familiale et intervention en réseau	Richman, 1979
Programmes de réadaptation/suivi	
<i>Suivi à un traitement</i>	
En groupe ou en milieu scolaire	Hazell, 1991

Thérapie individuelle ou familiale pour les
personnes en deuil
Intervention communautaire
Médias

Worden, 1983
Rodgers, 1991
Phillips et coll. 1992

Les problèmes de dépistage et de traitement des personnes suicidaires ou dépressives sont d'autant plus graves dans les petites communautés où la personne qui déclare un conflit familial ou personnel le fait à un prix considérable pour son identité sociale. Comme Brant le fait remarquer, les valeurs culturelles peuvent aussi réduire la possibilité de dépistage :

Il est difficile de dépister et de traiter à un stade précoce [les personnes] à risque parce que la société autochtone est basée sur la non-ingérence, et si on demande à une personne si elle a des problèmes, [on obtiendrait probablement la réponse suivante] : «rien dont je ne puisse m'occuper moi-même», parce chacun est censé puiser sa confiance en lui dans son monde émotif intérieur (Brant, non daté, p. 15).

La réticence à reconnaître la détresse émotive peut représenter une façon de réagir à la vie dans une petite communauté, une caractéristique culturelle ou encore une défense psychologique. Étant donné cette réticence, il faut trouver un moyen d'atteindre les personnes désespérées et vulnérables sans les cataloguer comme malades psychiatriques et sans leur faire subir éventuellement l'ostracisme de la communauté. Il existe une solution : éduquer le public sur la dépression et les autres troubles psychiatriques en vue de réduire l'opprobre qui les entoure. On pourrait aussi offrir des services de counseling et de soutien en groupe dans un cadre non clinique, par exemple, dans un contexte de programmes de loisirs pour les jeunes, de formation professionnelle ou d'activités culturelles.

Prévention primaire

La prévention primaire vise à réduire le risque de suicide en améliorant la santé d'une population. Dans le cas de nombreuses communautés autochtones, la forte prévalence des tentatives de suicide rend bon nombre de jeunes à risque et semble indiquer qu'il serait utile d'adopter une approche plus vaste dont le but serait de promouvoir la santé mentale de la communauté. Cependant, la plupart des programmes de prévention du suicide demeurent axés sur l'individu et sur la question du suicide en tant que tel.

Le fait que les crises interpersonnelles constituent en général la cause immédiate du suicide chez un jeune soulève de grands problèmes de prévention pour au moins trois raisons : (1) des crises interpersonnelles se produisent fréquemment chez bien des gens; (2) elles sont souvent provoquées ou aggravées par d'autres facteurs caractéristiques chez les personnes qui tentent de se suicider et (3) le laps de temps qui s'écoule entre le facteur de stress et la tentative de suicide est bref (Shaffer et coll., 1988).

Les principes fondamentaux régissant la prévention du suicide, qui ont été élaborés pour les communautés urbaines, partent exclusivement d'un point de vue clinique et se composent notamment de ce qui suit :

1. faciliter l'accès à des services complets en psychiatrie;
2. restreindre l'accès à des méthodes permettant de commettre un suicide;
3. concevoir des programmes en milieu scolaire afin :
 - a) de sensibiliser davantage les jeunes au problème;
 - b) de faciliter le dépistage;
 - c) de donner des renseignements sur les ressources existantes en matière de santé mentale;
 - d) d'améliorer l'aptitude des adolescents à s'adapter à une situation.

Les lignes d'urgence dédiées au suicide n'ont guère eu de répercussions (McNamee et Offord, 1990). Ce résultat décevant peut s'expliquer par la faible proportion des personnes les plus désespérées qui utilisent ces lignes, la formation médiocre et les compétences inégales des bénévoles qui ne donnent pas les bons conseils, de même que par l'absence de services d'approche ou de suivi des personnes à risque (Shaffer et coll., 1988).

La plupart des étudiants ne reconnaissent pas que le suicide est un acte caractéristique d'une maladie mentale : il est plutôt perçu comme une réaction naturelle au rejet, au fait de ne pas se sentir aimé ni désiré; il peut même représenter un acte romantique ou héroïque (Shaffer et coll. 1988). Cette perception empêche les jeunes d'aller chercher de l'aide et d'accepter une intervention psychiatrique. Les outils pédagogiques et les programmes de sensibilisation du public peuvent contribuer à réduire le taux de suicide lorsqu'ils ne visent pas à traiter du suicide en tant que tel mais plutôt à apprendre aux jeunes à réagir à un conflit

ou à une perte ainsi qu'à faciliter le recours à une aide psychiatrique dans le cas de dépressions majeures et de problèmes familiaux.

Une analyse des données américaines recueillies entre 1980 et 1987 a révélé que les initiatives prises par les États en matière de prévention du suicide — y compris certaines mesures législatives, la formation de groupes de travail ou de groupes consultatifs et la publication de manuels ou de brochures — étaient associées à une diminution du taux de suicide (Lester, 1992c). Cependant, la participation d'étudiants à des programmes de prévention du suicide en milieu scolaire a engendré en réalité une *augmentation* subséquente du nombre de suicides chez les adolescents dans l'État concerné. Dans le cadre d'une importante étude critique des programmes de prévention destinés aux adolescents, Shaffer et ses collaborateurs (1988) soulignent que les programmes éducatifs — qui consistent habituellement en la tenue de conférences qui durent plusieurs heures où l'on donne aux étudiants des renseignements sur le suicide — peuvent avoir des conséquences fâcheuses. Ils peuvent ainsi normaliser le suicide plutôt que souligner le fait qu'il est étroitement lié à une pathologie psychiatrique majeure :

Relativement peu d'étudiants croient, avant ou après avoir participé à un programme, que le suicide est un acte qui dénote une maladie mentale. Compte tenu de cette réalité, les programmes dans lesquels on choisit d'ignorer les rapports entre le suicide et les problèmes psychiatriques expriment une ignorance ou une mauvaise interprétation des faits. Sans que ce soit le but visé, de tels programmes peuvent accroître l'effet de mimétisme, ce qui, d'après les auteurs, est particulièrement plausible si le suicide est décrit comme une réaction compréhensible, tragique, héroïque ou romantique aux stress provoqués par des institutions ou des adultes qui ne se soucient pas des adolescents. Toujours selon les auteurs, les jeunes seront probablement moins tentés d'imiter un acte de suicide si celui-ci est décrit comme un comportement déviant adopté par quelqu'un atteint d'un trouble mental. Par conséquent, de tels résultats n'appuient guère la valeur des programmes éducatifs en général. La plupart des étudiants n'en ont pas besoin, et ceux pour qui ce serait utile tireraient sans doute davantage parti d'une approche personnalisée face à leurs problèmes cliniques. Cependant, cette constatation ne signifie pas qu'il n'y a pas de place dans les programmes scolaires pour éduquer davantage les jeunes sur la santé mentale et sur la façon d'obtenir de l'aide en cas de troubles émotifs (Shaffer et coll., 1988).

Vieland et ses collaborateurs (1991) ont évalué les retombées d'un programme de prévention à l'école secondaire quant à la façon dont les adolescents iront chercher de l'aide.

Le programme comprenait une seule séance d'information d'une durée de 90 minutes donnée par des professeurs qui avaient eux-mêmes reçu une formation de six heures sur le sujet. Au cours d'un suivi effectué pendant 18 mois, les étudiants ont rempli trois questionnaires sur leurs stratégies d'adaptation lorsqu'ils vivent un stress, y compris la suicidabilité. Aucune différence marquante n'a été relevée entre les stratégies d'adaptation signalées par les étudiants qui avaient participé au programme et celles mentionnées par les étudiants qui ne l'avaient pas suivi. De fait, on n'a pas remarqué non plus de tendance notable chez les adolescents du premier groupe à mentionner des attitudes incompatibles avec le programme. Spirito et ses collaborateurs (1988) ont constaté une amélioration dans les capacités d'adaptation des jeunes et dans leurs connaissances six semaines après la fin d'un programme de prévention offert en milieu scolaire, mais ils n'ont pas testé l'incidence du programme sur le taux de suicide.

Il se pourrait que le fait d'attirer l'attention des adolescents sur le problème du suicide ait des conséquences fâcheuses. Les programmes en milieu scolaire qui ne visent pas à traiter du suicide en tant que tel mais à améliorer l'estime de soi se révèlent peut-être plus efficaces (Garland et Zigler, 1993; Stivers, 1991). Dryfoos (1990) a examiné 100 programmes de prévention portant sur la délinquance juvénile, la grossesse, la toxicomanie, les échecs scolaires et le comportement agressif. Les travaux dans ce domaine sont pertinents en l'occurrence puisqu'on y retrouve de nombreux facteurs de risque. Dryfoos a conclu que les programmes à objectifs multiples, qui comprennent les éléments suivants, réussissaient mieux que les autres : rattrapage scolaire, préparation à l'emploi, aide aux familles dysfonctionnelles et rétablissement du sentiment de fierté d'appartenir à une communauté. Les programmes les plus fructueux ont su utiliser le milieu scolaire pour aborder fondamentalement les problèmes de chômage, de désintégration familiale et de détresse au sein d'une communauté. Ceux qui étaient le plus susceptibles de réussir comportaient plusieurs objectifs plutôt qu'un seul, c'est-à-dire qu'ils visaient la prévention du décrochage et de la grossesse ainsi que de meilleurs placements pour les enfants.

Felner et ses collaborateurs (1992) soulignent également les atouts que peuvent présenter des programmes complets visant notamment les progrès scolaires, les moyens d'améliorer les possibilités d'emploi de même que des façons d'affermir l'unité familiale et la

fierté d'appartenir à une communauté. Les programmes récents qui se sont révélés plus fructueux ont des assises larges qui consistent notamment à permettre aux écoles d'offrir un plus grand soutien aux étudiants qui sont déjà à risque à cause de facteurs socio-économiques défavorables; il s'agit par exemple de former des classes plus petites et d'utiliser des méthodes pédagogiques visant à améliorer l'estime de soi.

L'identité culturelle est une des questions qui n'apparaît que sporadiquement dans les documents sur la prévention du suicide. Comme nous en avons déjà discuté, Grossman et ses collaborateurs (1991), dans le cadre d'une étude sur les tentatives de suicide réalisée auprès des jeunes Navajos, avaient constaté que la marginalisation culturelle et communautaire constituait un facteur de risque important. Les aînés d'une communauté inuit de la baie d'Hudson — le site qui avait fait l'objet de suicides d'adolescents «en série» en 1991-1992 — signalaient qu'ils ne savent plus ce qu'il faut enseigner aux enfants (M. Malus, communication personnelle). Cette situation souligne l'importance d'offrir des programmes complets permettant d'acquérir la fierté de ses racines et de son patrimoine. Il est possible de puiser dans les forces de son passé pour connaître son présent et envisager l'avenir avec un certain optimisme. Aux États-Unis, les auteurs d'études sur la santé des autochtones ont maintes fois mentionné la nécessité d'adopter des mesures d'intervention à l'échelle de la communauté qui soient fondées sur la culture et les coutumes de la tribu. Les auteurs d'un rapport sur la santé des adolescents autochtones aux États-Unis soutiennent ce qui suit :

On est frappé par l'importance accordée au patrimoine et par la force des valeurs culturelles qui vont au-delà des statistiques liées à la pauvreté et aux situations défavorables auxquelles nous avons été confrontés. Dans bien des communautés, les valeurs collectives prennent le pas sur les décisions individuelles — point de départ important sur le plan culturel pour les programmes de prévention. Dans bon nombre de foyers, les valeurs culturelles et la spiritualité protègent les jeunes contre les réalités économiques souvent brutales qui les entourent. La langue, les arts, la musique et la religion peuvent servir de base à la création de valeurs communes (Indian Health Service et University of Minnesota Adolescent Health Program, 1992).

Le défi consiste donc à encourager et à appuyer les initiatives locales fondées sur les valeurs traditionnelles pour donner un nouveau souffle à l'intégration et à la solidarité communautaires qui touchera les adolescent marginaux.

Les communautés elles-mêmes peuvent constituer une source fertile d'idées qui correspondent aux réalités culturelles et sociales locales. Grâce à une initiative de l'État de l'Alaska, des communautés ont élaboré leurs propres programmes de prévention du suicide (Berger et Tobeluk, 1990). Les réunions municipales ont abouti à des propositions qui ont été subventionnées par l'État. Les types de programmes ainsi financés abordaient les thèmes suivants : la communication entre les jeunes et les aînés (33 %), p. ex., l'enseignement culturel et le modelage; des projets visant à promouvoir la connaissance de la culture et de la langue traditionnelles; des activités récréatives offrant des moyens de s'occuper sans recourir à l'alcoolisme ou à la toxicomanie (12 %); des groupes de soutien (9 %) destinés aux jeunes, aux personnes âgées ou aux deux, qui visent à accroître l'estime de soi; des organisations bénévoles, afin d'améliorer les services d'aide et le réseau social au sein d'une communauté (8 %); du counseling destiné aux personnes à risque (7 %); des programmes d'éducation et de prévention conçus pour renseigner le public sur les comportements autodestructeurs et pour apprendre aux résidents de la communauté de quelle façon il peuvent aider (7 %); la mise sur pied d'une équipe d'intervention d'urgence (5 %) et enfin, la création d'une ligne d'urgence (3 %). Aucune donnée n'ayant été transmise, il est impossible de savoir si ce programme a réussi, mais il a été bien accueilli par les communautés. Des programmes de développement à l'échelon local ont été entrepris dans différentes régions du Canada, notamment dans les Territoires du Nord-Ouest (Ewan Cotterill, 1990; Muskox, 1991); afin de les mettre en application et de les évaluer, il est toutefois nécessaire d'offrir un soutien financier et de donner la possibilité de recourir à des spécialistes pertinents en organisation et en santé mentale.

Divers programmes de santé mentale conventionnels peuvent s'avérer efficaces à partir du moment où ils reçoivent le soutien de la communauté et où les membres y participent (Berlin, 1985). Cependant, il semble que les traditions culturelles ne se transmettent plus et c'est pourquoi il est de plus en plus fréquent de voir les jeunes perdre espoir et se décourager. En conséquence, l'élaboration de programmes visant à transmettre les valeurs et les connaissances traditionnelles, habituellement par les aînés qui sont respectés, constitue également un élément vital des programmes de prévention du suicide destinés aux peuples autochtones. Quels qu'ils soient, tous les programmes devraient comprendre un élément

d'évaluation de sorte que les autres communautés puissent tirer parti de leurs réussites et de leurs échecs.

Prévention secondaire

Dans le cas des personnes suicidaires à très haut risque, l'intervention d'urgence doit se faire par des professionnels compétents et, parfois, une hospitalisation est nécessaire. Les personnes qui tentent de se suicider ont besoin de soins médicaux approfondis à cause des phénomènes de morbidité et de mortalité associés à leur tentative; un suivi doit être effectué systématiquement après la tentative et à la suite du traitement afin d'empêcher les récurrences. Un traitement efficace de la dépression au moyen d'une psychothérapie et d'antidépresseurs peut réduire le risque de tentatives répétées et de suicides¹³.

Étant donné qu'on ne peut jamais affirmer avec certitude qu'une personne va se suicider ou non, même parmi celles qui présentent un risque élevé, de nombreux auteurs ont suggéré, d'une part, de porter une attention particulière aux individus qui ont déjà tenté de se suicider afin de les empêcher de récidiver et, d'autre part, de procéder à un suivi auprès des personnes qui adoptent un comportement autodestructeur (Jeanneret, 1992). Malgré l'absence d'études portant sur les traitements, une psychothérapie à long terme est sans doute bénéfique pour les adolescents qui tentent de se suicider (Ladame, 1992;). Beck et ses collaborateurs (1985) préconisent les interventions thérapeutiques cognitives axées sur le désespoir en vue de réduire le risque de suicide. Les méthodes psychodynamiques proposent un autre type d'approche pour s'attaquer à la gamme des motivations et des conflits qui peuvent donner lieu à un comportement suicidaire (Hendin, 1991). Toutefois, la psychothérapie psychodynamique représente en général un traitement plus intensif (en travail et en temps) et fait appel à une plus grande expertise, mais, encore aujourd'hui, aucune recherche ne permet de confirmer qu'elle contribue à réduire la suicidabilité. L'intervention en milieu familial peut être un traitement de choix lorsqu'on peut réussir à établir que les impulsions suicidaires émanent de conflits graves avec les parents ou les frères et soeurs (Samy, 1993).

