

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
XÉNIA HALMOV

LES STRATÉGIES D'ADAPTATION ET LES BESOINS
PSYCHOSOCIAUX DES ADOLESCENTS ET DES
JEUNES ADULTES DONT UN PARENT A FAIT UNE
TENTATIVE DE SUICIDE

SEPTEMBRE 2014

Sommaire

Nous présentons ici une recherche qualitative exploratoire qui visait à savoir comment les jeunes vivant avec un parent ayant fait une tentative de suicide percevaient la situation prévalant dans leur famille, les impacts qu'a eus sur eux la tentative de suicide ainsi que la façon dont ils ont géré ces impacts. Nous avons voulu également vérifier quel type de soutien psychosocial pouvait possiblement les aider. Nous avons effectué des entrevues semi-structurées auprès de dix jeunes âgés entre 14 et 20 ans qui vivaient à temps plein ou à temps partiel avec un parent ayant fait une tentative de suicide dans les deux années précédentes. La grande majorité de ces jeunes était au courant de la tentative de suicide de leur parent. Lorsqu'ils ont appris cette nouvelle, ces jeunes ont eu d'abord une réaction de choc et un grand sentiment d'insécurité, surtout quant au danger que leur parent récidive. Ils avaient tendance à surveiller leur parent pour le protéger, et ils ont vécu beaucoup d'incompréhension face au fait que leur parent ait tenté de s'enlever la vie malgré leur existence. Comme stratégie d'adaptation positive, ils ont largement utilisé le soutien social au plan émotif mais encore plus au plan de l'accompagnement social en termes de distraction. Bien que tous les parents aient été hospitalisés à la suite de leur tentative de suicide, la majorité des jeunes n'ont reçu aucun soutien professionnel et n'ont eu aucune offre de soutien de ce type. Ces jeunes ont donc pu trouver des moyens de combler plusieurs de leurs besoins. Cependant, un des principaux besoins que nous avons identifié comme manquant est le besoin de soutien informationnel. En effet, ces jeunes ne comprenaient pas comment la détresse peut

affecter une personne au point où elle pose un tel geste même si elle a des raisons de vivre aussi importantes que des enfants. Ils auraient voulu avoir de l'information sur l'état de leur parent dans les heures et les jours suivant la tentative. Enfin, ils se demandaient ce qu'ils auraient pu faire pour aider leur parent, avant la tentative de suicide, et après.

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique	4
Problématique.....	5
<i>Définition du suicide</i>	5
<i>L'ampleur du suicide au Québec : statistiques</i>	6
Les théories explicatives	8
<i>Les facteurs de risque dans la population générale</i>	10
<i>Les facteurs de risque chez les enfants et les adolescents</i>	12
<i>Les facteurs de protection</i>	15
Recension des écrits	16
<i>Les impacts du suicide et des comportements suicidaires sur l'entourage</i>	16
<i>Le secret entourant le suicide</i>	23
<i>Les réponses sociales</i>	24
Historique.....	24
Les politiques sociales.....	24
L'utilisation des services de santé.....	25
La prévention du suicide	26
Les programmes de prévention	27
Cadre opératoire	34
<i>Les stratégies d'adaptation (ou mécanismes d'adaptation, ou coping)</i>	34
<i>Le soutien social</i>	36
<i>Question de recherche</i>	38
Méthode.....	40

Type de recherche.....	41
Population ciblée	42
Technique d'échantillonnage et critères d'inclusion.....	43
Cueillette de données.....	44
Schéma d'entrevue	45
Analyse des données	46
Résultats.....	48
Description de l'échantillon	49
Description des participants	51
<i>Fratrie A : Jean et Pierrot</i>	52
<i>Fratrie B : Émilie, Josée et Anaïs</i>	54
<i>Fratrie C : Robert et Karl</i>	55
Les indices de détresse psychologique ou signes précurseurs perçus par les jeunes avant la tentative de suicide	56
Impacts de la tentative de suicide sur les jeunes	58
<i>Les réactions émotives des jeunes</i>	59
<i>Les impacts de la tentative sur la communication entre le parent et son enfant</i>	63
Les stratégies d'adaptation	67
<i>Les stratégies d'adaptation impliquant d'autres personnes</i>	68
La confiance - Se confier à quelqu'un de proche.....	68
<i>Les amis</i>	68
<i>Les amis de cœur</i>	68
<i>Les parents</i>	69
<i>La fratrie</i>	70
<i>Les autres membres de la parenté et les proches</i>	72
<i>Les animaux de compagnie</i>	72
L'accompagnement social.....	73
<i>Se distraire avec des amis</i>	73

<i>Se distraire dans la famille élargie</i>	74
<i>Se distraire dans les études et le travail pour se sentir mieux</i>	75
Stratégies d'adaptation se faisant seul.....	76
<i>Se distraire dans des activités récréatives</i>	76
<i>Rationaliser ou éviter les situations ou les pensées stressantes</i>	76
<i>Utiliser des moyens pour se relaxer</i>	77
Source d'aide professionnelle.....	78
L'offre de soutien au jeune.....	78
La perception du soutien professionnel.....	78
Autres effets de la situation sur les jeunes.....	79
<i>Aider les autres – être confident</i>	79
<i>Se connaître et connaître ses limites</i>	80
<i>Adopter le rôle de parent</i>	81
<i>Être un « bon enfant »</i>	82
<i>Les jeunes et les idées suicidaires</i>	83
<i>Les valeurs et les croyances</i>	83
<i>La famille, l'amitié, le partage et l'entraide</i>	84
Les besoins des jeunes.....	86
<i>Les besoins exprimés directement par les jeunes</i>	86
<i>Les besoins exprimés indirectement par les jeunes</i>	88
<i>Les besoins des jeunes en résumé</i>	89
Discussion.....	91
Les impacts de la tentative de suicide du parent.....	92
Les stratégies d'adaptation des enfants.....	93
Les autres effets de la situation sur les enfants.....	93
Les besoins spécifiques des jeunes.....	95
<i>Le besoin de sécurité</i>	96
<i>Le besoin de soutien informationnel</i>	98
<i>Le besoin de soutien émotionnel</i>	100

<i>Le besoin d'accompagnement social</i>	102
Les facteurs de risque et les facteurs de protection	107
Recommandations pour l'intervention	114
<i>L'offre d'aide</i>	114
<i>La sécurité</i>	115
<i>Le soutien émotionnel</i>	116
<i>Le soutien informationnel</i>	117
<i>L'accompagnement social</i>	119
Limites de l'étude	120
Conclusion	123
Références	128
Appendice A.....	136
Appendice B.....	142

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier chaleureusement ma directrice de mémoire, Annie Devault, de m'avoir guidée au long de ce travail de façon aussi judicieuse et efficace, ainsi que Denyse Côté qui m'a sérieusement épaulée à ordonner mes idées. Merci également à Sylvie Thibault pour m'avoir orientée dans le choix de mon sujet de recherche. Merci à Janie d'avoir accepté d'évaluer ce travail et pour ses commentaires enrichissants. Charles, ton aide m'a été d'un grand secours dans ma recherche documentaire, merci. Le recrutement des participants a été difficile au début, alors je remercie Francis de m'avoir fait part de l'idée d'avoir recours à une banque de participants dans une recherche sur le suivi post-tentative constituée d'adultes ayant fait une tentative de suicide. Un grand merci à Brian Mishara, directeur du CRISE à l'UQAM, de m'avoir donné l'autorisation de contacter celles parmi ces personnes qui avaient des enfants vivant sous leur toit, afin que je puisse leur demander l'autorisation d'interviewer ces enfants. Élise et Fanny m'ont été d'une aide précieuse dans l'identification de ces personnes, puisque je n'avais pas accès aux dossiers de ces parents, merci à vous deux. Et enfin, un immense merci à ces dix merveilleux jeunes qui ont répondu à mes questions avec tant de générosité, malgré le sujet difficile; ils ont toute mon admiration et ma reconnaissance. Chers enfants, je vous porte dans mon cœur.

Introduction

Plusieurs écrits en suicidologie mettent l'accent sur l'importance de répondre aux besoins des membres de la famille d'une personne suicidaire ainsi qu'à ceux des personnes endeuillées par suicide (Gouvernement du Québec, 1998; Gouvernement du Québec, 2010b). Cependant, jusqu'à date il existe peu de recherches sur les besoins des enfants d'une personne suicidaire vivante.

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise en travail social. Il a comme objectif général de documenter les stratégies d'adaptation et les besoins psychosociaux de jeunes âgés entre 14 et 20 ans dont un parent a fait une tentative de suicide. Notre recension des écrits nous a permis de constater que ce sujet est très peu documenté. Cette recherche a pour but d'identifier le type de soutien souhaité par les jeunes, afin d'orienter des pistes d'intervention visant à mieux les aider et à prévenir les impacts négatifs de vivre avec un membre de la famille qui est suicidaire. Cette étude pourra ainsi éventuellement guider l'élaboration d'un programme de formation destiné aux intervenants qui ont à soutenir les enfants de personnes suicidaires.

Ce mémoire présente d'abord, dans le contexte théorique, la problématique du suicide, soit une définition et quelques données statistiques, une recension des écrits sur cette problématique incluant une description des impacts du suicide et des comportements suicidaires sur l'entourage, les théories explicatives, ainsi que les réponses sociales face au suicide et sa prévention. Ensuite, le cadre opératoire est exposé dans cette section, complété par la question de recherche à laquelle l'étude se propose de répondre. La méthode utilisée est ensuite exposée, avec la méthodologie utilisée ainsi

que la cueillette et l'analyse des données. Nous présentons les résultats de notre analyse et enfin la discussion et la conclusion complètent ce document.

Contexte théorique

Problématique

Définition du suicide

Mishara et Tousignant (2004) présentent les définitions utilisées couramment au Canada dans le domaine de la suicidologie. Ils définissent ainsi le suicide, ou suicide complété : « une mort intentionnelle causée par soi-même » (p. 32). Les tentatives de suicide sont « des actes intentionnels faits par une personne dans le but de se suicider et qui n'aboutissent pas à la mort » (p. 34). Une personne est dite avoir des idéations suicidaires lorsqu'elle pense à se tuer. Quant aux comportements para-suicidaires, il s'agit, selon Bégin et Lefebvre (1997) d'une variété de comportements tels que l'automutilation, les lacérations et les brûlures. Bégin et Lefebvre précisent :

« Le suicide est un acte, non une maladie. [...] Le comportement suicidaire n'est pas une maladie, mais l'aboutissement d'une interaction complexe de divers facteurs neurobiologiques, psychologiques, culturels et sociaux, qui ont marqué la personne à différents niveaux, mais qui isolément ne suffisent pas à expliquer le recours au suicide. » (Gouvernement du Canada, 1994, p. xiii, dans Bégin & Lefebvre, 1997).

Dans cette recherche, nous incluons dans le terme « comportements suicidaires » les verbalisations et les menaces suicidaires directes et indirectes, les comportements observables qui laissent présager un passage à l'acte, par exemple le fait de se promener avec une arme à feu ou une corde, les comportements para-suicidaires (automutilation, conduites mettant sa propre vie en danger) et les tentatives de suicide. Afin d'alléger le texte, le terme « enfant » désigne les enfants du parent qui a fait une

tentative de suicide, qu'ils soient adolescents ou jeunes adultes. Nous utilisons aussi le terme « jeunes » pour les désigner.

L'ampleur du suicide au Québec : statistiques

Le taux de suicide pour tous les groupes d'âge a diminué chaque année depuis les 12 dernières années et que le taux des jeunes a diminué de moitié. Au Canada, en 2009, le Québec n'affichait plus le taux le plus élevé parmi les provinces canadiennes, mais occupait le 4e rang (Gouvernement du Québec, 2013). Selon l'Enquête sociale et de santé de 1998 (Boyer, St-Laurent, Préville, Légaré, Massé, & Poulin, 2000), au Québec, 1572 personnes étaient décédées par suicide, 42 658 personnes avaient rapporté avoir fait une tentative de suicide dans les 12 mois précédant l'enquête et plus de 222 000 personnes avaient pensé sérieusement à s'enlever la vie. En 2011, selon les données provisoires, 1 105 personnes se sont enlevé la vie, dont 852 hommes et 253 femmes (Gouvernement du Québec, 2014). Selon les estimations pour 2011, 43 adolescentes et adolescents (15 à 19 ans) se sont enlevé la vie. Quant aux enfants, de 1995 à 2001, 29 enfants âgés entre 8 et 12 ans sont décédés par suicide (St-Laurent & Gagné, 2010). Le suicide demeure un fait très rare chez les enfants; par contre, les intervenants remarquent une hausse des verbalisations suicidaires dans ce groupe d'âge (Gallagher, 2009). Il semble que les enfants envisagent de plus en plus l'idée de se tuer (Cyrulnik, 2011).

