

Université du Québec en Outaouais

Facteurs de protection à travers la vie chez la population inuite du Nunavut : Étude comparative entre des personnes décédées par suicide, des personnes ayant fait des tentatives de suicide et des personnes n'ayant fait aucune tentative de suicide.

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par

© Véronique BEAUDOIN

Juin 2018

Composition du jury

Facteurs de protection à travers la vie chez la population inuite du Nunavut : Étude comparative entre des personnes décédées par suicide, des personnes ayant fait des tentatives de suicide et des personnes n'ayant fait aucune tentative de suicide

Par
Véronique Beaudoin

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Monique Séguin, Ph. D., directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Marie Robert, Ph. D., examinatrice interne et présidente du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Dave Blackburn, Ph. D., examinateur interne, Département de travail social, Université du Québec en Outaouais, Campus de Saint-Jérôme.

Sarah Fraser, Ph. D., examinatrice externe, École de psychoéducation, Université de Montréal.

REMERCIEMENTS

Cet essai doctoral n'aurait pas pu être réalisé sans le soutien de plusieurs personnes qui ont su faire une grande différence lors de mon parcours universitaire.

Je tiens d'abord à remercier grandement ma directrice de recherche, Monique Séguin, qui m'a permis de travailler sur un projet des plus intéressants et qui m'a offert de belles opportunités tout au long de mes années universitaires. Merci de m'avoir accompagnée et guidée dans les différentes étapes de cet essai en te montrant disponible et en m'offrant un soutien, une écoute, mais également en me remettant sur le droit chemin lorsqu'il était nécessaire de le faire! Je suis très reconnaissante et je me sens privilégiée d'avoir pu profiter de ta grande expertise sur cette problématique complexe qu'est le suicide et d'avoir côtoyé une femme aussi accomplie.

Un grand merci également à Nadia Chawky qui a été d'un soutien inestimable lors de la réalisation de ce projet et qui m'a accompagné dans les nombreuses étapes qu'un tel projet implique. Ce fut réellement un plaisir de travailler avec toi et je suis très reconnaissante du temps que tu as investi dans la réalisation de mon essai doctoral. Merci pour ta grande disponibilité, tes corrections, ta rigueur au travail et ces discussions plus qu'enrichissantes sur le sujet.

Je remercie également Marie Robert, Dave Blackburn et Sarah Fraser d'avoir accepté de faire partie du comité d'évaluation de cet essai doctoral et de me donner des commentaires et de la rétroaction constructive et pertinente grâce à leur expertise. Un merci spécialement à Isabelle Green-Demers et Guy Beauchamp pour votre disponibilité et vos précieux conseils concernant les analyses à effectuer dans le cadre de ce projet, ce qui a fait une grande différence pour moi dans la réalisation de cette étape cruciale. Merci également à William Affleck, qui est aux études postdoctorales sous la supervision de Monique Séguin, pour la révision et la correction de mon article scientifique en anglais, ce qui fut grandement apprécié.

De plus, je tiens à témoigner ma sincère reconnaissance envers le Groupe McGill d'études sur le suicide, particulièrement envers Eduardo Chachamovich et Gustavo Turecki, qui m'ont donné l'opportunité de travailler sur un sujet peu exploité jusqu'à maintenant en me fournissant une banque de données des plus riches, ainsi qu'envers l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) pour le soutien financier.

Sur une note plus personnelle, je tiens d'abord à remercier mes parents, Nicole et Denis, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Je suis infiniment reconnaissante de votre soutien inconditionnel et de votre générosité qui m'ont permis de franchir les différentes étapes de mon parcours universitaire sans jamais baisser les bras. Merci de m'avoir écoutée, soutenue et accompagnée autant dans les moments de joie et de réussites que dans les périodes plus difficiles. Je vous remercie également de m'avoir transmis de précieuses valeurs qui me définissent aujourd'hui comme individu, mais également comme future professionnelle.

Merci infiniment à mon conjoint Michaël qui m'a offert son soutien incommensurable au cours des dernières années et qui a su faire une grande différence dans mon parcours et ma vie grâce à sa présence, son écoute et sa patience. Merci de croire en moi et en mes capacités, même dans les moments où je n'y crois plus moi-même. Tu as été mon pilier et je suis heureuse de vivre les prochaines étapes à tes côtés.

En terminant, je tiens à remercier ma sœur, Marie-Christine, qui a su bien prendre soin de moi lors des dernières années en m'offrant ses encouragements, sa présence et en me faisant rire lorsque j'en avais besoin. Merci également à tous mes amis, et particulièrement à Audrey, Julie, Karine et Caroline pour leur écoute sans limites, leurs encouragements qui tombent à point et leur simple présence rassurante. Je suis chanceuse de vous avoir!

RÉSUMÉ

Les données épidémiologiques actuelles démontrent que le suicide constitue un problème de santé publique majeur chez les populations autochtones à travers le monde, et particulièrement au Canada où les plus hauts taux se retrouvent chez les communautés inuites. Une grande proportion des écrits sur cette problématique met principalement l'accent sur les facteurs de risque qui rendent ces populations vulnérables à un passage à l'acte suicidaire. Peu d'études ont toutefois tenté d'identifier des facteurs de protection en tenant compte du contexte culturel et historique qui leur est propre. Ce projet de recherche fait suite à une étude réalisée par le Groupe McGill d'étude sur le suicide auprès de la population inuite du Nunavut qui constitue la première étude d'autopsie psychologique effectuée auprès de cette population. De cette étude initiale découle un bassin de données riche qui fut jusqu'à maintenant peu exploité. La présente étude exploratoire a donc pour objectif d'utiliser ces données uniques et de comparer les facteurs de protection qui ont été présents au cours de la vie 1) des personnes décédées par suicide, 2) de personnes non décédées ayant fait des tentatives de suicide au cours de leur vie et 3) de personnes non décédées qui n'ont jamais fait de tentative de suicide. Cette étude cas-contrôle regroupe un échantillon de 90 participants, c'est-à-dire 30 participants par groupe qui ont été paillés sur les variables du genre, de l'âge (date de naissance) et de la région du Nunavut. Une analyse par regroupement de thématiques a permis de classer les facteurs de protection. Ainsi, à la lecture des vignettes cliniques provenant de l'étude initiale, nous avons classé la présence de variables de protection en fonction d'une grille inspirée du cadre conceptuel utilisé par l'Institut national de santé publique du Québec. Les analyses ont démontré des différences significatives au niveau environnemental, social et individuel quant au nombre de facteurs de protection entre les personnes décédées par suicide et les personnes qui n'ont jamais fait de tentative. La dimension environnementale semble regrouper les variables de protection les plus significatives afin de différencier les trois groupes à l'étude. Ces résultats signifient donc que des interventions visant à atteindre une plus grande stabilité au niveau environnemental, par exemple en améliorant les opportunités d'emplois et les conditions de vie des individus, pourraient constituer des facteurs de protection importants chez ces communautés.

Mots clé : suicide, Inuit, Nunavut, facteurs de protection, autochtone, tentatives de suicide

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
RÉSUMÉ.....	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
Liste des tableaux.....	VI
AVANT-PROPOS	I

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE.....	2
1.1. ÉPIDÉMIOLOGIE.....	2
1.1.1. Suicide au Canada	2
1.1.2. Suicide chez les communautés autochtones au Canada	3
1.1.3. Hétérogénéité des communautés autochtones.....	4
1.1.4. Suicide chez les Inuits au Nunavut	5
1.2. TOURNANTS HISTORIQUES ET PROPOSITION D'EXPLICATION DE L'ÉTIOLOGIE SUICIDAIRE	6
1.2.1. Tournants historiques	6
1.2.2. Répercussions dans la sphère familiale.....	8
1.2.3. Répercussions dans la communication.....	10
1.2.4. Répercussions au sein des relations sociales.....	11
1.2.5. Répercussions au niveau de l'identité culturelle.....	12
1.3. INTERACTIONS MULTIDIMENSIONNELLES ASSOCIÉES À UN PROBLÈME COMPLEXE.....	13
1.3.1. Niveau structurel et environnemental	14
1.3.2. Niveau social.....	17
1.3.3. Niveau individuel	20
1.4. FACTEURS DE PROTECTION.....	22
1.4.1. Niveau structurel et environnemental	23
1.4.2. Niveau social.....	25
1.4.3. Niveau individuel.....	27
1.5 OBJECTIF DE CETTE ÉTUDE	29

CHAPITRE II

ARTICLE.....	32
2.1. PRÉSENTATION DE L'ARTICLE.....	32
2.2. ABSTRACT	34
2.3. INTRODUCTION	35
2.4. MATERIALS AND METHODS.....	40
2.5. RESULTS.....	45
2.5.1. Descriptive Analysis	45
2.5.2. Inferential Analysis	47
2.6. DISCUSSION.....	53
2.7. CONCLUSION	60

CHAPITRE III	
DISCUSSION	62
3.1. FACTEURS DE PROTECTION ASSOCIÉS À LA DIMENSION ENVIRONNEMENTALE	63
3.2. FACTEURS DE PROTECTION ASSOCIÉS À LA DIMENSION DE L'UTILISATION DES SERVICES	66
3.3. FACTEURS DE PROTECTION ASSOCIÉS À LA DIMENSION FAMILIALE ET SOCIALE.....	68
3.4. FACTEURS DE PROTECTION ASSOCIÉS À LA DIMENSION INDIVIDUELLE	69
3.5. FACTEURS DE PROTECTION ASSOCIÉS À LA DIMENSION CULTURELLE	71
3.6. RETOMBÉES FONDAMENTALES ET APPLIQUÉES.....	73
3.7. PISTES DE RECHERCHE FUTURES, FORCES ET LIMITES	78
RÉFÉRENCES.....	83
ANNEXE A	
ARTICLE SCIENTIFIQUE.....	98

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Protective variables of the coding grid for the content analysis</i>	42
Tableau 2. <i>Sociodemographic and clinical characteristics of the study sample</i>	45
Tableau 3. <i>ANOVA and Tukey post-hoc</i>	46
Tableau 4. <i>Chi-square analysis</i>	49

AVANT-PROPOS

Plus de 800 000 personnes s'enlèvent la vie chaque année à travers le monde et de ce nombre, la proportion d'autochtones est significativement plus élevée que la proportion d'individus de la population générale (World Health Organization, 2014a). Malgré l'avancement considérable au niveau des connaissances sur le sujet depuis les dernières décennies, le suicide demeure à ce jour un phénomène complexe. Cette problématique ne s'explique pas uniquement de façon démographique puisque chaque suicide est multidéterminé et tributaire de variables complexes qui lui sont propres (Kirmayer, Brass, & Tait, 2000). Cela est d'autant plus le cas chez les populations autochtones qui possèdent un bagage historique et culturel unique. Des études antérieures ont permis de répertorier des facteurs constituant un risque pour le passage à l'acte suicidaire dans diverses communautés autochtones à travers le monde. La présente étude s'intéresse plutôt à relever et à comprendre les facteurs de protection pouvant prévenir la problématique du suicide chez la population inuite du Nunavut en comparant les facteurs de protection à travers la vie des personnes décédées par suicide, des personnes non décédées ayant fait des tentatives de suicide et des personnes non décédées n'ayant jamais fait de tentative au cours de leur vie. Cet essai se divise donc en trois parties : la première étant une revue de la littérature regroupant les données épidémiologiques du suicide chez les communautés autochtones et la population inuite, les dimensions culturelles et sociales du contexte de vie de cette population permettant une proposition d'explication de l'étiologie suicidaire qui tient compte de la dyade individu-environnement, et finalement, les facteurs de risque et de protection présents dans la littérature. La deuxième partie présente la méthodologie, les résultats et une discussion sous forme d'article scientifique en anglais à titre de première auteure. Finalement, la troisième partie comprend une conclusion générale sur l'étude où des observations, des pistes de recherche futures et des retombées fondamentales et appliquées sont présentées.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1. Épidémiologie

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que plus de 800 000 personnes à travers le monde s'enlèvent la vie chaque année, représentant 1,4 % des décès pour toutes les causes confondues. Les décès par suicide se retrouvent donc parmi les 20 principales causes de mortalité pour l'année 2012 et occupent la 15^e position surpassant, entre autres, les décès causés par certains cancers (foie, estomac, colon), ainsi que par la maladie d'Alzheimer (World Health Organization, 2014a). Pour chaque suicide complété, on estime qu'environ 20 personnes feraient une tentative de suicide (World Health Organization, 2014b).

1.1.1. Suicide au Canada

Selon Statistiques Canada (2017a), on dénombrait 4 054 suicides au Canada pour l'année 2013, ce nombre équivalant à 1,6 % des décès enregistrés au cours de cette année, et ce pour toutes les causes confondues. Les lésions auto-infligées, c'est-à-dire les suicides, se retrouvent parmi les 10 principales causes de décès au Canada, occupant la neuvième position (Statistique Canada, 2017a). En ce qui concerne les différences en fonction du genre, les femmes seraient de trois à quatre fois plus enclines que les hommes à effectuer une tentative de suicide, toutefois la létalité des gestes posés par les hommes serait plus grande, menant ainsi plus souvent au décès (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). En effet, les statistiques démontrent que le suicide chez les hommes serait trois fois plus élevé que chez les femmes (Statistique Canada, 2012). En 2013, le suicide correspondait à la 7^e principale cause de décès (2,4 %) chez les hommes et la 11^e (0,8 %) chez les femmes (Statistique Canada, 2017a). Toujours selon Statistique Canada (2017 b) bien que les décès liés au suicide sont présents chez tous les groupes

d'âge, les hommes âgés entre 40 et 59 ans affichent les taux de suicide les plus élevés. À titre d'exemple, 44 % de tous les suicides pour l'année 2013 ont été enregistrés dans ce groupe d'âge, tandis que le taux pour le groupe des 15 à 39 ans était de 32 % et de 23 % chez les personnes de 60 ans et plus.

1.1.2. Suicide chez les communautés autochtones au Canada

Plusieurs études démontrent que les communautés autochtones ont des taux de suicide significativement plus élevés que dans la population générale, et ce dans plusieurs pays, dont le Canada, les États-Unis et l'Australie (Kirmayer, 1994; Luke et al., 2013; Wexler et al., 2015). En ce qui concerne le Canada, pour la période de 2003 à 2007, le taux de suicide chez la population autochtone était de 30,4 pour 100 000 habitants, ce qui représente plus du triple que ce qu'on retrouve dans la population générale pour la même période (Health Canada, 2014). Les hommes autochtones sont plus à risque de décès par suicide que les femmes, alors que ces dernières sont plus susceptibles de faire une tentative de suicide au cours de leur vie, ce qui est congruent avec la tendance que l'on observe dans la population générale (Kirmayer et al., 2007). Toujours pour la période de 2003 à 2007, le taux de suicide chez les hommes autochtones était de 39,3 pour 100 000, ce qui représente pratiquement le double de ce qui était retrouvé chez les femmes autochtones, soit 21,2 pour 100 000 (Health Canada, 2014). Bien que cette problématique soit présente chez tous les groupes d'âge, les jeunes autochtones canadiens démontrent le plus haut taux de suicide. Cette population souffre d'un des plus hauts taux de suicide comparativement à n'importe quel autre groupe culturel à travers le monde (Chandler, Lalonde, Sokol, & Hallett, 2003). En effet, ce taux serait environ 5 à 6 fois plus élevé chez les jeunes autochtones comparativement à la population générale du Canada (Advisory Group on Suicide Prevention, 2003). Plus précisément, durant la période de 1989 à 1993, les jeunes hommes autochtones entre 15 et 24 ans présentaient un taux de suicide de 126,0 pour 100 000 habitants alors que ce taux

était de 24,0 pour 100 000 dans la population générale du même âge. En ce qui concerne les jeunes femmes autochtones de cette tranche d'âge, on observait un taux de suicide de 35,0 pour 100 000 comparativement à un taux de 5,0 pour 100 000 habitants dans la population générale (Kidder, Stein, & Fraser, 2000).

1.1.3. Hétérogénéité des communautés autochtones

De nombreux auteurs s'entendent toutefois pour dire qu'il faut être prudent dans l'interprétation, ainsi que la généralisation des statistiques concernant les taux de suicide dans les populations autochtones. En effet, puisqu'il existe une grande hétérogénéité entre les différentes communautés, et ce à l'intérieur même d'un seul pays, il est primordial de ne pas considérer le groupe « autochtone » comme étant un tout, mais bien comme un ensemble de communautés distinctes (Chandler & Lalonde, 2008; Walls, Hautala, & Hurley, 2014). Au Canada, les collectivités autochtones (Premières Nations, Métis et Inuits) regroupent 1 673 780 individus, ce qui représente 4,9 % de la population totale du pays (Statistique Canada, 2017b). Ces peuples autochtones sont répartis à travers le pays dans plus de 2000 réserves et se distinguent les uns des autres par différentes caractéristiques culturelles, telles que le langage (Kirmayer, Brass, & tait, 2000; Statistique Canada, 2006). Kirmayer et al. (2000) font un parallèle intéressant à ce sujet en soulignant que les différences culturelles et linguistiques entre certaines communautés d'un seul et même pays sont parfois plus grandes que les différences au niveau du langage qui existent entre les grandes nations européennes. Pour ce qui est du Canada, plus précisément, on identifie 11 groupes linguistiques et 58 dialectes différents parmi les communautés autochtones (Kirmayer et al., 2007; Kirmayer, 1994). Il existe également une grande variabilité entre les peuples, entre autres au plan de leur histoire et des pratiques traditionnelles et culturelles entretenues par ceux-ci, ce qui peut inévitablement influencer la survenue et l'ampleur des différentes problématiques vécues (Walls et al., 2014). Pour bien illustrer ces propos, Chandler et Lalonde (2008) ont

démontré à travers leurs nombreuses études sur le sujet que plus de 90 % des suicides chez les jeunes autochtones en Colombie-Britannique sont distribués à travers seulement 12 % de toutes les communautés présentes dans cette province, certaines allant même jusqu'à démontrer des taux de suicide jusqu'à 800 fois plus élevés que ceux observés dans la population générale. Certaines communautés n'ont, quant à elles, répertorié aucun suicide durant toute la période de l'étude de 1987 à 2000 (Chandler & Lalonde, 2008; Walls et al., 2014). Finalement, il demeure important de comprendre que le suicide ne s'étudie pas uniquement de façon démographique et populationnelle puisque chaque suicide est multidéterminé et tributaire de variables complexes (valeurs, styles de vie, perspectives, etc.) qui lui sont propres. Il en découle donc une grande diversité à l'intérieur même d'une seule communauté (Kirmayer et al., 2000).

1.1.4. Suicide chez les Inuits du Nunavut

Les données épidémiologiques démontrent que la population Inuit est celle qui affiche non seulement le plus haut taux de suicide parmi les communautés autochtones au Canada, mais également un taux parmi les plus élevés à travers le monde. En effet, pour l'année 2011, le taux de suicide des Inuits vivant au Nunavut, était de 99,4 pour 100 000 habitants, tandis que le taux au Canada pour la même année était de 11,3 pour 100 000 habitants. Pour l'année 2013, un taux de 127,1 pour 100 000 habitants a été enregistré au Nunavut, ce qui correspond à un taux dix fois plus élevé que celui de la population générale (Nunavut Bureau of Statistics, 2017; Statistique Canada, 2017b). On retrouve la même tendance quant au genre, c'est-à-dire que les hommes présentent un taux plus élevé de suicide que les femmes. Il est toutefois important de mentionner que le taux de suicide des femmes inuites s'avère être significativement plus élevé que celui des femmes de la population générale (Government of Nunavut, Nunavut Tunngavik Inc., Embrace Life Council, & Royal Canadian Mounted Police, 2010). On constate que le taux de suicide chez la population inuite du Nunavut a connu une croissance alarmante depuis environ 30 ans, c'est-à-

dire à partir du milieu des années 1980 (Tester & McNicoll, 2004). Cette augmentation s'explique par un plus grand nombre de suicides chez la population des 25 ans et moins, ce qui est congruent avec la tendance qui est observée à travers les communautés autochtones en général (Hicks, 2009; Kral, 2012). Toujours au Nunavut, 983 incidents auraient été rapportés au département de la police concernant des personnes ayant menacé ou ayant tenté de se suicider, et ce seulement pour l'année 2009 (Government of Nunavut et al., 2010).

À la lumière de ces informations, il va sans dire que le suicide constitue un problème majeur auprès des populations autochtones à travers le monde, et particulièrement au Canada dont les plus hauts taux de suicide se retrouvent dans les communautés inuites. Les communautés autochtones à travers le monde ont connu d'importants tournants historiques au cours des dernières décennies constituant des expériences traumatiques pour ces populations. Les écrits scientifiques récents s'y intéressent et mettent de l'avant les impacts intergénérationnels qui découlent de ces traumatismes et qui peuvent influencer encore à ce jour la santé et le bien-être collectif et individuel chez ces populations. Il devient donc essentiel de bien contextualiser les transformations historiques et culturelles qu'ont vécues ces individus, ainsi que les nombreux changements qui en ont découlé, pour nous permettre ensuite d'explorer et de mieux conceptualiser la vulnérabilité suicidaire chez les individus de cette population.