Malheureusement, il existe peu d'études contrôlées portant sur les résultats du traitement des victimes de tentative de suicide présentant un échantillon bien décrit, un traitement clairement défini et un suivi rigoureux. Un examen a permis de conclure que rien

ne prouve actuellement qu'un suivi psychiatrique effectué auprès d'une personne qui a tenté de se suicider est une façon efficace de l'empêcher de mettre fin à ses jours par la suite (Moller, 1989). Le principal problème réside dans la réticence des patients à suivre un traitement, la plupart des études montrant que seulement 25 % d'entre eux participent au suivi. Dans le cadre d'une étude de suivi réalisée pendant trois mois auprès d'adolescents qui ont été traités au service des urgences d'un hôpital ou qui étaient internés dans un service psychiatrique, environ 15 % ne se sont jamais présentés pour suivre leur thérapie et 10 % ont renouvelé leur tentative de suicide (Spirito et coll., 1992).

Dans l'ensemble de la population, les personnes qui commettent des tentatives de suicide à répétition constituent un groupe spécial, qui présente fréquemment des carences sur le plan de la résolution des problèmes et des relations interpersonnelles (Appleby et Warner, 1993). Il a été prouvé que certaines formes de thérapie comportementale axée sur la résolution de problèmes et les relations interpersonnelles permettent de retarder les comportements autodestructeurs et diminuent les risques de récurrence (Lieberman, 1981). Un essai clinique aléatoire sur la thérapie cognitive du comportement visant le traitement des femmes qui adoptent de façon chronique un comportement autodestructeur et qui répondent aux critères du trouble de personnalité limite, a permis de constater ce qui suit : le comportement autodestructeur était moins fréquent et moins sévère pendant l'année du traitement dans le groupe qui suivait la thérapie cognitive par rapport au groupe témoin à qui on avait administré le «traitement habituel» (Linehan et coll., 1991).

On n'est toujours pas sûr de la pertinence de ces approches psychothérapeutiques face au problème du suicide chez les autochtones. Selon Davenport et Davenport :

les approches psychologiques privilégiées par de nombreux intervenants en santé mentale correspondent surtout au suicide égoïste — une forme de suicide relativement rare chez les Indiens. Même s'il est possible de recourir à une telle démarche dans le cas des suicides anoniques et altruistes, l'intervention psychologique pour ces types de suicide devrait essentiellement compléter un processus exhaustif de développement social et communautaire (1987, p. 537).

Suivi à un traitement

L'expression *suivi à un traitement* («postvention» en anglais) désigne le traitement des parents et des amis en deuil par suite d'un suicide, qui peuvent eux-mêmes présenter des risques accrus de morbidité psychiatrique, y compris de suicide. Comme nous l'avons souligné ci-dessus, le suicide peut survenir en grappe, et ce phénomène est particulièrement courant dans les communautés autochtones où les membres sont intimement liés. Le suicide a des conséquences importantes sur la famille et les amis de la victime parce qu'il aggrave l'état dépressif pendant au moins six mois après l'événement. Par conséquent, nombre d'auteurs affirment que des services de psychothérapie de soutien et de counseling peuvent faciliter le travail normal du deuil et éviter les réactions pathologiques au chagrin (Brent et coll., 1992).

Le Center for Disease Control des États-Unis a élaboré des directives sur la façon dont une communauté devrait réagir aux suicides en grappe (O'Carroll et coll., 1988), que nous résumons brièvement ci-après :

1. La communauté devrait examiner ces recommandations et élaborer son propre plan d'action sans attendre le début d'une série de suicides.
2. Tous les secteurs concernés de la communauté devraient participer à une intervention d'urgence, c'est -à-dire :
 - a) un comité de coordination composé des personnes concernées issues des milieux scolaires et religieux, des services médicaux, du gouvernement, des personnes chargées de l'application de la loi, des bénévoles, etc.
 - b) un organisme d'accueil qui coordonnerait les réunions, la planification et les interventions concrètes en situation d'urgence.
3. Il faudrait déterminer les ressources pertinentes au sein de la communauté, dont : l'hôpital, les services médicaux d'urgence, les écoles, le clergé, les groupes de parents, les lignes d'urgence dédiées au suicide, les étudiants, la police, les médias, les représentants d'organismes qui ne font pas partie du comité de coordination.
4. Les mécanismes d'intervention devraient être mis en oeuvre lorsqu'une série de suicides se produit ou encore lorsqu'on constate au moins un décès causé par un événement traumatisant qui peut influencer sur les adolescents.

5. La première étape d'une intervention d'urgence consiste à communiquer avec tous les groupes concernés et à les préparer.
6. Il faut éviter d'encenser les victimes de suicide et réduire le plus possible le sensationnalisme.
7. Il faudrait repérer les personnes qui présentent des risques importants et procéder au moins à une entrevue préliminaire avec un conseiller professionnel puis les renvoyer à d'autres services de counseling, au besoin.
8. Il serait nécessaire d'informer rapidement les médias en leur donnant des renseignements exacts et adéquats.
9. Il y aurait lieu de définir et de modifier les facteurs de l'environnement qui pourraient augmenter la possibilité que d'autres personnes tentent de se suicider.
10. Il faudrait aborder les questions à long terme que soulève la nature des grappes de suicides observées.

Rodgers (1991) discute d'une approche des suicides en grappe dans les communautés autochtones à partir d'expériences vécues dans trois communautés, dont deux dans les Territoires du Nord-Ouest et une en Saskatchewan, comptant chacune environ 1 200 habitants. Les suicides en grappe touchent principalement les jeunes hommes qui vivent dans une communauté où les ressources font défaut, qui ont des problèmes d'alcoolisme et de violence familiale, qui sont désespérés de façon générale et qui ont, de façon prononcée, une faible estime d'eux-mêmes. L'auteur préconise une intervention en milieu communautaire et des consultations à l'extérieur de la collectivité, en partant de l'hypothèse que les suicides constituent un indice d'une désorganisation communautaire qui s'inscrit dans un contexte plus vaste.

Afin d'intervenir, le consultant se prépare à visiter brièvement la communauté en rassemblant les renseignements disponibles provenant des principales personnes-ressources des milieux politiques et sociaux de la communauté. Sur le terrain, on organise des ateliers, des rencontres avec les principaux répondants et des réunions communautaires. Ces dernières permettent de cerner les problèmes au sein de la collectivité qui pourront par la suite être ciblés en vue de changements à effectuer. On demandera aussi aux personnes interrogées de

repérer les sujets à risque au sein de la communauté à qui on offrira par la suite un counseling permanent. Les responsabilités à l'égard du suivi sont clairement définies.

Rodgers signale que presque aucun suicide n'a été commis dans les trois communautés où l'intervention a eu lieu. Malheureusement, il n'a pas procédé à une description systématique de l'intervention ni à une évaluation structurée de son efficacité. Toutefois, l'avenue demeure prometteuse si on veut intégrer des professionnels au sein des ressources communautaires.

Rôle des médias

Comme nous l'avons fait remarquer, plus les médias font de la publicité autour d'un suicide, plus il y aura de suicides par la suite. Même si on ne comprend guère le mécanisme exact de ce phénomène, il faut encourager les médias à suivre certaines directives concernant l'annonce d'un suicide, car certains faits montrent que de telles précautions peuvent atténuer le risque par la suite (Phillips et coll., 1992). De nombreux rédacteurs en chef de journaux canadiens ont adopté des politiques visant à minimiser les suicides afin d'en réduire les conséquences fâcheuses (Pell et Watters, 1982).

Phillips et ses collaborateurs (1992, p. 510 à 512) donnent des recommandations explicites sur la façon dont les médias devraient traiter un suicide afin de diminuer l'effet de «contagion» :

1. Les manchettes ne devraient pas mentionner explicitement un suicide.
2. L'article devrait parler de solutions autres que le suicide dans la résolution des problèmes.
3. Il faudrait insister sur les conséquences néfastes d'un suicide plutôt que traiter l'événement de façon romantique (p. ex., une émission de télévision décrivant des adolescents suicidaires comme des représentants héroïques d'une culture qui a été trahie).
4. La nouvelle d'un suicide devrait être brève et ne devrait pas revenir fréquemment, alors qu'il faudrait présenter souvent et immédiatement après l'annonce d'un suicide des reportages contre ce phénomène.

5. Les médias ne devraient pas créer de «contagion» en annonçant en même temps des suicides survenus dans différentes parties du pays.
6. Les personnes qui transmettent des messages contre le suicide devraient posséder de façon reconnaissable des caractéristiques démographiques analogues à celles du public visé (âge, sexe, ethnie).
7. Un grand nombre de personnes convaincues devraient répéter que le suicide est rare et s'attarder sur les différentes façons de s'adapter à une perte, à une peine, à un rejet, à de la dépression, au stress et aux problèmes sociaux ou familiaux.

Les médias pourraient aussi diffuser des reportages s'élevant contre le suicide. Il faut éduquer le public en permanence sur la façon de reconnaître la dépression et le trouble de panique. Notre étude, réalisée auprès de 100 jeunes d'une communauté inuit du nord du Québec, a révélé qu'aucun d'entre eux n'irait consulter un médecin, une infirmière ou un autre professionnel en cas de dépression alors qu'ils seraient très nombreux à se faire soigner pour des problèmes physiques (Kirmayer et coll., 1993b). Il faut expliquer à la population que la dépression majeure et le trouble de panique doivent être traités. Il faut aussi réduire l'opprobre engendré par un trouble mental même s'il est plus prononcé lorsqu'il s'agit d'un suicide ou d'autres comportements autodestructeurs.

En dernier lieu, les médias peuvent contribuer aux mesures de prévention contre le suicide en présentant des images positives de la culture autochtone et des exemples de communautés qui ont réussi à se développer et à s'adapter. Malheureusement, de tels reportages sont souvent éclipsés par des histoires plus sensationnelles sur des problèmes communautaires qui, même si elles sont susceptibles d'aider des groupes autochtones à accroître leur pouvoir politique, peuvent profondément démoraliser les communautés et leurs membres qui s'identifient aux groupes affligés. Les médias aggravent encore le phénomène parce qu'ils ont tendance à mettre tous les autochtones dans le même panier sans vraiment tenir compte de la diversité de leurs cultures et de leurs expériences. En présentant toute une diversité d'événements et de représentants des peuples autochtones, les médias neutraliseront cette tendance aux stéréotypes qui, involontairement, fait mousser les préjugés.

Résumé des interventions

La figure 6 présente différentes interventions qui ont été classées en fonction des situations auxquelles elles s'appliquent : à partir des facteurs contextuels ou sociaux préexistants ou des personnes vulnérables jusqu'à la crise ou l'événement qui déclenche le phénomène. Les interventions peuvent être ciblées à plusieurs niveaux : le milieu socio-culturel, la famille, l'individu vulnérable ou la situation d'urgence. Alors que toutes ces approches sont raisonnables, seules les interventions auprès des gens et celles visant l'éducation du public ont fait l'objet d'un grand nombre d'études. En outre, rien ou presque ne prouve qu'elles ont réduit de façon marquante les taux de suicide (McNamee et Offord, 1990; Shaffer et coll., 1988). Par contre, phénomène des plus troublants, des faits montrent que certains types d'intervention peuvent en réalité nuire — notamment les programmes de sensibilisation au suicide réalisés en milieu scolaire et l'attention accordée par les médias à l'effet de contagion d'un suicide (Lester, 1992b; Phillips et coll., 1992; Shaffer et coll., 1990; Vieland et coll., 1991). La plupart des études sur l'efficacité des interventions comportent des lacunes méthodologiques de sorte qu'aucune conclusion solide ne peut en être tirée (McNamee et Offord, 1990).

Alors que les premières études sur les programmes préventifs en milieu scolaire se sont révélées très décevantes (Shaffer et coll., 1988), certains auteurs demeurent optimistes (Leenaars et Wenckstern, 1991). Des études plus récentes semblent indiquer que certains programmes plus vastes et plus intensifs se révèlent efficaces (Felner et coll., 1992). Les auteurs des ouvrages sur la prévention du suicide chez les jeunes insistent tous sur le fait que les écoles, au lieu de donner des cours traitant directement du suicide, devraient offrir à tous les étudiants un programme éducatif sur la santé qui leur permettrait d'acquérir des aptitudes fondamentales grâce auxquelles ils apprendraient à gérer toute une variété de problèmes d'ordre médical. Un tel programme rendrait les étudiants plus aptes à s'adapter à des stress ou à des sentiments de détresse, à résoudre des problèmes et des conflits de même qu'à communiquer, autrement dit, tout ce qui permet d'acquérir une meilleure estime de soi (Cimboric et Jobes, 1990). Même si ces questions psychologiques sont abordées et étudiées dans le cadre de programmes sur la dynamique de vie, il faut régler parallèlement les facteurs socio-économiques contre lesquels la communauté et, par conséquent, les individus, luttent.

Il est nécessaire de fournir aux autochtones des services en santé mentale adaptés à leur culture et faciles d'accès. Dans le cas des personnes atteintes de troubles psychiatriques majeurs, qui représentent une vaste proportion des personnes suicidaires, ces services désignent la prestation de soins psychiatriques complets, dont la possibilité d'être évalué, et toute la gamme des modalités de traitement. Il est possible de contrer l'effet des valeurs traditionnelles axées sur la non-ingérence qui sont invoquées pour justifier l'absence d'intervention et qui amènent à éviter d'aborder les problèmes, en offrant des programmes éducatifs sur la façon d'aller chercher de l'aide lorsqu'on est aux prises avec certaines difficultés.

Toutefois, pour bon nombre d'adolescents suicidaires, les problèmes sont inextricablement liés à la famille et au milieu social. Par conséquent, ils ont besoin d'une thérapie qui les aiderait à gérer et à maîtriser les situations extrêmement confuses dans lesquelles ils se trouvent. La thérapie familiale ou l'intervention en réseau vise à mettre au jour la violence, à résoudre les conflits et à faire en sorte que le soutien émotionnel apporté aux jeunes puisse être plus utile qu'une approche axée sur l'individu. Pour les adolescents suicidaires qui sont des «marginiaux» au sein de leur communauté, il serait logique de tenter une thérapie axée sur la formation de l'identité et sur l'assimilation dans un ordre de dominance, mais aucune étude systématique n'a été réalisée à ce chapitre (Ryland et Kruesi, 1992, p. 192). Pour les adolescents qui donnent les apparences de la réussite mais qui luttent intérieurement pour atteindre la perfection et qui cachent leur inaptitude à partager leur douleur et leurs doutes sur eux-mêmes, il pourrait être utile, d'une part, de cerner quelques-unes des lourdes attentes de leur communauté et, d'autre part, d'établir des liens avec des personnes à qui ils peuvent confier leurs préoccupations et qui peuvent leur offrir du soutien.

Il existe un type de programme qui peut être particulièrement efficace pour transmettre les valeurs culturelles, améliorer l'estime de soi et favoriser l'intégration sociale : il s'agit de camps d'apprentissage patrimonial qui réunissent des jeunes et des aînés. Ces camps, s'ils sont bien conçus et dirigés par des animateurs compétents, peuvent permettre d'intégrer des jeunes qui présentent les symptômes d'un comportement déviant sans qu'ils soient mis à part pour être ensuite catalogués ou victimes d'ostracisme (Levy et Kunitz, 1987).