Chez les hommes, pour la période de 2009 à 2011, le taux le plus élevé se retrouvait chez les 35-49 ans et le plus bas chez les adolescents (15-19 ans). Chez les

femmes, le taux le plus élevé s'observait chez les 50-64 ans et le plus bas chez les adolescentes et les femmes de 65 ans et plus. Depuis le début des années 2000, au Québec, on constate une diminution des taux de suicide, particulièrement chez les adolescents et les adolescentes ainsi que chez les hommes de 20 à 34 ans. En effet, entre 1981 et 2009, le taux de suicide est passé de 19,6 (suicides par 100 000 habitants) à 10,4; chez les hommes de 20 à 34 ans, il est passé de 34,9 à 20,6 au cours de ces mêmes années. Dans la plupart des groupes d'âge on a vu une diminution depuis le sommet atteint en 1999, sauf dans celui des femmes qui reste stable (Gouvernement du Québec, 2014).

Au niveau international, le taux de suicide des Québécois se situait au 10^e rang parmi une sélection de 22 États membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), alors que celui des femmes se situait au 9^e rang (Gouvernement du Québec, 2014). En effet, dans ces pays, il y a plus beaucoup plus d'hommes qui se suicident que de femmes. Au Québec, le ratio hommes femmes est de 3,4 pour un. Il existe toutefois des pays dans le monde où les femmes se suicident presque autant que les hommes, notamment en Asie (Hendin, Phillips, Vijayakumar, Pirkis, Wang, Yip, Wasserman, Bertolote, & Fleishmann, 2008).

En ce qui concerne les tentatives de suicide auto-rapportées, les jeunes de 15 à 24 ans présentent la prévalence la plus élevée (1,1% des jeunes en 2005). Pour les idéations suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide, les prévalences sont semblables chez les hommes et chez les femmes (Gouvernement du Québec, 2010a).

Ces chiffres laissent entrevoir que, chaque année au Québec, de nombreuses personnes sont affectées par les comportements suicidaires ou le décès par suicide d'un proche.

Les théories explicatives

La façon dont le suicide a été compris et analysé à travers les époques a évolué avec le temps. Mishara et Tousignant (2004) présentent les approches contemporaines du suicide en les catégorisant en approches philosophiques, sociologiques, psychanalytiques et psychologiques. Dans l'Antiquité, on abordait le suicide d'un point de vue philosophique, c'est-à-dire que le suicide a été conçu comme un destin incontournable auquel il faut s'adapter selon notre philosophie de vie, soit un choix qui exprime la liberté de l'homme face à son destin. Mishara et Tousignant sont d'avis qu'aujourd'hui, le suicide est plus souvent abordé selon les approches sociologique, psychologique et psychiatrique.

Pour Durkheim (1897), le suicide est le produit de forces sociales qui dépassent l'individu et de ce fait, la société a une influence structurante positive sur le psychisme de l'individu si elle peut l'encadrer sans l'étouffer. Selon cette thèse, le suicide signifie qu'il existe un déséquilibre dans une société, il est fonction de la régulation sociale : celle-ci peut être absente ou excessive. Par exemple, dans les périodes où les perspectives d'avenir sont instables, il se crée une perturbation qui peut engendrer des crises, autant chez les plus riches que chez les plus pauvres.

Dès 1930, Halbwachs (dans Baudelot & Establet, 2006), confirme certains points de vue de Durkheim et les complète. Pour lui, il y a des forces qui ne dépendent pas de l'individu mais des réalités sociales qui le dépassent. Ainsi, les caractéristiques individuelles, soit les motifs de suicide et les circonstances l'entourant, dépendent des réalités sociales et font partie des causes du suicide, avec les croyances et les coutumes collectives; il inclut aussi certains troubles organiques affectant le système nerveux.

Pour Beachler (1975), il ne s'agit pas « du suicide » mais « des suicides », puisqu'il existe, selon lui, différents types de suicides et différents scénarios selon les interactions qui ont lieu entre l'individu et le groupe social. Il en décrit quatre types : 1) le suicide escapistes, défini comme la fuite d'une situation ressentie par le sujet comme intolérable; 2) le suicide agressif, où le sujet retourne sa pulsion agressive vers lui-même, avec ou sans intention de vengeance ou de chantage; 3) dans le suicide oblatif, l'individu se sacrifie afin de sauver une autre personne ou une communauté, et enfin, 4) le suicide ludique qui comprend l'ordalie, qui est en quelque sorte un jeu où le sujet risque sa vie « pour s'éprouver soi-même ou pour solliciter le jugement des dieux » (page 238), ainsi que différentes pratiques qui donnent à l'individu une sensation de vertige, mais qui peuvent lui être fatales.

Parmi les différentes approches existantes, nous retenons l'approche psychologique de Shneidman (1999). Selon lui, lorsque les besoins essentiels à la survie d'un être humain sont sévèrement frustrés, il s'installe une souffrance qui devient insupportable et qui peut mener au désespoir et au geste suicidaire s'il s'ajoute à cela une perturbation psychologique marquée ainsi qu'une pression extrême des

circonstances de la vie. Shneidman (1999) présente aussi la banalisation et l'acceptabilité sociale du suicide comme facteurs en cause. Pour lui, l'exemple de tentatives de suicide dans l'entourage risque d'entraîner un processus de légitimation des comportements suicidaires.

Pour Joiner (2010), les gens se suicident lorsqu'ils ont le désir et la capacité de le faire, qu'ils ont la perception d'être un fardeau pour leur entourage et n'ont pas de sentiment d'appartenance envers un groupe de référence.

Les facteurs de risque dans la population générale

Selon la Stratégie québécoise de prévention du suicide (Gouvernement du Québec, 1998), le risque suicidaire est déterminé par la présence d'un grand nombre de facteurs de risque et le manque de facteurs de protection. Le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la Santé met l'accent sur l'aspect multi-déterminé du suicide et sur l'importance d'identifier ces différents facteurs afin d'agir plus efficacement en matière de prévention du suicide (Organisation mondiale de la Santé, 2014).

Le genre constitue un facteur de risque important. Au Québec, le fait d'être un homme est considéré par certains chercheurs comme un facteur de risque, surtout dans la tranche d'âge des 35 à 49 ans. Selon Dulac et Laliberté (2002), la socialisation masculine fait que les hommes ont tendance à ne pas demander d'aide, du moins jusqu'à la crise grave. En effet, près de la moitié des demandes d'aide pour un homme viennent d'abord de son entourage. De plus, les hommes emploient généralement des moyens plus létaux que les femmes pour se suicider (Gouvernement du Québec, 2011).

Un facteur de risque fréquemment invoqué est la présence d'un ou plusieurs troubles mentaux. Une étude d'Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki (2004) suggère que 90% des personnes qui décèdent par suicide sont atteintes d'un problème de santé mentale pouvant être diagnostiqué. Mishara et Chagnon (2011) présentent quelques modèles pouvant expliquer la relation entre les troubles mentaux et le suicide et les raisons pour lesquelles les personnes atteintes d'un trouble mental sont plus à risque de se suicider. La combinaison de la vulnérabilité biogénétique associée aux événements de vie négatifs peut résulter soit en un trouble mental, soit en suicide ou tentative de suicide à cause des distorsions cognitives induites par la dépression, des commandements suicidaires induits par une psychose ou de l'impulsivité due à la surconsommation de drogues ou d'alcool (Dougherty, Marsh-Richard, Hatsis, Novion, & Mathias, 2008). Une plus grande vulnérabilité pourrait résulter des traitements du trouble mental, par exemple l'effet iatrogénique, c'est-à-dire les troubles causés par les effets secondaires du traitement lui-même, ou enfin la prise inadéquate de médicaments prescrits. Elle pourrait être le résultat des conséquences du trouble mental, par exemple, la stigmatisation, les problèmes relationnels et sociaux, l'exclusion sociale ou le désespoir (Afifi, Cox, & Enns, 2006). Enfin, lorsque le trouble mental est associé à une situation de crise, à l'accessibilité d'un moyen pour se suicider, au manque de soutien social ou aux piètres mécanismes d'adaptation, le risque de suicide est considérablement amplifié (Mishara & Chagnon, 2011).

L'alcoolisme et la toxicomanie constituent également des facteurs de risque importants. Tousignant et Fayette (1997) se basent sur plusieurs recherches américaines,

principalement celles de Murphy et Wetzel (1990) et de Murphy (1992) pour estimer qu'au Québec, les troubles reliés aux substances psycho actives sont présents dans les cas de suicide dans une proportion variant entre 30 et 50 %. Chez les alcooliques, le taux annuel de suicide au Québec serait d'environ 140 par 100 000; en comparaison, ce taux serait estimé à 70 par 100 000 pour la population avec diagnostic psychiatrique sans alcoolisme et de seulement 1 par 100 000 pour la population sans diagnostic psychiatrique et sans alcoolisme.

D'un point de vue structurel, au Québec, selon plusieurs études, dont celle de Hamel & Pampalon (2002), plus une personne est défavorisée socialement et économiquement, plus elle est à risque de décéder par suicide. Cette étude révèle que la mortalité et les hospitalisations pour causes de traumatismes intentionnels, c'est-à-dire les suicides, les tentatives de suicide et les homicides, progressent systématiquement avec la défavorisation matérielle. La défavorisation sociale, en termes de qualité du réseau social, soit la cohésion ou l'isolement entre les personnes, provoque une augmentation semblable des risques de décès ou d'hospitalisation pour traumatismes intentionnels, car on observe un excédent de 69 % de décès et de 105 % d'hospitalisations dans le quintile le plus défavorisé.

Les facteurs de risque chez les enfants et les adolescents

Du point de vue systémique, plusieurs recherches révèlent un lien entre les relations familiales difficiles et l'adversité vécues dans l'enfance et l'adolescence, et les comportements suicidaires à l'adolescence (Fleming, Merry, Robinson, Denny, &

Watson, 2007; Fotti, Katz, Afifi, & Cox, 2006; Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown, & Brook (2002); Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown, & Brook, (2002). Une recherche de Klimes-Dougan, Free, Ronsaville, Stilwell, Welsh, & Radke-Yarrow (1998) indique que les enfants et les adolescents de parents déprimés et parfois suicidaires sont à risque d'avoir eux-mêmes des idéations suicidaires. Selon Fleming et al. (2007), les facteurs de risque pour les enfants et les adolescents seraient d'ordre biologique, génétique, et écologique, c'est-à-dire liés à des facteurs environnementaux, par exemple, les milieux familial, scolaire, social et culturel. Les facteurs de risque dépendent aussi de la personnalité et du tempérament et ils sont liés aux symptômes de la dépression, à la dépendance aux substances psychoactives, à l'orientation non-hétérosexuelle, à l'adversité vécue dans l'enfance et à l'exposition aux comportements suicidaires des autres. Les résultats de l'étude de Johnson et al. (2002) suggèrent que les enfants ayant vécu dans un contexte parental mésadapté peuvent avoir des difficultés à développer les habiletés sociales essentielles au maintien de relations saines avec les pairs et les adultes et que ce manque d'habiletés peut les mener à se retrouver socialement isolés ou à interagir de façon antagoniste. Ce type de fonctionnement pourrait contribuer à l'apparition de détresse, de désespoir et de comportements suicidaires. Pour Mittendorfer-Rutz, Rasmussen et Wasserman (2007), parmi les risques familiaux en regard des tentatives de suicide chez les jeunes, on retrouve les tentatives de suicide d'un parent ou d'un membre de la fratrie et les troubles mentaux des parents. Les recherches de Lieb, Bronisch, Hofler, Shreier et Wittchen (2005) et de Bronish et Lieb, (2008) concluent que les enfants de parents, particulièrement des mères, ayant fait des tentatives

de suicide sont significativement plus à risque et tendent à faire des tentatives de suicide plus tôt dans leur vie que les enfants de mères non suicidaires et cela indépendamment de la dépression et des autres psychopathologies.

Parmi les facteurs de risque chez les enfants et les adolescents, on retrouve également le fait d'avoir été endeuillés par le suicide d'un parent. Lachal, Geneste, Loubeyre, Durant & Coudert, (1988) ont analysé les réactions d'un groupe de 29 enfants ayant perdu un de leurs parents par suicide entre l'âge de 2 et 20 ans. Au moment de l'entrevue, ceux-ci étaient âgés entre 6 et 20 ans et un maximum de neuf ans s'était écoulé entre l'acte suicidaire du parent et la collecte de données. Les chercheurs ont constaté que certains de ces enfants présentaient des signes de dépression, d'anxiété et étaient particulièrement préoccupés par la santé du parent survivant. Chez d'autres enfants, ces chercheurs ont constaté des troubles du caractère et du comportement et de l'agressivité envers l'entourage et envers le parent survivant. La scolarité était aussi généralement perturbée. Des troubles du comportement peuvent apparaître plus tard dans la vie de l'enfant, tout comme les conduites suicidaires. Selon Philippe et Choquet (cités dans Lachal et al., 1988, p. 357), le risque relatif de tentative de suicide est multiplié par 3,5 lorsqu'il y a eu tentative de suicide ou suicide d'un des parents. Les enfants endeuillés par le suicide d'un parent sont considérés comme étant plus à risque, mais ils ne développeront pas nécessairement de troubles.