1.2. Tournants historiques et proposition d'explication de l'étiologie suicidaire

1.2.1. Tournants historiques

Le peuple inuit du Nunavut est entré pour la première fois en contact avec les *Qallunaat*, c'est-à-dire les personnes blanches, vers le milieu du 19^e siècle et le début du 20^e siècle; il s'agissait de chasseurs de baleines écossais et américains. Une relation s'est instaurée entre ces deux peuples où les Inuits travaillaient pour ces chasseurs en échange de différents biens tels que des armes, du tabac, etc. Des changements plus importants firent toutefois leur apparition vers les

années 1920 au sein du peuple inuit. En effet, c'est à ce moment que la Gendarmerie royale du Canada, les missionnaires, ainsi que la compagnie de traite des fourrures de la baie d'Hudson arrivèrent dans le Canada arctique. Il s'ensuivit une grande période d'épidémies au même moment où la conversion au christianisme, ainsi que l'abandon de certaines activités spirituelles et traditionnelles furent précipités. Malgré tout, le style de vie des Inuits n'était pas complètement ébranlé à ce moment, ceux-ci vivant toujours dans leurs campements auprès de leur famille. Dans les années 1950 et 1960, toutefois, des changements plus drastiques et nocifs pour le peuple inuit furent instaurés par le gouvernement du Canada. D'abord, le peuple fut relocalisé à travers différentes communautés gouvernées par les *Qallunaat* (Kral, 2012), à l'instar de ce qu'ont vécu d'autres peuples autochtones au Canada à cette époque. Ce changement peut avoir été perçu au départ comme étant positif puisque les Inuits appréciaient le fait d'avoir moins besoin de lutter quotidiennement pour leur survie et d'avoir accès à différents services, tels que les soins de santé. Ils réalisèrent toutefois par la suite les inconvénients d'être confinés à un endroit tout en étant contrôlés par des individus ayant des valeurs, une culture, ainsi qu'un langage différents et qui ne semblaient pas accorder autant d'importance à leur identité culturelle (Tester & McNicoll, 2004). Cette période marque également le début des écoles résidentielles où les enfants furent forcés de se rendre et qui étaient dirigées par des missionnaires catholiques. L'objectif de ces écoles était d'acculturer les enfants et il a été révélé que de nombreuses formes d'abus et de traumatismes prirent place à l'intérieur de celles-ci durant de nombreuses années. Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les écoles résidentielles furent, pour maintes communautés autochtones, une expérience traumatique durant laquelle la culture et particulièrement la langue se sont effritées (Morris & Crooks, 2015; Walls et al., 2014; Wesley-Esquimaux & Smolewski, 2004). Cet effritement de la langue et de la culture a nécessairement eu un impact au niveau identitaire chez ces individus puisque la transmission des connaissances culturelles et traditionnelles fut interrompue durant

cette période. Le sentiment de fierté et d'appartenance vécu par ces individus fut inévitablement fragilisé, ainsi que la cohésion entre les individus des différentes générations (Chandler & Lalonde, 1998; Elias et al., 2012; MacNeil, 2008; Smye & Browne, 2002; Walls et al., 2014). De plus, les événements historiques vécus par le peuple inuit ont engendré de nombreuses conséquences tant au niveau social qu'au niveau individuel. Bien que depuis les années 1970 les Inuits soient parvenus à revendiquer un territoire politique qu'ils ont nommé *Nunavut*, signifiant « Notre terre », force est de constater que plusieurs problèmes sociaux persistent encore à ce jour et peuvent être perçus comme des conséquences à long terme de ces grands tournants historiques et des changements qui s'ensuivirent (Kral, 2012).

1.1.2. Répercussions dans la sphère familiale

La sphère familiale chez les communautés inuites a été marquée par de grands changements dans les dernières décennies. L'inscription obligatoire de nombreux enfants dans les écoles résidentielles constitue un tournant majeur caractérisé par l'interruption de la socialisation et de l'éducation telles que connues autrefois, c'est-à-dire ancrées dans la culture et les mœurs autochtones (Walls et al., 2014). Des études suggèrent que les traumatismes vécus à l'intérieur de ces écoles ont eu non seulement des conséquences à court terme sur le bien-être des individus autochtones qui s'y trouvaient, mais également des répercussions à long terme d'un point de vue autant personnel que relationnel. En ce sens, Bombay, Matheson et Anisman (2009; 2014) ont décrit dans leurs études certains mécanismes sous-jacents qui peuvent expliquer ces répercussions à long terme. Les expériences de vie négatives et traumatiques vécues en bas âge, comme ce fut le cas dans les écoles résidentielles, auraient un impact sur la façon dont les individus interprètent le monde qui les entourent et les événements vécus, sur leur capacité à faire face aux stressseurs, ainsi que sur les stratégies d'adaptation développées. Bien que certaines personnes soient en paix avec ce passé difficile, d'autres ont eu plus de difficulté à s'adapter à ces traumas; certains se sont

turnés vers la consommation d'alcool et de drogues, d'autres ressentent une grande colère et reproduisent envers leur entourage la violence qu'ils ont eux-mêmes vécue, etc. (Bombay et al., 2009; Elias et al., 2012; Tester & McNicoll, 2004). Ces stratégies d'adaptation, généralement inefficaces ou même dommageables, peuvent rendre les individus plus à risque de rencontrer d'autres facteurs de stress au cours de leur vie, de vivre une plus grande réactivité tant au niveau psychologique que neurochimique à ces facteurs de stress, ainsi que de développer des problématiques en santé mentale (Bombay et al., 2009, 2014). Ces individus ont donc été confrontés à différentes barrières dans le développement de leurs compétences personnelles et relationnelles, que ce soit en raison de la rupture importante vécue avec leur milieu familial les privant ainsi de modèles positifs, ou encore en raison de la souffrance et des conséquences découlant des abus dont ils ont été témoins et victimes dans ces écoles (Bombay et al., 2009; Morris & Crooks, 2015; Tousignant, Vitenti, & Morin, 2013). Il est possible d'imaginer que ces individus, lorsqu'ils sont devenus parents à leur tour présentaient des lacunes importantes au niveau des stratégies parentales employées (Bombay et al., 2009, 2014; Morris & Crooks, 2015). Les relations entre eux et leurs enfants ont donc bien souvent été caractérisées par un faible lien affectif, peu de communication, un faible niveau de contrôle parental, un désengagement face aux responsabilités associées à ce rôle, et ce dans un environnement où l'abus de substance et la violence étaient présents (Hicks, 2009; Walls et al., 2014). D'un point de vue plus global, une étude s'intéressant aux écoles résidentielles chez des communautés autochtones suggère que les conséquences découlant de ce cycle de pratiques parentales problématiques pourraient avoir des impacts à plus grande échelle en modifiant les normes sociales liées à la parentalité et en maintenant des facteurs de stress qui favorisent ces déficits (ex. exposition aux traumatismes, faible niveau de scolarité, etc.) (Bombay et al., 2014). Les statistiques concernant le suicide démontrent que l'augmentation des taux de suicide n'est pas observée directement chez la

génération ayant vécu les écoles résidentielles, ce qui ne diminue toutefois pas l'importance de la détresse et des conséquences vécues par ces individus. Toutefois, les taux de suicide élevés seraient plutôt rapportés chez les générations subséquentes. Plusieurs auteurs abordent donc le traumatisme intergénérationnel comme ayant une influence sur les hauts taux de suicide actuels en raison de la détresse et des diverses ramifications découlant de ces événements traumatiques qui semblent se transmettre à travers les générations et avoir des impacts importants sur les relations entretenues entre les individus (Bombay et al., 2009, 2014; Chandler & Lalonde, 1998; Hicks, 2009; Kirmayer et al., 2000; MacNeil, 2008; Mohatt, Thompson, Thai, & Tebes, 2014; Tester & McNicoll, 2004; Walls et al., 2014; Whitbeck, Walls, Johnson, Morrissette, & McDougall, 2009).

1.2.3. Répercussions dans la communication

La communication est également un aspect qui fut altéré à travers les années entre autres avec l'apparition d'un nouveau langage, l'anglais, qui eut pour effet de créer une grande barrière entre les différentes générations. En effet, à partir des années 1960, l'accès à cette nouvelle langue a permis aux enfants de communiquer entre eux sans être entendus et encore moins compris par leurs parents (Tester & McNicoll, 2004). Ce bris de communication entre les différentes générations, ainsi que les changements dans les styles de vie engendrés par la sédentarisation et la modernisation amènent également un changement dans la fréquence et la qualité des interactions entre les jeunes et les aînés de leur communauté, puisque la transmission de valeurs culturelles (la chasse, le camping, les outils traditionnels) est moins nécessaire à la survie, créant ainsi des générations moins dépendantes les unes des autres (Kral, Idlout, Minore, Dyck, & Kirmayer, 2011b; Morris & Crooks, 2015; Walls et al., 2014).

1.2.4. Répercussions au sein des relations sociales

Pour plusieurs auteurs, les années 1970 correspondent à un tournant culturel majeur dans la sphère des relations amoureuses chez les jeunes Inuits. En effet, les nombreuses perturbations au sein des familles, des communautés et des traditions, ainsi que les deuils et les pertes qui y sont associés, ont eu pour effet d'amener les jeunes à se créer des sous-groupes identitaires comme source de soutien et d'attachement. Au plan affectif et amoureux, cette dépendance peut s'avérer être d'une telle intensité émotive qu'elle fait en sorte d'augmenter la vulnérabilité des individus à se retrouver face à des conflits interpersonnels et à de l'abus physique. Les principales sources de conflits au sein des couples concerneraient la jalousie, le fait de ne pas remplir les attentes économiques, ainsi que l'éducation des enfants. Auparavant, la façon habituelle de régler les conflits au sein d'une relation consistait à adopter une attitude de retrait. Toutefois, depuis les dernières décennies, ce mode de gestion semble avoir fait place à des émotions plus négatives, dont la colère, qui émergent plus facilement entre les partenaires (Kirmayer, 1994; Kral, 2012). La perte d'une relation amoureuse peut donc constituer une atteinte à la dignité de la personne pouvant se transformer en un sentiment de rejet, d'impuissance et de détresse (Kirmayer et al., 2007; MacNeil, 2008; Walls et al., 2014). Un autre changement important découlant des perturbations qu'ont vécues les communautés autochtones concerne les relations d'amitié et la place accordée aux pairs dans la vie des jeunes individus. En effet, à travers les dernières décennies, les jeunes autochtones semblent s'être distancés de leurs parents et se sont plutôt regroupés ensemble; ces groupes de pairs constituant une forme de refuge à leurs yeux. Les jeunes autochtones accorderaient une plus grande importance à leurs pairs desquels ils se sentiraient proches, plus écoutés et mieux compris que ce qu'ils retrouveraient généralement dans leur environnement familial (Kral, 2012). Condon (1990) s'est intéressé à ce phénomène chez une communauté inuite isolée du Canada. Il avance que ce changement dans les relations sociales

des individus inuits résulterait de l'interaction entre des facteurs démographiques, sociaux et économiques, prolongeant ainsi la période d'adolescence, qui était autrefois inexistante en raison de leur mode de vie plus isolé et axé sur les pratiques traditionnelles nécessaires pour subvenir à leurs besoins, ce qui n'est plus le cas actuellement (Condon, 1990).

1.2.5. Répercussions au niveau de l'identité culturelle

De façon générale, il découle de ces événements une crainte, ainsi qu'une perte de confiance transmises de façon intergénérationnelle envers les figures d'autorité *Qallunaat*, que ce soit des policiers, des directeurs d'écoles, des administrateurs, etc., puisqu'ils sont associés aux expériences négatives vécues autrefois (Tester & McNicoll, 2004). De plus, à travers ces années, la culture inuite fut souvent stéréotypée et dépeinte de façon très négative comme étant inférieure, primitive et irresponsable. La transmission de cette image péjorative eut pour effet d'une part d'humilier et de fragiliser la population visée, et d'autre part d'affecter la conscience et l'estime de soi des individus (Tester & McNicoll, 2004; Wesley-Esquimaux & Smolewski, 2004). Il semble également y avoir eu un fort stress et une grande perturbation au niveau du rôle traditionnel des hommes associés à la modernité instaurée dans les communautés depuis les dernières décennies. En ce sens, les auteurs s'entendent pour dire que le rôle traditionnel de l'homme, impliquant les activités telles que la chasse et la pêche, serait plus difficile à adapter à l'économie et au mode de vie actuel que le rôle traditionnel des femmes, entraînant ainsi des conséquences en regard de l'estime de soi et de l'identité de ces individus (Henderson, 2003; Kirmayer et al., 2000; Penney, Senécal, & Bobet, 2009). De façon générale, le développement et le maintien d'une identité nécessitent la présence d'une continuité, tant au plan culturel que personnel, afin que la personne soit en mesure de conserver ses repères lorsqu'elle est confrontée à d'inévitables changements. En ce qui concerne les communautés autochtones, les nombreuses perturbations sociales et culturelles placent les jeunes dans un environnement où l'accès aux

différents repères facilitant généralement cette transition et la formation de l'identité est limité, tels que la présence de modèles positifs, le développement de stratégies d'adaptation ou le contact avec la culture traditionnelle (Procter, 2005). Plus récemment, des auteurs ont abordé la notion de « colonialisme actif » qui renvoie aux tentatives actuelles de moderniser les communautés inuites, plutôt que de circonscrire ce colonialisme et les impacts qui en découle seulement aux événements passés. Cela implique que les jeunes se retrouvent actuellement coincés entre les traditions de leur communauté et la modernité instaurée depuis quelques décennies. Il serait donc d'autant plus difficile pour eux de trouver des repères clairs et de se définir à travers ces deux mondes qui s'opposent encore aujourd'hui (Hicks, 2007, 2009; Morris & Crooks, 2015; Penney et al., 2009). Il ne faut toutefois pas circonscrire le phénomène de perte d'identité seulement aux jeunes individus puisque des personnes de tout âge peuvent être confrontées à ce type de remises en question, spécialement dans un contexte parsemé de nombreuses perturbations culturelles (Chandler & Lalonde, 2008).

1.3. Interactions multidimensionnelles associées à un problème complexe

Depuis quelques décennies, des études ont recensé les différents facteurs de risque en lien avec la problématique du suicide chez les populations autochtones à travers le monde. Il est possible de regrouper les différents facteurs de risque en fonction de leur niveau d'influence, allant du plus large au plus spécifique (Mantoura, 2014). Tout d'abord, selon la typologie utilisée par l'Institut national de santé publique du Québec, on retrouve le niveau structurel et environnemental qui regroupe des éléments tels que les modes de gouvernance, les influences politiques, etc. Ensuite, le niveau social regroupe les éléments ayant trait à la famille, aux relations amoureuses, ainsi qu'à la communauté, et qui concernent les diverses interactions d'un individu au quotidien. Finalement, le niveau individuel renvoie aux éléments en lien avec

l'individu lui-même, entre autres ses caractéristiques personnelles, psychologiques et biologiques, etc. (Mantoura, 2014).

1.3.1. Niveau structurel et environnemental

De nombreuses études, ainsi que des récits individuels témoignant de taux élevé de suicide dans les populations autochtones, rapportent que ces hauts taux pouvaient s'expliquer, du moins en partie, par les traumatismes historiques vécus par les habitants. En effet, la colonisation et la discrimination auxquelles ces populations ont été confrontées au cours des dernières décennies ont mené à de nombreux problèmes sociaux, ainsi qu'à une grande confusion au niveau culturel et individuel, comme il fut question précédemment (Chandler & Lalonde, 1998; Kirmayer et al., 2000; MacNeil, 2008; Tester & McNicoll, 2004; Walls et al., 2014). Plusieurs communautés autochtones, dont les Inuits, possèdent un concept de soi qui est dit écocentrique, signifiant que la personne se définit principalement à travers ses relations avec l'environnement. Comme ces individus accordent une grande importance aux éléments de leur environnement (personnes, la terre, les animaux), il va sans dire que les dommages causés à la terre, l'appropriation des territoires, la relocalisation de certaines communautés, les changements dans la gouvernance, la sédentarité, ainsi que les restrictions au niveau spatial sont des éléments historiques ayant pu contribuer à fragiliser l'intégrité des communautés et des personnes, ainsi que leur niveau de santé (Kirmayer et al., 2000; Richmond & Ross, 2009; Stairs, 1992). De plus, il est établi que de perdre un sens de continuité personnelle et culturelle constitue un facteur de risque important pour le suicide et place les individus dans une condition vulnérable au niveau de leur identité (Chandler & Lalonde, 2008; Chandler & Lalonde, 1998). En ce qui concerne les communautés autochtones, les nombreux tournants historiques et culturels auxquels ils furent confrontés les positionnent dans cette vulnérabilité. Il peut donc en découler de forts sentiments négatifs, comme la honte, le rejet ou la détresse, pouvant mener l'individu à ressentir une perte d'espoir

face au futur, et ainsi souhaiter mettre fin à ses jours (Procter, 2005). L'image péjorative de la culture autochtone transmise au cours des dernières décennies peut également entraîner les individus à ressentir de l'insécurité ou de la détresse (Tester & McNicoll, 2004; Wesley-Esquimaux & Smolewski, 2004). En ce sens, une étude rapporte que le fait de subir de la discrimination était associé à une diminution importante de la probabilité d'être résilient face aux difficultés (LaFromboise, Hoyt, Oliver, & Whitbeck, 2006). Il faut toutefois garder en tête que ce n'est pas tous les individus ayant été confrontés à des changements culturels et sociaux qui vivront une détresse significative par la suite; d'ailleurs, certains n'éprouvent pas de difficultés particulières (Elias et al., 2012; Tester & McNicoll, 2004). Ces événements historiques constituent donc un facteur de vulnérabilité qui ne s'intègre pas nécessairement dans une relation directe de cause à effet pour le passage à l'acte suicidaire. Cette vulnérabilité peut toutefois agir en interaction avec d'autres facteurs, tels qu'un environnement familial instable, rendant plus difficile l'adaptation de l'individu aux adversités et augmentant ainsi le risque suicidaire (Fleming & Ledogar, 2008).

Toujours au niveau structurel et environnemental, il semblerait qu'il y ait une association entre les hauts taux de suicide dans les communautés autochtones et la pauvreté à laquelle ces communautés font face en comparaison avec la population générale (Tousignant et al., 2013). En effet, le manque de prospérité économique, les opportunités limitées d'emplois, le chômage et la faible qualité de vie, entre autres un faible niveau sanitaire et des logements inadéquats ou surchargés, constituent des stressors dans la vie des individus autochtones qui peuvent les mettre à risque de ressentir de la détresse et de s'enlever la vie (Mignone & O'Neil, 2005; Richmond & Ross, 2009; Tousignant et al., 2013; Walls et al., 2014). C'est d'autant plus le cas pour les adolescents et les jeunes adultes qui sont confrontés à ce manque d'opportunités en début de vie, ce qui peut les amener à vivre du découragement et à avoir moins d'attentes positives envers le

futur (Kirmayer, Boothroyd, Laliberté, & Simpson, 1999; Mignone & O'Neil, 2005). Selon une étude de Chandler et Lalonde (2008), toutefois, les différences au niveau du taux de suicide entre les différentes communautés autochtones d'un même pays ne pourraient pas s'expliquer uniquement par des facteurs économiques : les communautés les mieux nanties ne démontrent pas nécessairement un taux de suicide statistiquement moins élevé que les communautés ayant moins de ressources économiques. Mohatt, Thompson, Thai et Tebes (2014) suggèrent quant à eux que ces stressors environnementaux, tels que le manque de prospérité économique, constitueraient des rappels actuels des traumas historiques vécus dans le passé, conservant ainsi ces traumas frais dans la mémoire collective et individuelle. En effet, cela aurait comme effet de renforcer, de maintenir et de transmettre les récits publics et personnels portant sur les traumas vécus, ce qui a inévitablement des impacts sur la santé des individus et des communautés, par exemple en les prédisposant au trouble de stress post-traumatique, aux symptômes anxieux et dépressifs, ainsi qu'aux sentiments de peur et de honte (Karenian et al., 2011; Mohatt et al., 2014; Walters, Simoni, & Evans-Campbell, 2002; Whitbeck et al., 2009). Comme ces auteurs le mentionnent toutefois dans leur article, il ne s'agit pas d'une relation linéaire. En effet, ces récits peuvent à la fois renforcer le sentiment de perte associé aux nombreux tournants historiques, mais également mettre de l'avant un sentiment de résilience quant à la préservation de certaines activités traditionnelles en dépit des adversités vécues (Mohatt et al., 2014; Whitbeck, Adams, Hoyt, & Chen, 2004; Whitbeck et al., 2009).

Finalement, des études ont suggéré que les services en santé mentale au sein des communautés autochtones ne seraient pas en mesure d'aborder adéquatement la problématique du suicide (Walls et al., 2014; Wexler & Gone, 2012; Wexler et al., 2015). Des individus autochtones, questionnés à ce sujet, relèvent et déplorent le manque de services en santé mentale, l'inadéquation de ceux-ci et l'inefficacité de la coordination des services offerts dans leur

communauté, ce qui peut inévitablement influencer les taux de suicide. En effet, certaines communautés ne semblent pas être en mesure de répondre adéquatement aux suicides. Elles se montrent bien souvent impuissantes et n'interviennent pas en amont de ceux-ci. En ce sens, un déficit au niveau de l'intégration et de la communication entre les différents services nuirait à ce que la communauté reconnaisse une part de responsabilité dans la problématique du suicide et mette en place des stratégies proactives en ce qui concerne la prévention (Walls et al., 2014). De plus, les hauts taux de suicide peuvent entraîner une normalisation de cette problématique et amener les individus à considérer le fait de mettre fin à leurs jours comme étant une solution aux problèmes vécus (Walls et al., 2014). Certains auteurs ont également émis l'hypothèse que les interventions en santé mentale et en prévention du suicide jusqu'à maintenant ne donneraient pas les résultats escomptés auprès des communautés autochtones puisqu'elles ne tiennent pas compte du contexte historique et de la culture de ces individus (Price & Dalglish, 2013; Westerman, 2004; Wexler & Gone, 2012; Wexler et al., 2015).

1.3.2. Niveau social

La culture autochtone se définit à travers les interactions sociales (Kirmayer et al., 2000; Stairs, 1992). Lorsqu'une relation sociale se termine ou s'avère être négative, cela peut entraîner des effets néfastes chez la personne, telle une grande détresse. Depuis longtemps, de nombreuses études s'entendent pour dire que la qualité du réseau social d'un individu est un important prédicteur du risque d'un passage à l'acte suicidaire (Grossi, Young, & Centre, 1992; Kirmayer, 1994; Magne-Ingvar, Öjehagen, & Träskman-Bendz, 1992). Il est donc pertinent de s'intéresser aux différentes relations que les personnes autochtones peuvent entretenir au cours de leur vie pour ainsi en comprendre les impacts.