Les interventions du gouvernement à l'égard des pathologies sociales, qui consistent à offrir un plus grand nombre de services médicaux, ne s'attaquent pas aux causes plus fondamentales. Il faudrait déployer de sérieux efforts pour créer le plein-emploi et agir concrètement en vue de préserver et d'améliorer l'estime d'un individu envers sa communauté et sa culture. Les programmes de prévention doivent déterminer les points forts des communautés autant que leurs points faibles afin d'éviter qu'ils ne contribuent davantage à démoraliser et donc à léser les groupes visés (Levy et Kunitz, 1987). Berry affirme ce qui suit :

De profonds changements sont nécessaires pour éviter les tendances suicidaires et pour faire retrouver aux peuples autochtones le respect d'eux-mêmes. Pour y arriver, certains secteurs doivent évoluer et d'autres doivent être abandonnés : dans le premier cas, c'est aux autochtones de faire évoluer certains domaines comme l'éducation, la santé, les services sociaux, la justice et le développement économique; dans le deuxième, c'est aux peuples non autochtones de se retirer des écoles, des hôpitaux, de l'aide sociale, de la police et de l'exploitation des ressources (Berry, 1993) p. 18.

Aux États-Unis, des mesures législatives récentes ont permis de mettre en oeuvre un programme complet en matière de santé mentale destiné aux autochtones, qui comprend la planification des services de santé mentale au sein de la communauté, l'augmentation du personnel clinique, la formation de travailleurs communautaires, l'éducation du public et la recherche (Nelson et coll., 1992). Les politiques actuelles sont fondées sur un document issu des services médicaux destinés aux Indiens (IHS, 1990) qui met l'accent sur l'importance d'offrir des services hautement professionnels en santé mentale à tous les groupes autochtones. On y souligne également les efforts à déployer pour que la nature des soins tienne compte de la culture et pour que ce travail soit effectué de concert avec les guérisseurs autochtones. Les initiatives communautaires locales sont essentielles à la mise au point de nouveaux programmes qui abordent les problèmes liés à une faible estime de soi, à la violence familiale et à l'alcoolisme — problèmes qui poussent au suicide. Une équipe spéciale est disponible pour aider les communautés à élaborer leurs programmes (DeBruyn et coll., 1988). Ce programme américain, axé sur la prestation de services professionnels en santé mentale, constitue la norme minimale qui devrait s'appliquer à tous les autochtones en vertu de leur citoyenneté. Cependant, cette intervention professionnelle sera sans doute

insuffisante pour enrayer le problème des taux de suicide élevés dans les communautés autochtones. Seuls le développement communautaire, l'habilitation politique et une nouvelle valorisation de l'identité autochtone donneront aux jeunes un sens aigu de leurs propres valeurs et leur offriront un avenir plein d'espoir.

Conclusion

Perspective socio-culturelle

Les troubles psychiatriques augmentent le risque de suicide mais ils ne suffisent pas en tant que tels à expliquer bon nombre d'actes suicidaires (Tanney, 1992). La dépression et la schizophrénie accentuent aussi ce risque, tandis que les taux élevés de tentatives de suicide dont l'issue n'est pas fatale sont plus étroitement associés à des troubles de la personnalité, à des troubles dysthymiques et à des problèmes de toxicomanie. Pour l'instant, nous ne disposons pas de données nous permettant de déterminer à quel point le problème du suicide chez les peuples autochtones canadiens est directement lié à des troubles psychiatriques majeurs. En particulier, nous ne connaissons pas la part des tentatives de suicide attribuables à une dépression majeure et de celles commises par des sujets sains par ailleurs et qui sont au désespoir à cause de problèmes communautaires ou sociaux. Cependant, puisque tant les problèmes de dépression que ceux de personnalité peuvent être provoqués et aggravés par les conditions sociales (Brown et Harris, 1978; Goldberg et Huxley, 1992), une forte prévalence de comorbidité psychiatrique n'exclut pas les facteurs sociaux d'une explication des suicides. Cela indique toutefois qu'il est nécessaire d'assurer des services psychiatriques pour compléter les interventions sociales qui visent à attaquer le problème à sa racine. Il y a lieu de procéder également, de façon continue, à des études épidémiologiques psychiatriques dans les communautés autochtones afin de vérifier la prévalence de troubles psychiatriques majeurs chez les autochtones et de déterminer quels changements sociaux permettraient d'atténuer le problème.

Cependant, l'individu n'est pas une entité qui se suffit à elle-même : la personne et le moi (les volets extérieur et intérieur de l'identité) se forment à partir des valeurs culturelles et sociales (Markus et Kitayama, 1991; Shweder, 1991). Les concepts de la personne et du moi varient en fonction des cultures (Carrithers et coll., 1985; Marsella et coll., 1985). Ainsi,

l'influence des forces sociales sur la psychopathologie d'une personne est fonction de certaines notions culturelles du moi et de la personne.

La culture dominante nord-américaine tend à être extrêmement individualiste, à valoriser l'autodétermination, les réalisations et les priorités individuelles, de même qu'à les voir comme des signes de maturité, de santé psychologique et de succès (Bellah et coll., 1985). Par contre, dans de nombreuses autres cultures, la personne est un être social dont l'identité découle de la participation à la vie familiale et communautaire (Sampson, 1988). Cette grande polarité entre les cultures individualistes ou égoïstes et celles axées sur la société ou la communauté — sujet prédominant dans les ouvrages de psychologie des cultures — doit toutefois être élargie pour englober les réalités culturelles des peuples autochtones. D'une part, les cultures autochtones semblent centrées sur la société en ce sens que le bien-être de la famille, de la tribu ou de la bande a souvent préséance sur celui de l'individu. D'autre part, on les comprend davantage comme étant plus individualistes que l'État providence moderne, les valeurs traditionnelles axées sur le respect des choix de l'individu et sur la non-ingérence étant primordiales pour la communauté (Brant, 1990).

Outre le contraste entre les versions égoïste et sociocentrique du moi, un troisième aspect, qui n'a pas été correctement intégré dans les modèles actuels, touche le rôle de l'environnement dans l'expérience du moi. Pour les autochtones, la terre, les animaux et les éléments interagissent avec le moi et, d'une certaine façon, constituent des aspects du moi (ou, plus précisément, le moi humain participe à ces réalités plus vastes et plus globales) (Stairs, 1992). Les dommages causés à la terre, l'appropriation du sol et les restrictions spatiales représentent donc des agressions directes contre le moi. Il faut comprendre que ces attaques environnementales à l'encontre du moi ont des conséquences psychologiques aussi graves que la perte du statut et du rôle social dans une société urbaine. Une telle situation entraîne une diminution de l'estime de soi, et constitue une entrave à l'efficacité propre aux autochtones, qui est associée à cet échange réciproque avec la terre. En conséquence, des questions qui semblent purement politiques ou territoriales aux yeux de la société dominante sont, pour les peuples autochtones, des questions fondamentales d'auto-crédation individuelle et collective et de bien-être.

La psychothérapie et les autres types d'intervention en matière de santé mentale s'appuient sur un concept culturel précis de la personne qui intègre les valeurs relatives à l'individualisme et à l'auto-efficacité qui y sont associées (Kirmayer, 1989b). Ces approches ne sont sans doute pas conformes aux valeurs culturelles traditionnelles des autochtones ni aux réalités contemporaines de leur vie. Il faut réfléchir à la possibilité d'appliquer différents types d'intervention en fonction des aspirations et des valeurs d'une communauté. Les approches axées sur le réseau social et familial qui mettent l'accent sur les liens réciproques entre individus pourraient être plus appropriées à la culture autochtone, particulièrement si on y ajoute certaines notions relatives aux rapports entre l'être humain et l'environnement (LaFromboise, 1988).

En outre, les notions de spiritualité chez les autochtones sont au coeur du renouveau des pratiques traditionnelles de guérison (Absolon, 1994; Stout, 1994). Ces valeurs retrouvent leur place d'antan après avoir été radicalement supprimées par les institutions éducatives, religieuses et gouvernementales. Dans les pratiques traditionnelles de guérison, la spiritualité assure un lien entre les souffrances d'un individu et la santé de l'ensemble de la communauté. Le suicide est donc étroitement lié à d'autres formes de maladie de l'esprit, et la guérison vise à rétablir l'équilibre des dimensions spirituelle, mentale, émotive et physique du moi et de la communauté (Stout, 1994). Alors que bon nombre de personnes comprennent le terme «spirituel», que ce soit par intuition ou par expérience, sa définition varie selon les contextes communautaires. On ne peut pas comprendre comment faire valoir efficacement les pratiques de guérison et les valeurs spirituelles si on ne parle que de symptômes, de comportements ou de résultats, puisqu'il s'agit là d'un élément essentiel dans la reconstruction et la revitalisation de l'identité autochtone tant à l'échelle individuelle que communautaire.

Nouvelles tendances dans les travaux de recherche

Le faible taux de base relatif aux suicides pose un problème fondamental dans la recherche d'une formule relative à la prédiction des suicides. Toute méthode assez subtile pour déceler les personnes à risque révélera en réalité un nombre beaucoup plus élevé de *faux positifs* — c'est-à-dire des sujets qui ne sont pas vraiment à risque. Par ailleurs, des événements imprévisibles dans la vie précipitent parfois une tentative de suicide. Par conséquent, il est

possible qu'on ne puisse jamais trouver une méthode exacte de prédiction d'un suicide. Nous devons plutôt comprendre la nature du suicide dans son contexte culturel, social et psychologique afin d'orienter des interventions à grande échelle dont le but est d'améliorer le bien-être et la santé des peuples autochtones et, par conséquent, de réduire les taux de suicide dans l'ensemble des groupes autochtones.

Les travaux de recherche sur les processus psychologiques qui se rapprochent du suicide peuvent permettre de mieux comprendre les causes, la prévention et le traitement psychothérapeutique. On pourrait ainsi trouver l'angle sous lequel l'incidence de la culture sur les attitudes, les croyances et les processus psychologiques peut être examiné. Il en est de même pour les études sur les réactions de l'entourage social, interpersonnel et familial à la dépression, à l'agression et au comportement suicidaire, car elles proposent une autre façon d'analyser l'incidence de facteurs culturels et sociaux distincts sur le comportement, et peuvent permettre de trouver des stratégies d'intervention adaptées à la culture.

Parmi les questions d'ordre psychologique qu'il faut aborder, nous trouvons ce qui suit :

- De quelle façon la dépression, l'anxiété et la démoralisation sont-elles exprimées au sein des communautés autochtones et comment s'y adapte-t-on? Les moyens d'exprimer la détresse varient considérablement selon les cultures, de sorte que les différents types de diagnostic psychiatrique peuvent brosser un tableau très incomplet des formes de détresse à l'échelle locale (Kirmayer, 1989a). Il est nécessaire d'approfondir nos connaissances sur les différentes façons d'exprimer la détresse en fonction des cultures pour qu'on puisse dépister les troubles qu'il est possible de traiter. Il faut comprendre la façon dont la communauté concernée résout ses problèmes, de manière à ce que les stratégies efficaces soient soutenues et que les solutions mal adaptées soient modifiées.
- Quel rôle les notions culturelles du moi et de la personne jouent-elles dans les processus comportementaux et cognitifs qui contribuent à la dépression, à l'anxiété et au suicide?
- Comment le moi sert-il d'intermédiaire aux processus sociaux de désorganisation et d'anomie?

- Comment certains individus résistent-ils aux effets destructeurs des problèmes sociaux répandus et de la perte de pouvoir politique? Les travaux portant sur les «raisons de vivre» et les modes d'adaptation offrent un point de départ pour étudier des stratégies d'adaptation qui cadrent avec les traditions locales et le contexte social.
- Quelles sont les stratégies thérapeutiques qui influent directement sur l'idéation suicidaire?
- Quelles interventions offrent des avantages à long terme dans la prévention du suicide?
- Les valeurs traditionnelles relatives à la non-ingérence peuvent être utilisées pour justifier l'absence d'intervention et peuvent devenir un moyen d'éviter les problèmes. Les circonstances dans lesquelles le refus et la fuite constituent des stratégies d'adaptation, qui seraient elles-mêmes la cause du mal, se trouvent au coeur des controverses actuelles en psychologie de la santé et doivent être étudiées dans un cadre autochtone.
- De quelle façon doit-on adapter la psychothérapie, la thérapie familiale et l'intervention en réseau compte tenu de la situation culturelle et sociale des peuples autochtones? Il faut élaborer des formes de psychothérapie et d'intervention adéquates qui reflètent, d'une part, les valeurs culturelles de la communauté et, d'autre part, le concept de la personne dans le milieu culturel visé (Kirmayer, 1989b). Ainsi, la plupart des psychothérapies sont axées sur l'individu et visent l'auto-efficacité. Afin de respecter les valeurs traditionnelles de la famille, de la communauté et de la spiritualité, il y aurait lieu de modifier le type de psychothérapie utilisé ou, au moins, de l'appliquer en restant extrêmement ouvert aux autres façons de concevoir le moi.

Les processus sociaux touchent l'ensemble de la communauté et exigent qu'on fasse appel à différentes stratégies de recherche pour pouvoir en examiner l'incidence. Les questions importantes qu'il faut se poser pour comprendre et prévenir le suicide chez les autochtones sont notamment les suivantes :

- Comment explique-t-on l'écart considérable des taux de suicide entre les communautés?
- Dans quelle mesure peut-on simplement expliquer le phénomène par la dynamique des suicides en grappe?

- Les informations sur les conséquences d'un changement de la structure familiale et sur l'incidence du rôle parental, de l'absence ou de la présence des enfants font défaut (Stack, 1992).
- À quel point les facteurs économiques (pauvreté, chômage, taux de croissance) suffisent-ils à expliquer les différences observées dans les taux de suicide?
- Comment interpréter les différences locales dans le processus d'acculturation?
- De quelle façon l'attitude adoptée par une communauté face au suicide et à la santé mentale influe-t-elle sur le taux de suicide? Lester et Bean (1992) ont conçu des échelles permettant de mesurer ces attitudes (p. ex. en demandant aux répondants de réagir à des énoncés du genre de ceux-ci : les gens qui commettent un suicide sont généralement atteints de maladie mentale; le suicide est souvent déclenché par des disputes avec l'être aimé ou le conjoint; il peut être un acte rationnel; ce sont seulement les personnes lâches qui se tuent). De telles échelles, une fois adaptées aux réalités culturelles du milieu, pourraient servir à examiner les attitudes adoptées au sein d'une communauté, où le suicide peut être approuvé ou condamné.

Voici certaines lacunes relevées dans la documentation que nous avons examinée :

- Il y a insuffisance de données fondamentales sur les taux de tentative de suicide chez les groupes autochtones canadiens de même que sur les corrélats psychosociaux.
- Il n'existe pas de comparaisons systématiques entre les régions et les tribus au Canada permettant de dégager les écarts et les corrélats sociaux.
- Il existe peu d'études ethnographiques des concepts autochtones de la personne et du moi associés à la santé, au bien-être et aux modes d'adaptation face à l'adversité.
- Nous connaissons peu de choses sur l'incidence d'un changement culturel à l'égard des méthodes d'éducation, de la structure familiale et du soutien social au sein des différentes communautés.
- Bon nombre d'individus, de familles et de communautés s'adaptent bien à l'adversité, à la dépression et à l'idéation suicidaire. Il est essentiel de procéder à des études de cas dans les communautés où des changements positifs ont eu lieu afin de contrebalancer les recherches révélant maints détails sur les problèmes éprouvés par les communautés et sur l'application de solutions conventionnelles, mais sans aucune

évaluation adéquate. Des études sur les programmes communautaires permettraient de réorienter les recherches en matière de santé mentale, qui ont tendance à s'attacher à un nombre limité d'interventions et de psychopathologies.

- Il existe peu de travaux sur les significations et les conséquences de la dimension spirituelle de la souffrance et de la guérison qui sont au coeur de la revitalisation des traditions autochtones relatives à la guérison.

Nous avons manifestement besoin de données épidémiologiques fondamentales et d'études plus valables sur le plan culturel qui intègrent des perspectives indigènes et anthropologiques par des moyens épidémiologiques (Rogler, 1992). Les résultats ne sont pas uniformes, mais il est possible d'atténuer le phénomène si on normalise les méthodes épidémiologiques. On pourra toutefois comprendre les autres études seulement lorsque nous aborderons la signification culturelle et personnelle des symptômes et du comportement.