Les facteurs de protection

D'après Mishara et Tousignant (2004), une personne qui a de multiples facteurs de risque peut quand même avoir un faible risque de suicide si elle a suffisamment de facteurs de protection. Ces auteurs citent, comme facteurs de protection pour les adultes, une bonne santé mentale, le soutien d'un partenaire amoureux, une capacité d'accéder à l'intimité, un projet qui donne sens à la vie, l'absence d'endettement, la non-dépendance à des substances psychoactives et un niveau d'impulsivité normal. Les autres facteurs qui jouent un rôle protecteur face au suicide incluent : habiter avec d'autres personnes, avoir un sentiment d'appartenance ainsi que bénéficier d'un bon soutien social (Gouvernement du Québec, 2010a). Selon Fleming et al. (2007), les facteurs de protection pour les jeunes sont la compétence sociale et émotionnelle, un environnement familial chaleureux et sécurisant et une communauté sécurisante. Ces chercheurs ont examiné l'association entre les soins prodigués par les parents et leur disponibilité, l'amitié, les relations avec les enseignants, la sécurité du milieu scolaire et la participation à des rites religieux, et les tentatives de suicide. Cette étude révèle qu'il y a moins de tentatives de suicide chez les jeunes âgés entre 9 à 13 ans vivant dans un environnement familial chaleureux et sécurisant (*caring*) et un milieu scolaire sécurisant, même en tenant compte des facteurs tels la dépression, l'anxiété, l'abus d'alcool, la violence familiale, l'orientation sexuelle et l'exposition aux tentatives de suicide des autres.

L'analyse des données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) (Gouvernement du Québec, 2010a) a permis de mettre en relief l'association

entre les comportements suicidaires et les caractéristiques du milieu social. Selon Mishara et Houle (2008), le suicide survient souvent au terme d'un processus de désaffiliation sociale qui coupe progressivement la personne de tous les liens qui la rattachent à la vie. Ils recommandent d'impliquer les proches dans les interventions auprès de la personne suicidaire afin qu'ils l'aident à se protéger. La famille et les amis sont considérés comme de puissants facteurs de protection et ils peuvent procurer des raisons de vivre à la personne suicidaire. Ils sont susceptibles de remarquer une aggravation de l'état de la personne et de l'accompagner vers une ressource d'aide et ils peuvent être des alliés importants pour les professionnels de la santé en donnant des informations importantes et en faisant partie du filet de sécurité. Ils sont aussi des sources importantes de soutien social comme confidents, pour fournir des conseils, de l'aide matérielle ou organiser des activités sociales (Mishara & Houle, 2008). Encore une fois, il s'agit là des proches adultes. Notre expérience en intervention nous a démontré que parfois, ce sont les jeunes qui jouent en partie ce rôle.

Recension des écrits

Les impacts du suicide et des comportements suicidaires sur l'entourage

Le suicide est un acte tragique qui a de multiples impacts sur l'entourage de la personne décédée et aussi sur la société en général. Nous n'avons pas de données sur le nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide qui avaient des enfants vivant sous le même toit. Selon l'Enquête sociale et de santé de 1998 (Boyer et al., 2000), au

Québec, il avait été estimé que le nombre de personnes touchées par le suicide sous toutes ses formes à titre de proches, c'est-à-dire comme personnes de la famille et de l'entourage, était de 426 580. En gardant les mêmes proportions (nombre de suicides versus nombre de personnes touchées dans l'entourage) et en considérant que le nombre de suicides pour 2011 est estimé à 1 105, il y aurait donc eu hypothétiquement environ 288 457 personnes touchées par le suicide et les comportements suicidaires d'un proche cette année-là et il est plausible de penser que ce nombre inclut plusieurs enfants.

Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), le suicide est un comportement qui apporte des effets dévastateurs sur le tissu cohésif de la société. La gamme de comportements suicidaires est large et a comme conséquences beaucoup de douleur et de ruptures dans la vie des individus, des familles et des communautés (ONU, 1996).

« Il est ainsi recommandé d'un commun accord de l'ONU et de l'International Association for Suicide Prevention (IASP, organisme affilié à l'ONU à travers l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et qui reproduit le même cadre d'action que l'ONU) que toute stratégie nationale de lutte contre le suicide comprenne des moyens pour anticiper les risques de mort prématurée causée par le suicide; il s'agit de réduire les incidences du comportement suicidaire; il s'agit aussi de réduire le taux de morbidité associé au comportement suicidaire et enfin de fournir des chances et des endroits pour faire rebondir les individus, les familles et les communautés. C'est l'objectif des forums internationaux tenus tous les deux ans par l'IASP. Le programme que proposent ces organisations (ONU, OMS, IASP) invite en somme à éveiller la conscience de chacun sur les effets de stress ou de tensions sur le psychisme, effets qui peuvent aboutir à des crises. » (Aujard, 2007, p. 171).

Selon Beautrais (2004), lorsqu'une personne a des comportements suicidaires, les membres de sa famille doivent faire face à une perturbation dans leur mode de

fonctionnement habituel. Ils peuvent vivre des sentiments d'impuissance, de colère, de frustration, du ressentiment, de la honte, être irritables et craindre d'autres comportements suicidaires. Ils vivent une anxiété accrue et un malaise face à la personne suicidaire. Le stress engendré par la situation représente un grand risque d'épuisement pour les proches qui tentent d'aider la personne. La situation peut avoir un impact négatif sur la santé des proches (Beautrais, 2004; Houle, Mishara & Chagnon, 2005). Ces derniers peuvent tenter d'apporter des solutions, mais une personne suicidaire et déprimée accueille généralement mal ces conseils (Houle, Mishara, & Chagnon, 2005). Face aux comportements suicidaires récurrents, les proches peuvent avoir besoin de périodes de répit et souhaitent parfois que la personne soit hébergée ailleurs ou hospitalisée. Plusieurs proches n'abordent pas du tout le sujet du suicide avec la personne à la suite de sa tentative. Ils se sentent impuissants et sans ressources face à des menaces suicidaires (Beautrais, 2004).

Selon Houle et al. (2005), l'entourage est rarement considéré dans les interventions auprès des personnes en détresse et les familles où il y a des personnes suicidaires ne sont pas suffisamment soutenues. Lorsque les comportements suicidaires sont récurrents, les membres de la famille peuvent devenir hostiles et craintifs (Beautrais, 2004). Dans une étude de Wolk-Wasserman (1986), les proches de 40 patients admis aux soins intensifs à la suite d'une tentative de suicide ont été interviewés à propos de leurs communications avec la personne suicidaire avant la tentative. Les patients étaient divisés en trois groupes : les suicidaires ayant une dépendance aux substances psycho actives, les suicidaires atteints de névrose et ceux atteints de psychose

et prépsychose. L'analyse des résultats a révélé que la majorité des proches a compris la communication suicidaire de la personne mais y a répondu par un silence presque total. La plupart des proches se sont montrés ambivalents à poursuivre la relation avec la personne suicidaire. Les proches des patients du groupe ayant une dépendance aux substances psychoactives ont démontré plus d'agressivité et d'ambivalence à aider la personne suicidaire que les proches de deux autres groupes (névrose et psychose-prépsychose). Selon Mishara et Houle (2008), et Wolk-Wasserman (1986) on doit sensibiliser les proches au fait que d'essayer d'aider seuls une personne suicidaire peut avoir des impacts sur leur santé et affecter leur capacité à aider; le suicide étant souvent associé aux troubles mentaux, il peut être difficile et décourageant pour les proches d'une personne qui est en dépression majeure ou qui a un problème de dépendance (ou les deux) d'avoir à vivre avec cette réalité qui exerce sur eux une pression considérable.

Les impacts du comportement suicidaire d'un proche sur les enfants et les adolescents

Toutes les études citées précédemment portent sur les réactions des proches adultes. Lorsque de telles circonstances prévalent dans une famille, il est probable que les enfants et les adolescents qui vivent sous le même toit que les adultes subissent une partie du stress engendré par la situation, et il est peu probable que cela n'ait aucun impact sur leur bien-être ou leur développement. Cette recension nous amène à constater qu'il existe peu de recherches sur les besoins des jeunes qui vivent dans l'entourage immédiat d'une personne suicidaire (vivante). Baudelot et Establet (1988) ont étudié les

dossiers de 26 familles dont un parent avait eu des comportements suicidaires ou s'était suicidé. Ils ont constaté que les enfants, qu'ils aient été témoins d'un geste ou qu'ils aient seulement perçu « les mouvements émotionnels de leur entourage », étaient désemparés et avaient parfois le sentiment que la survie de leur parent dépendait d'eux. Ayant eu très peu d'accès à des recherches sur les enfants dont un parent a tenté de se suicider, nous avons examiné des recherches sur les conséquences pour les enfants de vivre avec des parents ayant des troubles mentaux sévères et, pour certains, des comportements suicidaires. Bien qu'il soit difficile de départager clairement ce qui est lié aux troubles mentaux de ce qui est lié aux comportements suicidaires, nous avons retenu la recherche exploratoire de Boily, Lew et Morissette (1998), qui comportait ces deux dimensions. Ces chercheurs ont effectué neuf entrevues semi-dirigées auprès de onze personnes, dont deux enfants vivant une situation où un ou les deux parents souffraient d'un trouble mental et neuf adultes ayant vécu une situation semblable lorsqu'ils étaient enfants. L'objectif de la recherche était de « documenter la perception des personnes ayant vécu avec un parent souffrant de maladie mentale, - en particulier lors de phases aiguës de la maladie -, quant aux situations reliées à l'accomplissement du rôle parental » (p. 254). Les répondants étaient volontaires et six d'entre eux étaient suivis en clinique externe de psychiatrie. Dans plusieurs des cas, le parent avait (ou avait eu) des comportements suicidaires. Les stratégies d'adaptation que ces personnes avaient utilisées dans leur enfance ne sont pas explorées de façon spécifique. Cependant, il ressort deux aspects de l'analyse des résultats de cette étude, soit la détresse psychologique des enfants et la négligence parentale. Bien qu'il soit difficile dans ce

genre d'étude de distinguer l'effet d'un trouble mental de celui d'être suicidaire, l'analyse du contenu des entrevues a révélé que toutes les personnes interrogées ont vécu des sentiments d'inquiétude et de peur lorsqu'ils étaient enfants. Certaines ont vécu de la peur pour la vie de leur parent ou pour leur propre vie, parfois du désespoir et plusieurs ont adopté une attitude de grande docilité dans la crainte d'aggraver l'état de décompensation du parent atteint d'un trouble mental. Ces enfants ont vécu aussi des sentiments de tristesse, d'impuissance, d'incompétence, de culpabilité et de trahison, allant jusqu'au découragement et même au désespoir devant le constat d'une détérioration de l'état du parent. Le sentiment de solitude avait été ressenti par presque tous les répondants à cause de l'absence ou de la rare présence du parent. Il ressort également de cette étude que toutes les personnes interrogées avaient été ignorées par les équipes traitantes et les médecins. Aucun n'a été renseigné sur la maladie de son parent ni sur les façons de composer avec ce parent lorsqu'il n'allait pas bien. Certains enfants ont complètement cessé de faire des demandes ou d'exprimer leurs sentiments.

Au plan de la négligence parentale, comme au plan de la santé mentale, c'est dans les sphères affective, cognitive et relationnelle que se manifestaient les difficultés. Certains enfants ont vécu une absence totale de rapports affectifs, leurs besoins d'attention et de sécurité de base ont souvent été négligés, ils ont quelquefois subi l'absence d'interactions ou ont été témoins des manifestations d'anxiété excessive du parent. Enfin, il y a parfois eu inversion du rôle parental, surtout chez les enfants de sexe féminin, et de l'isolement social. Toutes les personnes interrogées semblent, à des degrés divers, avoir connu des situations de détresse psychologique.

Des constats semblables ont été établis par Ostman (2008), qui a effectué une recherche qualitative auprès de huit enfants âgés entre 10 et 18 ans vivant au quotidien avec un parent ayant un trouble mental sévère. Le but de cette recherche était de connaître leur expérience de vie avec ce parent. Ces enfants étaient habités d'une grande peur, surtout celle que leur parent se suicide ou fasse une tentative de suicide, et ils avaient tendance à éviter d'aborder le sujet de la tentative avec ce parent. Certains se blâmaient de ne pas être un assez bon enfant ou même d'avoir causé la maladie de leur parent. Ces jeunes sentaient qu'ils avaient un degré de maturité plus grand que celui de leurs camarades. Ils se trouvaient à prendre beaucoup de responsabilités et ils sentaient que leur parent ne prenait pas soin d'eux. Le stigma associé aux troubles mentaux et les jugements du voisinage les affectaient beaucoup. Cependant, ils ont exprimé leur grande affection pour leur parent malade. Ils ressentaient une grande solitude et n'avaient personne à qui se confier, aussi que du leur parent accaparait une grande partie de leur temps et cela les empêchait de voir leurs amis. Au plan de la communication, certains des enfants ont pu parler de la situation qu'ils vivaient à une personne en qui ils avaient confiance, parfois à l'autre parent, et ils soulignaient leur besoin d'avoir un réseau social. En général, ils ressentaient un manque à cet égard. Ils auraient aussi voulu parler davantage de la maladie de leur parent avec un professionnel.