L'étude de Kral, Idlout, Minore, Dyck, & Kirmayer (2011) a cherché à comprendre la signification qu'ont les notions de détresse et de bien-être pour les individus de communautés

inuites. Le thème le plus souvent abordé et le plus éloquent lors de ces entrevues semi-structurées référaient à l'importance de la famille et de la parenté. En effet, selon eux la tristesse était associée non seulement au fait de ne pas avoir de contacts fréquents avec leur famille, mais également à la qualité des contacts entretenus. Ainsi, la présence de colère, d'abus de substance, d'abus physiques et d'abus sexuels à l'intérieur même du contexte familial était inévitablement reliée au mécontentement et à la détresse des individus. Il n'est donc pas surprenant de constater que les problèmes familiaux étaient souvent mentionnés dans cette étude comme étant un facteur de risque important pour les comportements suicidaires, ce qui concorde également avec les résultats de nombreuses études (Advisory Group on Suicide Prevention, 2003; Kirmayer et al., 2007; Kral et al., 2011; Walls et al., 2014). Parmi les problèmes familiaux qui émergent des différentes études, on note la présence de conflits pouvant mener à de la violence lorsque les individus sont sous l'influence de l'alcool (Kral, 2012). En ce sens, la présence d'abus de substances et/ou d'un trouble en santé mentale chez les parents constituent des facteurs de risque établis par la littérature pour un passage à l'acte suicidaire entre autres chez une population inuite au Québec (Kirmayer, Malus, & Boothroyd, 1996; Tester & McNicoll, 2004). Une étude d'autopsie psychologique basée sur un corpus de données issues de 30 personnes décédées par suicide dans quatre communautés autochtones au Québec révèle que le 2/3 de ces cas ont souffert de sévères abus parentaux ou de négligence durant leur enfance (Tousignant et al., 2013). Finalement, les comportements suicidaires d'un membre de la famille, que ce soit une tentative ou un suicide, constituent un facteur de risque pour un passage à l'acte suicidaire (Borowsky, Resnick, Ireland, & Blum, 1999).

L'étude de Kral et al., (2011) révèle également que la communication, spécialement entre les membres d'une famille, est essentielle pour le bien-être des individus. Il va donc sans dire que les changements mentionnés précédemment au niveau de la communication avec l'arrivée de la

langue anglaise se ressentent à travers les différentes générations et peuvent engendrer un sentiment d'isolement et l'impression de n'avoir personne à qui se confier, que ce soit au quotidien ou lors de moments difficiles. Cela peut donc entraîner une grande détresse chez les individus, ainsi que les mettre à risque de comportements suicidaires (Kral et al., 2011b; Kral, 2012; Tester & McNicoll, 2004; Walls et al., 2014).

De nombreux auteurs s'entendent pour dire qu'il faut porter une attention particulière lors de bris de relations amoureuses puisque les moments de tensions et de ruptures sont fréquemment associés aux comportements suicidaires chez les individus autochtones. En effet, une étude de Kral (2003) dans laquelle les rapports du coroner furent révisés pour deux communautés Inuits dans le Canada Arctique a démontré que 68 % des suicides avaient été précipités par des problèmes au sein d'une relation amoureuse, parfois même la rupture de celle-ci. D'ailleurs des Inuits de tout âge, ayant fait une tentative de suicide ou non dans le passé, mentionnent que les problèmes au sein d'une relation amoureuse seraient la principale raison pour mettre fin à ses jours (Kral, 2012).

Un autre facteur de risque important associé aux comportements suicidaires, particulièrement chez les jeunes autochtones, réfère à l'exposition d'un individu au suicide ou à la tentative de suicide d'un ami (Borowsky et al., 1999; Kirmayer et al., 2007). En effet, un deuil par suicide peut amener les individus à ressentir une détresse importante caractérisée par des symptômes de dépression ou encore un stress post-traumatique, spécialement dans un contexte où les relations avec les pairs sont très significatives (Borowsky et al., 1999; Brent et al., 1993). De plus, il arrive que certains jeunes aient fait la promesse de ne pas divulguer l'intention suicidaire d'un proche, ce secret pouvant entraîner un fort sentiment de culpabilité suite au décès et, par le fait même, provoquer des idéations suicidaires à son tour chez cette personne (Walls et al., 2014). Il n'est donc pas rare d'assister à ce qu'on appelle des « suicides en grappe », ce qui signifie que

plusieurs suicides à l'intérieur d'un groupe de pairs surviennent dans un court intervalle de temps. Ces « grappes de suicide » peuvent s'expliquer d'une part par la détresse de perdre un être cher et d'autre part par la normalisation des comportements suicidaires comme solution aux problèmes vécus. De plus, les « grappes de suicide » peuvent découler de pactes entre des individus qui sont soumis aux mêmes stress environnementaux afin de mettre fin à leurs jours au même moment ou dans un court intervalle (Walls et al., 2014).

1.3.3. Niveau individuel

Il a été suggéré que les personnes ayant des idées suicidaires ou étant décédées par suicide se différencieraient de la population générale en ayant un déficit au niveau des stratégies d'adaptation (Tester & McNicoll, 2004). Selon Meaney (2010), les adversités vécues à l'enfance, comme le fait de se retrouver dans un environnement malsain, peuvent altérer le fonctionnement du cerveau et ces changements continuent de se ressentir à l'âge adulte puisqu'ils affectent la capacité à s'adapter aux événements stressants. Plusieurs auteurs s'entendent également pour dire que la présence d'un trouble en santé mentale serait un facteur de risque important qui expliquerait la vulnérabilité au suicide (Boothroyd, Kirmayer, Spreng, Malus, & Hodgins, 2001; Chachamovich & Tomlinso, 2013; Kirmayer et al., 1996; Procter, 2005). Une étude de Laliberté et Tousignant (2009) effectuée au Québec auprès de quatre communautés autochtones a démontré une forte association entre les décès par suicide et la consommation problématique d'alcool. En effet, les résultats de cette étude démontrent que sur 30 personnes décédées à la suite d'un suicide, 28 personnes avaient, au cours de la dernière année, abusé de l'alcool et/ou faisaient face à des problèmes en lien avec une consommation problématique. Parmi ces problèmes reliés à la consommation d'alcool, les participants à l'étude rapportent avoir vécu des problèmes financiers, de l'isolement social, des conflits interpersonnels ou maritaux et de la violence. Les résultats de cette étude indiquent également qu'au moment du décès par suicide, 22 personnes sur 30 étaient

intoxiquées à l'alcool et une personne au cannabis; 20 personnes ont vécu l'évènement précipitant du passage à l'acte suicidaire alors qu'elles étaient sous l'influence de l'alcool, et trois autres individus avaient consommé entre la survenue de l'évènement précipitant et le passage à l'acte. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'alcool entraîne généralement une altération dans la perception des évènements ou une augmentation des émotions en lien avec l'évènement précipitant. De plus, comme le jugement est altéré par cette substance, il peut devenir ardu de prendre un recul face à l'évènement, ce qui amène une incapacité à considérer des options alternatives face à la situation problématique (Laliberté & Tousignant, 2009). Le début de la consommation d'alcool et de drogues durant l'adolescence est associé à de nombreux méfaits, tels que des dommages neurodéveloppementaux, des dommages corticaux, et une altération du fonctionnement cognitif, ce qui peut avoir des impacts tant sur la régulation comportementale que sur le jugement et la présence de comportements impulsifs (Lubman & Yücel, 2008; Monti et al., 2005; Zeigler et al., 2005). L'étude de Chachamovich et al. (2013), auprès de la population inuite, qui compare des individus décédés par suicide et des individus de la population générale démontre que ceux décédés par suicide étaient plus enclins à souffrir de dépression que les gens de la population générale. En effet, plus de la moitié des personnes décédées par suicide (60 %) dans cette étude avaient eu un diagnostic d'un trouble dépressif majeur au cours de leur vie, comparativement à environ 25 % du groupe contrôle. Le groupe de personnes suicidées était également plus nombreux à souffrir d'une dépendance ou de l'abus au cannabis au cours de leur vie (60 % versus 35 %). Finalement, deux fois plus de personnes dans le groupe du suicide avaient un abus ou une dépendance à l'alcool dans les six derniers mois que dans le groupe contrôle, indiquant qu'il s'agit d'un facteur de risque pour le passage à l'acte suicidaire.

Toujours au niveau individuel, certains traits de tempérament seraient associés au risque

suicidaire. D'abord, l'impulsivité serait associée au risque d'effectuer des tentatives suicidaires, tandis que le repli sur soi, l'hypersensibilité, ainsi que l'inhibition seraient plus communs pour les suicides complétés. En effet, ces derniers traits de tempérament contribueraient au risque suicidaire en altérant le fonctionnement social et les relations, entraînant une diminution de l'estime de soi, une isolation sociale ainsi qu'un faible support social (Kirmayer, 1994). Certaines études ont démontré une plus grande prévalence d'un trouble de la personnalité chez les personnes décédées à la suite d'un suicide comparativement aux personnes de la population générale (Boothroyd et al., 2001; E. Chachamovich & Tomlinson, 2013). L'impulsivité est un trait qui se retrouve de façon marquée dans les troubles de la personnalité associés au suicide, tels que le trouble de la personnalité limite, le trouble des conduites et le trouble de personnalité antisociale. L'étude de Chachamovich & Tomlinson (2013) rapporte une différence significative entre la présence de ces troubles de la personnalité chez les personnes décédées par suicide (19.2 %; 15 %; 14.2 %), comparativement au groupe contrôle (3 %; 3 %; 7.5 %).

1.4. Facteurs de protection

Bien que les facteurs de risque soient des éléments permettant de comprendre la vulnérabilité au passage à l'acte suicidaire, il existe également des facteurs qui peuvent protéger les individus de cette vulnérabilité. Les facteurs de protection contribuent généralement à favoriser une santé mentale positive, tout en réduisant la probabilité que se développe un trouble mental. Les facteurs de protection se regroupent également selon leur niveau d'influence, c'est-à-dire le niveau structurel et environnemental, le niveau social et le niveau individuel (Mantoura, 2014).

1.4.1. Niveau structurel et environnemental

Comme il a été mentionné précédemment, il existe une grande variabilité au niveau du taux de suicide à travers les différentes communautés autochtones d'un même pays (Chandler & Lalonde, 2008). Il est donc légitime de se questionner à savoir ce qui peut différencier ces communautés au point de démontrer des taux de suicide aussi inégaux, mais également ce que l'on peut comprendre et retenir des communautés ayant un taux de suicide bas.

À travers leurs études, Chandler et Lalonde (1998, 2008) mettent de l'avant le concept de continuité culturelle comme étant un facteur de protection important pour éviter le développement de comportements suicidaires. Comme il est vrai que tout individu est en constante évolution au cours de sa vie, il en est de même pour la culture qui évolue sans cesse. Toutefois, malgré ces changements, certaines croyances et pratiques de base se transmettent généralement de génération en génération d'une multitude de façons et procurent des repères stables pour les individus afin qu'ils puissent se définir à travers leur culture. Ces auteurs se sont donc intéressés à savoir à quel point et de quelle façon les communautés autochtones ont été en mesure de maintenir leur sens de continuité culturelle, c'est-à-dire leur héritage culturel, tout en ayant fait face à une grande pression assimilatrice et une oppression historique au cours des dernières décennies. Ils s'intéressaient également à étudier le lien qui existe entre le degré de continuité culturelle et le taux de suicide de ces communautés. Chandler et Lalonde (2008) ont opérationnalisé le concept de continuité culturelle à l'aide de 8 variables : (1) mettre en place des mesures pour assurer un nom autochtone aux terres traditionnelles; (2) reprendre une certaine indépendance et une autonomie au niveau du gouvernement; (3) avoir un certain degré de contrôle sur les services d'éducation; (4) maintenir un contrôle sur la protection des individus (police et incendies); (5) avoir un contrôle sur la prestation des soins de santé (par exemple la présence d'infirmières à l'intérieur même des bâtiments de l'école); (6) avoir établi des

aménagements aidant à préserver la vie culturelle; (7) avoir intégré des femmes au sein des gouvernements; et finalement (8) avoir mis en place et avoir le contrôle des services à l'enfance et à la famille au sein de la communauté. Selon ces études, les taux de suicide étaient plus bas dans les communautés qui avaient atteint une autonomie et une indépendance gouvernementales, qui avaient des antécédents au niveau des revendications territoriales, qui avaient un certain contrôle sur l'éducation, la santé, la police et les services d'incendie ou qui avaient construit des installations culturelles au sein de la communauté. Les communautés ayant des femmes formant la majorité du gouvernement local avaient un taux de suicide plus bas, ainsi que les communautés étant parvenues à avoir le contrôle des services à l'enfance et la famille. Évidemment, plus il y a de variables présentes au sein d'une même communauté et plus l'effet se fait ressentir au niveau du taux de suicide, diminuant les risques de passage à l'acte. La variable la plus significative semble être l'autonomie au niveau gouvernemental puisque celle-ci est associée bien souvent à la présence d'autres variables significatives et joue un grand rôle dans le renforcement et la préservation de leur culture. Une autre composante intéressante de la continuité culturelle a émergé des travaux de Hallett, Chandler et Lalonde (2007). Ceux-ci avancent que les efforts d'une communauté pour conserver et transmettre un langage traditionnel seraient reliés au taux de suicide. En effet, les résultats démontrent que les communautés ayant un haut niveau de connaissance de la langue traditionnelle, c'est-à-dire une société dans laquelle la majorité des individus sont en mesure d'entretenir une conversation en utilisant la langue traditionnelle, auraient un taux plus bas de suicides (13,0 pour 100 000) alors que celles ayant un faible pourcentage d'individus pouvant converser dans la langue traditionnelle ont des taux plus élevés de suicide (96,6 pour 100 000) (Hallett, Chandler, & Lalonde, 2007).

Il va donc sans dire qu'un facteur de protection important pour le suicide concerne la valeur et l'importance accordée à la conservation et la transmission de la culture malgré les

nombreuses perturbations et tournants historiques vécus précédemment. Plusieurs auteurs vont dans ce sens et affirment qu'il est primordial de promouvoir le sens de fierté de ces communautés autochtones en transmettant une image plus positive de qui ils sont à travers leurs mots, leurs histoires, leur art, leurs discussions quotidiennes (Kral et al., 2011b; Tester & McNicoll, 2004). En ce sens, l'utilisation et le maintien de cérémonies, de valeurs et de pratiques autochtones a déjà démontré de fortes qualités aidantes, que ce soit au niveau de la santé mentale, de la résilience, ainsi que de la prévention du suicide chez des adolescents et adultes autochtones (Alcántara & Gone, 2007; Garrouette, Goldberg, Beals, Herrell, & Manson, 2003; LaFromboise et al., 2006; Mignone & O'Neil, 2005; N. V. Mohatt et al., 2014; Walters et al., 2002; Whitbeck et al., 2009).

1.4.2. Niveau social

L'étude de Kral et al. (2011) révèle que la famille est un élément primordial en ce qui concerne le bien-être et le bonheur des individus autochtones et il s'agit du thème qui émerge le plus facilement de leur discours lorsqu'ils sont questionnés à ce sujet. En effet, le fait de se retrouver en famille, de visiter des proches et de faire des activités tous ensemble, comme partager un repas ou aller à la chasse sont des éléments associés non seulement au bien-être et au bonheur, mais également à la santé et la guérison. Cette forte connexion à la famille est par extension un facteur de protection important favorisant le bien-être et la santé mentale (Fleming & Ledogar, 2008; Kral et al., 2011b; Mignone & O'Neil, 2005). L'étude de Penney et al. (2009) a démontré que, parmi toutes les variables étudiées, les liens familiaux étaient le meilleur prédicteur des faibles taux de suicide. En ce sens, les résultats révèlent que les taux étaient beaucoup moins élevés dans les collectivités où une grande proportion de résidents rapportait des liens étroits avec les membres de leur famille. Comme il a été mentionné précédemment, les

relations au sein de la famille peuvent être problématiques et entraîner une détresse significative chez les enfants. Ainsi, contrairement à ce que l'on pourrait s'imaginer, l'adoption dans les communautés autochtones, notamment chez les Inuits, est un phénomène fréquent qui permet à l'individu de se retrouver dans un milieu où les liens familiaux sont plus stables et protecteurs pour lui (Kirmayer, 1994).

La communication est également un élément qui est considéré comme étant essentiel pour le bien-être des individus. En effet, de nombreuses études, ainsi que des individus autochtones eux-mêmes mentionnent l'importance de s'ouvrir aux autres, que ce soit avec des membres de la famille ou des amis, et d'avoir des discussions et un contact fréquent. Cette communication et ce rapport fréquent aux autres contribuent à la qualité du réseau social de l'individu, lui permettant de compter sur l'autre au besoin et de trouver plus facilement des solutions lorsqu'une situation problématique émerge, ce qui lui évite ainsi de vivre de l'isolement social et une détresse (Alcántara & Gone, 2007; Borowsky et al., 1999; Kral et al., 2011b; Luke et al., 2013; Richmond & Ross, 2009). Un autre facteur de protection important réfère au fait d'entretenir des liens affectifs avec des chefs tribaux des communautés autochtones. En effet, le bien-être serait relié à l'adhésion à la culture traditionnelle, par exemple par la pratique d'activités concernant entre autres la terre, la chasse, le camping, la nourriture locale, le fait de passer du temps avec les aînés, la construction d'outils traditionnels. (Alcántara & Gone, 2007; Borowsky et al., 1999; Kral et al., 2011b).

Au-delà du réseau social immédiat des individus autochtones, un facteur de protection important pour prévenir la problématique du suicide concerne le niveau de capital social de la communauté. Le capital social correspond à l'étendue des ressources qui sont investies socialement et qui valorisent une culture basée sur la confiance, les normes de réciprocité, l'action et la participation collectives, ainsi que la présence de réseaux souples et diversifiés.

Selon Mignone et O'Neil (2005), une culture faisant preuve d'une action et d'une participation collectives et démontrant une grande réciprocité dans ses rapports permettrait d'éviter de ressentir un sentiment d'instabilité ou de désespoir pouvant mener à des comportements autodestructeurs. La qualité des réseaux sociaux au sein des communautés ont également démontré avoir des impacts positifs sur la santé mentale de ces habitants. En effet, les communautés ayant des réseaux flexibles, inclusifs et diversifiés ont tendance à mettre en place un environnement social qui est plus favorable à la santé en augmentant les possibilités d'informations et d'emplois, tout en diminuant les facteurs de risque socioéconomiques et en laissant moins d'individus isolés et sans accès aux ressources. On constate une diminution des idéations et des tentatives suicidaires à l'intérieur des cultures dans lesquelles les familles s'entraident et démontrent de fortes valeurs de réciprocité, dans lesquelles les familles dans le besoin reçoivent du soutien de la part des différents secteurs et dirigeants et dans lesquelles les jeunes sentent qu'ils peuvent faire confiance et avoir du soutien de la part d'adultes au besoin. Finalement, les ressources qui sont investies de façon à promouvoir, entre autres, la culture, la langue, l'éducation et les programmes de résolution de conflits constituent un facteur de protection important. En effet, les communautés qui ont mis en place ces différentes initiatives chez les jeunes ont rapporté des résultats positifs dans la réduction des sentiments d'isolement chez les jeunes, ainsi que des comportements violents ou autodestructeurs (Mignone & O'Neil, 2005). À titre d'exemple, une communauté inuite a mis sur pied un centre pour les jeunes où ceux-ci pouvaient se regrouper afin de prendre part à différentes activités (film, jeux, discussions avec des aînés et des intervenants) et cela eut pour effet de diminuer significativement le taux de suicide chez les jeunes (Kral, 2012).

1.4.3. Niveau individuel

En tenant compte du contexte propre aux communautés autochtones, des auteurs ont tenté d'identifier les facteurs qui sont protecteurs à un niveau individuel en lien avec les

comportements suicidaires. Les individus qui sont en mesure de démontrer des stratégies d'adaptation, ainsi que des compétences au niveau de la gestion du stress et de la résolution de problèmes seraient moins enclins au passage à l'acte suicidaire puisqu'il découle généralement de ces habiletés une forte croyance en la survie et en l'adaptation aux adversités (Mignone & O'Neil, 2005). Un engagement face à la spiritualité en lien avec la culture de l'individu serait associé au bien-être et à la diminution du nombre de tentatives de suicide rapportées. Cet engagement se caractérise par une présence régulière à l'église, ainsi que par le fait d'accorder une grande valeur et une forte signification à la vie; il s'agirait donc de facteurs de protection importants desquels peuvent émerger une crainte et une objection morale face au suicide (Alcántara & Gone, 2007; Kirmayer et al., 2000; Mignone & O'Neil, 2005). De plus, les individus qui démontreraient une bonne estime d'eux-mêmes, un sentiment de fierté et d'appartenance envers leur culture, ainsi que des habiletés au niveau de la communication interpersonnelle seraient moins à risque d'un passage à l'acte suicidaire (Alcántara & Gone, 2007; Mignone & O'Neil, 2005). Une attitude positive face à l'éducation, ainsi qu'une bonne performance scolaire seraient corrélée avec une moins grande fréquence de comportements suicidaires (Alcántara & Gone, 2007; Kirmayer et al., 2000). L'étude de Penney et al. (2009) révèle quant à elle qu'un haut pourcentage de fréquentation scolaire chez les jeunes dans une collectivité serait une variable associée à des taux de suicide inférieurs. Les auteurs décrivent la fréquentation scolaire comme étant un espace où les jeunes ont l'opportunité de développer des liens sociaux et des intérêts positifs, mais également qui témoigne d'un sentiment d'espoir face au futur (Penney et al., 2009). De façon générale, l'activité physique serait reconnue comme étant un facteur de protection contre les idéations et tentatives suicidaires et cet effet se fait également ressentir à travers les communautés autochtones australiennes (Chioqueta & Stiles, 2007; Luke et al., 2013). En effet, le fait de pratiquer un sport procure une appartenance, ainsi qu'un sens de

loyauté et de cohésion entre les individus qui remplacent les infrastructures effritées à travers les nombreuses perturbations historiques et culturelles. Le sport a donc contribué à réduire de façon considérable les actes de violence tournés vers soi, par exemple les tentatives de suicide, les suicides complétés et l'automutilation (Tatz, 1994, 2012). L'abstinence ou la modération au niveau de la consommation d'alcool serait un facteur de protection important pour les comportements suicidaires chez les communautés autochtones étant directement associé à un risque moins élevé particulièrement chez les jeunes. Le fait de ne pas consommer de drogue constitue indirectement un facteur de protection puisque cela est associé à une moins grande consommation d'alcool, cette dernière étant un facteur agissant sur le risque de comportements suicidaires (Fleming & Ledogar, 2008).