Il faut absolument effectuer des études d'évaluation sur les programmes d'intervention dans les communautés autochtones, puisqu'il peut arriver que certaines interventions bien intentionnées fassent plus de mal que de bien. Ce qui complique le problème, c'est que la question du suicide attire l'attention du public et du gouvernement et, par conséquent, est perçue comme un argument de poids dans les débats politiques. Le simple fait d'y accorder une attention spéciale peut rendre le suicide légitime, car il est alors considéré comme une forme de protestation politique. Sans le vouloir, on augmente ainsi sa prévalence.

Les recherches doivent être menées de concert avec les communautés pour être pertinentes et sensibles aux besoins et aux points de vue des membres de la communauté. Des codes d'éthique régissant les travaux de recherche effectués en collaboration avec les peuples et les communautés autochtones ont été publiés, notamment par la Commission royale (1993) et l'Association universitaire canadienne d'études nordiques (1990).

Retombées des interventions

D'autres groupes de travail ont déjà mis au point un vaste programme relatif à la santé mentale chez les autochtones (Direction générale des services médicaux, 1991b) qui s'appuie sur les principes de base suivants :

1. une approche globale de la santé, c'est-à-dire éviter de segmenter les services médicaux et de les limiter au domaine de la biomédecine afin de tenir compte des dimensions biologiques, psychologiques, socio-culturelles et spirituelles de la santé et du bien-être;
2. la coordination des services multidisciplinaires;
3. la prestation de services de façon continue, c'est-à-dire depuis la promotion, la prévention, le traitement et le soutien jusqu'au suivi au traitement;
4. la formation des travailleurs communautaires actuels pour qu'ils puissent oeuvrer dans le domaine de la santé mentale;
5. la création de centres de formation autochtones spécialisés;
6. la mise au premier plan des familles et des enfants;
7. l'apprentissage par l'expérience et l'élaboration de modèles autochtones sur les connaissances et la pratique.

Les travaux que nous avons examinés, bien qu'ils adhèrent à ces principes, semblent indiquer que les interventions en matière de suicide chez les peuples autochtones doivent comprendre les démarches suivantes :

- aborder les problèmes à trois niveaux : politique, communautaire et individuel; plus précisément, promouvoir le rôle politique des individus et des communautés de sorte que les gens sentent qu'ils maîtrisent mieux leur vie et que celle-ci devient plus cohérente;
- encourager les aînés à transmettre concrètement aux jeunes la dynamique de vie et les langues traditionnelles;
- appuyer les symboles et les actes qui favorisent la fierté d'appartenir à une communauté et à un groupe;
- mettre au point des programmes éducatifs respectueux de la culture qui abordent les thèmes suivants : résolution des problèmes, toxicomanies, dépression, colère, ruptures et autres événements de la vie;
- assurer des services de base en biomédecine; former les dispensateurs de soins primaires pour qu'ils puissent mieux déceler et traiter la dépression majeure, le trouble de panique et autres troubles psychiatriques;

- élaborer et améliorer les possibilités d'accès à des programmes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies;
- constituer des groupes de travailleurs communautaires autochtones en santé mentale qui ont des compétences dans les domaines suivants : counseling familial et individuel, intervention en réseau et développement communautaire;
- créer des approches en psychothérapie et en thérapie familiale ainsi que des modes d'intervention en réseau qui tiennent compte du milieu culturel et qui favorisent expressément les modes traditionnels de guérison.

Nous avons aussi remarqué qu'il existe certains problèmes, non pas de culture mais d'échelle, qui rendent les programmes en matière de santé mentale difficiles à appliquer parce qu'ils étaient conçus à l'origine pour des milieux urbains. Dans les petites communautés, le fait d'identifier une personne vulnérable peut avoir de fâcheuses répercussions sur son statut social et son intégration dans la communauté et, par conséquent, peut aggraver la situation. En outre, il n'y a pas de secret au sein de ces communautés, de sorte que l'assurance qu'offre habituellement le secret professionnel est plus ou moins valable. Les interventions doivent donc être mises au point de concert avec les membres de la communauté, des experts en développement social et des professionnels des domaines socio-culturels et non pas par des médecins en santé mentale qui ne font que transplanter dans les communautés autochtones des modèles qui conviennent à un milieu qui leur est familier.

Le suicide est la réaction d'une personne qui se sent prise dans une voie sans issue. Il s'agit presque toujours d'une tentative visant à échapper à une douleur psychique, à un chagrin ou à des frustrations qui n'en finissent pas (Schneidman, 1993). Par conséquent, la prévention du suicide doit être un moyen de contrer tous les aspects malsains de la frustration, du désespoir et de la douleur insupportable en proposant des façons de changer une situation intolérable ou d'y échapper. Dans bien des cas, il peut s'agir de psychothérapie, de médicaments ou d'autres formes de soins qui redonnent à l'individu le sens du pouvoir, de l'auto-efficacité et de sa propre valeur. Toutefois, les approches conventionnelles en matière de santé mentale ne seront efficaces que dans la mesure où elles correspondent aux valeurs de la communauté. Lorsque des communautés entières sont en proie au désespoir, cette approche personnalisée peut être complètement inutile. Au lieu de transformer les communautés

autochtones en «milieu thérapeutique» où chacun se préoccupe de questions touchant la santé mentale, il serait plus efficace de s'attaquer directement aux problèmes sociaux créés par le dénuement économique, la rupture de la transmission de l'identité et des traditions culturelles ainsi que par la perte du pouvoir politique.

À l'instar des auteurs des rapports antérieurs, nous croyons qu'il n'est pas efficace de fragmenter les programmes de santé mentale selon qu'ils traitent la toxicomanie, la violence, les troubles psychiatriques, la prévention du suicide, etc. (Direction générale des services médicaux, 1991b). Tout est intrinsèquement lié : les individus aux prises avec leurs problèmes, l'expertise professionnelle et les interventions adéquates. Si on s'attache exclusivement au suicide sans le placer dans un contexte plus large, le remède peut être pire que le mal. Une approche exhaustive en matière de suicide devrait être intégrée à des programmes plus vastes touchant la sensibilisation à la santé, la vie familiale, le développement culturel et communautaire de même que le rôle politique.

Annexe 1 Remarques sur les méthodes de recherche

Il existe trois grandes stratégies permettant d'étudier le problème du suicide à l'échelle d'une communauté : clinique, épidémiologique et ethnographique. Chacune possède ses points forts et ses limites. Savoir intégrer ces diverses approches constitue un défi perpétuel dans le domaine de la santé mentale.

Les *études cliniques* qui visent à comparer les personnes qui tentent de se suicider aux autres patients sont réalisées dans des milieux où les problèmes sont reconnus et où l'on dispose d'un personnel professionnel pour colliger l'information. Dans ce type d'études, on peut décrire les caractéristiques des personnes qui tentent de se suicider lorsqu'elles se présentent afin de chercher de l'aide ou qu'on les amène pour une consultation; on peut aussi y relever l'importance des facteurs de protection et de risque. Par contre, de telles études ne permettent pas de déterminer la prévalence des tentatives de suicide ni la mesure où celles-ci contribuent à augmenter le risque de suicide dans la population, donnée importante aussi bien pour repérer les causes de nature sociale que pour trouver les méthodes possibles de prévention. Quel que soit le milieu clinique, le suicide demeure un événement rare, et il peut conduire à tort à des généralisations qui sont le fruit de caractéristiques idiosyncratiques observées sur quelques cas.

En outre, les études sur la santé mentale en milieu communautaire révèlent que bien des gens ne viennent jamais chercher d'aide ou font appel à d'autres ressources d'ordre communautaire et familial. Ceux qui communiquent avec des services médicaux professionnels se présentent essentiellement dans des centres de soins primaires et non pas dans des services de psychiatrie ou d'autres services de santé mentale. Il est donc nécessaire de réaliser des enquêtes au sein des communautés afin de déterminer la prévalence réelle des tentatives de suicide et d'étudier l'efficacité des ressources communautaires et familiales ainsi que des interventions professionnelles (Goldberg et Huxley, 1992). En étudiant le milieu où les patients vont se faire soigner, on peut aussi cerner des problèmes dans la façon de reconnaître la détresse et dans les différents types de traitement administrés et, par conséquent, il est possible d'améliorer la prestation de soins appropriés.

Les *études épidémiologiques* constituent la meilleure façon de repérer les facteurs de protection et de risque qui agissent sur une personne vulnérable de même que ceux qui ont un effet sur la famille, le réseau social, la communauté culturelle, la société ou la nation et qui affectent des populations entières. Les méthodes épidémiologiques actuelles mettent l'accent sur des entrevues diagnostiques structurées et sur la consignation systématique de renseignements détaillés se rapportant au vécu et aux antécédents d'un individu (Eaton et Kessler, 1985). Cependant, la mémoire est un outil étonnamment médiocre même lorsqu'il s'agit d'événements personnels importants, et les souvenirs sont déformés par les points de vue et les préoccupations du moment (Rogler et coll., 1992). Ces facteurs posent des limites à la fiabilité des études psychiatriques. L'évaluation personnelle des symptômes permet aussi de déterminer l'ampleur de la détresse, bien que cette méthode ne corresponde pas à une catégorie distincte de diagnostic psychiatrique (Goldberg et Huxley, 1992).

Les études sur les suicides font appel à des méthodes spéciales visant à reconstruire les conditions de vie, les éléments récents, la psychopathologie et la personnalité de la victime (ce qu'on appelle parfois l'«autopsie psychologique») (Brent et coll., 1988). Habituellement, il s'agit d'études réalisées avec des groupes témoins et des cas où il est question de comparer les victimes avec leurs pairs ou leurs camarades du même âge qui sont morts autrement ou qui sont toujours vivants et qui se portent bien.

Toutes les études rétrospectives ont des limites à cause des renseignements inexacts et incomplets provenant des dossiers médicaux, des dossiers officiels, de la personne interrogée ou des membres de la famille qui ne se rappellent pas bien des événements, etc. Par exemple, bon nombre d'études ont révélé une faible corrélation entre le compte rendu des parents sur la détresse de leur enfant et celui des enfants eux-mêmes. Alors que les parents sont souvent conscients des symptômes de détresse émotionnelle chez les adolescents qui tentent de se suicider, ils ne savent rien en général (ou encore refusent de le voir ou de le signaler) de l'idéation suicidaire de leur enfant et même de ses tentatives de suicide (Marttunen et coll., 1992; Velez et Cohen, 1988).

Les études de cas rétrospectives sur les suicides dans lesquelles on procède à des entrevues intensives avec les membres de la famille en deuil soulèvent certaines questions d'ordre éthique et pratique (Beskow et coll., 1991). Ces entrevues peuvent être stressantes

pour les amis et la famille de la victime, et il est vital de veiller à ce qu'elles soient réalisées par des professionnels de la santé mentale qui ont les moyens de reconnaître une réaction pathologique à une perte et d'y faire face.

Un grand nombre de décès enregistrés comme étant des «accidents» sont en réalité des suicides. Cette erreur administrative a deux causes : la difficulté de déterminer rétrospectivement l'intention de la victime et la réticence générale à admettre un suicide à cause de l'opprobre qui y est associé. La question du suicide maquillé en accident ou en mort violente ou bien en décès lié à la drogue est particulièrement importante pour évaluer l'étendue du problème du suicide dans les communautés autochtones (Direction générale des services médicaux, 1991a).

On peut résoudre partiellement ce problème en réévaluant la cause des décès à l'aide de critères normalisés (Cheifetz et coll., 1987). Ces critères sont applicables dans différents contextes, ce qui permet d'effectuer des comparaisons qui ne sont pas déformées par les divergences entre les jugements des médecins légistes et par les méthodes de signalement. Par exemple, on a soutenu qu'à Terre-Neuve les taux de suicide étaient extrêmement faibles. Aldridge et St. John (1991) ont avancé qu'il se pourrait simplement qu'une forte proportion de cas ne soient pas signalés. Ils ont effectué un calcul plus détaillé du nombre total de suicides en complétant la liste officielle des suicides à la suite d'une réévaluation systématique des dossiers faisant état de morts accidentelles, des certificats de décès qui n'avaient pas été transmis aux archives et des rapports de pathologistes qui n'avaient pas été envoyés au médecin légiste en chef.

On notait que le décès était un suicide s'il était survenu dans les circonstances suivantes : l'emploi d'une arme à feu, la pendaison, le fait de se jeter sous les roues d'un véhicule roulant à vive allure ou un saut dans le vide. Les décès causés par d'autres méthodes fatales telles que l'absorption excessive de médicaments d'ordonnance ou de drogues à usage récréatif, l'asphyxie ou la noyade, étaient considérées comme un suicide si on avait trouvé au moins un des éléments suivants dans le dossier : une lettre révélant le suicide ou la mention d'une telle lettre; l'existence d'une tentative de suicide antérieure; un séjour dans un hôpital psychiatrique ou un traitement psychiatrique; des déclarations selon lesquelles la personne était atteinte d'une maladie psychiatrique avant son suicide ou dans la même période. Nous avons inclus les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie dans les maladies psychiatriques parce qu'ils sont associés au suicide chez les jeunes (1991, p. 433).

Cette procédure a révélé qu'au moins 58 % des suicides n'avaient pas été signalés — un pourcentage sensiblement plus élevé que celui mis en évidence par les études antérieures. Alors que ce type d'évaluation minutieuse donne une idée plus exacte de la prévalence des suicides, il entraîne aussi certains préjugés lorsqu'on étudie les corrélats d'un suicide puisque la morbidité psychiatrique et la toxicomanie deviennent des critères permettant de déterminer qu'un décès est le résultat d'un suicide. En effet, une telle méthode assimile le suicide aux comportements autodestructeurs qui peuvent être adoptés sans qu'il y ait intention suicidaire.

Dans les comparaisons entre des régions et des groupes — ou entre des groupes et l'ensemble de la population — on doit adapter le taux brut de suicide à la composition démographique de la population. Par exemple, les groupes comportant un nombre démesuré de jeunes gens dégageront des taux de suicide excessifs parce que ce taux est en général plus élevé chez les jeunes. Sinon, les comparaisons entre les groupes doivent être effectuées au moyen de sous-groupes ou de strates selon l'âge et le sexe. En outre, l'analyse des comparaisons par type de suicide peut se révéler importante lorsqu'on explique le rôle de certains facteurs de risque ou l'efficacité de certaines interventions par des raisons de santé publique ou des causes cliniques (Tousignant et Mishara, 1981).

Le problème général que posent les recherches épidémiologiques transversales est le suivant : lorsqu'on constate un résultat associé à la présence de certains facteurs, il ne s'agit pas nécessairement d'un lien de cause à effet. Les études où les auteurs se sont contentés d'établir des corrélations entre certains facteurs et les taux de suicide — quoique ces liens puissent servir à mettre au point les facteurs de prédiction — peuvent nous tromper complètement sur les causes d'un suicide. Des processus analogues sous-jacents peuvent entraîner un suicide, une tentative de suicide ainsi que d'autres facteurs associés à ces issues. Dans le cas des suicides, seules des observations identiques relevées dans différents échantillons à l'aide d'un contrôle statistique pour les facteurs confusionnels peuvent permettre de déterminer les facteurs de risque plus fondamentaux. Dans le cas des tentatives de suicide, des études longitudinales permettent de définir avec plus de certitude les antécédents et les conséquences des facteurs présumés qui contribuent au suicide. En fin de compte, on attribue une causalité selon des modèles théoriques décrivant les liens de cause à

effet. Ces modèles découlent habituellement de théories psychologiques ou sociales, d'expériences cliniques, de connaissances approfondies ou d'études de cas des communautés.