Gladstone, Boydell, Seeman, et McKeever (2011) ont fait une recension des écrits sur vingt recherches qualitatives qui portaient sur le vécu d'enfants de parents ayant un trouble mental. Ces enfants étaient âgés entre six et dix-huit ans. Sur ces vingt recherches, dix seulement portaient sur la seule perception des jeunes de la situation. Les

autres incluait la perception des parents ou des professionnels. Ces auteurs ont constaté des impacts comme le stigma dans les relations avec la communauté et l'école. Les enfants craignaient d'être séparés de leurs parents, certains disaient que la maladie de leur parent avait contribué à souder davantage les liens familiaux. Le besoin des jeunes d'avoir de l'information sur les troubles mentaux et celui d'être reconnus comme ayant un rôle à jouer dans le bien-être de leur parent affecté revenait comme grand thème, tout comme l'amour et l'admiration pour leur parent.

Cyrulnik (2011) décrit ainsi la situation des jeunes vivant dans ce type de contexte :

« [...] quand un membre de la famille est hospitalisé pour tentative de suicide, [...] l'enfant se familiarise avec l'idée de mort. [...] Le parent déprimé, suicidaire ou maître chanteur n'est plus pour l'enfant une base de sécurité, il devient une sorte de professeur de panique. En rentrant de l'école, le petit se précipite dans la chambre de sa mère pour voir si elle est déjà morte. Il apprend l'épouvante. » (p. 50-51).

Le secret entourant le suicide

Même si les parents peuvent penser qu'ils « cachent » les comportements suicidaires d'un membre de la famille, les recherches indiquent que les enfants savent souvent mais n'osent pas divulguer aux adultes qu'ils sont au courant (Lake, 2008; Boily et al., 1998). De plus, il est possible que le fait de percevoir le « tabou » entourant les comportements suicidaires d'un membre de la famille empêche les jeunes de demander l'aide dont ils auraient besoin.

Les réponses sociales

Historique

Le suicide a toujours existé et la façon dont il a été abordé d'un point de vue social a varié énormément selon les époques et les cultures. Au Québec, au siècle dernier, une personne décédée par suicide avait droit à une inhumation par ignominie et la honte retombait sur les familles endeuillées (Mishara et Tousignant, 2010). Jusqu'en 1972, une personne qui avait fait une tentative de suicide devait être traduite en justice; cependant, selon le juge Guérin (Société Radio-Canada, 1981), lorsqu'elle était arrêtée, cela se faisait dans le but de l'empêcher de se suicider et de lui prodiguer des soins. En 1972, le suicide fut décriminalisé au Canada. En 1978, eut lieu l'ouverture du premier centre de prévention du suicide, le Centre de prévention du suicide de Québec. Il existe aujourd'hui 41 centres de prévention du suicide au Québec, sans compter les centres de crise et les CSSS (mission CLSC) qui interviennent également avec des personnes suicidaires. L'Association québécoise de prévention du suicide est une organisation sans but lucratif qui réunit les organisations et les citoyens qui souhaitent voir diminuer significativement le nombre de décès par suicide au Québec et qui gère un programme de formation pour les intervenants qui ont à intervenir avec des personnes suicidaires à l'échelle du Québec.

Les politiques sociales

En 1987, dans le Rapport Harnois, « Pour un partenariat élargi », le suicide est considéré comme un problème social tout autant, sinon plus, qu'un problème de santé

mentale. En 1998, la première politique sociale traitant spécifiquement de la problématique du suicide fut la Stratégie québécoise d'action face au suicide (Gouvernement du Québec, 1998). La Stratégie s'est articulée autour de principes et de valeurs qui s'appuyaient sur la valorisation du sens de la vie, la solidarité, la responsabilité, la reconnaissance et le développement du potentiel des individus. Comme dans la Stratégie, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens (Gouvernement du Québec, 2005) présente le suicide comme étant multi déterminé, les facteurs de risque étant d'ordre psychologique, sociologique ou culturel et biogénétique. Le document « Prévention du suicide - Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des Centres de Santé et de Services sociaux » (Gouvernement du Québec, 2010b), largement diffusé dans la majorité des régions du Québec, recommande d'offrir du soutien aux proches des personnes suicidaires. Cependant, cet aspect de la prévention n'y est pas élaboré, l'accent étant placé en majeure partie sur l'intervention auprès de la personne suicidaire.

L'utilisation des services de santé

Selon le Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des Centres de Santé et de Services sociaux, (Gouvernement du Québec, 2010b), les partenaires du Réseau local de services (RLS) de chaque région du Québec qui interviennent auprès des personnes suicidaires et leurs proches sont : les Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS), les urgences hospitalières, les centres de prévention du suicide, les centres de crise, les milieux de vie avec des sentinelles, les centres de réadaptation, les cliniques

médicales ou groupes de médecine familiale et les services policiers. Parallèlement au RLS, nous retrouvons également les thérapeutes en clinique privée.

D'après l'analyse des données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC), en 2005 (dans Gouvernement du Québec, 2010a), près de 18% des personnes ayant eu des idées suicidaires au cours de 12 mois précédant l'enquête ont consulté une travailleuse sociale et 31% ont consulté un psychologue. Le motif de la consultation n'était pas connu. Cependant, chez les personnes n'ayant pas eu de telles idées, les proportions sont respectivement de 3,1% et 4,2%. Quant au fait de consulter un médecin de famille ou un omnipraticien, les données ne révèlent pas de différence significative entre les personnes ayant eu des idées suicidaires et celles qui n'en ont pas eues. Chez les personnes ayant tenté de se suicider en 2005, plus du tiers n'a pas consulté un professionnel de la santé après la tentative. En effet, seulement 64% des Québécois de 15 ans et plus ayant fait une tentative de suicide rapportent avoir eu recours à un service de santé après leur geste (Gouvernement du Québec, 2010a). Nous n'avons pas trouvé de données sur la proportion de ces personnes qui avaient des enfants et aucune donnée n'est disponible sur la consultation professionnelle pour les enfants.

La prévention du suicide

Selon Mishara et Chagnon (2011), la majorité des investissements en prévention du suicide arrivent tard, c'est-à-dire lorsque les comportements suicidaires sont déjà présents. Ces auteurs suggèrent qu'il est possible que les activités de prévention primaire effectuées en amont du développement des comportements suicidaires puissent être plus efficaces. Ils recommandent de prévenir les événements de

vie négatifs tels que l'abus et la négligence dans l'enfance, réduire la stigmatisation, procurer du soutien social et traiter les troubles mentaux. Klimes-Dougan et al. (1998) recommandent de mettre l'accent sur des stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes efficaces pour composer avec l'adversité afin de prévenir le suicide chez les jeunes. Une recherche de Mishara, Houle et Lavoie (2005) à Suicide Action Montréal a révélé que les proches peuvent jouer un rôle important dans la prévention du suicide. Pour Mittendorfer-Rutz et al. (2006), outre la vulnérabilité héréditaire aux troubles mentaux, les facteurs environnementaux comme les capacités parentales pauvres ou inappropriées, les perturbations dans la famille, l'abus et la négligence envers les enfants, jouent un rôle dans la transmission familiale du suicide des parents aux enfants. Le suicide complété et la tentative de suicide d'un parent augmentent le risque que ses enfants imitent ces gestes. Une piste de prévention du suicide serait donc le soutien offert aux jeunes dont un parent présente une psychopathologie. Ces chercheurs vont jusqu'à recommander que les parents ayant un problème de santé mentale reçoivent du soutien lorsque leurs enfants sont aux stades prénataux et postnataux. Ils considèrent qu'il est crucial que les services de psychiatrie adulte, de pédopsychiatrie et de travail social agissent en collaboration auprès des familles touchées.

Les programmes de prévention

Parmi les différents programmes de prévention du suicide, il existe des programmes de formation destinés aux intervenants. Pour présenter les autres types de programmes, nous avons retenu un programme de promotion de la santé mentale et un programme de prévention du suicide pour les enfants, un programme d'intervention

auprès d'enfants et un auprès d'adolescents dont un parent s'est suicidé et enfin des programmes d'intervention pour les adultes proches de personnes suicidaires.

En regard des programmes de formation qui sont offerts aux intervenants qui œuvrent auprès des personnes à risque de suicide, au Québec, il existe peu de formations spécifiquement destinées à développer chez les intervenants leurs compétences à travailler avec les membres des familles d'individus ayant des comportements suicidaires. D'après nos observations comme formatrice en prévention du suicide, le sujet est brièvement abordé dans les formations à l'intervention auprès d'une personne suicidaire et dans les formations sur la postvention à la suite d'un suicide complété et la façon de soutenir les familles touchées par les comportements suicidaires d'un proche n'y est pas très élaborée, encore moins lorsqu'il s'agit des enfants.

Le programme de promotion de la santé mentale « Les amis de Zippy » (Monkeviciené, Mishara, & Dufour, 2006), dispensé aujourd'hui dans 28 pays par l'intermédiaire des enseignants, enseigne aux enfants du premier cycle de l'école primaire à s'adapter aux difficultés quotidiennes afin qu'ils soient mieux outillés pour composer avec les problèmes qui les attendent à l'adolescence et à l'âge adulte. Plus de 800 000 enfants y ont participé à ce jour. Ce programme est basé sur le modèle de coping tel que défini par Lazarus et Folkman (1984), avec la prémisse que si les enfants développent tôt un bon répertoire de stratégies d'adaptation, ils seront mieux équipés pour faire face aux difficultés plus tard dans leur vie. Les évaluations ont révélé qu'en comparaison avec les groupes témoins, les participants utilisent davantage de stratégies

d'adaptation efficaces, ont moins de problèmes de comportement et de meilleures habiletés sociales (Monkeviciené, Mishara, & Dufour, 2006).

Un module du programme de prévention du suicide destiné aux enfants produit par le Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska, « Victor, Sandrine et le dragon » (Vella et Daigle, 2010), a fait l'objet d'une évaluation préliminaire. Ce programme qui s'adresse spécifiquement aux jeunes âgés de 8 à 12 ans vise la prévention des comportements suicidaires en intervenant en amont dans les écoles primaires par l'intermédiaire de bandes dessinées portant sur différents thèmes. Il est dispensé dans plusieurs écoles au Québec. Le module « Gestion du stress », s'adressant aux enfants de quatrième ou cinquième année du primaire, a été évalué. Il est composé principalement de quatre rencontres-ateliers impliquant un animateur et les jeunes, en présence de l'enseignant. L'évaluation a démontré que les personnages utilisés étaient bien adaptés aux situations et les activités stimulantes. Cependant le matériel d'animation était compliqué à utiliser. Les aspects reliés à l'efficacité et l'efficience n'ont pas été mesurés ni validés par les évaluateurs. Vingt-deux recommandations ont été formulées, entre autres celle d'effectuer une évaluation plus exhaustive incluant des instruments de mesure ainsi que la recommandation suivante :

« Considérant qu'un module complet est consacré à la bonne gestion du stress en tant que facteur de protection, il est recommandé de recueillir davantage de littérature sur le modèle théorique du problème et, plus spécifiquement, sur le lien entre le stress et les comportements suicidaires » (Vella & Daigle, 2010, p. 33).

La Ressource Régionale Suicide du CSSS de Laval a développé un programme spécifique pour les enfants endeuillés par suicide, « Être enfant et survivre au suicide d'un être cher » (Daigle & Labelle, 2006), qui a pour objectif d'offrir de la thérapie de groupe à des enfants de 6 à 12 ans endeuillés par suicide. Le processus d'intervention de ce programme est basé sur quatre composantes : 1) le cadre d'intervention, soit la formule de rencontre de groupe incluant un certain rituel; 2) la composante relationnelle correspondant au soutien et à l'accompagnement dans un esprit d'entraide; 3) la composante psychoéducative en termes de soutien informationnel; et enfin 4) la composante psychothérapeutique axée sur les changements comportementaux, émotionnels ou cognitifs. L'évaluation des processus d'intervention démontre une grande qualité des interventions, une approche théorique bien documentée et du matériel construit avec rigueur. Une réduction des symptômes d'anxiété, de dépression et de comportements perturbateurs a été constatée chez les enfants y ayant participé. Cependant, parfois le manque de temps a suscité des réactions de colère et de frustration chez certains enfants. La plus grande faiblesse de l'évaluation était que seulement sept enfants y ont contribué et il n'y avait pas de groupe témoin. Il ressortait aussi des rencontres que certains de ces enfants savaient, avant le décès de la personne, qu'elle était suicidaire et ils se sentaient très coupables et incompetents de ne pas avoir pu prévenir le décès. Ils avaient peur de la mort et peur de se suicider eux aussi.