1.5 Objectif de cette étude

Force est de constater qu'une grande proportion des écrits scientifiques sur la problématique du suicide chez les communautés autochtones met l'accent principalement sur les facteurs de risque qui rendent cette population vulnérable au passage à l'acte, alors qu'il y a moins de littérature qui tente d'identifier les facteurs de protection. Pourtant, selon Borowsky & al. (1999), ce sont les facteurs de protection qui ont le plus grand impact sur le risque suicidaire; la somme de ces facteurs ayant pour effet de diminuer le risque d'un passage à l'acte. En effet, le fait d'augmenter le nombre de facteurs de protection serait plus efficace dans la diminution de la probabilité de lésions auto-infligées que d'agir directement en diminuant le nombre de facteurs de risque. Il est donc pertinent de répertorier les facteurs de protection et d'en comprendre les différents impacts afin de prévenir la problématique du suicide. Des études portant sur la population Yupik en Alaska vont également dans ce sens. En effet, les auteurs ont développé au fil des années un modèle basé sur la culture de ces individus et qui met de l'avant les facteurs de

protection afin de prévenir l'abus d'alcool et le suicide au sein de cette population. Ce modèle préconise également l'intervention à plusieurs niveaux (communauté, social, individuel). Selon ces auteurs, une collaboration étroite avec la communauté est un élément essentiel afin de faciliter le développement, l'implantation, ainsi que les résultats découlant de ces interventions (Allen, Mohatt, Fok, Henry, & Team, 2009; Allen, Mohatt, Beehler, & Rowe, 2014; Allen, Rasmus, Fok, Charles, & Henry, 2017; Allen & Mohatt, 2014; Mohatt et al., 2004; Mohatt, Fok, Burket, Henry, & Allen, 2011). Il émerge également des écrits scientifiques quelques études concernant les tentatives de suicide parmi les Inuits, toutefois peu d'études se sont intéressées d'une part aux personnes qui sont décédées par suicide, mais plus spécifiquement aux facteurs de protection propres au contexte culturel du peuple inuit dans le Canada arctique (Chachamovich et al., 2013).

Ce projet de recherche fait suite à une étude (*Qaujivallianiq Inuusirijauvalauqtunik (Learning from lives that have been lived)*) qui s'est déroulée entre 2005 et 2010 chez la population inuite du Nunavut et qui visait à comparer les facteurs de risques chez un premier groupe de personnes décédées à la suite d'un suicide à un groupe contrôle, de la population générale. En utilisant une méthodologie d'autopsie psychologique et de trajectoires de vie, les auteurs ont été en mesure d'identifier les variables permettant de distinguer les deux groupes. Un article a été publié afin de décrire les résultats et de discuter des aspects méthodologiques, entre autres la procédure de recueil de données, l'acceptabilité, la fiabilité, ainsi que la validité de la méthode, reliés à cette étude puisqu'il s'agissait de la première étude d'autopsie psychologique effectuée chez la population inuite du Nunavut (Chachamovich et al., 2013). Cette banque de données unique et riche a été jusqu'à maintenant peu exploitée. La présente étude avait donc pour objectif d'utiliser les données issues de cette banque et de comparer les facteurs de protection présents à travers la vie chez les différents groupes. Une première lecture des données a permis

de constater que chez les participants du groupe contrôle, certains avaient fait une ou des tentatives de suicide au cours de leur vie, alors que d'autres n'avaient jamais fait de tentative de suicide. Il devenait donc intéressant d'évaluer si ceux-ci se distinguaient en termes de protection. Pour ce faire, les participants de l'étude initiale ont d'abord été divisés en trois groupes: les personnes décédées à la suite d'un suicide, les personnes ayant fait une tentative de suicide et les personnes n'ayant jamais fait de tentative de suicide au cours de leur vie. Puis, sur la base des données recueillies, un échantillon de 90 participants fut retenu pour la présente étude, c'est-à-dire 30 participants par groupe (voir la section de la méthodologie dans l'article pour plus de détails). Avec la lecture des vignettes cliniques recueillies par les intervieweurs, l'objectif était de répertorier et de comparer les facteurs de protection qui étaient présents à travers la vie chez les personnes de ces trois groupes.

CHAPITRE II

ARTICLE

2.1. Présentation de l'article

L'article intitulé *Protective factors in the Inuit population of Nunavut: A comparative study of people who died by suicide, people who attempted suicide and people who never attempted suicide* a été soumis pour publication dans *l'International Journal of Environmental Research and Public Health*, dans le cadre d'un numéro spécial portant sur les avancées dans la recherche sur le suicide (Annexe A). L'article a été publié le 16 janvier 2018, suite à des révisions mineures (Beaudoin et al., 2018). Cet article, écrit en anglais, comprend un résumé, une introduction, la méthodologie, les résultats et tableaux, une discussion, une conclusion, ainsi que les références.

Protective Factors in the Inuit Population of Nunavut: A Comparative Study of People Who Died by Suicide, People Who Attempted Suicide, and People Who Never Attempted Suicide

Véronique Beaudoin ¹, Monique Séguin ^{1,2,*}, Nadia Chawky ², William Affleck ¹,
Eduardo Chachamovich ³ and Gustavo Turecki ³

¹ Department of Psychoeducation and Psychology, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, QC J8X 3X7, Canada; beav34@uqo.ca (V.B.); william.affleck@gmail.com (W.A.)

² Mood Disorders and Related Disorders, McGill Group on Suicide Studies, Douglas Mental Health University Institute & Québec Network on Suicide, Montreal, QC H4H 1R3, Canada; nadia.chawky@gmail.com

³ McGill Group for Suicide Studies, Department of Psychiatry, Douglas Institute, McGill University, Montreal, QC H3A 0G4, Canada; eduardo.chachamovich@douglas.mcgill.ca (E.C.); gustavo.turecki@mcgill.ca (G.T.)

* Correspondence: Monique.Seguin@uqo.ca; Tel.: +00-819-595-3900, (ext. 2260)

Received: 11 December 2017; Accepted: 8 January 2018; Published: 16 January 2018

2.2. Abstract

Epidemiological data shows an alarming prevalence of suicide in Aboriginal populations around the world. In Canada, the highest rates are found in Inuit communities. In this article, we present the findings of a secondary analysis conducted with data previously collected as part of a larger study of psychological autopsies conducted in Nunavut, Canada. The objective of this secondary analysis was to identify protective factors in the Inuit population of Nunavut by comparing people who died by suicide, people from the general population who attempted suicide, and people from the general population who never attempted suicide. This case-control study included 90 participants, with 30 participants in each group who were paired by birth date, sex, and community. Content analysis was first conducted on the clinical vignettes from the initial study in order to codify the presence of protective variables. Then, inferential analyses were conducted to highlight differences between each group in regards to protection. Findings demonstrated that (a) people with no suicide attempt have more protective variables throughout their lifespan than people who died by suicide and those with suicide attempts within the environmental, social, and individual dimensions; (b) people with suicide attempts significantly differ from the two other groups in regards to the use of services; and (c) protective factors that stem from the environmental dimension show the greatest difference between the three groups, being significantly more present in the group with no suicide attempt. Considering these findings, interventions could focus on enhancing environmental stability in Inuit communities as a suicide prevention strategy.

Keywords: suicide; Inuit; Nunavut; protective factors; Aboriginal; prevention

2.3. Introduction

According to the World Health Organization, there are close to 800,000 people who take their own life every year around the world (World Health Organization, 2014a). For each suicide, it is estimated that approximately 20 individuals attempt suicide (World Health Organization, 2014b). With such a prevalence, suicide is recognized as an important public health issue that has major consequences for families, communities, and nations (World Health Organization, 2014b). In Canada, 4054 suicides occurred in 2013, making it the 9th leading cause of death in the country (Statistique Canada, 2014a). Studies show that Aboriginal communities have significantly higher rates of suicide than the general population of many countries, including Canada, New Zealand, Australia, and the United States (Kirmayer, 1994; Luke et al., 2013; Wexler et al., 2015). From 2003 to 2007, the suicide rate among Canadian Aboriginal people was 30.4 per 100,000—three times higher than the rate in the general population for the same period (Health Canada, 2014). This rate is even higher for Aboriginal youth, who have one of the highest suicide rates in the world (Chandler et al., 2003). In Canada, Aboriginal youth commit suicide at a rate 5 to 6 times higher than the general population (Advisory Group on Suicide Prevention, 2003).

Suicides are particularly high amongst the Canadian Inuit. This population has one of the highest rates of suicide around the world. In 2011, the suicide rate for Inuit living in Nunavut was 99.4 per 100,000, compared with 11.3 per 100,000 in the general Canadian population (Advisory Group on Suicide Prevention, 2003; Nunavut Bureau of Statistics, 2014). The suicide rate in Nunavut rose to 127.1 per 100,000 in 2013—ten times the Canadian average (Nunavut Bureau of Statistics, 2014; Statistique Canada, 2014b). The suicide rate among the Inuit populations has grown alarmingly over the past 30 years, beginning in the mid-1980s (Tester & McNicoll, 2004).

This increase has been led by suicide of Inuit youth under the age of 25, a trend that is consistent with other Aboriginal populations around the world (Hicks, 2009; Kral, 2012).

A number of prominent explanations have been offered for the dramatic rise in suicide amongst the Canadian Inuit. On a structural and environmental level, studies report that the high rate of suicide could be explained, at least in part, by historical traumas experienced by these populations and transmitted across generations. The colonization and discrimination faced by the Inuit in the past have led to many social problems and have undermined the integrity of communities, resulting in a cultural confusion (Chandler & Lalonde, 1998; Kirmayer et al., 2000; MacNeil, 2008; Stairs, 1992; Tester & McNicoll, 2004; Walls et al., 2014). Many Aboriginal communities, including the Inuit, have an eco-centric self-concept, meaning that the person's identity is built through his or her interactions with the social and physical environment (Kirmayer et al., 2000; Walls et al., 2014; Wexler & Gone, 2012). As individuals attach great importance to elements of their environment (people, land, animals), historical events that led to the destruction of the land, territorial appropriation, relocation of certain communities, changes in governance, physical inactivity, and spatial restrictions are believed to have contributed to weakening the integrity of communities and individuals (Kirmayer et al., 2000; Walls et al., 2014; Wexler & Gone, 2012).

Chandler and Lalonde (2008,1998) suggest that these historical traumas resulted in the loss of cultural continuity, defined as the cultural legacy and autonomy of a community. This constitutes an important risk factor for suicide by placing individuals in a vulnerable position concerning their identity. Historical events, such as residential schools and the relocation of communities, therefore constitute a risk factor, which may interact with other risk factors—for example, an unstable family environment—to make it more difficult for individuals to adapt to adversities and ultimately more vulnerable to suicide (Fleming & Ledogar, 2008).

The lack of economic prosperity, limited employment opportunities, unemployment, and low living standards (such as overcrowded houses) have likewise been identified as risk factors for the Indigenous population (Mignone & O'Neil, 2005; Tousignant et al., 2013; Walls et al., 2014). Mohatt et al. suggest that such environmental factors can act as current reminders of historical traumas, reinforcing both personal and public distressing narratives and undermining individual and community health (Mohatt et al., 2014).

Lastly, it has been suggested that mental health services may not be adequately equipped to address issues of Inuit suicide. Aboriginal communities have questioned the adequacy and effectiveness of mental health services as they relate to suicide (Walls et al., 2014). Some authors have suggested that mental health interventions, including suicide prevention programs, are less effective because they are not congruent with Indigenous culture and beliefs (Wexler & Gone, 2012; Wexler et al., 2015).

On a social level, problems within intimate relationships have been identified as risk factors for suicide in Aboriginal and Inuit communities (Advisory Group on Suicide Prevention, 2003; Chandler & Lalonde, 2008; Kirmayer et al., 2007; Kral, Idlout, Minore, Dyck, & Kirmayer, 2011a). These include family difficulties, such as infrequent or poor relationship between family members, the presence of physical or sexual abuse (Kral et al., 2011a), the presence of substance abuse and/or mental health disorders in parents (Kirmayer et al., 1996; Tester & McNicoll, 2004), and problems in a romantic relationship (Kral, 2003, 2012). Having a close friend commit suicide or make a suicide attempt has also been identified as a risk factor for suicidal behaviors in Aboriginal populations (Borowsky et al., 1999; Kirmayer et al., 2007).

On an individual level, several authors agree that mental health problems also play a role in Aboriginal and Inuit suicide (Boothroyd et al., 2001; Chachamovich et al., 2013; Chachamovich et al., 2015; Kirmayer et al., 1996). Chachamovich et al. (2015) found that people who died by

suicide in Nunavut were more likely to suffer from depression during their lifespan (60%) than people in the general population (25%). They were also more likely to have a substance abuse or dependence disorder during their lifetime (60% vs 35%). Some studies have also shown a higher prevalence of personality disorders among people who died by suicide compared with people in the general population (Boothroyd et al., 2001; Chachamovich et al., 2015). Chachamovich et al. (2015) report significantly higher rates of borderline personality disorder, conduct disorder, and antisocial personality disorder in people who died by suicide (19.2%, 15.0%, 14.2%) compared with the control group (3.0%, 3.0%, 7.5%).

Although risk factors are essential for understanding suicide vulnerability, it is also important to recognize the protective factors that can contribute to positive mental health. In fact, research suggests that protective factors may have a greater impact on suicide than risk factors. Borowsky et al. (1999) found that increasing the number of protective factors would be more effective in reducing the likelihood of self-inflicted injuries than acting directly on reducing the number of risk factors. Indeed, studies on the Yupik population in Alaska are moving in this direction, where the authors have developed over the years a culturally grounded model of protective factors that emphasizes multilevel intervention (community, social, and individual) to prevent alcohol abuse and suicide. Community collaboration is an important element in these studies to facilitate the development, implementation, and outcomes of the various interventions (Allen et al., 2009; Allen et al., 2014; Allen & Mohatt, 2014; Mohatt et al., 2004; Mohatt et al., 2011).

To date, Aboriginal suicide research has predominantly focused on risk factors. However, a number of important protective factors have been identified. On a structural and environmental level, Chandler and Lalonde (Chandler & Lalonde, 2008; Chandler & Lalonde, 1998) promote the concept of cultural continuity as a moderator of the development of suicidal behavior in Canadian Aboriginal populations. Among the variables used to operationalize this concept,

governmental autonomy was found to be associated with the presence of other variables of cultural continuity, such as having control over education, health, and police services, and the ability to include cultural installations in the community. Hallett, Chandler, and Lalonde (2007) also demonstrated that communities with a high level of knowledge of their traditional language show lower rates of suicide than communities with fewer individuals who can converse in their traditional language. Several studies also confirm that it is essential to promote the sense of pride in indigenous communities by conveying a positive image of their culture, and by encouraging traditional activities, values, and practices (Kral et al., 2011a; Mignone & O'Neil, 2005; Tester & McNicoll, 2004). A number of studies have also shown that enculturation positively impacts mental health, resilience, and suicide prevention in Indigenous adolescents and adults (Alcántara & Gone, 2007; Garrouette et al., 2003; LaFromboise et al., 2006; Mohatt et al., 2014; Walters et al., 2002; Whitbeck et al., 2009).

On a social level, a strong connection with the family is associated with well-being, happiness, health, and healing, which all contribute to good mental health (Fleming & Ledogar, 2008; Kral et al., 2011a; Mignone & O'Neil, 2005; Penney et al., 2009). Family and friends can help an individual to find a solution to a problem, prevent an individual from becoming socially isolated, and help support them during periods of psychological and emotional distress (Alcántara & Gone, 2007; Borowsky et al., 1999; Kral et al., 2011a; Luke et al., 2013).

A number of individual protective strategies have also been identified. Studies have found, for example, that people who are able to demonstrate coping strategies, such as stress management and problem-solving skills, are less likely to engage in suicidal behaviors (Mignone & O'Neil, 2005). A commitment to spirituality has been associated with well-being and a decrease in the number of reported suicide attempts (Alcántara & Gone, 2007; Kirmayer et al., 2000; Mignone & O'Neil, 2005). Positive attitude towards education, school perseverance, and

academic achievement have been correlated with fewer suicidal behaviors (Alcántara & Gone, 2007; Kirmayer et al., 2000; Penney et al., 2009). Similarly, studies have found participation in sports to be a protective factor against suicide and suicidal ideations because it promotes a sense of centrality and cohesion between people (Chioqueta & Stiles, 2007; Luke et al., 2013; Penney et al., 2009; Tatz, 1994, 2012). Finally, abstinence or moderation in alcohol consumption has also been shown to be an important protective factor against suicide in Aboriginal communities, especially among young people. Although not directly associated with a low risk of suicide, abstaining from drugs has been shown to be a protective factor associated with lower alcohol use (Fleming & Ledogar, 2008).

Despite these valuable insights, knowledge on protective factors in Aboriginal suicide remains sparse, especially as they relate to the Inuit, even though there is an alarming prevalence of suicide in this population. The current study aims to address the gap in the literature by examining protective factors in the Inuit population.

2.4. Materials and Methods

The initial study included 120 suicides that occurred in Nunavut between 2003 and 2006 and 120 control subjects that were randomly selected from the Nunavut Health Care Registration File and were matched based on community, gender, and birth date. Within each group, 99 participants (82.5%) were men and 21 (17.5%) were women (see Chachamovich et al., 2013 for details).

Chachamovich's initial study (2013, 2015) used a proxy-based interview procedure as the main source of information, also known as a follow-back study, and used a psychological autopsy method and life-calendar methodology. These methods involve gathering information about the life of the individual who committed suicide in order to understand the reasons and contextual

factors. Semi-structured interviews with relatives of the deceased were conducted in order to reconstruct the events that have marked the life of each person and to identify elements that would allow a better understanding of the suicidal gesture within a complex life trajectory. To ensure the groups were comparable, information on the living control participants were also obtained by means of proxy-based interviews. The researchers and trained mental health research assistants conducted the interviews and participants were asked to choose the language in which they preferred to be interviewed (English or Inuktitut). Participants who chose Inuktitut were invited to select an interpreter with whom they felt comfortable speaking openly. The number of informants necessary to complete the interview was determined by the interviewer, based on the quality of the interviews and the amount of information gathered. There were 498 interviews conducted overall; 279 of these interviews were for suicide participants and the remaining 219 were for control participants. Medical charts, coroner's notes, and criminal records were also systematically reviewed. Several instruments were used in the initial study to assess socio-demographic data, psychopathology, impulsiveness, aggressiveness, history of suicide attempts, family history of psychopathology, development, and life trajectory, which reflected the major risk factors for suicide. These instruments were adapted to ensure the cultural sensitivity of their content. The interviews combined standardized instruments (see Chachamovich et al., 2013 for the list of instruments used) with open-ended questions to collect information about the trajectory of life events, childhood development, and parent-child relationship. Following the interviews, and after reviewing the medical records, the interviewers wrote a clinical vignette summarizing all relevant information on each participant (see Chachamovich et al., 2013 for details about the methodology of this study).

To select the sample for this study, we first made a distinction between living control participants who had made at least one suicide attempt during the course of their life and those

who had not. Among the control subjects, there were 30 living participants who attempted to take their life: 25 men (83.3%) and 5 women (16.7%). Then, participants who died by suicide and those who made no suicide attempt were matched to those who made a suicide attempt by age (date of birth), gender, and according to Nunavut region (Kitikmeot, Kivalliq, and Qikiqtaaluk). The current study used a sample of 90 participants from the original study which were subdivided into three groups: (1) 30 cases of individuals who died after a suicide; (2) 30 living control participants who have made at least one suicide attempt during the course of their life; and (3) 30 living control participants who never made a suicide attempt. The secondary analysis of this study was reviewed and approved by the Research Ethics Committee of Université du Québec en Outaouais (IRB number: 2251-B).

Within the secondary data analysis approach, the current study used content analysis to examine the clinical vignettes of the 90 cases that were selected. This method consists of analyzing the explicit and implicit content of a text through the classification and assessment of key concepts, symbols, and themes. The aim of the content analysis was to develop a better understanding of the protective factors for suicidal behavior among the Inuit population of Nunavut by comparing the experiences of people who died by suicide to those who had made a suicide attempt and those who never attempted suicide. We created a coding grid taking into account the current literature on protective factors and using the conceptual framework from the National Public Health Institute of Quebec (INSPQ). This framework groups the determinants of mental health and addresses the protective factors within different dimensions, such as the environmental dimension, the social dimension, and the individual dimension (Mantoura, 2014). We also included two dimensions that, following the literature review, seemed relevant for the context and population of this study, namely, the use of services and the cultural dimension. In total, there were 33 variables of protective factors that were operationally defined. A panel of

experts independently coded the life history vignettes, identifying the presence or absence of these variables. Protective factors were grouped into five different dimensions: environmental variables, social variables, individual variables, use of services, and cultural variables (see Table 1).

Table 1. Protective variables of the coding grid for the content analysis.

Environmental	Stability/positive change in the environment	<i>Stable family environment</i>
		<i>Financial security</i> /presence of income
		Transition/Change in the living environment
		Study/Work outside of the community
Achievements		Stable workplace
		Academic achievement
		Publicly recognized achievement
Use of services dimension	Resource accessibility (mental health)	Travel/Project
		Consultation (s)
	Resources (physical health)	Intensity of services
		Therapeutic process
Social dimension	Family relationships	Hospitalization
		Consultation (s)
	Intimate relationships	Hospitalization
		Caring
	Friendly relationships	Positive family ties
		Stable and positive relationship with partner
Individual dimension	Personal resources	<i>Feeling of parental pride and identity</i>
		Positive relationship with children
		Stable friendship
		Social network
	Personal behaviors	Being easy to get along with
		Ability to express and manage emotion and/or to perform well in school
		<i>Religion/Spirituality</i>
		Perseverance/Engagement
		Stop/decrease consumption
		Sports activities
		Social participation/engagement
		Personal development
		Significant leisure

Cultural dimension	Traditional language
	Traditional activities
	Cultural pride/identity

Table 1 groups the 33 variables of the coding grid. Variables in italics were suggested by the accounts of the participants' life history and have been added during the course of the study.