Les *études de cas ethnographiques* font appel aux techniques anthropologiques suivantes : observation des participants, entrevues en profondeur et analyses de données qualitatives visant à déterminer ce que certains événements et actes signifient pour les individus et les groupes concernés. Elles permettent d'examiner les actes dans leur *contexte* — c'est-à-dire ceux qui ont une signification ou une importance particulière ou bien qui possèdent une valeur pragmatique dans un contexte social spécifique. Dans le cadre d'études ethnographiques, on ne part pas du principe que le suicide a une signification universelle, mais on s'attache plutôt aux significations précises d'un comportement suicidaire au sein d'une communauté donnée. Alors que les traditions anthropologiques plus anciennes étaient essentiellement axées sur des systèmes de croyances, l'anthropologie psychiatrique contemporaine se penche sur la signification concrète d'un acte à une échelle locale (Kirmayer, 1992; Kleinman, 1986, 1988). La culture n'est pas un véhicule homogène qui touche tout le monde de la même façon : elle est issue de processus relatifs à l'invention, à la transmission, à la négociation et à la contestation de pratiques et de croyances communes. En comprenant les comportements à ce niveau, on peut éliminer certaines des contradictions observées dans les études sur le suicide et sur la santé mentale réalisées dans les communautés présentant des antécédents et des pratiques culturels différents et qui vivent une conjoncture économique, politique et sociale difficile. L'ethnographie permet d'acquérir des connaissances relatives à certaines situations et communautés qui sont applicables à d'autres communautés qui ont d'importantes caractéristiques analogues sur les plans historique et social.

La traduction des questionnaires constitue la principale difficulté des travaux de recherche sur les différentes cultures. En général, on a réglé le problème en retraduisant les questionnaires vers la langue de départ afin de vérifier les équivalences sémantiques. Cependant, cet exercice peut s'avérer insuffisant, et il serait peut-être plus efficace d'élaborer de nouvelles méthodes visant à examiner la structure plus subtile des questionnaires à l'aide de méthodes statistiques. En outre, on reconnaît de plus en plus que les questions posées doivent avoir une signification culturelle, c'est-à-dire qu'il faut utiliser un langage usuel et

recourir à des termes idiomatiques pour exprimer la détresse qui constituent des moyens conventionnels d'exprimer et de comprendre les problèmes (Manson et coll., 1985). Si on ne modifie pas les questionnaires, il est possible de vérifier s'il existe en effet des problèmes identiques dans les communautés autochtones et dans le reste du pays, mais on passera à côté de toutes les autres préoccupations qui auront été exprimées différemment, selon un langage culturel distinct (Kirmayer, 1989a, Kleinman, 1988). Les méthodes les plus valables pour déterminer le degré, la nature et les corrélats d'un suicide sont celles qui font appel aux techniques ethnographiques et épidémiologiques. Jusqu'à présent, cette approche a été uniquement utilisée dans quelques études sur les Indiens aux États-Unis (Manson et coll., 1985; O'Neill, 1989); elle n'a pas encore été appliquée au problème du suicide chez la plupart des groupes autochtones canadiens.

Annexe 2
Groupe de recherche sur la santé mentale chez les autochtones

Unité de recherche sur la culture et la santé mentale
Institut de psychiatrie communautaire et familiale
Sir Mortimer B. Davis — Hôpital général juif
4333, chemin de la Côte Ste-Catherine
Montréal (Québec)
H3T 1E4
Téléphone (514) 340-8210
Télécopieur (514) 340-7507

Laurence J. Kirmayer, M.D. FRCPC
Professeur agrégé et directeur de la
psychiatrie sociale et transculturelle
Université McGill

Rose Dufour, infirmière, Ph.D.
DSC Centre hospitalier universitaire de
Laval
Sainte-Foy (Québec)

Kathryn Gill, Ph.D.
Directrice de recherche
Unité d'alcoologie et de toxicomanies
Département de psychiatrie
Hôpital général de Montréal

Barbara C. Hayton, M.D. CCMF
Médecin
Institut de psychiatrie communautaire et
familiale

Vania Jimenez, M.D. CCMF
Directrice des services médicaux
CLSC Côte-des-Neiges, Montréal
Département de médecine familiale
Université McGill

Michael Malus, M.D. CCFM
Professeur agrégé et directeur
Service de santé des adolescents,
Université McGill
et
Centre de médecine familiale Herzl
Sir Mortimer B. Davis — Hôpital général
juif

Consuelo Quesney, M.A.
Agrégé de recherche
Équipe de recherche sur la culture et la
santé mentale
Institut de psychiatrie communautaire et
familiale

Yeshim Ternar, Ph.D.
Agrégé de recherche
Équipe de recherche sur la culture et la
santé mentale
Institut de psychiatrie communautaire et
familiale

Nadia Ferrara, M.A.T.
Candidate à la M.Sc.
Département de psychiatrie
Université McGill

Notes

1. Il est difficile de comparer les études portant sur le suicide et celles sur la tentative de suicide à cause des différences entre les méthodes de recherche employées. Par exemple, Lester (1991) a utilisé une mesure de l'intention suicidaire objective sur un échantillon de personnes qui se sont suicidées et un échantillon de personnes qui ont tenté de le faire. Il a constaté que les corrélats de l'intention suicidaire étaient tout à fait différents chez les deux groupes. Cette constatation peut être le reflet de différences profondes entre le suicide et la tentative de suicide, mais elle peut également traduire les limites inhérentes à une étude effectuée à partir de données rétrospectives. Le problème que pose le recours à un exposé fait par un tiers des événements de la vie d'une personne qui s'est suicidée est le suivant : la signification des événements pertinents peut être modifiée ou omise par le répondant.
2. Tout au long du présent document, nous utilisons les termes «autochtone», «Indien» ou «Amérindien» lorsque nous faisons référence aux Indiens inscrits ou non inscrits au Canada ou aux autochtones des États-Unis. Afin d'éviter toute confusion, nous avons choisi la terminologie employée dans les documents que nous citons ou que nous examinons.
3. Pour estimer la prévalence, nous avons essentiellement fait appel aux données statistiques de la Direction générale des services médicaux parce qu'il n'existait guère d'autres données. Malheureusement, ces statistiques visent seulement les Indiens inscrits. En outre, nous n'avons pas pu examiner les sources originales de ces données ni les méthodes qui ont été employées pour les colliger, de sorte que nous ne pouvons pas garantir leur fiabilité.
4. L'*effet de cohorte* est l'effet associé à un groupe précis de personnes nées à la même époque (p. ex., les «baby-boomers»). L'*effet lié à la période* désigne des changements qui surviennent à une certaine époque et qui touchent des personnes de tout âge au cours de la période visée.
5. Une grappe désigne une série de suicides qui surviennent dans une unité d'espace et de temps. Voir ci-dessous.
6. Les troubles affectifs comprennent la dépression majeure, la psychose bipolaire (l'état maniaco-dépressif) ainsi que la dysthymie (dérèglement chronique de l'humeur).
7. À l'autopsie, on trouve généralement chez les personnes qui se sont suicidées de faibles taux d'acide 5-hydroxy-indole-acétique (CSF 5-HIAA) dans le liquide céphalo-rachidien — métabolite de la sérotonine (5-HT) — et des taux peu élevés de ce neurotransmetteur dans le cerveau (Roy, 1992). Cette constatation semble indiquer que les personnes qui se suicident ont une déplétion ou une réduction de l'activité sérotoninergique qui influe également sur la dépression. Chez les patients psychiatriques internés qui reçoivent un traitement, un CSF 5-HIAA faible ou en

baisse n'est pas très encourageant. Bien qu'on interprète en général cette carence comme un signe de carence biologique, le taux de CSF 5-HIAA peut aussi traduire l'influence sur le cerveau de certains facteurs sociaux ou environnementaux, y compris le statut social. Pour l'instant, la mesure du CSF 5-HIAA demeure un outil de recherche dont les applications cliniques sont incertaines.

8. Les troubles psychiatriques sont actuellement classés selon la CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé ou selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)* de l'*American Psychiatric Association*, qui en est maintenant à sa troisième édition révisée (*DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987*). La seconde classification se fonde sur deux axes : l'Axe I concerne les troubles psychiatriques aigus, alors que l'Axe II regroupe les troubles de la personnalité -- les problèmes chroniques d'adaptation et de conduite en groupe qui sont liés à des humeurs extrêmes ou à des troubles caractérogiques. Il est donc difficile d'interpréter et de comparer les études antérieures et postérieures à 1980, année où le *DSM-III* a été publié, particulièrement en ce qui a trait aux critères diagnostiques des troubles dépressifs et à l'absence de signalement systématique de la présence concomitante d'un trouble de la personnalité (Axe II) et de dépression (Axe I) avant 1980 (Runeson et Rich, 1992).
9. Les taux de suicide ont tendance à être étroitement liés aux taux d'homicide dans les communautés, et varient de $r = 0,34$ à $0,52$ (Bachman, 1992; Young, 1990).
10. L'autre raison qu'on peut invoquer est l'argument de «l'adaptation» : les individus dans la plupart des lieux et des époques s'adaptent bien à leur environnement et éprouvent peu de problèmes psychologiques ou sociaux à moins de perturbations exceptionnelles au sein même de la société ou par suite d'un rapprochement culturel (comme une colonisation; voir notamment Berry, 1993). Toutefois, aucune étude n'appuie cette hypothèse, que ce soit au moyen des dossiers historiques ou des enquêtes épidémiologiques réalisées à l'aide de questionnaires modernes, qui mentionnent des niveaux de psychopathologie dans toutes les sociétés qui ont fait l'objet d'études (Edgerton, 1992). Il semble que les êtres humains soient sujets aux comportements mésadaptés et aux troubles émotifs, de sorte qu'aucune société n'a jamais été «parfaitement assortie» à son milieu écologique ni aux besoins psychologiques de ses membres. Cette constatation devrait nous mettre en garde contre l'attrait simpliste d'un âge d'or révolu et contre les solutions faciles aux situations complexes que nous vivons actuellement.
11. Les HRAF représentent une série de bases de données contenant des renseignements ethnographiques sur un grand nombre de sociétés compilés selon un format standard grâce auquel il est possible d'effectuer des comparaisons statistiques. Toutefois, les études utilisées pour constituer ces bases de données n'avaient pas été conçues à cette fin; elles couvrent de nombreuses périodes dans l'histoire de l'anthropologie et la saisie a été effectuée sans qu'une méthode normalisée de collecte des données n'ait été prévue. Par conséquent, la présence ou l'absence d'une donnée en particulier (comme

le «suicide» ou la «psychopathologie») reflète la perspective et les intérêts idiosyncratiques de l'ethnographe. Au mieux, les HRAF sont donc utiles pour tirer des hypothèses mais ne peuvent être considérées comme un test valable de confirmation, bien qu'elles soient une précaution contre la généralisation excessive qui résulte de rapports ethnographiques isolés.

12. Le risque relatif indique la probabilité relative qu'un individu présentant certaines caractéristiques tente de se suicider par rapport à celui qui ne possède pas ces caractéristiques. Par exemple, un risque relatif de 3,2 attribuable aux problèmes de santé mentale indique que la personne aux prises avec ce type de problème dans le cadre de l'étude était 3,2 fois plus susceptible de commettre une tentative de suicide. Dans une régression logistique, ces risques sont calculés pendant qu'on contrôle d'autres variables — c'est-à-dire qu'elles demeurent constantes. C'est pourquoi les risques relatifs représentent l'augmentation (ou la diminution) d'un risque qui est uniquement attribuable aux caractéristiques énoncées.
13. On n'a pas pu justifier les préoccupations soulevées par le nouvel antidépresseur fluoxétine (Prozac) qu'on soupçonne d'entraîner le suicide (Power et Cowen, 1992). Le premier rapport présenté par Teicher et ses collaborateurs (1990) contenait des rapports sur six patients qui présentaient tous des problèmes diagnostiques complexes. Une étude rétrospective réalisée sur 1 017 patients a révélé une augmentation sensible de la suicidabilité chez le groupe traité à la fluoxétine (2,77 %) par rapport à celui qui n'avait pas subi de traitement (0,75 %). Toutefois, selon une méta-analyse de données issues d'essais à double insu, la nouvelle vague de suicidabilité a augmenté de 1,2 % chez les patients traités à la fluoxétine, de 2,6 % chez ceux ayant reçu un placebo et de 3,6 % sur les patients traités au TCA. Il semble que la fluoxétine soit sûre et efficace, mais elle peut provoquer de l'agitation, de l'irritabilité ou de l'acathisie (agitation motrice) de même que de la dysphorie chez certains patients, qui peuvent attribuer le phénomène à une aggravation de leur dépression. Ces symptômes surviennent la plupart du temps lorsque les doses dépassent 20 mg par jour et, en général, peu après que la dose a été augmentée.

Bibliographie

- Absolon, K. (1994). Building health from the medicine wheel: Aboriginal program development, in First Nations Community Mental Health Workers Training Workshop, Winnipeg (Manitoba), du 6 au 8 mars 1994, Native Physicians' Association of Canada.
- Adam, K.S. (1985). Attempted suicide, *Psychiatric Clinics of North American*, 8(2), p. 183 à 201.
- Aldridge, D. et St. John, K. (1991). Adolescent and preadolescent suicide in Newfoundland and Labrador, *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(6), p. 432 à 436.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual, Third revised edition*, Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American School Health Association et coll. (1989). *The National Adolescent Health Survey: A Report on the Health on America's Youth*, Oakland, CA, Third Party Publishing.
- Appleby, L. (1992). Suicide in psychiatric patients: Risk and prevention, *British Journal of Psychiatry*, 161, p. 749 à 758.
- Appleby, L. et Warner, R. (1993). Parasuicide: Features of repetition and the implications for intervention, *Psychological Medicine*, 23, p. 13 à 16.
- Apter, A., Plutchik, R. et van Prang, H.M. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, p. 1 à 5.
- Armstrong, H. (1978). Providing psychiatric care and consultation in remote Indian villages, *Hospital and Community Psychiatry*, 29(10), p. 678 à 680.
- Association universitaire canadienne d'études nordiques (1990). Ethical principles for the conduct of research in the North, *Northern Health Research Bulletin*, 2(1 et 2), p. 13 et 14.
- Bachman, R. (1992). *Death and Violence on the Reservation: Homicide, Family Violence, and Suicide in American Indian Populations*, New York, Auburn House.
- Bagley, C. (1991). Poverty and suicide among Native Canadians: A replication, *Psychological Reports*, 69, p. 149 et 150.
- Bagley, C. (1992). Changing profiles of a typology of youth suicide in Canada, *Canadian Journal of Public Health*, 83(2), p. 169 et 170.

- Bagley, C., Wood, M. et Khumar, H. (1990). Suicide and careless death in young males: Ecological study of an aboriginal population in Canada, *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29, p. 127 à 142.
- Balicki, A. (1961). Suicidal behavior among the Netsilik Eskimos, in B. Blishen (dir.), *Canadian Society: Sociological Perspectives* Chicago, Free Press of Glencoe.
- Bancroft, J.H.J., Skrimshire, A. M. et Simkin, S. (1975). The reasons people give for taking overdoses, *British Journal of Psychiatry*, 128, p. 538 à 548.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F. et Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Guilford.
- Beck, A.T., Steer, R. A., Kovacs, M. et Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation, *American Journal of Psychiatry*, 142(5), p. 599 à 563.
- Beiser, M. et Manson, S. (1987). Prevention of emotional and behavioral disorders in North American Native children, *Journal of Preventive Psychiatry*, 3, p. 225 à 240.
- Bellah, R.N., Madsen, R., Sullivan, W.M., Swidler, A. et Tipton, S.M. (1985). *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life*, Berkely, University of California Press.
- Berger, C.J. et Toberluk, H.A. (1990). Community-based suicide prevention programs in rural Alaska: Self-determination as a new approach, in *Circumpolar Health* 90.
- Berlin, I.N. (1985). Prevention of adolescent suicide attempts among Native American tribes, *Adolescent Psychiatry*, 12, p. 77 à 93.
- Berlin, I.N. (1987). Suicide among American Indian adolescents: An overview, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17(3), p. 218 à 232.
- Berry, J.W. (1976). Acculturative stress in Northern Canada: Ecological, cultural and psychological factors, in R. Shepard et S. Itoh (dir.), *Circumpolar Health '74*, (p. 490 à 497), Toronto, University of Toronto Press.
- Berry, J.W. (1985). Acculturation among circumpolar peoples: Implications for health status, *Arctic Medical Research*, 40, p. 21 à 27.
- Berry, J.W. (1993). *Psychological and social health of Aboriginal peoples in Canada*, présenté au Workshop on Children's Mental Health and Wellness in First Nations Communities, Victoria (Colombie-Britannique), mars 1993.