Lake (2008) a rencontré neuf jeunes âgés entre 13 et 17 ans qui participaient à un groupe de soutien thérapeutique pour les adolescents endeuillés par suicide offert par la Ressource Régionale Suicide du CSSS de Laval. D'après Lake, les enfants, à partir de

neuf ans, comprennent les concepts de mort, mais ils utilisent le déni comme mécanisme de protection pour faire face à cette charge émotionnelle trop forte pour eux. Leur développement n'étant pas terminé, leur tolérance à la douleur psychologique est moins élevée, plus précisément face aux situations d'ambivalence et aux émotions contradictoires. Les jeunes se demandent pourquoi une telle chose leur arrive, à eux, pourquoi la vie est si injuste. Ils remettent en question l'amour que leur parent avait pour eux ainsi que leur propre valeur. Ils expriment leurs besoins à leurs pairs, à leurs amis et aussi à leurs parents. Lake rapporte que la majorité des jeunes du groupe d'endeuillés disaient se sentir coupables de ne pas avoir aidé leur parent à ne pas se suicider et vivaient un sentiment d'abandon. Ils ressentaient aussi de la colère qu'ils n'osaient pas exprimer et ils avaient honte du geste de leur parent. Les jeunes étaient anxieux pour leur propre sécurité, celle des proches et pour l'avenir. Selon Lake, le suicide d'un parent constitue une interférence dans le développement de ces jeunes, il devient difficile pour eux de faire confiance à quelqu'un et ils risquent d'avoir peur de l'abandon toute leur vie. Lake rapporte le cas d'une jeune fille, dont la mère avait fait une grave dépression avant de se suicider, et qui disait ne pas avoir pu vraiment compter sur du soutien de la part des adultes. Cette fillette avait appris à cacher ses émotions et ses vrais sentiments afin de protéger sa mère.

Les résultats des recherches de Lake (2008) et de Boily et al. (1998) suggèrent que les enfants et les adolescents vivant dans une famille dans laquelle un membre a des comportements suicidaires ont besoin principalement de deux types de soutien social, soit le soutien informationnel et le soutien émotionnel. Ils ont besoin de soutien

informationnel pour les aider à se sentir moins coupables de la détresse et des idéations suicidaires de la personne ayant des comportements suicidaires, de mieux comprendre la situation et de savoir où s'adresser pour avoir de l'aide. Ils ont besoin de soutien émotionnel pour composer avec les émotions, les sentiments et les doutes vécus dans la situation où un membre de leur famille présente des comportements suicidaires.

Dans une étude menée par Mishara et al. en 2005, quatre projets novateurs spécifiques destinés aux proches des hommes, offerts par Suicide Action Montréal, ont été évalués. Leur objectif premier était de diminuer le risque que les hommes qui ne demandent pas d'aide se suicident. Ces programmes comprenaient quatre volets qui consistaient respectivement en :

- Une rencontre d'information pour les proches d'hommes suicidaires sur la problématique du suicide et sur l'évaluation de l'urgence suicidaire de leur proche suicidaire; lors de cette rencontre, les proches étaient aussi invités à prendre soin de leurs propres besoins.
- Un suivi téléphonique après la session d'information.
- Un parrainage avec un bénévole pour soutenir le proche pendant quelques semaines.
- Un protocole de référence rapide instauré entre les ressources de milieu.

Les participants étaient des membres de la famille ou des amis ayant appelé Suicide Action Montréal à propos d'un homme suicidaire âgé entre 18 et 69 ans ayant déjà fait une tentative de suicide ou répondant aux critères du DSM-IV comme ayant un trouble mental. Les chercheurs ont constaté une diminution des comportements

suicidaires chez les hommes lorsque leurs proches participaient à un ou plusieurs des programmes offerts. Cependant, le programme de soutien téléphonique avec la rencontre d'information semblait donner les meilleurs résultats. Selon Mishara et al., les résultats de cette recherche indiquent que le fait d'offrir du soutien aux proches est un bon moyen de rejoindre les populations à risque qui ne font pas appels aux services d'aide. Les participants ont trouvé que ces programmes les avaient aidés à mieux comprendre la problématique du suicide, à avoir une meilleure communication avec l'homme suicidaire et ils se sentaient plus aptes à l'aider. Le cinquième programme, qui n'a pas été évalué par manque de participants, consistait en des rencontres familiales où des proches d'une personne suicidaire, avec ou sans la participation de la personne suicidaire elle-même, étaient invités à trois ou quatre rencontres de deux heures chacune. Ce volet de l'étude a été abandonné, une seule personne sur 18 ayant accepté d'y participer. La raison principale invoquée par les proches qui ont refusé était qu'ils préféraient ne pas impliquer d'autres membres de l'entourage dans la situation. Dans leur discussion des résultats, les chercheurs émettent l'hypothèse que les proches aidants refusent d'impliquer d'autres membres de la famille parce qu'ils sont eux-mêmes dépassés par la situation et qu'ils ont de la difficulté à combler leurs propres besoins émotionnels. Cette étude démontre que certains membres de la famille cherchent à protéger la personne suicidaire, participent aux interventions, mais ne veulent pas impliquer les autres. En évitant de les impliquer, est-il possible qu'ils les privent également du soutien dont ils pourraient bénéficier?

Ces différents programmes ont certes une utilité indéniable, cependant nous n'en avons trouvé aucun qui vise spécifiquement à aider un enfant ou un adolescent à composer avec un parent ou un proche qui a des comportements suicidaires. Dans les évaluations des programmes que nous avons mentionnés, nous n'avons trouvé aucune recommandation à cet égard.

Cadre opératoire

Notre recension des écrits suggère que les comportements suicidaires d'une personne ont des impacts sur ses proches et sur les membres de sa famille. Notre objectif étant de mieux comprendre les mécanismes d'adaptation des jeunes et leur recours au soutien social, les concepts que nous retenons pour effectuer cette étude sont les concepts de « mécanismes d'adaptation ou *coping* » et de « soutien social ».

Les stratégies d'adaptation (ou mécanismes d'adaptation, ou *coping*)

Paulhan (1992) les définit ainsi : « [...] le *coping* est envisagé comme un processus cognitif et comportemental qu'un individu interpose entre lui et l'agression pour maîtriser ou diminuer l'impact de celle-ci sur son bien-être physique et psychologique. » (p. 545). Le *coping* est de nature multidimensionnelle, il a un caractère mouvant et changeant, étant influencé par le contexte situationnel. Paulhan (1992) indique que pour les tenants de la théorie cognitive du stress et *coping*, le stress ne dépend pas seulement de l'événement, ni de l'individu, mais d'une transaction entre l'individu et l'environnement. Selon Dalton, Ellias et Wandersman (2000), les

mécanismes d'adaptation ou *coping* se développent dans un processus contextuel, c'est-à-dire que la culture, la structure sociale ainsi que les normes sociales affectent la façon dont l'individu s'adapte. Dans le modèle transactionnel du stress, Rahe et Arthur (1978) ont identifié trois filtres à travers lesquels passent les stressors, soit la perception du stressor, qui est influencée par les expériences antérieures ainsi que par le soutien social et les croyances, les mécanismes de défense, qui agissent inconsciemment et enfin les efforts conscients pour faire face au stressor. Pour Lazarus et Folkman (1984), ces différents filtres agissent comme des médiateurs de la relation entre l'événement stressant et la détresse émotionnelle. Selon ces auteurs, deux processus interviennent dans la relation entre l'environnement et l'individu : l'évaluation de la situation et les stratégies de *coping*. Selon Skinner, Edge, Altman et Sherwood (2003), le *coping* est un processus et il n'existe pas de nombre ou de catégories fixes dans les façons de composer avec une situation qui demande de s'adapter. Ce n'est pas un comportement unidimensionnel, il fonctionne à différents niveaux et est atteint grâce à une multitude de comportements, de cognitions et de perceptions. Ces différentes visions démontrent la complexité du processus de *coping*. Elles ne sont pas mutuellement exclusives, mais se complètent.

Parmi les mécanismes d'adaptation, on retrouve des mécanismes cognitifs qui peuvent avoir des effets néfastes, entre autres les fausses croyances ou les mythes relatifs au suicide. Par exemple, il existe la croyance que les personnes qui menacent de se suicider ne le font pas, et celle qui affirme que lorsqu'une personne est vraiment décidée à se suicider, toute intervention pour l'en empêcher est inutile. Il s'agit de

concepts erronés, inefficaces et par surcroît dangereux car ils peuvent nuire à l'intervention auprès des personnes suicidaires. Selon Morissette (1984), dans le contexte du suicide, les mythes ont une fonction sociale qui est de protéger l'entourage contre les sentiments de culpabilité, d'agressivité ou d'impuissance suscités par les comportements suicidaires d'un proche. Mais cette fausse protection risque d'apporter des conséquences désastreuses à long terme pour l'entourage également.

Pour notre analyse, nous avons retenu la classification suivante de Lazarus et Folkman (1984) : lorsqu'une personne est confrontée à une situation qui demande une adaptation, deux types de stratégies adaptatives peuvent être utilisés. D'une part, les stratégies centrées sur l'action, qui visent à essayer de changer ou d'améliorer une situation problématique. D'autre part, les stratégies centrées sur l'émotion visent à diminuer les émotions négatives suscitées par l'événement (comme le stress, la tristesse ou la peur), mais ne changent pas la situation. Ces deux types de stratégies peuvent être utilisés en même temps pour une même situation.

Le soutien social

Devault et Fréchette (2002) définissent le soutien social comme étant l'aide de différentes natures qu'une personne peut fournir à une autre. Le soutien social comprend des composantes objectives, telles que les types d'aide, le nombre de personnes dans le réseau, la quantité ou la fréquence de l'aide reçue et la disponibilité du soutien, ainsi que des composantes subjectives comme la satisfaction quant à l'aide reçue et le fait de savoir que l'aide sera présente en cas de besoin. Les chercheurs ont remarqué que les caractéristiques de chaque individu influencent la perception de l'aide offerte. Le

processus du soutien social se passe donc dans l'interaction entre l'individu et son environnement. Le soutien social est sensé augmenter les stratégies d'adaptation, l'estime de soi et le sentiment de compétence; cependant, Devault et Fréchette (2002) relèvent que parfois l'effet pourrait être contraire et la personne aidée pourrait se sentir davantage incompétente du fait d'avoir eu à recourir à de l'aide. Il s'avère toutefois que même pour les hommes, qui sont souvent réticents à demander de l'aide ou à se confier, le soutien social a généralement un effet modérateur sur le stress et ses conséquences négatives.

Devault et Fréchette (2002) présentent cinq types de soutien social. Le soutien émotionnel, qui comprend l'écoute, l'affection, la compréhension et le réconfort. Un confident apporte du soutien émotionnel. Le soutien instrumental fournit un service ou une ressource concrète. Le soutien informationnel permet de fournir une information, des directives, ou des conseils. Le soutien normatif donne des indications relatives aux normes et aux valeurs d'une société et enfin, l'accompagnement social, qui consiste en le partage d'activités sociales et récréatives.

Dans les autres dimensions du soutien social, on retrouve la provenance ou la source d'aide. L'ensemble des relations personnelles des individus constitue le réseau de soutien informel alors que le réseau de soutien formel est constitué des professionnels qui œuvrent dans des institutions. Le réseau de soutien semi-formel est composé de groupes organisés mais non institutionnalisés, par exemple, les groupes d'entraide.

Question de recherche

Bien que plusieurs écrits en suicidologie et quelques politiques sociales du Québec mettent l'accent sur l'importance de répondre aux besoins des membres de la famille d'une personne suicidaire, notre recension nous amène à constater qu'il existe peu de recherches sur l'entourage immédiat d'une personne suicidaire vivante, et en particulier sur les enfants et les jeunes. En effet, les enfants de personnes qui font des menaces suicidaires ou tentent de s'enlever la vie ont reçu très peu d'attention des chercheurs et des intervenants jusqu'à aujourd'hui et cela représente un problème important. On connaît peu leurs stratégies d'adaptation et leurs besoins. Nous avons choisi d'interviewer des jeunes âgés entre 14 et 20 afin de répondre à la question générale de recherche suivante : quels sont les stratégies d'adaptation et les besoins de soutien psychosocial des jeunes vivant dans une famille où un parent a fait une tentative de suicide? Les comportements suicidaires incluent les tentatives de suicide, les comportements para-suicidaires, les verbalisations et les menaces suicidaires directes et indirectes ainsi que tout autre comportement qui laisse présager un passage à l'acte.

À travers cette recherche nous avons voulu savoir comment les jeunes percevaient la situation prévalant dans leur famille, les impacts que la tentative de suicide de leur parent a eus sur eux ainsi que la façon dont ils ont géré ces impacts, leur perception de la vie en général, leurs valeurs et leurs croyances et enfin, nous avons voulu vérifier quel type de soutien psychosocial pouvait possiblement les aider.

Méthode

Type de recherche

Nous avons choisi de faire une recherche de type exploratoire avec une méthodologie qualitative parce qu'il existe à ce jour peu de recherches sur la problématique du suicide en lien avec les impacts d'une tentative de suicide d'un parent sur leurs enfants. Nous avons également tenté de vérifier quel type de soutien peut jouer un rôle dans l'aide apportée aux enfants qui vivent avec une personne qui a des comportements suicidaires. Ces enfants n'osent peut-être pas demander le soutien dont ils auraient besoin à cause de leur manque de connaissances et parce qu'ils perçoivent dans leur entourage le stigma associé au suicide. Nous espérons ainsi enrichir notre connaissance des réalités des familles touchées du point de vue des adolescents et des jeunes adultes et suggérer des pistes pour les recherches futures.