A mixed method approach was used: while some variables derived from the literature, other variables were suggested by the accounts of the participants' life history and have been added during the course of the study (L'Écuyer, 1990).

The clinical vignette of each participant was explored in depth in order to identify protective factors and coded according to the variables already determined. Some variables were added during the analysis to reflect the protective element, which was identified by the participants themselves. All vignettes were independently coded by the three clinicians (VB, MS, NC) and then reviewed by the panel (VB, MS, NC) to ensure good inter-rater reliability. A high agreement percentage was calculated for these vignettes (87.1%). The points of disagreement between the three raters were discussed, and the final rating was based on a consensus. To ensure no coding bias, some information was removed from the vignettes so that the raters did not know if the clinical vignettes they were coding referred to a participant in the suicide, suicide attempt, or no suicide attempt group.

As the current study aims to identify the protective factors that have been present throughout an individual's lifespan and to understand their influence on suicidal behaviors, we assessed their presence within four life periods (0–9 years, 10–19 years, 20–35 years, 36 years and older).

In this study, we conducted three levels of analysis using SPSS, version 22. First, we performed one-way analysis of variance on continuous variables for each of the protective categories and dimensions to determine statistically significant differences in the number of variables between groups. We then conducted chi-square analysis on the 33 dichotomous

variables to determine which showed a statistically significant association between their occurrence (absence/presence) and the groups. Lastly, we conducted a two-step cluster analysis to evaluate which variables' dimensions were the most significant to differentiate the three groups.

2.5. Results

2.5.1. Descriptive Analysis

Table 2 describes the sociodemographic and clinical characteristics of the study sample. Participants were matched by gender and date of birth, and each group included 25 men and 5 women; we observe no significant difference between groups in regards to the age of participants. There were more single participants at the time of the study in the suicide group (SG) compared with the control group with suicide attempt (CWSA) and the control group with no suicide attempt (CNSA), but the difference was not significant. Only 13.3% of participants in the SG completed their high school education and/or reached a higher education level, in contrast to 16.7% in the CWSA and 26.7% in the CNSA, but this difference was not significant. There was, however, a significant difference between groups in the number of participants employed at the time of the interview or at the time of death. SG participants were more likely to have no occupation than the participants of the two other groups. Moreover, SG participants were less likely to have their own source of income (33.3%, 50.0%, and 60.0%, respectively), but not in a significant way. There was a significant difference between groups in the number of participants having an Axis I, Axis II, and a substance-use diagnosis throughout their lifespan, as indicated by the results of the initial study by Chachamovich et al. (2013, 2015). These diagnoses were significantly more present in the SG than in the CWSA and CNSA.

Table 2. Sociodemographic and clinical characteristics of the study sample.

Sociodemographic and Clinical Characteristic	Death by Suicide <i>n</i> = 30 <i>n</i> (%)	Suicide Attempt (s) <i>n</i> = 30 <i>n</i> (%)	No suicide Attempt <i>n</i> = 30 <i>n</i> (%)
Sex			
Male	25 (83.3)	25 (83.3)	25 (83.3)
Female	5 (16.7)	5 (16.7)	5 (16.7)
Age, mean (SD)	23.9 (8.2)	27.1 (7.9)	27.9 (8.4)
Marital status			
Single	14 (46.7)	10 (33.3)	9 (30.0)
Married or common-law	10 (33.3)	14 (46.7)	16 (53.3)
Separated	1 (3.3)	1 (3.3)	1 (3.3)
Seeing someone/In a relationship	5 (16.7)	5 (16.7)	4 (13.3)
Education level			
<7 years	4 (13.3)	3 (10.0)	0
Junior high	5 (16.7)	8 (26.7)	3 (10.0)
≥High school	21 (70.0)	19 (63.3)	27 (90.0)
Occupation			
No occupation	20 (66.7)	14 (46.7)	7 (23.3)
Worker	9 (30.0)	15 (50.0)	19 (63.3)
Not applicable	1 (3.3)	1 (3.3)	4 (13.3)
Source of income			
Himself	10 (33.3)	15 (50.0)	18 (60.0)
Parents	13 (43.3)	3 (10.0)	5 (16.7)
Other family member	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)
Common-law	0 (0.0)	1 (3.3)	2 (6.7)
Welfare	6 (20.0)	8 (26.7)	4 (13.3)
Other	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.3)
Don't know	1 (3.3)	2 (6.7)	0 (0.0)
Adopted, yes (%)	11 (36.7)	9 (30.0)	6 (20.0)
Number of suicide attempts, mean (SD) ^a	1.37 (2.3)	2.23 (1.3)	n/a
Axis I diagnosis, yes (%) ^b	24 (80.0)	20 (66.7)	9 (30.0)
Axis II diagnosis, yes (%)	11 (36.7)	11 (36.7)	7 (23.3)
Substance-use diagnosis, yes (%)	24 (80.0)	21 (70.0)	13 (43.3)

^a Does not include the suicide attempt that resulted in death. ^b Does not include substance-use diagnosis. n/a = not applicable.

2.5.2. Inferential Analysis

One-way analyses of variance (ANOVA) were first conducted to determine if there was any statistically significant difference in the number of protective variables present between the three groups. Tukey post-hoc tests were then realized to specify significant differences between groups. Overall, the results indicate (Table 3) a significant difference between groups in the number of protective variables throughout the lifespan [$F(2.89) = 6.17, p < 0.05$]. Post-hoc testing revealed that people who never attempted suicide showed significantly more protective factors than people who died by suicide ($p < 0.05$).

Table 3. ANOVA and Tukey post-hoc.

Dimensions/Variables	ANOVA		Tukey Post-hoc			
	<i>F</i>	<i>P</i>	Groups	Mean Difference	Standard Deviation	<i>p</i>
1. Environmental	8.46	0.000 *	Gr.1–Gr.2	-0.600	0.316	0.146
			Gr.1–Gr.3	-1.300	0.316	0.000 *
			Gr.2–Gr.3	-0.700	0.316	0.075
1.1 Stability and positive changes in the environment	8.71	0.000 *	Gr.1–Gr.2	-0.667	0.258	0.031 *
			Gr.1–Gr.3	-1.067	0.258	0.000 *
			Gr.2–Gr.3	-0.400	0.258	0.273
1.2 Achievements	3.67	0.029 *	Gr.1–Gr.2	0.670	0.116	0.835
			Gr.1–Gr.3	-0.233	0.116	0.116
			Gr.2–Gr.3	-0.300	0.116	0.031 *
2. Use of services	3.62	0.031 *	Gr.1–Gr.2	-0.633	0.388	0.237
			Gr.1–Gr.3	0.400	0.388	0.559
			Gr.2–Gr.3	1.033	0.388	0.025 *
3. Social	5.13	0.008 *	Gr.1–Gr.2	-0.400	0.370	0.528
			Gr.1–Gr.3	-1.167	0.370	0.006 *

			Gr.2–Gr.3	–0.767	0.370	0.102
3.1 Family relationships	1.02	0.366		n/a		
			Gr.1–Gr.2	–0.467	0.250	0.155
3.2 Intimate relationships	5.17	0.008 *	Gr.1–Gr.3	–0.800	0.250	0.005 *
			Gr.2–Gr.3	–0.333	0.250	0.381
			Gr.1–Gr.2	0.267	0.153	0.196
3.3 Friendly relationships	3.53	0.034 *	Gr.1–Gr.3	–0.133	0.153	0.661
			Gr.2–Gr.3	–0.400	0.153	0.029 *
			Gr.1–Gr.2	–0.200	0.288	0.768
4. Individual	6.27	0.003 *	Gr.1–Gr.3	–0.967	0.288	0.003 *
			Gr.2–Gr.3	–0.767	0.288	0.025 *
			Gr.1–Gr.2	0.000	0.186	1.000
4.1 Personal resources	4.21	0.018 *	Gr.1–Gr.3	–0.467	0.186	0.037 *
			Gr.2–Gr.3	–0.467	0.186	0.037 *
4.2 Individual behaviors	2.9	0.061		n/a		
5. Cultural	0.42	0.657		n/a		
			Gr.1–Gr.2	–1.867	0.924	0.113
6. Total	6.17	0.003 *	Gr.1–Gr.3	–3.233	0.924	0.002 *
			Gr.2–Gr.3	–1.367	0.924	0.306

Note. * $p < 0.05$. ANOVA was to determine if there is a statistically significant difference in the number of protective variables between groups. Tukey post-hoc was to determine difference(s) between groups. Gr.1 = Death by suicide, Gr.2 = Suicide attempt(s), Gr.3 = No suicide attempt.

As outlined above, the protective factors were grouped into five different dimensions: environmental, social, individual, use of services, and cultural. For most dimensions (environmental, social, and individual), there was a significant difference between the three groups in the overall number of protective factors—more specifically, between those people who never attempted suicide and those people who died by suicide. In the individual dimension, there was also a significant difference: people who never attempted suicide showed significantly more

protective variables than people who made a suicide attempt. In regards to use of services, there was a significant difference between groups [$F(2.89) = 3.62, p < 0.05$], where people who made suicide attempts in their life had consulted services more than those who never attempted. The cultural variables, however, showed no significant difference between groups in this study [$F(2.89) = 0.42, p = 0.66$].

As for the categories of protective variables, those referring to stability and positive changes in the environment showed a significant difference [$F(2.89) = 8.71, p < 0.001$]. Individuals who never attempted suicide and individuals who made previous suicide attempts showed significantly more protective factors than people who died by suicide. The variables of achievements also show a significant difference between groups [$F(2.89) = 3.67, p < 0.05$]. Post-hoc Tukey testing shows that people who never attempted suicide showed significantly more protective variables in this category throughout their life than those who attempted suicide. The variables concerning intimate relationships showed a significant difference between groups, where individuals who never attempted suicide showed significantly more protective variables than individuals who died by suicide. On the variables about friendly relationships, there was also a significant difference between groups [$F(2.89) = 3.53, p < 0.05$], but this significant difference was found between people who never attempted suicide and people who made a suicide attempt. The variables referring to personal resources on the individual dimension showed a significant difference between groups [$F(2.89) = 4.21, p < 0.05$], where people who never attempted suicide had significantly more protective variables than people who died by suicide and people who attempted suicide.

Chi-square analyses were also conducted on the 33 protective variables to evaluate if there was a statistically significant association between groups and the occurrence (absence/presence)

of these variables. Out of these 33 variables, 11 showed a significant association between groups and their occurrence (Table 4).

Table 4. Chi-square analysis.

Dimension	Variables	χ^2	Df	p	Group	Percentage (%)	
						0—Absent	1—Present
Environmental	Stable family environment	9.77	2	0.008	Death by suicide	76.7%	23.3%
					Suicide attempt (s)	56.7%	43.3%
					No suicide attempt	36.7%	63.3%
	Financial security/Presence of income	7.78	2	0.020	Death by suicide	80.00%	20.00%
					Suicide attempt (s)	70.00%	30.00%
					No suicide attempt	46.7%	53.3%
	Transition/change in the living environment	7.68	2	0.021	Death by suicide	100.0%	0.0%
					Suicide attempt (s)	80.0%	20.0%
					No suicide attempt	93.3%	6.7%
	Stable workplace	7.50	2	0.024	Death by suicide	100.0%	0.0%
					Suicide attempt (s)	83.3%	16.7%
					No suicide attempt	76.7%	23.3%
Use of service	Mental health consultation (s)	14.96	2	0.001	Death by suicide	50.0%	50.0%
					Suicide attempt (s)	13.3%	86.7%
					No suicide attempt	60.0%	40.0%
	Mental health hospitalization (s)	7.73	2	0.021	Death by suicide	76.7%	23.3%
					Suicide	80.0%	20.0%

				attempt (s)			
				No suicide attempt	100.0%	0.0%	
Social	Stable and positive relationship with a partner	10.08	2	0.006	Death by suicide	90.0%	10.0%
					Suicide attempt (s)	73.3%	26.7%
					No suicide attempt	53.3%	46.7%
	Feeling of parental pride and identity	7.70	2	0.021	Death by suicide	93.3%	6.7%
					Suicide attempt (s)	66.7%	33.3%
					No suicide attempt	66.7%	33.3%
Individual	Easy to get along with	12.86	2	0.002	Death by suicide	100.0%	0.0%
					Suicide attempt (s)	100.0%	0.0%
					No suicide attempt	80.0%	20.0%
	Ability to express/manage emotions and/or perform in school	6.86	2	0.032	Death by suicide	96.7%	3.3%
					Suicide attempt (s)	96.7%	3.3%
					No suicide attempt	80.0%	20.0%
Perseverance/Engagement	11.02	2	0.004	Death by suicide	96.7%	3.3%	
				Suicide attempt (s)	96.7%	3.3%	
				No suicide attempt	73.3%	26.7%	

On the environmental level, four variables out of eight were statistically significant. A stable family environment ($\chi^2 (2) = 9.77, p < 0.01$), a financial security and presence of income ($\chi^2 (2) = 7.78, p < 0.05$), a transition/change in the living environment ($\chi^2 (2) = 7.68, p < 0.05$), and a stable workplace ($\chi^2 (2) = 7.50, p < 0.05$) were statistically significant between groups, where the

percentages increased in a linear way from people who died by suicide to people who made suicide attempts to those who never attempted.

As for the use of services, the presence of mental health consultation ($\chi^2 (2) = 14.96, p < 0.01$), and hospitalizations ($\chi^2 (2) = 7.73, p < 0.05$), were significantly associated with groups. The percentage of consultations was higher for people who made suicide attempts, while the percentage of hospitalizations was higher for people who died by suicide. There was no difference in regards to the use of services for physical health problems.

On the social level, a stable and positive relationship with a partner ($\chi^2 (2) = 10.08, p < 0.01$), and a feeling of parental pride and identity ($\chi^2 (2) = 7.70, p < 0.05$), were significantly associated with differences between groups, where the percentages increased in a linear way from people who died by suicide to people who made suicide attempts to those who never attempted.

On an individual level, three variables were associated with differences between people with no suicide attempt and people from the two other groups: those who were qualified as easy to get along with ($\chi^2 (2) = 12.86, p < 0.01$), those who were able to express and manage emotions and/or to perform well in school ($\chi^2 (2) = 6.86, p < 0.05$), and those who were perseverant and engaged in their goals ($\chi^2 (2) = 11.03, p < 0.01$).

A two-step cluster analysis was conducted using the affiliation groups (SG, CWSA, CNSA) to define the clusters. The purpose of this analysis was to determine in a post-hoc way which variables' dimensions (environmental, services, social, individual, cultural) were the most significant to differentiate the clusters. This analysis informs us about the variables that could have the most protective impact on this population. The results showed that the variables associated with the environmental dimension were the most important predictor in differentiating the three groups (0.09), followed by the individual dimension (0.07), then the social dimension (0.06), and then the use of services (0.04). The cultural dimension demonstrated no difference

among the three groups (0.00), since all three groups were almost identical in the number of protective variables related to enculturation in this study.

2.6. Discussion

Our results show that within the environmental, social, and individual dimensions, people with no suicide attempt have more protective variables throughout their lifespan than people who died by suicide and people with a suicide attempt. In this study, people with a suicide attempt significantly distinguished themselves in regards to the use of services, consulting services more than the other two groups. This group also demonstrated more protective variables than people who died by suicide within the environmental dimension, more specifically for the variables referring to stability and positive changes in the environment, but also within the social and individual dimensions.

Protective factors in the environmental dimension showed the greater difference between the three groups, according to the two-step cluster analysis, being significantly more present in the group with no suicide attempt. In this dimension, we observed greater residential, financial, and employment stability among people with no suicide attempt and people with a suicide attempt in comparison with people who died by suicide. Several studies of suicide among Indigenous populations have focused on the importance of maintaining positive relationships and close ties with family members (Fleming & Ledogar, 2008; Kral et al., 2011a; Mignone & O’Neil, 2005; Penney et al., 2009). The results of this study, however, highlight that, beyond maintaining these positive relationships, the quality of a youth’s home environment in which the individual evolves is an important factor to consider. Findings demonstrate that living in a stable family environment and not being exposed to a negative change in the family structure over the years—for example, parents’ separation—offers a consistency and permanence that can be significantly

protective for the individual. The other significant variables (financial security, presence of income, stable workplace) are congruent with risk factors for suicide behaviors that have been identified in other Aboriginal populations, including lack of economic prosperity, limited employment opportunities, and unemployment (Kirmayer et al., 1999; Mignone & O'Neil, 2005; Penney et al., 2009; Tousignant et al., 2013; Walls et al., 2014). Another significant variable in the environmental dimension was a transition or change in the environment, for example when a child starts attending school while the home environment is aversive or when someone leave an overcrowded environment to have their own home. Results showed that this variable was more present in the group with a suicide attempt than in the other two groups. As one can imagine, transitioning from a risky or aversive environment to a more stable environment can have beneficial effects on an individual's life. For instance, it may give the individual a sense of a 'fresh start' or provide a healthier home environment, which protects against subsequent suicidal behavior. This result also indicates that interventions to enhance the living conditions of an individual can be made later in the lifespan and still have beneficial effects, even if the initial environment is aversive. These results surrounding environment factors align with findings from studies in Native American populations that identified a holistic sense of connectedness of the individual with their family, the community, and the natural environment as an important element of the self-concept and world views of these populations, and also as a protective factor against substance use and suicide (Allen et al., 2009; Kirmayer et al., 2000; Mohatt et al., 2011; Walls et al., 2014; Wexler & Gone, 2012).

As for the use of services, the main finding was that individuals who had made a suicide attempt consult services more than those who never attempted, but also more than those who died by suicide. This group, which consulted more mental health services, also had more protective factors in the other dimensions (environmental, social, and individual) than people who died by

suicide. This raises questions as to whether greater environmental stability and more harmonious and stable relationships can impact help-seeking. We can observe the same pattern in the group with no suicide attempt since this is the group with the most protective factors throughout the lifespan in the various dimensions, and the group who is most likely to seek help and use services when needed. This suggests the hypothesis that the combination of protective factors in an individual's life could facilitate the use of services and that close relatives may become aware of the distress and help those in need. As for mental health hospitalization, the percentage was higher among those who died by suicide. However, since this is the group with the fewest protective factors throughout their lives, it is fair to reason that, although they have received services, the effects could be not optimized because the individual has few other protective factors in his or her life. These results suggest that consulting mental health services, in combination with other protective factors, could be an important primary prevention strategy that may help individuals cope with difficulties, feel supported in time of adversity and protect them from developing ulterior suicidal ideations and behaviors.

Regarding the social dimension, the results showed that family variables were not significantly different between the three groups. These findings are surprising given the number of studies that emphasize the importance of family ties as a protective factor against suicide in Aboriginal populations (Fleming & Ledogar, 2008; Kral et al., 2011a; Mignone & O'Neil, 2005; Penney et al., 2009). According to some studies, the many disruptions within families over the past decades, as well as the losses that are associated with these disruptions, have resulted in young people emotionally relying upon each other within romantic relationships and friendships, rather than on their family members (Hicks, 2007; Kirmayer, 1994; Kral, 2012). However, these results should not be seen as a conclusion that family is not important for the well-being of Inuit individuals. Rather, that other variables might be as, or even more important. As for intimate

relationships, which referred in this study to romantic relationships and relationships with one's children, there was a significant difference between groups. We observed more positive and stable relations with a partner and a feeling of pride and parental identity among people with no suicide attempt and people with suicide attempt in comparison to people who died by suicide. These findings are congruent with the theory on risk factors that addresses romantic breakdowns or conflicts as an important risk factor for a suicidal behavior (Boothroyd et al., 2001; Kral et al., 2011a; Kral, 2012; MacNeil, 2008; Walls et al., 2014). The parent role may also be protective as it allows people to redefine themselves through this new role identity and use this transition to parenthood as a source of motivation to stop harmful or negative behaviors. It could also constitute a source of pride, increasing an individual's self-esteem and self-image.

In the individual dimension, significant differences between groups were found in variables referring to personal resources as opposed to behaviors that individuals may adopt. Three variables were significant and were associated with differences between people with no suicide attempt and the two other groups. These included the variable of being easy to get along with, the variable referring to the ability to express and manage emotions and/or to perform well in school, and the variable of perseverance and engagement in goals. These results are consistent with studies that showed that people who are able to demonstrate coping strategies, stress management, and problem-solving skills are less likely to engage in suicidal behaviors (Tousignant et al., 2013).

One interesting result of this study concerned the cultural dimension. The results showed that there was no significant difference between groups for the variables referring to enculturation and cultural identity (traditional language, traditional activities, and cultural pride/identity). According to the literature, it seems that the relationship between enculturation and the mental health of Aboriginal individuals is complicated and the results of this study could be explained by

the complex nature of this relationship. Many studies showed that traditional practices, traditional spirituality, and cultural identity are protective factors for mental health, resilience, and suicide prevention in Indigenous adolescents and adults (Alcántara & Gone, 2007; Garrouette et al., 2003; Hallett et al., 2007; LaFromboise et al., 2006; Walters et al., 2002; Wexler & Gone, 2012; Whitbeck et al., 2009). However, Whitbeck et al. (2009) demonstrated that, despite the protective nature of enculturation, these traditional practices were also related to an increased sense of historical loss among Indigenous people (Whitbeck et al., 2004; Whitbeck, McMorris, Hoyt, & Stubben, 2016; Whitbeck et al., 2009). Their studies showed that a considerable proportion of Indigenous caretakers and their children reported persistent thoughts of historical loss of land, language, spirituality, and culture, which appears to have emotional, behavioral, and developmental consequences on adults and adolescents (Whitbeck et al., 2009). Other studies have suggested that suicide may not be understood only as a direct consequence of the loss of the traditional culture, but rather as the actual context where young people from today's generation are having difficulties finding landmarks since they are caught between traditions of the past and modernity, which can lead to confusion about personal identity (Hicks, 2007; Penney et al., 2009). However, these results do not suggest that enculturation is not a protective factor. Rather, they suggest that it would be reductive to consider enculturation in a cause-and-effect relationship with suicide. As Fleming and Ledogar (2008) discuss, enculturation is a part of Inuit's identity and it can be considered as a moderator that interacts with other protective factors to make it easier for individuals to adapt to adversities. However, it is important to consider, as Whitbeck mentioned, that enculturation can also act as a reminder of historical loss that may cause internalization of symptoms (Whitbeck et al., 2009).