- Beskow, J., Runeson, B. et Asgaard, U. (1991). Ethical aspects of psychological autopsy, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, p. 482 à 487.
- Bland, R.C., Newman, S.C., Dyck, R.J. et Orn, H. (1990). Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population, *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(5), p. 407 à 413.
- Blum, R.W., Harmon, B., Harris, L., Bergeisen, L. et Resnick, M.D., (1992). American Indian-Alaska Native youth health, *Journal of the American Medical Association*, 267(12), p. 1637 à 1644.
- Bonner, R.L., (1992). Isolation, seclusion and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 398 à 419), New York, Guilford.
- Boor, M. (1980). Relationship between unemployment rates and suicide rates in eight countries, 1962 à 1967, *Psychological Reports*, 47, p. 1095 à 1101.
- Borst, S.R., Noam, G.G. et Bartok, J.A., (1991). Adolescent suicidality: A clinical-developmental approach, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 30(5), p. 796 à 803.
- Bourque, L.B., Cosand, B.J. et Kraus, J.F. (1983). Comparison of male and female suicide in a defined community, *Journal of Community Health*, 9, p. 7 à 17.
- Brant, C.C. (1990). Native ethics and rules of behaviour, *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, p. 534 à 539.
- Brant, C.C. (non daté). Suicide in Canadian Aboriginal Peoples: Causes and prevention, Shannonville (Ontario), Native Mental Health Association.
- Brent, D.A., Perper, J.A. et Allman, C.J. (1987). Alcohol, firearms and suicide among youth, *Journal of the American Medical Association*, 257, p. 3369 à 3372.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Allman, C.J., Moritz, G.M., Wartella, M.E. et Zelenak, J.P. (1991). The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: A case-control study, *Journal of the American Medical Association*, 271, p. 2989 à 2995.
- Brent, D.A., Perper, J.S., Kolko, D.J. et Zelenak, J.P. (1988). The psychological autopsy: Methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 27, p. 362 à 368.

- Brent, D.A., Perper, J.A., Mortiz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L. et Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: A case control study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, p. 52 à 58.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Mortiz, G., Allman, C., Friend, A., Schweers, J., Roth, C., Balach, L. et Harrington, K. (1992). Psychiatric effects of exposure to suicide among the friends and acquaintances of adolescent suicide victims, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 31, p. 629 à 640.
- Briere, J. (1993). *Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects*, Newbury Park, Sage Publications.
- Briggs, J.L. (1970). *Never in Anger: Portrait of an Eskimo Family*, Cambridge, Harvard University Press.
- Briggs, J.L. (1982). Living dangerously: The contradictory foundations of value in Canadian Inuit society, in E. Leacock et R. Lee (dir.), *Politics and History in Band Societies* (p. 109 à 131), Cambridge, Cambridge University Press.
- Briggs, J.L. (1983). Conflict management and socialization among Canadian Inuit, *Delivered at Institute of Eskimology Copenhagen, May 1983*.
- Brod, T.M. (1975). Alcoholism as a mental health problem of Native Americans: A review of the literature, *Archives of General Psychiatry*, 32(11), p. 1385 à 1391.
- Brown, G. et Harris, T. (1978). *The Social Origins of Depression*. New York, The Free Press.
- Brown, G.L., Linnoila, M.I. et Goodwin, F.K. (1992). Impulsivity, aggression and associated affects: Relationship to self-destructive behavior and suicide, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 589 à 606), New York, Guilford.
- Byrne, A., Kirby, B., Zibin, T. et Ensminger, S. (1991). Psychiatric and neurological effects of chronic solvent abuse, *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, p. 735 à 738.
- Carlson, G.A. (1990). Suicidal behavior and psychopathology in children and adolescents, *Current Opinion in Psychiatry*, 3, p. 449 à 452.
- Carrithers, M., Collins, S. et Lukes, S. (dir.), (1985). *The Category of the Person*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Cawte, J. (1990). *Fourth World Suicide and Stress: Contrasting Reactions in North America and Australia*, Sydney, Australia: Division of Health Services Planning, Eastern Sydney Area Health Service.

- Cheifetz, P.N., Posener, J.A., La Haye, A. Zaidman, M. et Beruerakis, C.E. (1987). An epidemiologic study of adolescent suicide, *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, p. 656 à 659.
- Cimboric, P. et Jobes, D. (1990). *Youth Suicide*, Springfield, III, Charles C. Thomas.
- Clark, D.C., Sommerfeldt, L. Schwartz, M. Hedeker, D. et Watel, L. (1990). Physical recklessness in adolescence -- Trait or byproduct of depressive suicidal states, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(7), p. 423 à 434.
- Clayer, J.R. et Czechowicz, A.S. (1991). Suicide by aboriginal people in South Australia: Comparison with suicide deaths in the total urban and rural populations, *Medical Journal of Australia*, 154, p. 683 à 685.
- Condon, R.G. (1982). Seasonal variation and interpersonal conflict in the central Canadian Arctic, *Ethnology*, 21, p. 151 à 164.
- Condon, R.G. (1983). Seasonal photoperiodism, activity rhythms, and disease susceptibility in the central Canadian arctic, *Arctic Anthropology*, 20(1), p. 33 à 48.
- Conte, J.R. (1991). Overview of child sexual abuse, in A. Tasman et S.M. Goldfinger (dir.), *Annual Review of Psychiatry*, (p. 283 à 307), Washington, American Psychiatric Press.
- Cormier, H.J. et Klerman, G.L. (1985). Unemployment and male-female participation as determinants of changing suicide rates of males and females in Quebec, *Social Psychiatry*, 20, p. 109 à 114.
- Coyne, J.C. (1976). Toward an interactional description of depression, *Psychiatry*, 39, p. 28 à 40.
- Cushman, P. (1990). Why the self is empty: Toward a historically situated psychology, *American Psychologist*, 45(5), p. 599 à 611.
- Davenport, J.A. et Davenport, J., III (1987). Native American suicide: A Durkheimian analysis, *Social Casework*, 68(Nov), p. 533 à 539.
- Davidson, L.E., Rosenberg, M.L., Mercy, J.A., Franklin, J. et Simmons, J.T. (1989). An epidemiologic study of risk factors in two teenage suicide clusters, *Journal of the American Medical Association*, 262, p. 2687 à 2692.
- DeMan, A.F., Leduc, C.P. et Labrèche-Gauthier, L. (1992). Correlates of suicide ideation in French-Canadian adults and adolescents: A comparison, *Journal of Clinical Psychology*, 48(6), p. 811 à 816.

- DeBruyn, L.M., Hymbaugh, K. et Valdez, N. (1988). Helping communities address suicide and violence: The Special Initiatives Team of the Indian Health Service, *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 1(3), p. 56 à 65.
- Devereux, G. (1961). *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe*, Washington, D.C., É.U., Government Printing Office.
- Deykin, E.Y., Perlow, R. et McNamarra, J. (1985). Non-fatal suicidal and life-threatening behavior among 13 to 17 years old adolescents seeking emergency medical care, *American Journal of Public Health*, 75, p. 90 à 92.
- Dingman, C.W. et McGlashan, T.H. (1988). Characteristics of patients with serious suicidal intentions who ultimately commit suicide, *Hospital and Community Psychiatry*, 39(3), p. 295 à 299.
- Direction générale des services médicaux, Comité directeur sur la santé mentale des autochtones (1991a). *Statistiques sur la santé mentale des autochtones : rapport du groupe de travail technique sur les données statistiques*, Services consultatifs en matière de santé, Services de santé des Indiens et des populations du Nord, Ottawa (Ontario).
- Direction générale des services médicaux, Comité directeur sur la santé mentale des autochtones (1991b). Programme de santé mentale destiné aux Premières nations et aux Inuit, Santé et bien-être social Canada, Ottawa.
- Dodge, H. et Austin, R.L. (1990). Household structure and elderly Japanese female suicide, *Family Perspective*, 24(1), p. 83 à 97.
- Dryfoos, J.G. (1990). *Adolescent at Risk*, New York, Oxford University Press.
- Duberstein, P.R., Conwell, Y. et Caine, E.D. (1993). Interpersonal stressors, substance abuse and suicide, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), p. 80 à 85.
- Durkheim, E. (1897 à 1951). *Suicide: A Study in Sociology*, Glencoe, IL, Free Press.
- Dyck, R.J., Bland, R.C., Newman, S.C. et Orn, H. (1988). Suicide attempts and psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, p. 64 à 71.
- Earls, F. Escobar, J.I. et Manson, S.M. (1991). Suicide in minority groups: Epidemiologic and cultural perspectives, in S.J. Blumenthal et D.J. Kupfer (dir.), *Suicide Over the Life Cycle* (p. 571 à 598), Washington, D.C., American Psychiatric Press.

- Eastwood, M.R. et Peter, A.M. (1988). Epidemiology and seasonal affective disorder, *Psychological Medicine*, 18, p. 799 à 806.
- Eaton, W.W. et Kessler, L.G. (1985). *Epidemiologic Field Methods in Psychiatry: The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*, Orlando, FL, Academic Press.
- Edgerton, R.B. (1992). *Sick Societies: Challenging the Myth of Primitive Harmony*, New York, The Free Press.
- Eisenberg, L. (1986). Does bad news about suicide beget bad news? *New England Journal of Medicine*, 315(11), p. 705 à 707.
- Ellis, J.B. et Range, L.M. (1991). Differences between Blacks and Whites, women and men, in reasons for living, *Journal of Black Studies*, 21(3), p. 341 à 347.
- Ellis, J.B. et Range, L.M. (1992). Mood influences on reasons for living in older adolescents, *Psychiatry*, 55, p. 216 à 222.
- Everstine, D.S., Bodin, A.M. et Everstine, L. (1977). Emergency psychology: A mobile service for police crisis calls, *Family Process*, 16(3), p. 281 à 292.
- Ewan Cotterill and Associates (1990). *Coming Together Because We Care: A Grass Roots Forum on the Prevention of Suicide. Rankin Inlet, Territoires du Nord-Ouest, 30 mars au 2 avril 1990*, rapport final, ministère des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest.
- Farmer, R.D.T. (1988). Assessing the epidemiology of suicide and parasuicide, *British Journal of Psychiatry*, 153, p. 16 à 20.
- Felner, R.D. Adan, A.M. et Silverman, M.M. (1992). Risk assessment and prevention of youth suicide in schools and educational contexts, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of suicide*, (p. 420 à 447), New York, Guilford.
- Fienup-Riordan, A. (1986). The real people: The concept of personhood among the Yup'ik Eskimos of Western Alaska, *Études Inuit Studies*, 10(1-2), p. 261 à 270.
- Fischler, R.S. (1985). Child abuse and neglecting American Indian communities, *Child Abuse and Neglect*, 9, p. 95 à 106.
- Fossey, E. et Shapiro, C.M. (1992). Seasonality in psychiatry — A review, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, p. 299 à 308.

- Foulks, E. F. (1980). Psychological continuities: From dissociative states to alcohol use and suicide in Arctic populations, *Journal of Operational Psychiatry*, 11(2), p. 156 à 161.
- Freilich, M., Raybeck, D. et Savishinsky, J. (dir.). (1991). *Deviance: Anthropological Perspectives*, New York, Bergin and Garvey.
- Garro, L. (1988). Suicide by status Indians in Manitoba, in H. Linderholm (dir.), *Circumpolar Health '87* Oulu, Comité de collaboration nordique pour la recherche médicale.
- Garland, A.F. et Zigler, E. (1993). Adolescent suicide prevention, *American Psychologist*, 48, p. 169 à 182.
- Garnefski, N., Diekstra, R.F.W. et de Heus, P. (1992). A population-based survey of the characteristics of high school students with and without a history of suicidal behavior, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, p. 189 à 196.
- Garrison, C.Z. (1992). Demographic predictors of suicide, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Malstsberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 484 à 498), New York, Guilford.
- Gasquet, I. et Choquet, M. (1993). Gender role in adolescent suicidal behavior: Observations and therapeutic implications, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, p. 59 à 65.
- Gelles, R.J. et Conte, J.R. (1990). Domestic violence and sexual abuse of children: A review of research in the 80s, *Journal of Marriage and the Family*, 52(4), p. 1045 à 1058.
- Goldberg, D. et Huxley, P. (1992). *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model*, London, Tavistock/Routledge.
- Goldstein, R.B., Black, D.W., Nasrallah, A et Winokur, G. (1991). The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders, *Archives of General Psychiatry*, 48, p. 418 à 422.
- Gould, M.S., Wallenstein, S. et Kleinman, M. (1990). Time space clustering of teenage suicide, *American Journal of Epidemiology*, 131, p. 71 à 78.
- Grossi, V. et Violato, C. (1992). Attempted suicide among adolescents: A stepwise discriminant analysis, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24(3), p. 410 à 412.
- Grossman, D.C., Milligan, B.C. et Deyo, R.A. (1991). Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents, *American Journal of Public Health*, 81(7), p. 870 à 874.

- Group for the Advancement of Psychiatry (GAP) (1989). *Suicide and Ethnicity in the United States*, New York, Brunner/Mazel.
- Grove, O. et Lynge, J. (1979). Suicide and attempted suicide in Greenland: A controlled study in Nuuk (Godthaab). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 60(8), p. 375 à 391.
- Grundlach, J. (1990). Absence of family support, opportunity, and suicide, *Family Perspective*, 24(1), p. 7 à 14.
- Haggag, A., Eklund, B., Linaker, O. et Gotestam, K.G. (1990). Seasonal mood variation: An epidemiological study in northern Norway, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, p. 141 à 145.
- Haig-Brown, C. (1988). *Resistance and Renewal: Surviving the Indian Residential School*, Vancouver, Tillacum Library.
- Hansen, T., Bratlid, T., Lingjärde, O. et Brenn, T. (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, p. 428 à 434.
- Hart, E.E. et Williams, C.L. (1987). Suicidal behavior and interpersonal network, *Crisis*, 8(2), p. 112 à 124.
- Harvey, E.B. (1985). Psychiatric consultation and social work at a secondary school for Eskimo, Indian, and Aleut students in Alaska, in R. Fortune (dir.), *Circumpolar Health 84* (p. 517 à 525), Seattle, University of Washington Press.
- Hasselback, P. Lee, K.I., Mao, Y., Nichol, R. et Wigle, D.T. (1991). The relationship of suicide rates to sociodemographic factors in Canadian census divisions, *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, p. 655 à 659.
- Hawton, K. (1986). *Suicide and Attempted Suicide Among Children and Adolescents*, Newbury Park, C.A. Sage.
- Hawton, K. (1987). Assessment of suicide risk, *British Journal of Psychiatry*, 159, p. 145 à 153.
- Hawton, K., Fagg, J. et Simkin, S. (1988). Female unemployment and attempted suicide, *British Journal of Psychiatry*, 152, p. 632 à 637.
- Hazell, P. (1991). Postvention after teenage suicide: An Australian experience, *Journal of Adolescence*, 14, p. 335 à 342.