La méthode qualitative a été choisie puisque c'est la description de la perception et du vécu des jeunes directement touchés par la problématique du suicide et racontés par eux qui fera l'objet de cette étude. Pour Gladstone et al., (2011), la recherche qualitative s'intéresse moins à ce que les individus ne font pas ou font mal qu'à ce qu'ils savent, elle cherche à comprendre ce qui motive leurs comportements et à les expliquer plutôt qu'à mesurer ou à prédire. Selon Gratton (2004), il existe peu de recherches purement qualitatives en suicidologie. Cet auteur souligne qu'une recension des écrits permet de constater que les chercheurs utilisent le plus souvent, sur le plan méthodologique, une approche quantitative pour répondre à leurs questions de recherche.

Population ciblée

Les personnes interviewées sont des adolescents et des jeunes adultes âgés entre 14 et 20 ans qui proviennent de familles dont un parent a fait une tentative de suicide ou a eu des comportements suicidaires au cours des deux années précédant l'entrevue. Les tentatives de suicide, les comportements para-suicidaires, les menaces suicidaires directes et indirectes et tout comportement qui laisse présager un passage à l'acte sont considérés comme des comportements suicidaires. Nous avons voulu vérifier quels sont le vécu, le soutien social perçu, les mécanismes d'adaptation utilisés ainsi que les besoins perçus des jeunes âgés entre 14 et 20 ans. Nous avons choisi de documenter la perception des jeunes vers la fin de l'enfance, l'adolescence et le début de l'âge adulte afin de pouvoir identifier des pistes pour une intervention plus précoce. Les participants doivent avoir eu l'expérience de vivre avec une personne suicidaire au maximum deux ans avant l'entrevue afin d'éviter le plus possible les distorsions mnémoriques qui pourraient être dues à un laps de temps trop long entre les événements passés et le moment actuel. Ainsi, les expériences relatées ont été vécues par dix jeunes âgés entre 12 et 20 ans. Kirkpatrick Johnson, Crosnoe et Elder (2011) recommandent qu'il s'effectue davantage de recherches sur les liens et les transitions plutôt floues qui existent entre les périodes de l'enfance à l'adolescence et de l'adolescence à l'âge adulte, plutôt que d'aborder l'adolescence comme un groupe d'âge isolé. Selon eux, l'adversité vécue par les jeunes au début de la puberté risque d'affecter négativement leur cheminement plus tard. Enfin, les entrevues ont été effectuées de façon à respecter

l'intégrité des jeunes et ces derniers ont été renseignés sur les ressources d'aide à la fin des entrevues.

Technique d'échantillonnage et critères d'inclusion

Dix jeunes âgés entre 14 et 20 ans ayant vécu ou vivant une situation impliquant un parent ayant fait une tentative de suicide et vivant sous le même toit à ce moment-là ont été recrutés par l'intermédiaire de leur parent ayant fait la tentative de suicide. Tout d'abord, nous avons planifié d'interviewer des jeunes âgés entre 12 et 15 ans qui ne savaient pas forcément que leur parent était suicidaire, afin de connaître leur perception de la situation. Nous nous sommes adressés à des centres de crise pour leur demander s'ils désiraient participer à notre recherche et cibler des familles où un parent avait des comportements suicidaires et où vivaient ces jeunes âgés entre 12 et 15 ans. Sur cinq centres de crise contactés, un seul a accepté de participer à la recherche. Les centres de crise qui ont refusé de participer n'ont pas mentionné la raison de leur refus.

Nous avons donc décidé de prendre une autre voie et nous avons demandé l'autorisation au professeur Brian Mishara, directeur du CRISE (Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie) à l'Université du Québec à Montréal, d'utiliser les données provenant d'une recherche en cours, « Prévenir la récurrence de tentatives de suicide : vers une compréhension des parcours de soins selon le genre », qui comportait un échantillon total de plus de 400 personnes. Il a accepté et nous avons

eu accès aux noms et aux numéros de téléphone des personnes faisant partie de son échantillon qui avaient accepté d'être contactées pour une possible participation à une autre recherche, avaient fait une tentative de suicide et avaient des enfants vivant avec eux à temps plein ou en garde partagée. Nous avons réussi à rejoindre neuf de ces parents par téléphone. Cinq d'entre eux ont accepté de parler de la recherche à leur enfant et tous les enfants ont accepté de passer l'entrevue. Les parents qui ont refusé craignaient que l'entrevue révèle à leur enfant qu'ils avaient fait une tentative de suicide. Tous les parents qui ont accepté n'avaient pas caché leur tentative à leurs enfants. Un parent a été recruté par l'intermédiaire d'un centre de crise.

Les parents ont donc signé le formulaire de consentement, ensuite les jeunes ont été rencontrés pour l'entrevue et ont signé le formulaire d'assentiment. Ils avaient la liberté de refuser de participer au moment de l'entrevue ou d'interrompre l'entrevue en cours.

Cueillette de données

La cueillette de données auprès des jeunes s'est effectuée par entrevues semi-structurées à l'aide d'un protocole d'entrevue que la personne responsable de la recherche a fait passer aux participants. Les entrevues étaient enregistrées sur bande audionumériques. L'entrevue centrée a été utilisée afin de permettre une certaine souplesse dans la forme des questions et le déroulement, même si l'ensemble des thèmes était précisé au préalable (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte et al. 2000). La

cueillette des données a porté principalement sur la perception que les jeunes avaient des stressés et sur les stratégies qu'ils ont adoptées pour y faire face, incluant le soutien social qu'ils ont reçu. Les entrevues semi-structurées ont été menées de façon à chercher à savoir ce qu'ils savaient de la situation relativement à la tentative de suicide de leur parent, à connaître leurs perceptions, leurs craintes, leurs facteurs de protection et les stratégies d'adaptation qu'ils ont utilisées pour composer avec la situation; nous voulions aussi savoir si cet événement avait affecté leurs valeurs face à la vie. L'intervieweur savait d'avance que les jeunes étaient au courant que leur parent avait fait une tentative de suicide.

Les entrevues n'ont pas suscité d'émotions particulièrement intenses chez les jeunes et l'intervieweur n'a pas eu à divulguer quoi que ce soit aux parents. Les jeunes ont été informés des ressources qui pouvaient les soutenir en cas de besoin éventuel. L'intervieweur a adapté sa façon de formuler les questions en fonction de l'âge des jeunes interviewées et du contexte culturel.

Schéma d'entrevue

Les questions spécifiques du schéma d'entrevue apparaissent à l'appendice A.

Les grands thèmes étaient les suivants :

- (I) Les perceptions des jeunes en regard de la situation qu'ils vivent.
- (II) Les aspects relationnels, la perception des jeunes en regard des relations au sein de la cellule familiale.

- (III) Les mécanismes d'adaptation ou *coping* des jeunes.
- (IV) Les besoins des jeunes en termes de soutien psychosocial selon eux.
- (V) La perception des jeunes face à la vie en général, leurs valeurs et leurs croyances.

Analyse des données

L'analyse de contenu a été utilisée dans cette étude. Après chaque entrevue, un rapport a été rédigé sur le contexte dans lequel s'est effectuée l'entrevue et sur les réactions du jeune à cette entrevue. L'enregistrement audionumérique a été retranscrit intégralement et des noms fictifs ont été utilisés dans les verbatim. Suivant les recommandations du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO, les transcriptions sont entreposées dans un lieu sécuritaire. Le mémoire sera déposé à la bibliothèque et pourra être consulté.

Les étapes de catégorisation et de codification ont été effectuées selon le modèle mixte, soit de façons inductive et déductive, étant donné que cela laissait suffisamment de souplesse dans cette recherche exploratoire (Mayer et al, 2000). Nous avons d'abord écouté tous les enregistrements des entrevues dans un mode d'écoute flottante tel que décrit par Mayer et ses collaborateurs (2000). Cette première étape nous a permis d'identifier les grands thèmes qui émanaient des réponses des jeunes et que nous avons retenus comme premières catégories. Comme la personne qui a fait la transcription n'était pas celle qui a mené les entrevues, la fidélité des transcriptions a été

vérifiée. Ensuite, nous avons relu les transcriptions plusieurs fois, les thèmes récurrents et les catégories secondaires ont été identifiés. Nous avons relu les données une autre fois et créé un troisième niveau de catégories, et dans certains thèmes nous avons ajouté un quatrième niveau. C'est ainsi que nous avons créé notre grille de codification (Appendice B). Nous avons ensuite procédé à la codification de toutes les transcriptions, manuellement et en détail, c'est-à-dire que tous les passages significatifs des entrevues ont été placés dans la catégorie la plus pertinente. Lors du travail de codification, nous avons ajouté de nouvelles sous-catégories lorsque les données ne pouvaient pas s'inscrire dans les catégories existantes. Nous avons ensuite regroupé les données dans chacune des catégories. C'est à partir de ces données codifiées et regroupées que nous avons procédé à l'analyse des résultats à la lumière du cadre théorique qui sous-tendait ce processus.

Résultats

Pour présenter les résultats de notre analyse, nous commencerons par la description des participants et de ce qu'ils savent à propos de la tentative de suicide de leur parent ainsi que des indices de détresse qu'ils ont pu percevoir chez leur parent dans la période précédant la tentative. Ensuite, nous décrirons les différents impacts et les réactions émotives des jeunes face à la tentative. La majeure partie de ce chapitre portera sur les stratégies d'adaptation auxquelles les jeunes ont eu recours après avoir appris que leur parent avait tenté de s'enlever la vie. Enfin, nous aborderons la perception des jeunes en regard de l'aide professionnelle et les autres effets que la situation a eu sur eux. Nous terminerons ce chapitre avec les besoins des jeunes que nous avons pu identifier en termes de soutien psychosocial.

Description de l'échantillon

L'échantillon de dix personnes était composé de cinq garçons et cinq filles, soit, Juliette, âgée de 16 ans ayant une demi-sœur adulte de 23 ans, une fratrie de deux frères, Jean, 16 ans, et Pierrot, 19 ans (fratrie A), une fille unique, Léa, âgée de 20 ans, une fratrie de trois sœurs (fratrie B), Anaïs, 14 ans, Émilie, 19 ans, et Josée, 17 ans, une fratrie de deux frères (fratrie C), Robert, 16 ans et Karl, 20 ans et enfin Gérard, âgé de 14 ans, un garçon ayant une grande sœur de 24 ans et un grand frère de 27 ans. Il s'agissait donc de six familles. Les membres des fratries ont été interviewés individuellement.

Les parents étaient séparés ou divorcés dans neuf cas sur dix. Tous les jeunes rencontrés vivaient avec le parent ayant fait la tentative de suicide au moment de l'entrevue, certains à temps plein (n=8), d'autres en garde partagée (n=2 jeunes de la même famille).

Les tentatives de suicide avaient été commises un minimum de quatre mois avant l'entrevue et jusqu'à un maximum de deux ans auparavant.

Dans tous les cas, la mère avait fait la tentative. Dans trois cas (fratrie B), les deux parents avaient fait au moins une tentative de suicide. Nous savons formellement que le père a été hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide. Ses enfants nous ont dit qu'il en avait fait d'autres, et qu'il avait des comportements suicidaires de façon récurrente. Cependant, nous n'avons pas été mesure de préciser le nombre exact de passages à l'acte suicidaires. Dans un cas seulement, le jeune n'était pas au courant de la tentative de suicide selon la mère, mais avait des doutes, son père lui ayant dit que la mère en avait fait une. Deux jeunes ont dû secourir leur mère au moment de la tentative. Un jeune a vu partir sa mère en ambulance. Les trois sœurs ont été témoins de menaces suicidaires de leurs deux parents, mais il n'est pas clair si elles ont vu des passages à l'acte suicidaires. Un garçon a appris la tentative de sa mère par son père qui est venu le chercher à l'école pour le lui annoncer et enfin deux garçons l'ont appris de leur mère quelques semaines après qu'elle ait fait la tentative. En somme, il semble donc que six jeunes auraient été témoins d'une tentative de suicide, parmi lesquels deux ont dû intervenir pour secourir leur mère qui était déjà passée à l'acte et ils ont appelé les

secours. Dans les deux cas, l'ambulance est arrivée rapidement et a effectué le transport à l'hôpital. Dans les quatre autres situations, les jeunes ont été informés de la tentative sans en être directement témoins.

Description des participants

Afin de situer le lecteur, nous allons décrire ici chacun des participants en fonction de sa connaissance de la tentative de suicide et de la situation familiale, et nous allons identifier les fratries. Tous les prénoms cités dans le texte sont fictifs.

Juliette a 16 ans. Elle participe activement à l'entrevue et s'exprime avec facilité. Sa mère a fait une tentative de suicide il y a deux ans mais elle a caché ce fait à Juliette. Cependant, son père lui a révélé que c'était une tentative de suicide, alors elle a des doutes quant aux dires de sa mère. Ses parents sont divorcés, elle vit avec sa mère et voit son père de temps en temps. Elle est étudiante. Juliette a une grande sœur âgée de 23 ans, elles ne vivent plus ensemble depuis longtemps (demi-sœur du côté de son père). Cette dernière n'a pas été interviewée.