The results of this study increase our knowledge about suicide in the Inuit population of Nunavut. By focusing on the protective factors, these results can help determine prevention

strategies that could be useful in this population. Moreover, the fact of assessing those protective factors through different dimensions will be useful in the future to develop multilevel interventions, as suggested by the People Awakening Study in Alaska (Allen et al., 2014, 2017; Allen & Mohatt, 2014).

As it is suggested in the Action Plan for Suicide Prevention in Nunavut (The Government of Nunavut, Nunavut Tunngavik Inc., Royal Canadian Mounted Police, & Embrace Life Council, 2016), the improvement of mental health services should be a target for interventions. The results of this study revealed that the use of mental health services was more present in people who made a suicide attempt. Several studies have found that young people in Aboriginal communities, especially young men, experience barriers towards seeking help and are less inclined to use services when needed, even though they are a population at risk for suicidal behaviors (Isaacs, Maybery, & Gruis, 2013; Isaacs, Pyett, Oakley-Browne, Gruis, & Waples-Crowe, 2010; Price & Dalgleish, 2013; Vicary & Westerman, 2004). This corresponds with our finding that people who died by suicide were not the ones who use services the most. These results reinforce the importance of promoting change not only in the accessibility of services, but also in the acceptability of mental health help-seeking when needed. Following these findings, interventions could encourage people to use services, help them to become more aware of suicide, and identify and support vulnerable individuals in a more proactive way. Special attention should also be placed on integrating the cultural aspect into mental health services. This can improve people's experience of services, and, in turn, increase the likelihood that they will use them in the future (Morris & Crooks, 2015; The Government of Nunavut et al., 2016; Vicary & Westerman, 2004; Westerman, 2004; Wexler & Gone, 2012; Wexler et al., 2015). A stable family environment was also a significant variable in this study. This suggests that services should be established to help future parents to provide a solid and stable environment for their children. Supporting new

parents could also help to prevent emotional and psychological distress or the use of negative coping strategies (Kirmayer et al., 1999; Morris & Crooks, 2015; The Government of Nunavut et al., 2016). To enhance personal resources, interventions could be implemented at a young age—for example, within schools through life skills education programs, which is congruent with the Action Plan for Suicide Prevention in Nunavut (Kirmayer et al., 1999; The Government of Nunavut et al., 2016). Though it is not specifically included in the action plan, focusing on enhancing living conditions could help to protect against distress and suicidal behaviors. Our findings indicate that targeting the stability in the environment, such as financial security and income and workplace stability, may be a valuable target for intervention. Some studies show that school perseverance and academic successes are associated with less suicidal behavior (Alcántara & Gone, 2007; Kirmayer et al., 2000; Penney et al., 2009). However, it is also recognized that young people face uncertainty related to the limited employment opportunities in their communities. This can reinforce distressing narratives and result in young people being less involved in their education, and having lower expectations about their future (Kirmayer et al., 1999; Mignone & O’Neil, 2005; Mohatt et al., 2014; Tousignant et al., 2013; Walls et al., 2014). By putting an emphasis on better employment opportunities and financial security in the community, the positive effects of these variables could be optimized. Similarly, increasing young people’s engagement in school could help to create more stable environments and diminish the structural reminders of historical trauma (2014).

As Penney et al. (2009) have suggested, in regards to the cultural dimension, interventions could continue to increase participation in cultural activities, but also help to reduce identity confusion by integrating cultural identity into the day-to-day life of the community. This corresponds with the suggestion of the People Awakening Study that culture not only be an intervention focus itself, but also form the basis of all interventions. A close collaborative

approach with Inuit communities would facilitate the development and implementation of such interventions (Allen et al., 2009; Allen et al., 2014; Allen & Mohatt, 2014). Finally, considering the lack of attention paid to protective factors in Aboriginal suicide research, specifically in Inuit populations, further research should continue to develop this area of inquiry. There were several limitations in this study. Primarily, because the original study did not specifically address protective factors, some factors may not have been identified and assessed during data collection. Moreover, the follow-back method of data collection through interviews with relatives can also lead to bias as relatives may not be aware of certain aspects of the individual's life. It is also possible that they may over-report certain elements regarding risk and under-report protective factors, thereby blurring the individual's portrait (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek, & Leenaars, 2012). With this in mind, although the main focus of the study was not on these variables, it is nonetheless interesting and relevant to see what was spontaneously reported from the relatives as being protective for their loved one.

2.7. Conclusion

In conclusion, this study demonstrated that people with no suicide attempt have significantly more protective factors throughout their lifespan and across the different spheres of life compared to those who died by suicide. Studies on risk factors indicate that risk factors that cumulate over time may cause a cascading effect (Chachamovich et al., 2015; Kirmayer et al., 2007). Thus, the same may be true with protective factors, in that the accumulation of protection may generate more protection over time. Therefore, by implementing more protective factors early in the life cycle, it is fair to believe that it could lead to the development of more protective factors over the life course and reduce suicidal vulnerabilities.

Acknowledgments: This study was funded and supported by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

Author Contributions: Véronique Beaudoin, Monique Séguin and Nadia Chawky conceived and designed the study and developed the grid used to identify protective factors; Véronique Beaudoin, Monique Séguin and Nadia Chawky performed the coding and panels; Véronique Beaudoin analyzed the data; Eduardo Chachamovich and Gustavo Turecki provided the initial data and instruments from their study; Véronique Beaudoin wrote the article; Monique Séguin, Nadia Chawky, Eduardo Chachamovich and Gustavo Turecki reviewed the article. William Affleck reviewed the article and made a linguistic revision. This article would not have been possible without the generous contribution of participants who helped us understand the life trajectories of their loved ones. Special thanks also to Guy Beauchamp who helped significantly for the data analysis.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The founding sponsors had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, and in the decision to publish the results.

CHAPITRE III

DISCUSSION

Cette étude exploratoire avait pour objectif d'identifier les facteurs de protection qui sont présents au cours de la vie chez la population inuite du Nunavut en comparant la présence de facteurs de protection chez des personnes décédées par suicide, des personnes ayant fait une ou des tentatives de suicide au cours de leur vie et des personnes qui n'ont jamais fait de tentative. Les résultats révèlent que les personnes n'ayant fait aucune tentative de suicide ont davantage de facteurs de protection à travers leur vie que les personnes décédées par suicide et les personnes ayant fait au moins une tentative de suicide. Afin d'identifier ces facteurs de protection et de faire une analyse rigoureuse, nous nous sommes appuyées sur le cadre conceptuel utilisé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce cadre conceptuel regroupe les déterminants de la santé mentale et aborde les facteurs de protection à l'intérieur de différentes dimensions, c'est-à-dire la dimension environnementale, la dimension sociale et la dimension individuelle. Nous avons également inclue deux dimensions qui nous apparaissaient pertinentes dans le contexte de l'étude et auprès de cette population suite à la recension des écrits, soit l'utilisation des services et la dimension culturelle. Ainsi, dans chacune de ces grandes dimensions, des variables de protection ont été identifiées dans le but de créer une grille de cotation en tenant compte des écrits scientifiques sur le sujet. D'autres variables ont également émergé suite à la lecture et l'analyse des vignettes cliniques et ont été ajoutées à la grille de cotation durant l'étude. Les participants n'ayant fait aucune tentative de suicide ont donc démontré davantage de facteurs de protection au cours de leur vie que les participants des deux autres groupes, et ce à travers plusieurs dimensions de l'étude, c'est-à-dire au sein de leur environnement, dans leurs relations sociales, ainsi que du point de vue individuel. Les personnes ayant fait une tentative de suicide, quant à elles, sont significativement différentes des personnes

provenant des deux autres groupes en fonction d'une plus grande utilisation des services de santé. De plus, ce groupe a révélé avoir plus de facteurs de protection que les personnes décédées par suicide dans les dimensions environnementale, sociale et individuelle de l'étude.

La présence de protection dans cette étude a été évaluée à travers quatre périodes de vie distinctes (0-9 ans, 10-19 ans, 20-35 ans et 36 ans et plus) et a permis d'observer que les facteurs de protection s'installent à un plus jeune âge dans la vie des personnes n'ayant fait aucune tentative de suicide, comparativement aux personnes des deux autres groupes. De plus, les facteurs de protection semblent demeurer présents à travers les différentes périodes de vie chez les personnes n'ayant pas fait de tentative de suicide. Chez les personnes ayant fait des tentatives de suicide et les personnes décédées par suicide, la protection peut être présente, mais pour de plus courtes périodes de temps, ce qui ne constitue donc pas une présence stable perdurant à travers les années.

3.1. Facteurs de protection associés à la dimension environnementale

On observe à travers les résultats que les variables environnementales qui font référence à la stabilité, c'est-à-dire la stabilité résidentielle, financière et d'emploi, étaient davantage présentes parmi les personnes n'ayant fait aucune tentative et les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie, comparativement aux personnes décédées par suicide. Plusieurs études sur le suicide chez les communautés autochtones mettent sur l'aspect protecteur et l'importance pour le bien-être des individus d'entretenir des relations positives et des liens étroits avec les membres de leur famille (Fleming & Ledogar, 2008; Kral, Idlout, Minore, Dyck, & Kirmayer, 2011; Mignone & O'Neil, 2005; Penney et al., 2009). Les résultats de la présente étude mettent toutefois en lumière le constat qu'au-delà du fait d'entretenir ces relations positives, la qualité de l'environnement résidentiel dans lequel l'individu évolue, c'est-à-dire leur milieu de vie et le contexte général au sein de leur résidence, s'avère être un aspect important à

considérer. En ce sens, le fait d'évoluer dans un environnement familial stable et de ne pas avoir été confronté à un changement négatif dans la structure familiale au cours des années, par exemple la séparation des parents, offre à l'individu une constance et une permanence qui seraient significativement protectrices. On peut s'imaginer que cette stabilité lui procure une base qui est solide et équilibrée, ainsi que des repères clairs permettant un contexte optimal pour faciliter son développement affectif et cognitif ultérieur, mais également le développement de son identité. Les résultats mettent également de l'avant l'aspect protecteur chez les communautés inuites d'avoir accès à un environnement qui est positif pour l'individu, et ce même si cela implique de vivre une transition ou un changement dans le milieu environnemental. Cette transition peut, à titre d'exemple, être vécue par un jeune qui débute l'école alors que l'environnement à la maison est instable ou teinté de violence, ou encore par le déménagement d'un milieu de vie qui est surpeuplé pour avoir son propre logement. Cela renforce l'hypothèse énoncée ci-dessus qui mise sur l'importance de l'environnement et du milieu de vie dans lequel évolue l'individu. Il semble que pour les participants à l'étude qui ont vécu une telle transition, le fait de quitter un environnement dans lequel pouvaient exister des facteurs de risque peut engendrer des effets bénéfiques, que ce soit en induisant un sentiment de « nouveau départ » ou en offrant un environnement plus sain pour se développer et optimiser son potentiel. Ce résultat est également intéressant puisqu'il implique que des interventions visant à améliorer les conditions de vie des individus peuvent être mises en place plus tard dans leur trajectoire de vie.

Toujours en ce qui a trait à l'environnement dans lequel évoluent les individus, les résultats de la présente étude ont révélé que le fait d'avoir une sécurité financière, un revenu continu, ainsi qu'un milieu de travail stable seraient également protecteurs pour les individus. Ces résultats sont congruents avec les études qui se sont intéressées aux facteurs de risque du suicide chez les populations autochtones et qui observent que le manque de prospérité

économique, les opportunités limitées d'emplois, le chômage et le faible niveau de vie constitueraient d'importants stressseurs dans la vie des autochtones, notamment chez les adolescents, pouvant induire un manque d'espoir en l'avenir et les placer à risque de ressentir de la détresse pouvant mener aux comportements suicidaires (Mignone & O'Neil, 2005; Penney, Senécal, & Bobet, 2009; Tousignant, Vitenti, & Morin, 2013; Walls, Hautala, & Hurley, 2014). Ces résultats entourant les facteurs environnementaux concordent avec des études menées auprès de populations autochtones qui mettent de l'avant le concept de soi, ainsi que la vision du monde de ces individus qui se dit holistique et « écocentrique », signifiant l'interdépendance, ainsi qu'une forte connexion avec la famille, la communauté et l'environnement naturel. Ces éléments, faisant référence à l'importance de leur environnement, seraient donc un facteur de protection contre l'utilisation de substances et le suicide (Allen et al., 2009; Kirmayer et al., 2000; Mohatt et al., 2011; Stairs, 1992; Wexler & Gone, 2012; Whitbeck et al., 2009).

La notion d'accomplissements et de réussites est également soulevée dans les résultats de cette étude, permettant ainsi de comprendre que de vivre un succès peut s'avérer être un élément protecteur. En ce sens, cela constitue une source de valorisation pour l'individu et il en découle généralement un effet positif sur l'estime de soi d'un individu (Mignone & O'Neil, 2005). Parmi les variables étudiées (réussite scolaire, réussite publique, voyage/projet), la variable la plus rapportée par les participants était celle de la réussite scolaire. Bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs entre les groupes, le pourcentage de réussite académique était plus élevé chez le groupe n'ayant fait aucune tentative de suicide que chez les deux autres groupes. D'autres études ont confirmé cette tendance, démontrant qu'une persévérance scolaire, qu'une bonne performance académique et que la fréquentation scolaire seraient protectrices pour les individus autochtones (Alcántara & Gone, 2007; Kirmayer, Brass, & Tait, 2000; Penney et al., 2009). Le fait que peu de participants, de façon générale, rapportaient une réussite académique au

cours de leur vie a toutefois soulevé un questionnement quant aux raisons pour lesquelles les jeunes ne s'inscrivent pas dans un parcours académique, alors que ce serait un facteur potentiellement protecteur. En prenant en considération le contexte de vie de cette population, il est possible d'expliquer ce résultat par l'incertitude à laquelle les jeunes individus des communautés autochtones sont confrontés en début de vie en raison, entre autres, des opportunités limitées d'emploi au sein de leur communauté (Kirmayer, Boothroyd, Laliberté, & Simpson, 1999; Mignone & O'Neil, 2005; Tousignant, Laliberté, Bibeau, & Noël, 2008; Walls et al., 2014). Ceci peut inévitablement générer moins de motivation à l'égard de leur éducation, en plus de diminuer l'espoir quant aux perspectives d'emploi, modérant ainsi le concept d'ascension sociale à travers l'éducation et la scolarité.

3.2. Facteurs de protection associés à la dimension de l'utilisation des services

En ce qui a trait à l'utilisation de services, il émerge le constat que les personnes ayant fait des tentatives de suicide au cours de leur vie ont eu davantage recours aux services de santé que les personnes n'ayant jamais fait de tentative et que les personnes décédées par suicide. Il est possible d'observer que les personnes ayant fait une tentative de suicide ont consulté plus souvent les services en santé mentale et qu'elles présentent également plus de facteurs de protection à travers les autres dimensions (environnementale, sociale et individuelle) que les personnes décédées par suicide. Bien que les personnes ayant fait une tentative de suicide aient été potentiellement vulnérables, il est possible de penser qu'une plus grande stabilité environnementale, ainsi que des relations plus stables et harmonieuses peuvent influencer le fait d'aller chercher ou de recevoir de l'aide. En ce sens, on peut imaginer que le milieu familial et les relations entretenues par l'individu offrent du soutien et de l'encouragement en regard de la recherche d'aide et des bonnes habitudes de vie, comme le suggèrent certaines études (Richmond & Ross, 2008; Richmond, 2009). Il est également possible d'observer cette même tendance dans

le groupe de personnes n'ayant fait aucune tentative de suicide. En effet, ce groupe démontre le plus grand nombre de facteurs de protection au cours de leur vie à travers les différentes dimensions et les résultats révèlent que ces individus tendent à aller chercher de l'aide et à utiliser les services au besoin. Il est donc possible de penser que c'est la combinaison de facteurs de protection dans la vie d'un individu qui ferait en sorte de faciliter l'utilisation de services lors de moments difficiles, que ce soit par rapport à l'acceptabilité d'aller chercher de l'aide ou encore en optimisant les bénéfices associés au fait de consulter. Il demeure toutefois important de préciser qu'il s'agit à ce stade-ci d'une hypothèse puisqu'il n'est pas possible de connaître précisément la trajectoire et le mécanisme concernant les demandes d'aide et l'utilisation des services des participants. Comme il fut mentionné précédemment, l'accessibilité aux ressources demeure un enjeu important chez les communautés autochtones, pouvant ainsi teinter les résultats obtenus dans cette étude (Walls et al., 2014; Wexler & Gone, 2012; Wexler et al., 2015). En ce sens, il n'est pas rare que les services soient accessibles, ou encore utilisés par les individus seulement lorsque celui-ci est près d'une tentative de suicide ou après avoir tenté de mettre fin à ses jours, et non pas en amont. Cela amène donc le questionnement à savoir si la différence entre les groupes s'explique par des caractéristiques personnelles, par exemple la combinaison de facteurs de protection dans la vie de l'individu facilitant l'utilisation de services et optimisant les bénéfices qui en découlent, ou simplement par le fait que certains individus ont survécu à leur tentative, déclenchant ainsi un processus d'aide. De plus, il fut difficile lors de l'étude d'évaluer le niveau de satisfaction des participants ayant eu recours aux services en santé mentale puisque l'information n'était pas disponible systématiquement dans les vignettes cliniques. Il serait cependant intéressant, lors de recherches futures, d'explorer le niveau de satisfaction des personnes ayant recours aux services en santé mentale et de questionner directement la population afin de savoir ce qui, selon eux, peut faciliter l'accès aux services, l'acceptabilité d'aller chercher de l'aide et ce qu'ils considèrent comme aidant lors des rencontres avec les

différents professionnels.

3.3.Facteurs de protection associés à la dimension familiale et sociale

Les résultats de la présente étude n'ont démontré aucune différence significative entre les trois groupes à l'étude pour ce qui est des relations familiales. Deux variables étaient évaluées dans cette sphère, c'est-à-dire les soins offerts par le milieu familial (notion de « caring ») et la présence de liens familiaux positifs qui se caractérisent par une bonne entente, des rapports fréquents et l'absence de conflits majeurs entre les différents membres de la famille autour de laquelle gravite le participant. Il semblerait donc que ce ne soit pas un élément permettant de différencier les personnes décédées par suicide, les personnes ayant fait des tentatives au cours de leur vie et les personnes n'ayant jamais fait de tentative dans cette étude. Certaines limites de l'étude, dont il sera question ultérieurement, pourraient toutefois nuancer ce résultat.

En ce qui concerne les relations de l'intimité, soit les relations amoureuses et les relations avec les enfants, les résultats font état d'une différence significative entre les groupes. En effet, nous avons observé davantage de relations amoureuses positives et stables, ainsi qu'une plus grande présence d'un sentiment de fierté et d'identité parentale parmi les personnes qui n'ont jamais fait de tentative de suicide et les personnes ayant fait des tentatives. Plusieurs études portant sur la problématique du suicide chez les communautés autochtones ont mis de l'avant le constat que les ruptures amoureuses ou les conflits au sein des relations s'avèrent être des facteurs de risque importants pour les comportements suicidaires (Kirmayer et al., 2000; Kral, 2003, 2012; MacNeil, 2008; Walls et al., 2014). Ces auteurs se sont donc intéressés à donner un sens à ces résultats en fonction du contexte de vie de ces individus et des changements auxquels les communautés autochtones ont été confrontées au cours des dernières décennies, afin de comprendre le lien existant entre les difficultés amoureuses et les comportements suicidaires. Les

résultats de la présente étude révèlent quant à eux que le fait d'entretenir une relation amoureuse positive et stable, ainsi que de ressentir un sentiment de fierté quant à l'identité parentale, serait protecteur chez la communauté inuite. Il serait donc intéressant lors de recherches futures d'étudier quels sont les mécanismes impliqués au sein de ces relations qui s'avèrent être protecteurs pour les individus. Des auteurs suggèrent que le rôle de parent pourrait être protecteur puisqu'il permet aux personnes de se redéfinir à travers ce nouveau rôle et d'utiliser la transition à la parentalité comme étant une source de motivation pour diminuer ou cesser des comportements dommageables puisqu'ils sont maintenant responsables d'autres personnes et non seulement d'eux-mêmes (Richmond & Ross, 2008).

En ce qui a trait aux relations d'amitié, aucune différence significative n'a émergé dans les résultats entre les trois groupes à l'étude en ce qui concerne la présence de réseau social et la présence d'amitié stable dans la vie des individus. La présence d'un réseau social a été identifiée dans certaines études comme étant un facteur de protection important (Alcántara & Gone, 2007; Borowsky et al., 1999; Kral et al., 2011b; Luke et al., 2013), toutefois cet élément n'a pas été associé à une différence significative entre les trois groupes dans le cadre de cette étude. Cependant, des liens sociaux positifs ont été tout de même rapportés par un peu plus de la moitié des participants à l'étude, ce qui demeure congruent avec les études mentionnées ci-dessus et qui témoigne ainsi que la présence d'un réseau social peut s'avérer protecteur pour le bien-être général des individus inuits.

3.4. Facteurs de protection associés à la dimension individuelle

En ce qui concerne la dimension individuelle, trois variables étaient significativement associées à une différence entre les personnes n'ayant jamais fait de tentative et les personnes des deux autres groupes. D'abord, la facilité d'être en relation et de bien s'entendre avec autrui,

ensuite, la capacité d'exprimer et de gérer les émotions et/ou de bien performer à l'école et enfin, la persévérance et l'engagement à travers les différentes sphères de vie. Ces résultats font sens avec les études qui avancent que les personnes en mesure de démontrer des stratégies d'adaptation, ainsi que des habiletés de gestion de stress et de résolution de problèmes seraient moins susceptibles à s'engager dans des comportements suicidaires (Mignone & O'Neil, 2005).