- Hellekson, C.J. et coll. (1986). Phototherapy for seasonal affective disorders in Alaska, *American Journal of Psychiatry*, 143(8), p. 1035 à 1037.
- Hellon, C.P. et Solomon M.I. (1980). Suicide and age in Alberta, Canada, 1951 à 1977: The changing profile, *Archives of General Psychiatry*, 37, p. 505 à 510.
- Hendin, H. (1981). Psychotherapy and suicide, *American Journal of Psychotherapy*, 35(4), p. 469 à 480.
- Hendin, H. (1991). Psychodynamics of suicide with particular reference to the young, *American Journal of Psychiatry*, 148, p. 1150 à 1158.
- Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Isometsä, E.T., Kuoppasalmi, K.I. et Lönnqvist, J.K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide, *American Journal of Psychiatry*, 150(6), p. 935 à 940.
- Herman, J. (1992). Trauma and Recovery, Boston, Harvard University Press.
- Hlady, W.G. et Middaugh, J.P. (1988). Suicides in Alaska: firearms and alcohol, *American Journal of Public Health*, 78(2), p. 179 et 180.
- Hoberman, H.M. et Garfinkel, B.D. (1988). Completed suicide in youth, *Canadian Journal of psychiatry*, 33, p. 494 à 504.
- Holinger, P.C. et Lester, D. (1991). Suicide, homicide and demographic shifts: An epidemiological study of regional and national trends. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, p. 574 et 575.
- Holinger, P.C. et Offer, D. (1982). Prediction of adolescent suicide: A population model, *Archives of General Psychiatry*, 139, p. 302 à 307.
- Howard-Pitney, B., LaFromboise, T.D., Basil, M., September, B. et Johnson, M. (1992). Psychological and social indicators of suicide ideation and suicide attempts in Zuni adolescents, *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 60(3).
- Indian Health Service (1990) *A National Plan for American Indian and Alaska Native Mental Health Services*, MD, Indian Health Service.
- Indian Health Service and University of Minnesota Adolescent Health Program (1992). *The State of Native American Youth Health*, Minneapolis, Minnesota, University of Minnesota.
- Irwin, C. (1989). Lords of the Arctic: Wards of the state, *Northern Perspectives*, 17(1), p. 2 à 12.

- Jacobs, D. (1983). Evaluation and care of suicidal behavior in emergency settings, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 12(4), p. 295 à 310.
- Jeanneret, O. (1992). A tentative approach to suicide prevention in adolescence, *Journal of Adolescent Health*, 13, p. 409 à 414.
- Jilek-Aall, L. (1988). Suicidal behaviour among youth: A cross-cultural comparison, *Transcultural Psychiatric Research Review*, 25, p. 87 à 105.
- Katt, M. (1994). To Sustain a nation: Mental health needs in Nishawbe-Aski, in First Nations Community Mental Health Workers Training Workshop, Winnipeg (Manitoba), du 6 au 8 mars 1994, Native Physicians' Association of Canada.
- Kempton, T. et Forehand, R. (1992). Suicide attempts among juvenile delinquents: The contribution of mental health factors. *Behaviour Research and Therapy*, 30(5), p. 537 à 541.
- Kettl, P.A. et Bixler, E.O. (1991). Suicide in Alaska natives, 1979-1984, *Psychiatry*, 54, p. 55 à 63.
- Kienhorst, C.W.M., de Wilde, E.J., Diekstra, R.F.W. et Wolters, W.H.G. (1991). Construction of an index for predicting suicide attempts in depressed adolescents, *British Journal of Psychiatry*, 159, p. 676 à 682.
- Kienhorst, C.W.M., de Wilde, E.J., van den Bout, J., van der Burg, E., Diekstra, R.F.W. et Wolters, W.H.G. (1993). Two subtypes of adolescent suicide attempters, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, p. 18 à 22.
- Killias, M. (1993). International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide, *Canadian Medical Association Journal*, 148(10), p. 1721 à 1725.
- Kirmayer, L.J. (1989a). Cultural variations in the response to psychiatric disorders and emotional distress, *Social Science and Medicine*, 29(3), p. 327-339.
- Kirmayer, L.J. (1989b). Psychotherapy and the cultural concept of the person, *Santé, Culture, Health*, 6(3), p. 241 à 271.
- Kirmayer, L.J. (1992). The body's insistence on meaning: Metaphor as presentation and representation in illness experience, *Medical Anthropology Quarterly*, 6(4), p. 323 à 346.
- Kirmayer, L.J., Corin, E., Corriveau, A. et Fletcher, C. (1993). Culture et santé mentale chez les Inuit du Québec, *Santé mentale au Québec*, 18(1), p. 53 à 70.

- Kirmayer, L.J., Malus, M. (1993a). *Suicide attempts and ideation among Inuit youth of Nunavik* (Native Mental Health Research Group Report No. 3), Institute of Community & Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis — Jewish General Hospital.
- Kirmayer, L.J., Malus, M. et Delage, M. (1993b). *Characteristics of completed suicides among the Inuit of the East Coast of Hudson Bay, 1982-1991: A chart review study* (Native Mental Health Research Group Report No. 4), Institute of Community & Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis — Jewish General Hospital.
- Kirmayer, L.J. Robbins, J.M., Dworkind, M. et Yaffe, M. (1993c). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care, *American Journal of Psychiatry*, 150(5), p. 734 à 741.
- Kleinfeld, J. et Bloom J. (1977). Boarding schools: Effects on the mental health of Eskimo adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 134, 4, p. 411 à 477.
- Kleinman, A. (1986). *Social Origins of Distress and Disease*, New Haven, Yale University Press.
- Kleinman, A. (1988). Rethinking Psychiatry, New York, Free Press.
- Knockwood, I. (1992) *Out of the Depths: The Experiences of Mi'kmaw Children at the Indian Residential School at Shubenacadie*, Nova Scotia, Lockeport, Nova Scotia, Roseway Publishing.
- Korn, M.L., Botsis, A.J., Kotler, M., Plutchik, R., Conte, H.R. Finkelstein, G., Grosz, D., Kay, S., Brown, S.-L. et van Praag, H.M. (1992). The Suicide and Agression Survey: A semistructured instrument for the measurement of suicidality and aggression, *Comprehension Psychiatry*, 33(6), p. 359 à 365.
- Koslowsky, M., Bleich, A., Apter, A., Solomon, Z., Wagner, B. et Greenspoon, A. (1992). Structural equation modelling of some determinants of suicide risk, *British Journal of Medical Psychology*, 65, p. 157 à 165.
- Koslowsky, M., Bleich, A., Greenspoon, A., Wagner, B., Apter, A., et Solomon, Z. (1991). Assessing the validity of the Plutchik Suicide Risk Scale, *Journal of Psychiatric Research*, 25(4), p. 155 à 158.
- Kovacs, M. et Beck, A.T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression, *The American Journal of Psychiatry*, 135(5), p. 525 à 533.
- Kowalski, G., Faupel. C et Starr, P. (1987). Urbanism and suicide: A study of American Counties, *Social Forces*, 66(1), p. 85 à 101.

- Kralik, K.M. et Danforth, W.J. (1992). Identification of coping ideation and strategies preventing suicidality in a college-age sample, *Suicide and Life-threatening Behavior*, 22(2), p. 167 à 186.
- Kraus, R.F. (1971). Changing patterns of suicidal behavior in North Alaska Eskimo, *Transcultural Psychiatric Research Review*, 9, p. 69 à 71.
- Kraus, R.F. et Buffler, P.A. (1975). Suicide in Alaska natives: A Preliminary report, in *Proceedings of the Third International Symposium on Circumpolar Health* (p. 556 et 557), Université de Toronto.
- Kraus, R.F. et Buffler, P.A. (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, p. 111 à 151.
- Kreitman, N. et Casey, P. (1988). Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study, *British Journal of Psychiatry*, 153, p. 792 à 800.
- Kurosu, S. (1991). Suicide in rural areas: The case of Japan 1960-1980, *Rural Sociology*, 56(4), p. 605 à 618.
- Ladame, F. (1992). Suicide prevention in adolescence: An overview of current trends, *Journal of Adolescent Health*, 13, p. 406 à 408.
- Lafromboise, T.D. (1988). American Indian mental health policy, *American Psychologist*, 43(5), p. 388 à 397.
- Larose, F. (1989). L'environnement des réserves indiennes est-il pathogène? Réflexions sur le suicide et l'identification des facteurs de risque en milieu amérindien québécois, *Revue québécoise de la psychologie*, 10(1), p. 31 à 44.
- Leenaars, A.A. et Wenckstern, S. (dir.), (1991). *Suicide Prevention in Schools*, New York, Hemisphere.
- Leighton, A. et Hughes, C.C. (1955). Notes on Eskimo patterns of suicide, *Southwestern Journal of Anthropology*, 11(4), p. 327 à 338.
- Lester, D. (1991). Does suicidal intent mean the same in completed suicides as it does in attempted suicides? *Psychological Reports*, 69, p. 50.
- Lester, D. (1992a). Alcoholism and drug abuse, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 321 à 336), New York, Guilford.

- Lester, D. (1992b). Demographic determinants of youth suicide, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(5), p. 272.
- Lester, D. (1992c). State initiatives in addressing youth suicide: Evidence for their effectiveness, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, p. 75 à 77.
- Lester, D. et Bean, J. (1992). Attribution of causes to suicide, *Journal of Social Psychology*, 132(5), p. 679 à 680.
- Levy, J.E. et Kunitz, S. (1971). Indian reservations, anomie, and social pathologies, *Southwestern Journal of Anthropology*, 27(2), p. 97 à 128.
- Levy, J.E. et Kunitz, S.J. (1987). A suicide prevention program for Hopi youth, *Social Sciences and Medicine*, 25(8), p. 931 à 940.
- Levy, J.E., Kunitz, S.J. et Henderson, E.B. (1987). Hopi deviance in historical and epidemiological perspective, in J. Jorgesen et L. Donald (dir.), *Themes in Ethnology and culture: Essays in Honor of David F. Aberle*, Berkeley, Folklore Institute.
- Lewy, A.J., Kern, H.A., Rosenthal, N.E. et Wehr, T.A. (1982). Bright artificial light treatment of a manic-depressive patient with a seasonal mood cycle, *American Journal of Psychiatry*, 139, p. 1496 à 1498.
- Liberman, R.P. et E.T. (1981). Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters, *Archives of General Psychiatry*, 38, p. 1126 à 1130.
- Linehan, M.M. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, p. 276 à 286.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. et Heard M.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Archives of General Psychiatry*, 48, p. 1060 à 1064.
- Loevinger, J. (1966). The meaning and measurement of ego development, *American Psychologist*, 27, p. 196 à 206.
- Lujan, C., Debruyne, L.M., May, P.A. et coll. (1989). Profile of abused and neglected American Indian children in the southwest, *Child Abuse and Neglect*, 13, p. 449 à 461.
- MacLeod, A.K., Williams, J.M.G. et Linehan, M.M. (1992). New developments in the understanding and treatment of suicidal behavior, *Behavioural Psychotherapy*, 20, p. 195 à 218.

- Magne-Ingvar, U., Öjehagen, A. et Träskman-Bendz, L. (1992). The Social network of people who attempt suicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, p. 153 à 158.
- Manson, S.M., Beals, J., Dick, R.W. et Duclos C. (1989). Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school, *Public Health Reports*, 104, p. 609 à 614.
- Manson, S.M., Shore, J.H. et Bloom J.D. (1985). The depressive experience in American Indian communities: A challenge for psychiatric theory and diagnosis, in A.M. Kleinman et B. Good (dir.), *Culture and Depression* (p. 331 à 368), Berkeley, University of California Press.
- Mao, Y., Hasselback, P., Davies, J.W., Nichol, R et Wigle, D.T. (1990). Suicide in Canada: an epidemiological assessment, *Canadian Journal of Public Health*, 81(4), p. 324 à 328.
- Maris, R.W. (1992). The relationship of nonfatal suicide attempts to completed suicides, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 362 à 380), New York, Guilford.
- Maris, R.W., Berman, A.L., Maltzberger, J.T. et Yufit, R.I. (dir.) (1992), *Assessment and Prediction of Suicide*, New York, Guilford.
- Markus, H.R. et Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation, *Psychological Review*, 98(2), p. 224 à 253.
- Marsella, A.J., DeVos, G. et Hsu, F.L.K. (dir.) (1985). *Culture and Self: Asian and Western Perspectives*, New York, Tavistock.
- Marttunen, M.J., Aro, H.M. et Lönnqvist, J.K. (1992). Adolescent suicide: Endpoint of long-term difficulties, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), p. 649 à 654.
- Marttunen, M.J., Aro, H.M., Henrikson, M.M. et Lönnqvist, J.K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 12- to 19-year olds in Finland, *Archives of General Psychiatry*, 48, p. 834 à 839.
- May, P.A. (1990). A bibliography on suicide and suicide attempts among American Indians and Alaska natives, *Omega: Journal of Death and Dying*, 21(3), p. 199 à 214.
- May, P.A. et Dizmang, L.A. (1974). Suicide and the American Indian, *Psychiatric Annals*, 4(2), p. 22 à 28.
- McIntosh, J.L. (1983-1984). Suicide among Native Americans: Further tribal data and considerations, *Omega: Journal of Death and Dying*, 14(3), p. 303 à 316.

- McNamee, J.E. et Offord, D.R. (1990). Prevention of suicide, *Canadian Medical Association Journal*, 142(11), p. 1223 à 1230.
- Meehan, P.J., Lamb, J.A., Saltzman, L.E. et O'Carroll, P.W. (1992). Attempted suicide among young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence, *American Journal of Psychiatry*, 149(1), p. 41 à 44.
- Michel, K. et Valach, L. (1992). Suicide prevention: Spreading the gospel to general practitioners, *British Journal of Psychiatry*, 160, p. 757 à 760.
- Moller, H.J. (1989). Efficacy of different strategies of aftercare for patients who have attempted suicide, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82, p. 643 à 647.
- Moscicki, E.K., O'Carroll, P.W., Rae, S., Locke, B.Z., Roy, A.G. (1989). Suicidal ideation and attempts: The Epidemiologic Catchment Area study, in *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide, Volume 4: Strategies for the Prevention of Youth Suicide*, Washington, D.C., É.U., Government Printing Office.
- Motto, J.A., Heilbron, D.C. et Juster, R.P. (1985). Development of a clinical instrument to estimate suicide risk, *American Journal of Psychiatry*, 142, p. 680 à 686.
- Muir, B.L. (1988). *L'état de santé des Indiens et des Inuit du Canada : mise à jour 1987*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.
- Muskox Program Development Ltd. (1991). *Working Together Because We Care: A Grassroots Forum on the Prevention of Suicide in the Fort Smith Region, October 28-31, 1991*, ministère des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest.
- Myers, K., McCauley, E., Calderon, R. et Treder, R. (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 Psychiatry*, 30(5), p. 804 à 810.
- Nayha, S. (1985). Seasonal variation in suicide and mental depression in Finland, in R. Fortune (dir.), *Circumpolar Health 84* (p. 312 à 315), Seattle, University of Washington Press.
- Nelson, S.H., McCoy, G.H. et Vanderwagen, W.C. (1992). An overview of mental health services for American Indians and Alaska Natives in the 1990s, *Hospital and Community Psychiatry*, 43(3), p. 257 à 261.
- Norris, M.J. (1990). The demography of Aboriginal people in Canada, in S.S. Halli, F. Trovato et L. Driedger (dir.), *Ethnic Demography: Canadian Immigrant, Racial and Cultural Variations* (p. 33 à 59), Ottawa, Ontario, Carleton University Press.