En revenant de l'école, Juliette a appris par la page Facebook que sa mère avait laissée ouverte avant de partir, que l'ami de cœur de sa mère s'était suicidé la nuit précédente. Elle a donc immédiatement pensé que sa mère était peut-être partie pour se suicider. Elle décrit ainsi sa réaction :

Juliette : ... j'avais eu peur, parce que mon père je ne sais plus s'il invente ça là. Mais ma mère, à un moment donné, elle avait poigné un accident d'auto, je ne sais pas. Mais il m'avait dit qu'elle avait poigné le fossé là, mais il m'avait dit que c'était une tentative de

suicide. Mais c'est pour ça que je me suis inquiétée (pour ma mère) quand c'est arrivé (le suicide de l'ami de ma mère) parce que je me disais que si elle aurait voulu le faire une première fois, elle aurait pu le refaire...

Fratricide A : Jean et Pierrot

Jean a 16 ans. Il est enthousiaste de passer l'entrevue et de contribuer à la recherche. Il a même proposé d'inclure aussi son grand frère, Pierrot dans la recherche. Sa mère a fait une tentative de suicide il y a deux ans. Il n'a pas été témoin de la tentative, son père le lui a appris après l'école, la journée où cela s'est produit. Ses parents ont divorcé dans un contexte très conflictuel sept ans auparavant, et la situation entre eux était toujours orageuse au moment de l'entrevue. Il est en garde partagée en même temps que son grand frère, Pierrot. Il est étudiant.

Jean : ... le matin, je me suis réveillé, et j'ai pris des toasts, je suis parti à l'école, quand je suis revenu, comme mon père est venu me chercher plus tôt à l'école, puis il m'a dit : « Ta mère, elle a tenté de se suicider ». Moi au début, je ne comprenais pas. Puis là il m'a dit : « Ta mère... elle a essayé de se suicider ».

Pierrot a 19 ans. Il répond aux questions de l'entrevue de façon très pausée et rationnelle. Il a secouru sa mère lors de sa tentative de suicide. Il est celui qui l'a trouvée en détresse et il a fait appeler les secours.

Pierrot : Le matin où c'est arrivé, je me suis levé, je suis monté, j'ai regardé dans la chambre, elle n'était plus là. Puis là je me suis dit « Ah! Je ne sais pas, j'avais le sentiment que c'est ça qui était arrivé. ». Donc je suis allé voir sur le quai puis je l'ai vue sur le coin de l'eau, je suis allé la repêcher... Bien j'ai eu de la chance, il y avait un

passant... il a appelé...c'est stressant, on ne sait pas qu'est-ce qu'on fait après... puis l'ambulance est arrivée, j'étais perdu un peu.

Léa a 20 ans. Elle raconte longuement et clairement sa difficile expérience de vie avec une mère suicidaire, sans pour autant être submergée par les émotions. Léa est fille unique. Sa mère a un nouveau conjoint depuis cinq ans. Léa est étudiante et elle a un emploi. Elle n'a pas du tout parlé de son père pendant l'entrevue. Elle vit toujours avec sa mère qui a fait une tentative de suicide un an auparavant. Léa a secouru sa mère en appelant l'ambulance. Celle-ci lui avait demandé depuis longtemps (depuis l'enfance) de ne pas intervenir si elle tentait de se tuer, mais lors de la tentative, alors que sa mère venait d'avaler des médicaments pour se suicider, après hésitation, Léa a appelé les secours.

(...) je ne le savais pas si c'était vraiment vrai, parce qu'elle a toujours eu des tendances... suicidaires.... Elle n'était jamais passée à l'action pour vrai... j'espérais juste que ça soit des menaces. Puis là elle m'a confirmé que c'était vrai (qu'elle avait pris des médicaments). Puis il y avait justement son chum, mon beau-père... elle ne voulait pas qu'on appelle l'ambulance... Sauf que moi... Je ne savais plus quoi faire. Le chum à ma mère, il ne savait pas comment le prendre. On ne savait pas si on devait appeler l'ambulance. On ne savait pas si c'était vrai. Mais aussi, ma mère, elle m'a toujours fait promettre que... s'il lui arrivait quelque chose, je ne devais pas intervenir. Fait que c'était comme un genre de bataille entre ce que je lui avais toujours promis, puis moi qui ne voulais pas qu'elle meure... Puis à la dernière minute, j'ai demandé à mon beau-père : « Est-ce que je le fais? Est-ce que je le fais? ». J'avais vraiment l'impression que je devais avoir un autre avis, vu qu'elle, elle ne voulait vraiment pas. Puis là il m'a dit : « Oui, fais-le! », fait que je suis sortie dehors puis j'ai appelé la police.

Fratrie B : Émilie, Josée et Anaïs

Émilie a 19 ans, c'est l'aînée de la famille. Elle s'exprime facilement et avec enthousiasme. Elle évoque les tentatives de suicide de ses deux parents, et dit que ses sœurs en ont été témoins, il semble qu'il y ait eu plus d'une tentative de la part du père. Cependant, nous n'avons pas su dans quelle mesure elles étaient témoins des tentatives comme telles, mais du moins elles voyaient les conflits précédant les tentatives. Pour ces filles, il semble que les disputes soient associées aux tentatives de suicide. Émilie a été suivie en psychologie depuis l'enfance pour ce qui semble être des troubles de comportement. Elle est étudiante. Émilie : ...Je me rappelle que mon père a essayé de sauter d'un pont et que ma mère avait gobé beaucoup de médicaments...la première fois, mes sœurs ont vu ça.

Josée a 17 ans. Elle a été la première de cette fratrie à accepter de passer l'entrevue et le fait de façon très volubile. Elle encourage ses deux sœurs à passer aussi en entrevue. Ses deux parents ont fait une tentative. Elle est la deuxième de trois sœurs. Elle vit avec sa mère, mais son père vient souvent leur rendre visite. Josée est étudiante. Ses parents sont séparés et vivent toujours des conflits dont les enfants sont témoins. Elle mentionne « les tentatives de suicides », mais lors de l'entrevue elle parle seulement de la tentative de suicide de son père.

Josée : Bien qu'est-ce que j'ai entendu dire, c'est qu'une journée mes deux parents se sont chicanés, puis là, il est allé chez lui, puis il avait consommé beaucoup de médicaments, puis là le lendemain, elle (sa mère) m'a dit qu'il est allé à l'hôpital passer des tests pour ne pas qu'il meure.

Anaïs a 14 ans. C'est la cadette, jeune fille extrêmement timide et renfermée, elle répond aux questions de l'entrevue par très peu de mots. Anaïs est étudiante. En ce qui trait aux tentatives de ses parents, elle dit seulement qu'elle sait « *plein de choses* », mais elle refuse d'en parler.

Fratrie C : Robert et Karl

Robert est le cadet, il a 16 ans. Bien que le français ne soit pas sa langue maternelle, il réussit à répondre aux questions de l'entrevue de façon compréhensible et élaborée. Karl est le premier de sa fratrie à réaliser l'entrevue. Il vit avec son grand frère et sa mère. Celle-ci est divorcée de son premier mari et a fait une tentative de suicide dans un contexte de rupture d'une nouvelle relation amoureuse. Il n'était pas au courant de la tentative, sa mère lui en a parlé seulement quand elle commençait à aller mieux (environ trois mois plus tard). Robert est étudiant. Il maintient un lien significatif avec son père qui est disponible pour lui.

Karl a 19 ans. Il répond longuement aux questions de l'entrevue et partage beaucoup ses réflexions personnelles. Karl voit son père occasionnellement mais le lien ne semble pas être très significatif pour lui. Comme pour Robert, sa mère lui a dit qu'elle avait fait une tentative de suicide quelque temps après l'événement.

Karl : Et puis elle m'a dit qu'à un moment donné, elle a pris beaucoup de pilules et puis ça allait vraiment mal avec elle, et tout ce que... Elle m'a raconté tout ce qui arrivait dans sa vie était mauvais et tout ça. Elle m'a dit qu'elle avait tenté de se suicider en

prenant beaucoup de pilules, et elle restait dans son lit. Et puis s'endormir à jamais.

Gérard a 16 ans. Il est extrêmement enthousiaste et content de raconter son expérience. Gérard a une sœur de 24 ans qui vit avec eux et un frère de 27 ans qui vit ailleurs (non-interviewés). Ses parents sont mariés et vivent ensemble. Sa mère a déjà eu des problèmes de santé physique graves. Il est au courant de la tentative.

(...) durant la nuit je me suis réveillé, puis je me suis rendu compte qu'il y avait l'ambulance dehors parce que ... (...) Puis il y a l'ambulance puis tout ça, fait que je me suis réveillé, j'étais comme « Wow! Qu'est-ce qui arrive? ». Puis vous comprenez j'avais un peu peur... Je suis allé dehors, parce que... Ma sœur a essayé de me dire : « Ne va pas dehors! » parce que... Pour ne pas que je sache trop la situation. Alors là je suis allé dehors, puis j'ai vu comme la police, puis j'ai su par d'autre chose qu'est-ce qui est arrivé. Puis là, moi j'ai commencé comme... bien je l'ai su là, puis j'ai comme peut-être un petit choc, genre voir que ma mère a fait ça (...) Puis comme j'ai su que c'était ça qui est arrivé, parce qu'à l'hôpital elle est allée genre voir un médecin justement pour cela, pour... psychiatrique, pour qu'est-ce qui est arrivé là, parce que pour ça, tu ne peux pas aller voir n'importe quel médecin! (...) Parce que j'étais à l'hôpital pour voir c'était quoi qui est arrivé, puis avec le papier que j'ai vu que c'était l'affaire de suicide puis tout ça.

Les indices de détresse psychologique ou signes précurseurs perçus par les jeunes avant la tentative de suicide

Juliette savait que sa mère souffrait d'un trouble bipolaire. Nous aurions aimé savoir si les autres parents avaient un trouble mental diagnostiqué, mais n'avions pas accès à cette information. Selon les témoignages de huit jeunes, on pouvait soupçonner que le parent présentait des signes de dépression comme la fatigue, les pleurs, la perte

d'appétit et l'isolement. Sans confirmer le diagnostic, on peut quand-même dire que les enfants ont été témoins de cette détresse. Dans les fratries A et C, les jeunes percevaient surtout des signes comportementaux apparentés à la dépression. Dans deux cas les comportements des parents pouvaient laisser croire à un trouble de personnalité : pour la fratrie B les comportements récurrents du père, les menaces suicidaires et les problématiques multiples (toxicomanie et délinquance); pour Léa, la récurrence des idées suicidaires de sa mère et la demande de ne pas intervenir en cas de passage à l'acte suicidaire adressée à une petite fille. Dans ces deux cas, les jeunes pouvaient reconnaître des indices relativement directs, principalement les verbalisations suicidaires.

Léa : ...elle m'a toujours dit de ne rien faire si elle essayait de se suicider. Sauf qu'elle n'était pas là en train... de me menacer au couteau... c'était plus subtil que ça.

Dans le cas de Gérard, il n'a vu aucun indice de détresse psychologique ni de dépression, mais il avait déjà vécu une grande inquiétude pour sa mère quand elle avait subi une intervention chirurgicale d'urgence pour un problème physique aigu qui avait mis sa vie en péril. Quant à Karl, il avait remarqué le changement de comportement de sa mère.

Karl : Je voyais juste ma mère triste, qui s'enfermait et puis... elle allait bizarrement. Elle ne cuisinait pas... elle était silencieuse... elle pleurait toute seule dans sa chambre. Et puis lorsqu'on lui demandait : « Ça va? » elle ne voulait aucune aide. Mais je n'ai pas trouvé aucun signe qui me montre que ma mère veut se suicider... Elle ne voulait pas qu'on s'en mêle, il y avait toujours une barrière. À un moment donné, j'ai vu que ma mère était trop silencieuse, trop triste, alors je suis allé à sa chambre, j'ai dit à ma mère : « Qu'est-ce

qui se passe » ... et puis elle a dit comme : « Non, c'est rien, j'ai des problèmes et puis je suis tannée de souffrir ».

L'ensemble des indices de détresse perçus par les jeunes nous portent à croire que dans la majorité des cas il y avait possiblement un trouble mental du parent.

Impacts de la tentative de suicide sur les jeunes

Lorsqu'un parent fait une tentative de suicide, d'inévitables réactions peuvent survenir chez les enfants qui en sont témoins ou qui en sont informés. Au cours de l'entrevue, deux questions visaient à documenter les réactions des enfants. La première portait sur les réactions des jeunes au moment où ils ont su que leur parent avait fait une tentative de suicide, et la seconde question visait à savoir comment ils se sentaient en regard de la tentative aujourd'hui, au moment de l'entrevue.

Les réactions exprimées, surtout d'ordre émotif, étaient tout d'abord le choc, et aussi un sentiment d'impuissance, de l'inquiétude avec la crainte d'une récurrence, de la colère, de l'incompréhension, une perte d'intérêt pour l'école et les amis. Une seule personne a parlé de son sentiment de culpabilité. Il y a aussi un impact sur la communication avec le parent, une tendance à éviter le sujet de sa tentative, parfois une certaine expression de blâme, mais plus souvent une expression d'affection accrue.