La spiritualité a aussi été investiguée, toutefois les résultats n'indiquent aucune différence significative entre les trois groupes et cette variable fut peu rapportée de façon générale par les participants. Ce résultat diffère de la littérature qui suggère qu'un engagement envers la spiritualité et une présence régulière à l'église seraient associés avec le bien-être des individus et une diminution dans le nombre de tentatives de suicide rapporté (Alcántara & Gone, 2007; Kirmayer et al., 2000; Mignone & O'Neil, 2005). Il est toutefois à noter que la méthodologie d'entretien non dirigé permet aux individus de discuter librement des trajectoires de vie différentes sans toutefois questionner systématiquement chacune des données ou des variables. Ainsi, il est possible que certaines personnes aient eu une vie spirituelle sans que cette donnée soit ressortie lors de l'entretien de recherche. Comme mentionné plus haut, la catégorie des comportements individuels n'a pas démontré de différence significative entre les groupes. Il est toutefois possible d'observer que le pourcentage de personnes qui ont arrêté ou diminué leur consommation d'alcool ou de drogues était plus élevé chez les personnes n'ayant jamais fait de tentative que chez les personnes ayant fait des tentatives et les personnes décédées par suicide. Également, les résultats indiquent moins de diagnostics liés à l'utilisation de substance dans le groupe n'ayant jamais fait de tentative de suicide. Ce résultat est donc congruent avec la littérature chez les communautés autochtones qui suggère que l'abstinence ou la modération dans la consommation d'alcool serait un important facteur de protection pour les comportements suicidaires chez les jeunes individus (Fleming & Ledogar, 2008). Un autre résultat non

significatif, mais dont la tendance est intéressante renvoie à la présence d'activités sportives. Le pourcentage de personnes qui se sont engagées dans des activités sportives était plus élevé chez les personnes n'ayant jamais fait de tentative que chez les personnes des deux autres groupes. Ce résultat est congruent avec ce que certains auteurs ont déjà observé et qui suggère que le fait de s'engager dans le sport serait un facteur de protection contre les idéations et comportements suicidaires puisque cela permet de promouvoir un sentiment d'appartenance et de cohésion avec les pairs (Chioqueta & Stiles, 2007; Luke et al., 2013; Tatz, 1994, 2012).

3.5. Facteurs de protection associés à la dimension culturelle

Un résultat intéressant de cette étude concerne la dimension culturelle. Les résultats ne démontrent aucune différence significative entre les trois groupes concernant les trois variables étudiées dans cette dimension (langage traditionnel, activités traditionnelles et fierté culturelle/identité autochtone). Les écrits scientifiques sur le sujet avancent que le lien qui unit la culture et la santé mentale des individus autochtones serait complexe et les résultats de la présente étude s'inscrivent dans cette relation. Plusieurs études ont mis de l'avant le constat que les pratiques traditionnelles, la spiritualité, ainsi que l'identité culturelle seraient des facteurs de protection pour la santé mentale, la résilience, ainsi que la prévention du suicide chez les adolescents et les adultes autochtones (Alcántara & Gone, 2007; Garrouste et al., 2003; Hallett et al., 2007; Kral et al., 2009; LaFromboise et al., 2006; Penney et al., 2009; Walters et al., 2002; Wexler & Gone, 2012; Whitbeck, McMorris, Hoyt, & Stubben, 2016; Whitbeck et al., 2009). Whitbeck et al. (2009) ont toutefois démontré que, malgré les aspects protecteurs liés à la culture, ces pratiques traditionnelles seraient également reliées à un fort sentiment de perte historique chez les générations actuelles des communautés autochtones. En ce sens, leurs études indiquent qu'une proportion considérable de parents autochtones, ainsi que leurs enfants, ont des pensées persistantes et quotidiennes reliées à la perte de la terre, de la langue, de la spiritualité, ainsi que

de la culture suite aux tournants historiques vécus dans le passé. Il découlerait de ces pensées des conséquences tant au niveau émotionnel qu'au niveau comportemental et développemental chez les adultes et les adolescents autochtones. Chez ces derniers, le fait d'évoluer et de grandir dans un contexte où les rappels de ces pertes historiques sont omniprésents, tels que le désavantage économique, contribuerait au développement de problématiques comme la dépression, la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que les hauts taux de suicide (Whitbeck et al., 2004, 2009). D'autres études ont, quant à elles, suggéré que le suicide ne devrait pas être considéré seulement comme une conséquence directe de la perte passée d'une culture traditionnelle, mais plutôt comme un contexte actuel où les jeunes individus autochtones d'aujourd'hui éprouvent de la difficulté à trouver des repères clairs puisqu'ils se retrouvent coincés entre les traditions de leur communauté et la modernité instaurée depuis quelques décennies. On peut donc imaginer qu'il peut découler de cette position une importante confusion dans le développement de leur identité comme individu, ainsi qu'une difficulté à trouver la place qui leur revient au sein de leur communauté et à travers leurs relations tant sociales que familiales (Hicks, 2007; Morris & Crooks, 2015; Penney et al., 2009). Ces différents résultats démontrent bien la complexité du lien qui existe entre la culture et les comportements suicidaires. Les résultats de la présente étude ne suggèrent donc pas que de préserver la dimension culturelle chez la communauté inuite n'est pas en soi un facteur de protection. Les résultats suggèrent plutôt qu'il serait réducteur de considérer la culture dans une relation unidirectionnelle avec le suicide. Comme Fleming et Ledogar (2008) le suggèrent, la culture fait partie de l'identité des Inuits et elle constitue un modérateur qui peut interagir avec d'autres facteurs de protection pour faciliter l'adaptation des individus aux adversités vécues. Toutefois, comme Withbeck et al. (2009) le démontrent bien, il demeure essentiel de garder en tête que la culture peut également constituer un rappel des pertes historiques auxquelles ces communautés ont été confrontées et qui ont des impacts encore à ce jour, menant au développement de symptômes internalisés chez ces individus.

3.6. Retombées fondamentales et appliquées

À notre connaissance et suite à une recension des écrits sur le sujet, la présente étude apparaît comme étant la première à s'intéresser spécifiquement aux facteurs de protection présents chez la population inuite du Nunavut. Les résultats de ce projet exploratoire permettent donc d'acquérir de nouvelles connaissances concernant les facteurs de protection pouvant avoir un impact sur les conduites suicidaires chez cette population. Étant donné qu'il s'agit d'une population dans laquelle les taux de suicide sont alarmants et significativement plus élevés que dans la population générale, il devient essentiel de bien comprendre la réalité de ces individus qui s'inscrit dans un contexte historique et culturel qui leur est propre. De plus, le fait d'évaluer les facteurs de protection à travers les différentes sphères de vie des individus, comme ce fut le cas dans la présente étude, permet des retombées appliquées intéressantes pouvant faciliter l'élaboration d'interventions à niveaux multiples, comme il est suggéré par le «People Awakening Study» réalisé en Alaska (Allen et al., 2014, 2017; Allen & Mohatt, 2014).

Comme il est suggéré dans le Plan d'action pour la prévention du suicide au Nunavut (The Government of Nunavut et al., 2016), l'amélioration des services en santé mentale devrait être une cible d'action importante. Les résultats de la présente étude révèlent que les personnes ayant fait une tentative de suicide consultent davantage les services en santé mentale au cours de leur vie que celles qui sont décédées par suicide. Des études auprès des communautés autochtones démontrent que ces individus, particulièrement les jeunes hommes, vivraient des réticences et des barrières importantes à l'égard des demandes d'aide (Isaacs, Maybery, & Gruis, 2013; Isaacs, Pyett, Oakley-Browne, Gruis, & Waples-Crowe, 2010; Price & Dalglish, 2013; Vicary & Westerman, 2004; Westerman, 2004). La littérature décrit bien que la demande d'aide comporte plusieurs étapes complexes, dont la reconnaissance du problème, la croyance qu'une aide extérieure est nécessaire, la décision d'aller chercher de l'aide et, finalement, le premier

contact avec une ressource (Isaacs et al., 2010; Price & Dalgleish, 2013). Ainsi, chacune de ces étapes peut constituer des barrières à la recherche d'aide, et ce malgré la présence d'une souffrance. Parmi les barrières recensées dans les communautés autochtones, on retrouve le manque de connaissances à l'égard de la santé mentale, ainsi qu'une conception de la santé mentale et du bien-être qui diffère de ce que l'on retrouve dans la population générale (Isaacs et al., 2013; Isaacs et al., 2010; Price & Dalgleish, 2013; Vicary & Westerman, 2004; Westerman, 2004). En Australie, par exemple, certaines communautés autochtones perçoivent la dépression comme étant une punition pour des erreurs du passé ou considèrent que ces symptômes font partie de l'individu et qu'il ne s'agit pas d'une condition pouvant être traitée (Vicary & Westerman, 2004; Westerman, 2004). En ce qui concerne les jeunes individus, la littérature démontre que, dans la population générale, ceux-ci sont plus enclins à aller chercher de l'aide lorsqu'ils ont des connaissances sur la santé mentale, sur les différentes problématiques, ainsi que sur les ressources disponibles. Il en va de même lorsqu'ils se sentent en mesure de communiquer leurs émotions adéquatement et lorsqu'ils ont établi des relations de confiance envers les intervenants. Au contraire, les jeunes individus ne seront pas portés à aller vers l'aide disponible lorsqu'ils vivent des symptômes dépressifs et des idées suicidaires, lorsqu'ils entretiennent des attitudes négatives ou qu'ils ont eu de mauvaises expériences avec les ressources d'aide par le passé, s'ils ont la croyance qu'ils devraient être en mesure de régler leurs problèmes par eux-mêmes ou s'ils craignent de ne pas être entendus et compris (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007). Force est de constater que les barrières vécues par certains jeunes dans la population générale correspondent bien souvent à une réalité répandue et vécue dans les communautés autochtones. L'étude de Price et Dalgleish (2013), qui ont recueilli leurs données par le biais de groupes de discussion auprès des jeunes individus autochtones, a révélé des barrières similaires à celles soulevées dans la population générale. On y retrouve, notamment, un manque de compréhension par rapport aux services, une difficulté à faire confiance en la confidentialité du

service, une crainte d'être puni, de vivre un sentiment de honte ou d'être stigmatisé. Ces individus seraient donc moins susceptibles d'utiliser les services disponibles, et ce même s'ils constituent une population à risque pour les comportements suicidaires. Ces études font sens avec nos résultats qui démontrent que les personnes qui sont décédées par suicide n'étaient pas celles qui ont utilisé le plus les services. Cela démontre donc l'importance d'instaurer des changements, non seulement dans l'accessibilité aux services, mais également dans l'acceptabilité de se tourner vers les ressources en santé mentale au besoin. Les interventions à ce niveau pourraient donc viser à mettre de l'avant au sein des communautés les services de santé mentale qui sont disponibles et accessibles afin d'encourager les gens à utiliser les services. Il serait également pertinent de faire davantage connaître les différentes problématiques de santé mentale et le suicide, dans le but de faciliter l'identification des personnes vulnérables et de leur offrir un soutien de manière proactive. Une attention particulière devrait également être accordée à l'intégration de l'aspect culturel dans les services de santé mentale, ce qui pourrait grandement améliorer la satisfaction des usagers face aux services reçus et les rendre plus enclins à utiliser ceux-ci. Parmi les aspects soulevés dans les études et les rapports sur le sujet, il s'avère essentiel que les intervenants ajustent leur vision de la santé et du bien-être afin de prendre en considération les perspectives des individus autochtones. De plus, il serait pertinent d'intégrer des consultants culturels ou des périodes de supervision culturelle au sein des services de santé mentale afin d'offrir des services adaptés à la réalité et aux croyances des individus (Kral et al., 2009; Morris & Crooks, 2015; Vicary & Westerman, 2004; Westerman, 2004).

Un environnement familial stable était également une variable de protection significative, suggérant ainsi que des interventions pourraient être mises en place afin d'aider les futurs parents à s'adapter à ce nouveau rôle qui représente son lot de défis. Puisque la transition à la parentalité constitue une étape importante, le fait d'être supporté dans cette transition,

particulièrement pour les parents qui donnent naissance à leur premier enfant en bas âge, pourrait être aidant pour les nouveaux parents, et ce à différents niveaux. En ce sens, cela leur permettrait d’être entendus et soutenus à travers cette nouvelle réalité, d’être entourés de personnes vivant des situations similaires et de prévenir une détresse importante ou des stratégies d’adaptation aversives pour eux-mêmes ou leurs enfants (Morris & Crooks, 2015; The Government of Nunavut et al., 2016).

Dans la même lignée, afin de promouvoir le développement des compétences personnelles, les interventions pourraient être mises en place dès le jeune âge des enfants, par exemple au sein des écoles par le biais de programmes visant le développement des compétences. Cela est congruent avec le Plan d’action pour la prévention du suicide au Nunavut qui s’engage et souhaite outiller les jeunes individus à faire face aux adversités. Ce plan comprend différentes initiatives, dont un programme de mentorat, un camp pour les jeunes mettant de l’avant l’apprentissage d’outils et de connaissances favorisant une bonne santé mentale, ainsi qu’un programme d’apprentissage au niveau de la gestion et de l’expression des émotions (Morris & Crooks, 2015; The Government of Nunavut et al., 2016).

Un élément ne faisant pas partie du Plan d’action pour la prévention du suicide émis par le gouvernement du Nunavut, mais qui pourrait s’avérer être pertinent dans la prévention de la détresse et des comportements suicidaires adoptés par les individus inuits, concerne l’amélioration des conditions de vie dans lesquelles ces individus évoluent. Les variables faisant état d’une stabilité dans l’environnement, telles que la sécurité financière, la présence continue d’un revenu et un milieu de travail stable, ont révélé être significativement plus présentes chez les personnes n’ayant fait aucune tentative de suicide. Des études ont également démontré qu’une persévérance scolaire et des succès académiques seraient associés à un plus faible pourcentage de comportements suicidaires (Alcántara & Gone, 2007; Kirmayer et al., 2000; Penney et al., 2009).

Toutefois, comme il fut mentionné précédemment, il est également reconnu que les jeunes individus font face à une incertitude importante découlant des opportunités limitées d'emploi dans leurs communautés. Cela peut avoir comme impact de renforcer les récits et représentations en lien avec les traumatismes historiques vécus menant ainsi les jeunes autochtones à vivre une détresse, à se sentir moins impliqués dans leur éducation et à avoir moins d'attentes concernant leur futur (Kirmayer et al., 1999; Mignone & O'Neil, 2005; Mohatt, Thompson, Thai, & Tebes, 2014; Tousignant et al., 2013; Walls et al., 2014). En mettant l'accent sur de meilleures opportunités d'emploi dans la communauté ou à l'extérieur, ainsi que l'accessibilité à une sécurité financière au sein des communautés, cela pourrait avoir des répercussions importantes à différents niveaux. D'une part, cela permettrait d'amener les jeunes individus à se sentir plus investis dans leurs études et à avoir davantage d'espoir concernant leur futur en sachant que des opportunités sont présentes et accessibles pour eux. Cela leur permettrait ensuite de s'insérer au sein de leur communauté en se sentant plus reconnus et engagés, tout en ayant des conditions de vie plus stables et protectrices pour eux. De plus, comme il est établi dans la littérature, les communautés autochtones possèdent une vision de la santé et du bien-être qui est holistique, c'est-à-dire qui tient compte du contexte plus large entourant l'individu, dont son environnement et le contexte économique dans lequel il évolue (Morris & Crooks, 2015; Vicary & Westerman, 2004; Westerman, 2004). Le fait d'améliorer les conditions de vie des individus inuits d'un point de vue structurel et environnemental aurait donc des effets bénéfiques et protecteurs à plusieurs niveaux. En ce sens, en agissant sur les éléments qui sont actuellement des rappels de traumatismes historiques vécus dans le passé, cela permettra de diminuer les récits et représentations négatifs en lien avec ces événements, ainsi que la détresse ressentie par les individus, ce qui aura inévitablement un impact sur leur santé individuelle et collective (Mohatt et al., 2014).

Finalement, comme Penney et al. (2009) l'ont déjà suggéré, en ce qui concerne la

dimension culturelle, les interventions pourraient d'une part continuer d'augmenter le contact et la pratique d'activités traditionnelles chez cette population. D'autre part, il devient pertinent que les interventions aient pour objectif de diminuer la confusion identitaire à laquelle les jeunes individus font face actuellement en ajustant et en intégrant cette identité culturelle et les pratiques traditionnelles à l'intérieur de leur mode de vie qui s'est modernisé au cours des dernières décennies. Comme le mentionnent Morris et Crooks dans leur étude (2015), la littérature provenant d'organisations et de gouvernements inuits s'entend pour dire que le fait de ressentir une fierté quant à son identité inuite et d'apprendre les valeurs qui y sont associées serait protecteur dans la prévention du suicide chez ces communautés. Cela fait également sens avec la suggestion du « People Awakening Study » en Alaska selon laquelle la culture ne devrait pas être seulement une piste d'intervention auprès des populations autochtones, mais plutôt constituer la base et la fondation de chacune des interventions qui prennent place dans ces communautés. Une approche collaborative avec les communautés inuites permettrait de bien cibler les éléments essentiels et fondamentaux à inclure dans les interventions, ce qui faciliterait non seulement le développement, mais également l'implantation et les retombées de ces interventions (Allen et al., 2009; Allen & Mohatt, 2014; Allen et al., 2017)

3.7. Pistes de recherche futures, forces et limites

Comme il y a peu d'études qui ont été effectuées jusqu'à présent auprès de cette population, il est important de poursuivre et d'approfondir la recherche à ce niveau. Avant toute chose, il serait pertinent d'effectuer une étude qui porte spécifiquement sur les facteurs de protection chez la population inuite et qui vise à recenser de façon systématique et globale la présence de ces facteurs au cours de leur vie.

Les résultats obtenus dans la présente étude sont intéressants et novateurs dans le sens où ils diffèrent de ce qui est connu et mis de l'avant lorsqu'il est question du suicide chez les

communautés autochtones. En effet, les résultats d'analyse n'ont démontré aucune différence significative entre les groupes en ce qui concerne la dimension culturelle, la qualité des relations familiales, ainsi que les comportements individuels, alors que ce sont tous des facteurs émergeant des études sur le sujet. La méthodologie utilisée lors de cette étude présente différents avantages qui permettent de mettre en lumière des éléments moins connus pouvant influencer la survenue de comportements suicidaires au cours de la vie des individus inuits. Une des principales forces de l'étude est la richesse des données recueillies qui sont issues d'une méthode mixte, c'est-à-dire en ayant eu recours à des entrevues semi-structurées où des instruments standardisés furent utilisés, mais également des questionnements ouverts sur les événements ayant jalonné la vie des individus. Les études sur les facteurs de risque démontrent qu'un passage à l'acte suicidaire peut être interprété dans une perspective développementale et cumulative (Chachamovich et al., 2015; Séguin et al., 2007; Séguin, Renaud, Lesage, Robert, & Turecki, 2011). En ce sens, les trajectoires de vie des personnes décédées par suicide, dont celles des Inuits du Nunavut, démontreraient la présence d'adversités et de facteurs de risque à partir d'un jeune âge chez un grand nombre de ces personnes. Chez d'autres individus, l'adversité peut apparaître plus tard au cours de la trajectoire de vie, toutefois celle-ci semble engendrer l'apparition d'autres difficultés dans la vie de ces individus. Dans les deux cas, cela démontre que le risque entraîne le risque, c'est-à-dire que les facteurs de risque tendent à s'accumuler à travers le temps et à interagir entre eux pour créer un effet cascade sur le risque suicidaire, pouvant ainsi mener à un passage à l'acte (Chachamovich et al., 2015; Séguin et al., 2007, 2011). La perspective longitudinale de la présente étude, ainsi que l'évaluation à travers différentes sphères de vie des individus, permet donc de tenir compte du contexte et de la complexité de la problématique du suicide où plusieurs facteurs peuvent interagir entre eux tout au long de la vie des individus, plutôt que de s'intéresser spécifiquement à la présence de facteurs de protection à un moment précis de leur vie, pouvant

ainsi expliquer que les résultats diffèrent de ce qui est connu. De plus, la présence de groupes comparatifs provenant de la population générale (tentatives de suicide et aucune tentative de suicide) accentue également la richesse des données puisque cela permet de comparer trois groupes qui sont confrontés à un contexte de vie similaire, pouvant ainsi peaufiner notre compréhension de ce qui peut influencer le passage à l'acte suicidaire chez cette population.

La présente étude présentait certaines limites découlant de la méthode employée, c'est-à-dire le fait que nous ayons utilisé des données secondaires qui avaient été préalablement recueillies dans le cadre d'une autre étude. Comme l'étude initiale cherchait à documenter la trajectoire de vie et ne portait pas uniquement sur les facteurs de protection, il est possible que certains facteurs n'aient pas été identifiés et évalués de façon systématique lors de la collecte de données, pouvant mener ainsi à de possibles faux-négatifs. En ce sens, les instruments utilisés, quoique complets et pertinents, n'étaient pas construits dans l'optique d'adresser spécifiquement les facteurs de protection auprès de cette population. En faisant la recension de la littérature, certains éléments ont émergé dans les écrits comme pouvant constituer des facteurs de protection auprès des populations autochtones, toutefois ceux-ci n'étaient pas évalués systématiquement lors de la cueillette de données initiale, ce qui aurait été le cas en ayant un outil adapté à ce sujet pour mener les entrevues. Toutefois, il demeure néanmoins très intéressant et pertinent de constater et d'évaluer ce qui a été spontanément rapporté dans le discours des proches comme étant protecteur pour les participants.