- O'Carroll, P.W., Mercy, J.A. et Steward, J.A. (1988). CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters, *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 32(8-6), p. 1 à 12.
- O'Neil, J.D. (1983). *Is it cool to be an Eskimo? A study of stress, identity, coping and health among Canadian Inuit young adult men*, Ph. D. thesis. University of California, Berkeley.
- O'Neil, J.D. (1984). Self-determination and Inuit youth: Coping with stress in the Canadian North, in R. Fortune (dir.), *Circumpolar Health* 84, (p. 438 à 442), Seattle, University of Washington Press.
- O'Neil, J.D. (1986). Colonial stress in the Canadian Arctic: An ethnography of young adults changing, in C.R. Janes, R. Stall et S.M. Gifford (dir.), *Anthropology and Epidemiology* (p. 249 à 274), Dordrecht: D. Reidel.
- O'Neil, T.D. (1989). Psychiatric investigations among American Indians and Alaska Natives: A critical review, *Culture Medicine and Psychiatry*, 13(1), p. 51 à 87.
- Paris, J., Brown, R. et Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital, *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), p. 530 à 535.
- Paris, J., Nowlis, D. et Brown, R. (1989). Predictors of suicide in borderline personality disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, p. 8 et 9.
- Pell, B. et Watters, D. (1982). La presse et les cas de suicide, *Santé mentale au Canada*, 30, V. 30, n° 4, p. 10 et 11.
- Pescosolido, B. et Georgianna, S. (1989). Durkheim, suicide and religion: Toward a network theory of suicide, *American Sociological Review*, 54, p. 33 à 48.
- Peters, R. (1981). Suicidal behavior among Native North Americans: An annotated bibliography, *White Cloud Journal*, 2(3), p. 9 à 20.
- Petrie, K. et Brook, R. (1992). Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide, *British Journal of Clinical Psychology*, 31, p. 293 à 300.
- Pfeffer, C.R., Newcorn, J., Kaplan, G., Mizruchi, M.S. et Plutchik, R. (1988). Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 27, p. 357 à 361.
- Phillips, D.P. et Carstensen, L.L. (1986). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide, *New England Journal of Medicine*, 315(11), p. 685 à 689.

- Phillips, D.P., Lesyna, K. et Paight, D.J. (1992). Suicide and the media, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 499 à 519), New York, Guilford.
- Pine, C.J. (1981). Suicide in American Indian and Alaska Native tradition, *White Cloud Journal*, 2(3), p. 3 à 8.
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Lonqvist, J., Michel, K., Philippe, A., Pommereau, X., Querejeta, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D. et Faria, J.S. (1992). Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide, I, Introduction and preliminary analysis for 1989, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, p. 97 à 104.
- Pokorny, A.D. (1992). Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 105 à 139), New York, Guilford.
- Power, A.C. et Cowen, P.J. (1992). Fluoxetine and suicidal behaviour: Some clinical and theoretical aspects of a controversy, *British Journal of Psychiatry*, 161, p. 735 à 741.
- Ramsay, R. et Bagley, C. (1985). The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 15(3), p. 151 à 167.
- Resnick, H.L.P. et Dizmang, L.H. (1971). Observations on suicidal behavior among American Indians, *American Journal of Psychiatry*, 127(7), p. 882 à 887.
- Rich, C.L., Warsrad, G.M., Nemiroff, R.A., Fowler, R.C. et Young, D. (1991). Suicide, stressors, and the life cycle, *American Journal of Psychiatry*, 148, p. 524 à 527.
- Richman, J. (1979). The family therapy of attempted suicide, *Family Process*, 18, p. 131 à 142.
- Rodgers, D.D. (1982). Suicide in the Canadian Northwest Territories 1970-1980, in R. Harvald et J.P. Hart-Hansen (dir.), *Circumpolar Health* 81 (p. 492 à 495), Comité de collaboration nordique pour la recherche médicale.
- Rodgers, D.D. (1991). Community crisis intervention in suicide epidemics, in B. Postl, P. Gilbert, J. Goodwill, M.E.K., Moffatt, J.D. O'Neil, P.A. Sarsfield et T.K. Young (Dir.), *Circumpolar Health* 90, p. 276 à 280, Winnipeg, University of Manitoba Press.
- Rogler, L.H. (1992). The role of culture in mental health diagnosis: The need for programmatic research, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(12), p. 745 à 747.

- Rogler, L.H., Malgady, R.G. et Tryon, W.W. (1992). Evaluation of mental health: Issues of memory in the Diagnostic interview Schedule, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(4), p. 215 à 222.
- Rosenberg, M.L. Smith, J.C., Davidson, L.E. et Conn, J.M. (1987). The emergence of youth suicide: An epidemiologic analysis and public health perspective, *Annual Review of Public Health*, 8, p. 417 à 440.
- Rosenthal, N.E., Sack, D.A., Gillin, J.C., Lewy, A.J., Goodwin, F.K., Davenport, Y., Mueller, P.S., Newsome, D.A. et Weher, T.A. (1984). Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy, *Archives of General Psychiatry*, 41, p. 72 à 80.
- Ross, C. et Davis, B. (1986). Suicide and parasuicide in a Northern Canadian Native community, *Canadian Journal of Psychiatry*, 31(4), p. 331 à 334.
- Rothberg, J.R. et Geer-Williams, C. (1992). A comparison and review of suicide prediction scales, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Malsberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 202 à 217), New York, Guilford.
- Commission royale sur les peuples autochtones (1993). *Code d'éthique en matière de recherche*, Ottawa.
- Roy, A. (1992). Genetics, biology, and suicide in the family, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Malsberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 574 à 588), New York, Guilford.
- Rubinstein, D.H. (1983). Epidemic suicide among Micronesian adolescents, *Social Science and Medicine*, 17, p. 657 à 665.
- Rudd, M.D., Dahm, P.F. et Rajab, M.H. (1993). Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior, *American Journal of Psychiatry*, 150(6), p. 928 à 934.
- Runeson, B.S. et Rich, C.L. (1992). Diagnostic comorbidity of mental disorders among young suicides, *International Review of Psychiatry*, 4, p. 197 à 203.
- Rutz, W., Carlsson, P., von Knorring, L. et Wålinder, J. (1992). Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, p. 457 à 464.
- Rutz, W., von Knorring, L. et Wålinder, J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, p. 151 à 154.

- Ryland, D.H. et Kruesi, M.J.P. (1992). Suicide among adolescents, *International Review of Psychiatry*, 4, p. 185 à 195.
- Sakinofsky, I. et Roberts, R.S. (1990). Why parasuicides repeat despite problem resolution, *British Journal of Psychiatry*, 156, p. 399 à 405.
- Sakinofsky, I., Roberts, R.S., Brown, Y., Cumming, C. et James, P. (1990). Problem resolution and repetition of parasuicide, *British Journal of Psychiatry*, 156, p. 395 à 399.
- Sampath, H.M. (1974). Prevalence of psychiatric disorders in a Southern Baffin Island Eskimo settlement, *Canadian Psychiatric Association Journal*, 19, p. 363 à 367.
- Sampath, H.M. (1992). The changing pattern of Inuit suicide and attempted suicide, in M.-J. Dufour et F. Thérien (dir.), *Looking to the Future: Papers from the 7th Inuit Studies Conference*, (p. 141 à 148), Ste-Foy, Université Laval.
- Sampson, E.E. (1988). The debate on individualism: Indigenous psychologies of the individual and their role in personal and societal functioning, *American Psychologist*, 43(1), p. 15 à 22.
- Samy, M. (1989). Suicide et adolescence: Une approche socio-analytique, in M. Soulé (dir.), *Adolescence et suicide*, Paris, Éditions ESF.
- Samy, M. (1993). Preventing adolescent suicide: The role of the family practitioner, *Canadian Journal of CME*, 51(1).
- Schneidman, E.S. (1993). Suicide as psychache, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), p. 145 à 147.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P. et Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), p. 675 à 687.
- Shaffer, D., Vieland, V., Garland, A., Rojas, M., Underwood, M. et Busner, C. (1990). Adolescent suicide attempters: Response to suicide prevention programs, *Journal of the American Medical Association*, 264, p. 3151 à 3155.
- Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J.R. et Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 142, p. 1061 à 1064.

- Shaunese, K., Cohen, J.L., Plummer, B. et Berman, A. (1993). Suicidality in hospitalized adolescents: Relationship to prior abuse, *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), p. 113 à 119.
- Shkilnyk, A.M. (1985). *A Poison Stronger Than Love: The Destruction of an Ojibway Community*, New Haven, Yale University Press.
- Shore, J.H. (1995). American Indian suicide - fact and fantasy, *Psychiatry* 38, p. 86 à 91.
- Shweder, R. (1991). *Thinking Through Culture: Expeditions in Cultural Psychology*, Cambridge, Harvard University Press.
- Sievers, M.L., Nelson, R.G. et Bennett, P.H. (1990). Adverse mortality experience of a southwestern American Indian community: Overall death rates and underlying causes of death in Pima Indians, *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(11), p. 1231 à 1242.
- Slap, G.B., Vorters, D.F., Khalid, N., Margulies, S.R. et Forke, C.M. (1992). Adolescent suicide attempters: Do physicians recognize them? *Journal of Adolescent Health*, 13, p. 286 à 292.
- Sletten, I.W. et Barton, J.L. (1979). Suicidal patients in the emergency room: A guide for evaluation and disposition, *Hospital and Community Psychiatry*, 30(6), p. 407 à 412.
- Smith, D.H. et Hackathorn, L. (1982). Some social and psychological factors related to suicide in primitive societies: A cross-cultural comparative study, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 12(4), p. 195 à 211.
- Solomon, M.I. et Hellon, C.P. (1980). Suicide and age in Alberta, Canada, 1951 to 1977, Cohort analysis, *Archives of General Psychiatry*, 37, p. 511 à 513.
- Spaulding, J.M. (1986). Recent suicide rates among ten Ojibwa Indian bands in Northwestern Ontario, *Omega: Journal of Death and Dying*, 16(4), p. 347 à 354.
- Spirito, A., Overholser, J., Ashworth, S., Morgan, J. et Benedict-Drew, C. (1988). Evaluation of a suicide awareness curriculum for high school students, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, p. 705 à 711.
- Spirito, A., Plummer, B., Gispert, M., Levy, S., Kurkijian, J., Lewander, W., Hagberg, S. et Devost, L. (1992). Adolescent suicide attempts: Outcome at follow-up, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(3), p. 464 à 468.
- Stack, S. (1992). Marriage, family, religion, and suicide, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.L. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 540 à 552), New York, Guilford.

- Stack, S. et Lester, D. (1991). The effect of religion on suicide, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, p. 168 à 170.
- Stairs, A. (1992). Self-image, world-image: Speculations on identity from experiences with Inuit, *Ethos*, 20(1), p. 116 à 126.
- Stivers, C. (1991). Promotion of self-esteem in the prevention of suicide, in A.A. Leenaars et S. Wenckstern (dir.), *Suicide Prevention in Schools*, New York, Hemisphere.
- Stout, M.D. (1994). An indigenous perspective on healing and wellness, in *First Nations Community Mental Health Workers Training Workshop*, Winnipeg, Manitoba, March 6-8, 1994, Native Physician's Association of Canada.
- Strosahl, K., Chiles, J.A. et Linehan, M. (1992). Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: Reasons for living, hopelessness, and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 33(6), p. 366 à 373.
- Symonds, R.L. (1991). Books reconsidered: Suicide, A Study in Sociology: Emile Durkheim, *British Journal of Psychiatry*, 159, p. 739 à 741.
- Taiminen, T.J. (1993). Effect of psychopharmacology on suicide risk in psychiatric inpatients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, p. 45 à 47.
- Tanney, B.L. (1992). Mental disorders, psychiatric patients, and suicide, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 277 à 320), New York, Guilford.
- Thompson, T.R. (1987). Childhood and adolescent suicide in Manitoba: A demographic study, *Canadian Journal of Psychiatry*, 32(4), p. 264 à 269.
- Thompson, J.W. et Walker, R.D. (1990). Adolescent suicide among American Indians and Alaska natives, *Psychiatric Annals*, 20(3), p. 128 à 133.
- Thompson, P.J. et Jones, D.P.H. (1990). Child abuse, *Current Opinion in Psychiatry*, 3, p. 472 à 476.
- Thornton, R. (1987). *American Indian Holocaust and Survival: A Population History Since 1492*, Norman, University of Oklahoma Press.
- Thorslund, J. (1990). Inuit suicides in Greenland, *Arctic Medical Research*, 49, p. 25 à 34.
- Thorslund, J. (1991). Suicide among Inuit youth in Greenland 1974-86, in B.D. Postl, P. Gilbert, J. Goodwill, M.E.K. Moffatt, J.D. O'Neil, P.A. Sarsfield et T.K. Young (dir.), *Circumpolar Health 90* (p. 299 à 302), Winnipeg, University of Manitoba Press.

- Thorslund, J. (1992) Why do they do it? -- Proposals for a theory of Inuit suicide, in M.-J. Dufour et F. Thérien (dir.), *Looking to the Future: Papers from the 7th Inuit Studies Conference* (p. 149 à 161), Ste-Foy, Université Laval.
- Tousignant, M., Bastien, M-F. et Hamel, S. (1993). *Famille, écologie sociale et comportements suicidaires à l'école secondaire*, rapport final remis au CQRS, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Montréal.
- Tousignant, M. et Mishara, B.L. (1981). Suicide and culture: A review of the literature (1969-1980), *Transcultural Psychiatric Research Review*, 18, p. 5 à 31.
- Tower, M. (1989). A suicide epidemic in an American Indian community, *American Indian and Alaska Native Mental Health Research* 3(1), p. 34 à 44.
- Travis, R. (1983). Suicide in Northwest Alaska, *White Cloud Journal*, 3(1).
- Trovato, F. (1991). Sex, marital status, and suicide in Canada 1951-1981, *Sociological Perspectives*, 34(4), p. 427 à 445.
- Tsuang, M.T., Simpson, J.C. et Fleming, J.A. (1992). Epidemiology of suicide, *International Review of Psychiatry*, 4, p. 117 à 129.
- Valentine, V.F. (1992). *Off reserve Aboriginal population: A thumbnail sketch by numbers*, NCC Sociodemographics Research and Analysis Project, Ottawa.
- van Egmond, M. et Diekstra, R.F.W. (1990). The predictability of suicidal behavior: The results of a meta-analysis of published studies, *Crisis*, 11(2), p. 57 à 84.
- Van Winkle, N.W. et May, P.A. (1986). Native American suicide in New Mexico, 1957-1979: A comparative study, *Human Organization*, 45(4), p. 296 à 309.
- Vassilas, C.A. (1993). Suicide and deliberate self-harm, *Current Opinion in Psychiatry*, 6, p. 216 à 220, Velez, C.N. et Cohen, P. (1988), Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: Maternal and youth reports, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 27, p. 349 à 356.
- Vieland, V., Whittle, B., Garland, A., Hicks, R. et Shaffer, D. (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), p. 811 à 815.
- Vogel, V.J. (1970 à 1990). *American Indian Medicine*, Norman, University of Oklahoma Press.

- Ward, J.A. et Fox, J.A. (1977). A suicide epidemic on an Indian reserve, *Canadian Psychiatric Association Journal*, 22(8), p. 423 à 426.
- Wasserman, D. (1988). Separation: An important factor in suicidal actions, *Crisis*, 9(1), p. 49 à 63.
- Wasserman, I.M. (1992). Economy, work, occupation, and suicide, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Malsberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 520 à 539), New York, Guilford.
- Webb, J.P. et Willard, W. (1975). Six American Indian patterns of suicide, in N.L. Farberow (dir.), *Suicide in Different Cultures*, (p. 17 à 33), Baltimore, MD, University Park Press.
- Weishaar, M.E. et Beck, A.T. (1992). Clinical and cognitive predictors of suicide, in R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Malsberger et R.I. Yufit (dir.), *Assessment and Prediction of Suicide* (p. 467 à 483), New York, Guilford.
- Weissman, M.M. (1974). The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1971, *Archives of General Psychiatry*, 30, p. 737 à 746.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., Markowitz, J.S. et Ouellette, R. (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks, *New England Journal of Medicine*, 321, p. 1209 à 1214.
- Wetzel, R.D., Reich, T., Murphy, G.E., Province, M. et Miller, J.P. (1987). The changing relationship between age and suicide rates: Cohort effect, period effect or both? *Psychiatric Developments*, 3, p. 179 à 218.
- Worden, W. (1983). *Grief Counseling and Grief Therapy*, London, Tavistock.
- York, G. (1990). *The Dispossessed: Life and Death in Native Canada*, Boston, Little, Brown & Co.
- Young, L.T., Hood, E. Abbey, S.E. et Malcolmson, S.A. (1993). Psychiatric consultation in the Eastern Arctic, II, Referral patterns, diagnoses and treatment, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, p. 28 à 31.
- Young, T.J. (1990). Poverty, suicide, and homicide among Native Americans, *Psychological Reports*, 67, p. 1153 et 1154.