D'autres limites étaient également inhérentes à la méthode employée lors de l'étude initiale durant laquelle les données furent recueillies par l'entremise d'entrevues auprès de tierces personnes, pouvant ainsi mener à certains biais (Hjelmeland et al., 2012). En effet, il est possible que ces personnes aient de la difficulté à se remémorer certains événements de la vie de leurs proches, ou encore qu'elles ne soient pas au courant de certains aspects de leur vie, en fonction

du lien qui les unissait. Il est également possible que cela ait mené à un biais de désirabilité sociale où les proches peuvent avoir tendance à surrapporter des aspects positifs ou sous-rapporter certains éléments, par exemple concernant les relations familiales, pouvant avoir comme effet de donner un portrait de l'individu qui n'est pas juste et fidèle à la réalité. De plus, comme le mentionnent Chachamovich et al. dans leur étude (2013), il est possible que les proches aient tendance à surestimer la présence de symptômes et de facteurs de risque à la suite d'un décès par suicide. Cette tendance peut être perçue comme une tentative par le proche de construire un sens ou une compréhension autour du décès d'un être cher. Cette surestimation de symptômes peut également découler d'une croyance que les gens doivent avoir des difficultés au niveau de la santé mentale pour poser un tel geste. Toutefois, comme la même méthodologie était utilisée auprès des trois groupes à l'étude, et ce même lorsque les participants n'étaient pas décédés, tous les sujets étaient confrontés aux mêmes limites quant à la mémoire et à la désirabilité sociale. Comme il fut suggéré par les études à ce sujet (Hjelmeland et al., 2012), le fait d'avoir une approche qualitative dans la cueillette de données permet de mieux comprendre le contexte entourant le geste suicidaire, plutôt que de se baser uniquement sur la présence ou non d'un trouble en santé mentale pour expliquer le geste. De plus, la triangulation des données qui a été effectuée lors de la cueillette de données permet d'avoir un large éventail de résultats pouvant pallier aux possibles biais identifiés plus haut. En ce sens, pour chaque participant, le nombre d'informateurs était déterminé par la personne qui passait l'entrevue en fonction de la qualité des réponses et de la quantité d'informations recueillies. Il n'était donc pas rare que plusieurs informateurs soient questionnés pour avoir le portrait le plus complet et précis possible du participant. Pour les cas de décès par suicide, une moyenne de 2.3 entrevues par participant furent réalisées et pour les cas contrôles, c'est-à-dire les personnes ayant fait des tentatives de suicide et les personnes n'ayant fait aucune tentative de suicide, une moyenne de 1.8 entrevue par participant furent effectuées. De plus, pour chaque participant, le dossier médical était révisé et

permettait également d'avoir des informations supplémentaires et riches concernant l'individu (E. Chachamovich et al., 2013).

RÉFÉRENCES

- Advisory Group on Suicide Prevention. (2003). *Acting on what we know: preventing youth suicide in First Nations*. Ottawa, Canada: Health Canada.
- Alcántara, C., & Gone, J. P. (2007). Reviewing suicide in Native American communities: situating risk and protective factors within a transactional-ecological framework. *Death Studies, 31*(5), 457–477. <http://doi.org/10.1080/07481180701244587>
- Allen, J., Mohatt, G., Fok, C. C. T., Henry, D., & Team, P. A. (2009). Suicide prevention as a community development process: Understanding circumpolar youth suicide prevention through community level outcomes [(¿SIRVE?)]. *International Journal of Circumpolar Health, 68*(3), 274–291. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-67849086862&partnerID=40&md5=9ef53b01884ec6b88586d2a1aeb7861c>
- Allen, J., & Mohatt, G. V. (2014). Introduction to Ecological Description of a Community Intervention: Building Prevention Through Collaborative Field Based Research. *American Journal of Community Psychology, 54*(1-2), 83–90. <http://doi.org/10.1007/s10464-014-9644-4>
- Allen, J., Mohatt, G. V., Beehler, S., & Rowe, H. L. (2014). People Awakening: Collaborative Research to Develop Cultural Strategies for Prevention in Community Intervention. *American Journal of Community Psychology, 54*(1-2), 100–111. <http://doi.org/10.1007/s10464-014-9647-1>

- Allen, J., Rasmus, S. M., Fok, C. C. T., Charles, B., & Henry, D. (2017). Multi-Level Cultural Intervention for the Prevention of Suicide and Alcohol Use Risk with Alaska Native Youth: a Nonrandomized Comparison of Treatment Intensity. *Prevention Science*, 1–12.
<http://doi.org/10.1007/s11121-017-0798-9>
- Beaudoin, V., Séguin, M., Chawky, N., Affleck, W., Chachamovich, E., & Turecki, G. (2018). Protective Factors in the Inuit Population of Nunavut: A Comparative Study of People Who Died by Suicide, People Who Attempted Suicide, and People Who Never Attempted Suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1), 144.
<http://doi.org/10.3390/ijerph15010144>
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational Trauma: Convergence of Multiple Processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*, 6–47. <http://doi.org/10.18357/IJIH53200912337>
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 320–338. <http://doi.org/10.1177/1363461513503380>
- Boothroyd, L. J., Kirmayer, L. J., Spreng, S., Malus, M., & Hodgins, S. (2001). Completed suicides among the Inuit of northern Quebec, 1982–1996: a case–control study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(6), 749–755.
- Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: risk and protective factors. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 573–580.

- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Schweers, J., Roth, C., ... Liotus, L. (1993). Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 509–517.
- Chachamovich, E., Haggarty, J., Cargo, M., Hicks, J., Kirmayer, L. J., & Turecki, G. (2013). A psychological autopsy study of suicide among Inuit in Nunavut: methodological and ethical considerations, feasibility and acceptability. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(20078), 1–10. <http://doi.org/10.3402/ijch.v72i10.20078>
- Chachamovich, E., Kirmayer, L. J., Haggarty, J. M., Cargo, M., McCormick, R., & Turecki, G. (2015). Suicide among Inuit: Results from a large, epidemiologically representative follow-back study in Nunavut. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(6), 268–275. <http://doi.org/10.1177/070674371506000605>
- Chachamovich, E., & Tomlinson, M. (2013). *Nunavut suicide follow-back study: identifying the risk factors for Inuit suicide in Nunavut*. Montreal, QC: Douglas Mental Health University Institute.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 193–211.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2008). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In L. Kirmayer & G. Valaskakis (Eds.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (pp. 221–248). Vancouver, BC: University of British Columbia Press.

- Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B. W., & Hallett, D. (2003). Personal Persistence , Identity Development , and Suicide : A Study of Native and Non-Native North American Adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 68(2), 1–75.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2007). Cognitive factors, engagement in sport, and suicide risk. *Archives of Suicide Research*, 11(4), 375–390. <http://doi.org/10.1080/13811110600897143>
- Condon, R. G. (1990). The rise of adolescence: Social change and life stage dilemmas in the Central Canadian Arctic. *Human Organization*, 49(3), 266–279. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1991-04135-001>
- Elias, B., Mignone, J., Hall, M., Hong, S. P., Hart, L., & Sareen, J. (2012). Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: an empirical exploration of the potential role of Canada’s residential school system. *Social Science & Medicine*, 74(10), 1560–9. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.026>
- Fleming, J., & Ledogar, R. J. (2008). Resilience, an evolving concept: a review of a literature relevant to Aboriginal research. *Pimatisiwin*, 6(2), 7–23.
- Garrouette, E. M., Goldberg, J., Beals, J., Herrell, R., & Manson, S. M. (2003). Spirituality and attempted suicide among American Indians the AI-SUPERPFP Team. *Social Science & Medicine*, 56, 1571–1579. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00157-0](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00157-0)
- Government of Nunavut, Nunavut Tunngavik Inc., Embrace Life Council, & Royal Canadian Mounted Police. (2010). *Nunavut suicide prevention strategy*. Nunavut, Canada: Government of Nunavut.

- Grossi, V. I. C., Young, C., & Centre, O. (1992). Attempted suicide among adolescents : a stepwise discriminant analysis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24(3), 410–413.
- Hallett, D., Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2007). Aboriginal language knowledge and youth suicide. *Cognitive Development*, 22(3), 392–399.
<http://doi.org/10.1016/j.cogdev.2007.02.001>
- Health Canada. (2014). *A statistical profile on the health of First Nations in Canada : vital statistics for Atlantic and Western Canada, 2003-2007*. Ottawa, Canada: Health Canada.
Retrieved from http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/sc-hc/H34-193-3-2014-eng.pdf
- Henderson, A. (2003). Report of the Workshop on Best Practices in Suicide Prevention and the Evaluation of Suicide Prevention Programs in the Arctic. *Prevention*, (April).
- Hicks, J. (2007). The social determinants of elevated rates of suicide among Inuit youth. *Indigenous Affairs*, 4, 30–37.
- Hicks, J. (2009). Toward more effective , evidence-based suicide prevention in Nunavut. In F. Abele, T. J. Courchene, L. Seidle, & F. St-Hilaire (Eds.), *Northern exposure: peoples, powers and prospects in Canada's North* (Vol. 467, pp. 467–498). Montreal, QC: IRPP.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Leenaars, A. a. (2012). Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? *Death Studies*, 36(7), 605–626. <http://doi.org/10.1080/07481187.2011.584015>

Institut canadien d'information sur la la santé. (2011). *Indicateurs de santé 2011*. Ottawa,

Canada: ICIS. Retrieved from

https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2011_fr.pdf

Isaacs, A. N., Maybery, D., & Gruis, H. (2013). Help seeking by Aboriginal men who are mentally unwell: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(4), 407–413.

<http://doi.org/10.1111/eip.12015>

Isaacs, A. N., Pyett, P., Oakley-Browne, M. a., Gruis, H., & Waples-Crowe, P. (2010). Barriers and facilitators to the utilization of adult mental health services by Australia's Indigenous people: Seeking a way forward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(2), 75–82. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00647.x>

Karenian, H., Livaditis, M., Karenian, S., Zafiriadis, K., Bochtsou, V., & Xenitidis, K. (2011). Collective trauma transmission and traumatic reactions among descendants of Armenian refugees. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 327–337.

<http://doi.org/10.1177/0020764009354840>

Kidder, K., Stein, J., & Fraser, J. (2000). *The Health of Canada's Children: A CICH Profile* (3rd ed.). Ottawa, Canada: Canadian Institute of Child Health.

Kirmayer, L. J. (1994). Suicide among Canadian Aboriginal peoples. *Transcultural Psychiatry*, 31(1), 3–58.

Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., Laliberté, A., & Simpson, B. L. (1999). *Suicide prevention and mental health promotion in First Nations and Inuit communities*. Montreal, QC: Institute of Community & Family Psychiatry.

- Kirmayer, L. J., Brass, G. m., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). *Suicide among Aboriginal people in Canada*. Ottawa, Canada. Retrieved from <http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/2007-AHF-suicide.pdf>
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 45(7), 607–616. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11056823>
- Kirmayer, L. J., Malus, M., & Boothroyd, L. J. (1996). Suicide attempts among Inuit youth : a community survey of prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(8), 8–17.
- Kral, M. J. (2003). *Unikkaartuit : meanings of well-being , sadness , suicide , and change in two Inuit communities*. Ottawa, Canada: Health Canada.
- Kral, M. J. (2012). Postcolonial suicide among Inuit in Arctic Canada. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 36(2), 306–325. <http://doi.org/10.1007/s11013-012-9253-3>
- Kral, M. J., Idlout, L., Minore, J. B., Dyck, R. J., & Kirmayer, L. J. (2011a). Unikkaartuit: Meanings of Well-Being, Unhappiness, Health, and Community Change Among Inuit in Nunavut, Canada. *American Journal of Community Psychology*, 48(3-4), 426–438. <http://doi.org/10.1007/s10464-011-9431-4>
- Kral, M. J., Idlout, L., Minore, J. B., Dyck, R. J., & Kirmayer, L. J. (2011b). Unikkaartuit: meanings of well-being, unhappiness, health, and community change among Inuit in

Nunavut, Canada. *American Journal of Community Psychology*, 48(3-4), 426–438.

<http://doi.org/10.1007/s10464-011-9431-4>

Kral, M. J., Wiebe, P. K., Nisbet, K., Dallas, C., Okalik, L., Enuaraq, N., & Cinotta, J. (2009).

Canadian Inuit community engagement in suicide prevention. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(3), 292–308. <http://doi.org/10.3402/ijch.v68i3.18330>

L'Écuyer, R. (1990). Étapes de l'analyse de contenu: Modèle général. In *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu: Méthode GPS et Concept de Soi* (pp. 51–123).

Québec: Presses de l'Université du Québec.

LaFromboise, T. D., Hoyt, D. R., Oliver, L., & Whitbeck, L. B. (2006). Family, community, and school influences on resilience among American Indian adolescents in the upper midwest.

Journal of Community Psychology, 34(2), 193–209. <http://doi.org/10.1002/jcop.20090>

Laliberté, A., & Tousignant, M. (2009). Alcohol and other contextual factors of suicide in four Aboriginal communities of Quebec, Canada. *Crisis*, 30(4), 215–21.

<http://doi.org/10.1027/0227-5910.30.4.215>

Lubman, D. I., & Yücel, M. (2008). Drugs, mental health and the adolescent brain: implications for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(2), 63–66.

<http://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2008.00059.x>

Luke, J. N., Anderson, I. P., Gee, G. J., Thorpe, R., Rowley, K. G., Reilly, R. E., ... Stewart, P. J. (2013). Suicide ideation and attempt in a community cohort of urban Aboriginal youth: a

cross-sectional study. *Crisis*, 34(4), 251–261. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000187>

- MacNeil, M. S. (2008). An epidemiologic study of aboriginal adolescent risk in Canada: the meaning of suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing : Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 21(1), 3–12. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2008.00117.x>
- Magne-Ingvar, U., Öjehagen, A., & Träskman-Bendz, L. (1992). The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 153–158.
- Mantoura, P. (2014). *Cadre de référence pour des politiques publiques favorables à la santé mentale*. Montréal, QC: Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Meaney, M. J. (2010). Epigenetics and the biological definition of gene x environment interactions. *Child Development*, 81(1), 41–79.
- Mignone, J., & O’Neil, J. (2005). Social capital and youth suicide risk factors in First Nations communities. *Canadian Journal of Public Health*, 96 Suppl 1, S51–54. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15686154>
- Mohatt, N. V., Thompson, A. B., Thai, N. D., & Tebes, J. K. (2014). Historical trauma as public narrative: A conceptual review of how history impacts present-day health. *Social Science and Medicine*, 106, 128–136. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.043>
- Mohatt, G. V., Rasmus, S. M., Thomas, L., Allen, J., Hazel, K., & Hensel, C. (2004). “Tied together like a woven hat:” Protective pathways to Alaska native sobriety. *Harm Reduction Journal*, 1, 1–12. <http://doi.org/10.1186/1477-7517-1-10>

- Mohatt, N. V., Fok, C. C. T., Burket, R., Henry, D., & Allen, J. (2011). Assessment of Awareness of Connectedness as a Culturally-Based Protective Factor for Alaska Native Youth. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 17*(4), 444–455.
<http://doi.org/10.1037/a0025456>
- Monti, P. M., Miranda, R., Nixon, K., Sher, K. J., Swartzwelder, H. S., Tapert, S. F., ... Crews, F. T. (2005). Adolescence: booze, brains, and behavior. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 29*(2), 207–220.
<http://doi.org/10.1097/01.ALC.0000153551.11000.F3>
- Morris, M., & Crooks, C. (2015). Structural and Cultural Factors in Suicide Prevention: The Contrast between Mainstream and Inuit Approaches to Understanding and Preventing Suicide. *Journal of Social Work Practice, 29*(3), 321–338.
<http://doi.org/10.1080/02650533.2015.1050655>
- Nunavut Bureau of Statistics. (2014). Nunavut Suicides by Region, Sex, Age Group and Ethnicity, 1999 to 2013. Retrieved from http://www.stats.gov.nu.ca/en/Population_deaths.aspx
- Penney, C., Senécal, S., & Bobet, E. (2009). Mortalité par suicide dans les collectivités inuites au Canada: taux et effets des caractéristiques des collectivités. *Cahiers Québécois de Démographie, 38*(2), 311–343.
- Price, M., & Dalglish, J. (2013). Help-seeking among Indigenous Australian adolescents. *Youth Studies Australia, 32*(1), 10–18. Retrieved from <https://web-b-ebSCOhost-com.ezproxy2.acu.edu.au/ehost/detail/detail?sid=974b8c3e-7c6f-43e7-8cd0->

80f5f49f8b45@sessionmgr111&vid=0&hid=116&bdata=JnNpdGU9ZW9hvc3QtbGl2ZQ==#
db=f6h&AN=86220587

Procter, N. G. (2005). Parasuicide, self-harm and suicide in Aboriginal people in rural Australia: a review of the literature with implications for mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, 11(5), 237–41. <http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00529.x>

Richmond, C. a. M. (2009). The social determinants of Inuit health: A focus on social support in the canadian arctic. *International Journal of Circumpolar Health*, 68(5), 471–487. <http://doi.org/10.3402/ijch.v68i5.17383>

Richmond, C. a. M., & Ross, N. a. (2008). Social support, material circumstance and health behaviour: Influences on health in First Nation and Inuit communities of Canada. *Social Science and Medicine*, 67(9), 1423–1433. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.028>

Richmond, C. a. M., & Ross, N. a. (2009). The determinants of First Nation and Inuit health: A critical population health approach. *Health and Place*, 15(2), 403–411. <http://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.07.004>

Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187(7 Suppl), 35–39. http://doi.org/ric10279_fm [pii]

Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N., ... Guy, A. (2007). Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of

suicide mortality. *Psychological Medicine*, 37(11), 1575–83.

<http://doi.org/10.1017/S0033291707000955>

Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: a study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research*, 45(7), 863–70.

<http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.05.005>

Smye, V., & Browne, A. (2002). “Cultural safety” and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Researcher*, 9(3), 42–56.

Stairs, A. (1992). Self-image , world-image : on speculations identity from experiences with Inuit. *Ethos*, 20(1), 116–126.

Statistique Canada. (2006). *Aboriginal peoples in Canada in 2006 : Inuit , Métis and First Nations , 2006 Census*. Ottawa, Canada: Ministry of Industry.

Statistique Canada. (2012). Les taux de suicide : un aperçu. Retrieved from

<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>

Statistique Canada. (2014a). Principales causes de décès, selon le sexe (Les deux sexes).

Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/hlth36a-fra.htm>

Statistique Canada. (2014b). Suicide et taux de suicide selon le sexe et l'âge (Nombres pour les

deux sexes). Retrieved from [http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-](http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/hlth66a-fra.htm)

[som/102/cst01/hlth66a-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/hlth66a-fra.htm)

Statistique Canada. (2017a). Les dix principales causes de décès, 2013. Retrieved January 19,

2018, from <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2017001/article/14776-fra.htm>

- Statistique Canada. (2017b). Peuples autochtones - Faits saillants et tableaux, Recensement de 2016. Retrieved May 20, 2018, from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/abo-aut/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=101&S=99&O=A>
- Statistique Canada. (2017c). Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge (Nombres pour les deux sexes). Retrieved January 19, 2018, from <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/hlth66a-fra.htm>
- Tatz, C. (1994). *Aborigines: Sport, Violence and Survival*. Sidney, NSW: Criminology Research Council.
- Tatz, C. (2012). Aborigines, sport and suicide. *Sport in Society*, 15(7), 922–935. <http://doi.org/10.1080/17430437.2012.723352>
- Tester, F. J., & McNicoll, P. (2004). Isumagijaksaq: mindful of the state: social constructions of Inuit suicide. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2625–36. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.021>
- The Government of Nunavut, Nunavut Tunngavik Inc., Royal Canadian Mounted Police, & Embrace Life Council. (2016). *An action plan for suicide prevention in Nunavut*.
- Tousignant, M., Laliberté, A., Bibeau, G., & Noël, D. (2008). Comprendre et agir sur le suicide chez les Premières Nations. *Frontières*, 21(1), 113. <http://doi.org/10.7202/037881ar>
- Tousignant, M., Vitenti, L., & Morin, N. (2013). Aboriginal youth suicide in Quebec: the contribution of public policy for prevention. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5-6), 399–405. <http://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.019>

- Vicary, D., & Westerman, T. (2004). That's just the way he is': Some implications of Aboriginal mental health beliefs. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(3), 103–112. <http://doi.org/10.5172/jamh.3.3.103>
- Walls, M. L., Hautala, D., & Hurley, J. (2014). “Rebuilding our community”: hearing silenced voices on Aboriginal youth suicide. *Transcultural Psychiatry*, 51(1), 47–72. <http://doi.org/10.1177/1363461513506458>
- Walters, K. L., Simoni, J. M., & Evans-Campbell, T. (2002). Substance use among American Indians and Alaska natives: incorporating culture in an “indigenist” stress-coping paradigm. *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)*, 117 Suppl , S104–S117.
- Wesley-Esquimaux, C. C., & Smolewski, M. (2004). *Historic trauma and Aboriginal healing*. Ottawa, Canada: The Aboriginal Healing Foundation.
- Westerman, T. (2004). Guest Editorial: Engagement of Indigenous clients in mental health services: What role do cultural differences play? *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(3), 88–93. <http://doi.org/10.5172/jamh.3.3.88>
- Wexler, L., Chandler, M., Gone, J. P., Cwik, M., Kirmayer, L. J., La Fromboise, T., ... Allen, J. (2015). Advancing Suicide Prevention research with rural American Indian and Alaska Native populations. *American Journal of Public Health*, 105(5), 891–899. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302517>
- Wexler, L. M., & Gone, J. P. (2012). Culturally responsive suicide prevention in indigenous communities: Unexamined assumptions and new possibilities. *American Journal of Public Health*, 102(5), 800–806. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300432>

- Whitbeck, L. B., Adams, G. W., Hoyt, D. R., & Chen, X. (2004). Conceptualizing and measuring historical trauma among American Indian people. *American Journal of Community Psychology, 33*(3-4), 119–130. <http://doi.org/10.1023/B:AJCP.0000027000.77357.31>
- Whitbeck, L. B., McMorris, B. J., Hoyt, D. R., & Stubben, J. D. (2016). Perceived Discrimination, Traditional Practices, and Depressive Symptoms among American Indians in the Upper Midwest. *Teresa LaFromboise*. Published by: American Sociological Association. Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/3090234> REFERENCES *Linker*, 43(4), 400–418.
- Whitbeck, L. B., Walls, M. L., Johnson, K. D., Morrisseau, A. D., & McDougall, C. M. (2009). Depressed affect and historical loss among north american indigenous adolescents. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 16*(3), 16–41. <http://doi.org/10.5820/aian.1603.2009.16>
- World Health Organization. (2014a). *Global Health Estimates 2014 Summary Tables: Deaths by cause, age and sex, 2000-2012*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- World Health Organization. (2014b). Questions and answers on suicide. Retrieved from <http://www.who.int/features/qa/24/en/>
- Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. a, Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., & Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine, 40*(1), 23–32. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.044>

ANNEXE A