Les réactions émotives des jeunes

Trois jeunes ont parlé de leur réaction de choc de façon explicite, cependant, on pouvait détecter dans les propos des autres jeunes que la nouvelle de la tentative de suicide de leur parent leur avait causé un choc.

Gérard : Puis avant ça, je n'avais pas vu de signe comme... Puis je n'ai pas trouvé... la raison. Parce que j'ai cherché... Ok, la semaine passée, qu'est-ce qui est arrivé? Rien n'est arrivé de nouveau. Pour moi, c'est comme un imprévu...

Jean : Je crois que ça fait un choc là... j'ai eu comme un peu peur que ma mère retente, ça m'a fait peur que ma mère réessaie. Ça fait peur de perdre une personne qui t'est proche.

Aussi, diverses inquiétudes sont apparues. Ce qui était commun à tous était la crainte que leur parent fasse une autre tentative et une inquiétude générale liée à la vulnérabilité qu'ils ont découvert chez leur parent.

Léa : Ou même là qu'elle va mieux, j'ai juste peur que ça revienne, puis qu'elle finisse par le faire, puis que ça soit comme ça qu'elle parte.

Karl : Je m'inquiète beaucoup pour ma mère... j'ai peur que ça retombe... et puis qu'elle s'affaiblisse psychologiquement...

Pour certains, cette inquiétude semblait se généraliser à d'autres personnes au point d'avoir peur de perdre un autre membre de la famille. Karl surveillait davantage son petit frère Robert.

Karl : (...) c'est comme j'avais toujours une petite peur que lui (mon frère), t'sais comme au fond de lui il cache quelque chose, et

qu'il ne montre rien en fait... parce que moi, aussi, j'ai la peur de perdre tout le monde que j'aime.

Dans le cas Juliette, qui n'était pas formellement au courant de la tentative de suicide de sa mère, une intense inquiétude suivie de la recherche effrénée de sa mère s'est manifestée lorsqu'elle a appris le suicide de l'ami de sa mère. En rentrant de l'école, elle a lu cette nouvelle sur la page Facebook que sa mère n'avait pas fermée avant de quitter la maison. Juliette fut alors saisie de la crainte que ce suicide ait entraîné sa mère aussi dans un passage à l'acte fatal.

Juliette : (dans ce cas, il ne s'agissait pas directement de la tentative de sa mère, mais de la réaction de Juliette lorsqu'elle a appris le suicide de l'ami de sa mère) (...) je m'inquiétais pour ma mère, quand son chum s'est suicidé, je pensais que ma mère, elle aussi, elle avait fait la même chose ... j'ai appelé mon amie, puis on a été chez...son amie, on a été chez quelqu'un qui la connaissait, puis personne ne l'avait vue. On a été au poste de police, j'ai appelé ma tante, j'étais vraiment inquiète.

Pour les jeunes qui ont secouru leur parent en cours de tentative, les réactions ont été semblables mais encore plus marquées, surtout dans les heures et les jours suivants : la peur intense d'une récurrence accompagnée d'un besoin urgent de surveiller et de protéger le parent ayant fait la tentative de suicide, tout cela était combiné à un stress difficile à supporter. Ainsi, ce participant continue de s'inquiéter pour sa mère même lorsqu'elle est dans un contexte sécuritaire comme l'hôpital.

Pierrot : ...c'est dur ...c'est stressant, on ne sait pas qu'est-ce qu'on fait après, je veux dire une fois qu'elle soit sortie de l'eau, puis que l'ambulance est arrivée, j'étais perdu un peu. Bien les premiers jours

c'est sûr que c'était dur... je me disais, dans un hôpital, il y a plein de choses dangereuses là-bas, elle pourrait essayer. Ma première chance c'était surtout m'assurer qu'elle est en sécurité, qu'elle n'avait pas... Qu'elle n'est pas en danger ou rien.

Cette inquiétude est également très présente dans le récit de Léa qui ressentait le besoin de constamment surveiller sa mère, de vérifier si elle respirait, au point de s'empêcher de faire ses propres activités. De plus la situation de Léa qui a appelé les secours contre les souhaits de sa mère ajoute chez-elle un sentiment de culpabilité d'avoir posé ce geste, tout en souhaitant que sa mère continue de vivre. On dénote ainsi dans son discours, une certaine ambivalence dans les sentiments.

Léa : On est allés à l'hôpital, la nuit même. Puis ça a vraiment fait un choc. Vous voyez comme j'avais 19 ans, j'ai une vie ailleurs, mais moi je voulais toujours être à la maison comme pour surveiller tout ce qui se passait. J'avais peur qu'elle meure, j'avais peur qu'elle m'en veuille... (d'avoir appelé les secours). C'est pour ça aussi qu'après ça, je me suis sentie mal de ne pas avoir respecté ce qu'elle, elle m'avait demandé... j'ai l'impression que j'ai tout le temps des responsabilités envers elle. Moi je pensais juste consciemment qu'elle allait m'en vouloir... qu'elle allait jamais me pardonner! (...) La nuit, je me lève, puis elle n'est pas là. Ou moi, je reviens tard, puis je ne l'entends pas, parce qu'elle n'est pas là, ou elle dort. Bien je regarde... toujours si elle est en train de respirer.

Le sentiment de culpabilité a été évoqué seulement par Léa. Ce cas se distingue des autres à cause de la demande que sa mère lui avait faite de ne pas la secourir.

Jean et Léa ont vécu une perte d'intérêt marquée pour l'école, Jean ne voulait plus voir ses amis non plus.

Jean : Je me suis senti mal à peu près pendant quatre, cinq jours puis ça ne me tentait pas d'aller à l'école, je ne parlais plus vraiment avec mes amis, puis je crois que ça m'a rendu vraiment down, ça ne me tentait plus rien de faire...

Divers sentiments étaient présents en même temps chez les jeunes. Pour Gérard, le fait qu'il n'ait perçu absolument aucun signe précurseur chez sa mère soulevait chez lui un sentiment d'impuissance et la crainte que cela se produise de nouveau sans aucun indice qui lui permette d'agir. Karl a réagi avec de la colère, de la rage, la recherche d'un coupable et un grand sentiment d'impuissance. Cette expérience a été aussi pour lui un moment pendant lequel il s'est aperçu qu'il ne comprenait pas la vie. De plus, le grand sentiment d'impuissance ressenti semble avoir eu des impacts sur son estime personnelle.

Karl : Et à un moment donné, j'ai eu beaucoup de haine envers mon beau-père (qui avait quitté sa mère)... au niveau personnel, j'ai compris qu'il me manque beaucoup de choses à comprendre encore sur la vie. J'ai compris que... Je n'ai vraiment pas compris toute l'étendue, tous les niveaux du stress. Mais je me sentais triste et en même temps, enragé et impuissant, sans force. Ça m'a fait de la peine de voir ma mère triste. Alors en faisant en sorte que je suis un incompetent et que je ne peux pas l'aider... j'étais insécure.

Par ailleurs, la peine et la tristesse pour leur parent accompagnaient l'inquiétude; seulement trois jeunes les ont nommées de façon explicite, mais dans toutes les entrevues elles étaient perceptibles. Ils ressentaient de la peine de ne pas avoir compris la souffrance de leur parent, de voir à quel point il était triste, de ne pas comprendre son geste et de ne pas savoir quoi faire pour améliorer la situation.

Gérard : Mais ça m'a donné de la peine qu'elle ait voulu faire ça, parce que... je ne trouvais pas c'était quoi la raison, on a une belle famille des fois. Ce n'est pas comme tous les jours qu'on a des mauvais moments, on allait bien (...) je me sentais mal... Tu vois ta mère ce qu'elle fait, je n'aimais pas ça. On était triste pour elle puis pour nous là... je me questionnais souvent. Mais j'étais souvent dans ma tête, j'étais là comme... J'étais triste.

L'incompréhension et les questionnements étaient aussi présents chez six jeunes. Leur parent avait posé ce geste malgré leur existence, donc, en plus de la peine de ne pas être assez importants pour le garder en vie, ils étaient comme offensés par le geste, ils ne comprenaient pas que leur existence n'ait pas fait de différence dans la décision de leur parent et cela suscitait une remise en question d'eux-mêmes et de leur valeur aux yeux de leur parent.

Robert : Je n'aime pas vraiment réagir et pleurer là, j'ai juste dit « Pourquoi?... j'ai réagi normal, j'étais juste... Je me demandais juste des questions. Alors je fais juste penser pourquoi?... Bien c'est ça, j'ai dit : « Pourquoi elle avait fait ça? Si elle sait bien qu'on est là? »...

Léa : Le lendemain je suis allée la voir à l'hôpital. J'avais quand même 19 ans, puis on dirait que j'avais 5 ans... je rampais par terre, je la suppliais, j'ai dit : « Bien fais-le pour moi! S'il-vous-plaît! On va s'arranger les deux. S'il-vous-plaît, tu m'as toujours dit à moi que tu ne le ferais pas, pour moi. Pense à moi, moi, moi! ».

Les impacts de la tentative sur la communication entre le parent et son enfant

La question posée par l'intervieweur visait à savoir si les jeunes avaient abordé le sujet de la tentative avec leur parent. À cela, la majorité des jeunes ont répondu qu'ils ont brièvement abordé le sujet tôt après l'événement ou après l'avoir appris, mais à plus

long terme il y avait un malaise à en parler. Ils préféraient éviter le sujet, comme si les mots rendaient le geste suicidaire plus réel, ou que de le taire rendait la situation plus supportable. Malgré leur besoin de comprendre, ils craignaient d'ouvrir une cicatrice trop fraîche donc ils évitaient le sujet pour protéger leur parent.

Gérard : Non, c'est moi qui avais réussi à en parler. J'avais demandé. Parce que pourquoi? À chaque fois, que je lui en parlais, je ne disais pas le mot, je n'aimais pas ça dire le mot « suicide » parce que pour moi, c'est un mot fort quand même là, quand tu parles avec ta mère de sang.

Jean : Bien j'essayais d'éviter le sujet. C'est étrange d'en parler avec la personne qui a commis ça. Je crois que ça ferait juste la ramener vers le bas encore plus. Ça n'aiderait pas vraiment... comme ramener des vieilles blessures.

Plusieurs jeunes ont eu davantage de gestes attentionnés envers leur parent et plus de communication verbale, mais sans aborder le sujet de la tentative. Leurs comportements et l'expression de leur affection envers leur parent s'étaient modifiés. Dans la majorité des cas, ils ont exprimé davantage d'affection à leur parent, soit verbalement, en lui disant qu'ils l'aimaient et en le répétant plus souvent que d'habitude, ou par des gestes affectueux.

Gérard : Moi je disais beaucoup à ma mère : « Je t'aime, je t'aime, je t'aime! ».(...) à la maison, on était un peu plus délicats.

Karl : Être présent. Parler avec elle quelques fois. Manger, rester... Mais avoir plus de contacts avec elle (...) Juste plus de contacts pour qu'elle ne ressente pas que la maison est vide et que tout le monde a sa vie.

Dans la fratrie B, les filles ont adopté une attitude d'évitement et d'ignorance intentionnelle avec leur père, tout comme lors de conflits entre leurs parents, mais elles avaient des gestes affectueux envers leur mère, comme si son geste suicidaire était plus pardonnable que celui de leur père. Avec sa consommation abusive de drogues et ses comportements délinquants, il était perçu comme la cause du désespoir de leur mère. Celle-ci, après sa tentative de suicide, avait rassuré ses filles et elle reconnaissait que son geste n'avait pas été une bonne chose. Il semble qu'il n'y ait eu aucune communication directe avec le père après sa tentative et certains propos des jeunes dénotaient même une certaine hostilité envers lui. L'inquiétude, une certaine vigilance des filles face à des indices possibles de la part de leur père semblaient être mêlées avec le besoin de protéger leur mère des menaces suicidaires du père ainsi que des effets des autres troubles concomitants de ce dernier, soit la toxicomanie, les signes de dépression et les comportements répréhensibles.

Émilie : Au niveau de mon père, je ne le sais pas parce que j'évite le plus possible d'être en contact avec lui, parce que moi et mon père c'est comme chien et chat.

La question « Pourquoi ? », certains jeunes se la sont posée sans en parler, tentant de comprendre le geste, d'autres l'ont posée directement à leur mère, parfois comme pour la blâmer d'avoir attenté à sa vie malgré leur existence, de ne pas avoir pensé à eux. Quatre jeunes ont manifesté leur réprobation du geste en tentant de raisonner leur mère et en lui parlant des conséquences que ce geste avait sur eux. Dans la majorité des cas, les jeunes ont plus ou moins adroitement abordé la question de leur propre existence, de

l'impact que le suicide aurait pour eux-mêmes, renvoyant le parent à son rôle parental plutôt qu'à la détresse personnelle qui a pu le mener à tenter de s'enlever la vie.

Karl : Pourquoi tu voulais faire ça? Mais est-ce que tu penses à tes enfants? Si tu te suicides, qu'est-ce qui va arriver? ...C'est d'autres qui vont souffrir, pas toi!

Gérard : J'ai dit : « Je t'aime, tu as une famille derrière toi, puis tout ça ». Comme je vous disais, je l'ai fait raisonner...J'ai dit : « Comment je me serais senti si ça avait, pour dire, entre parenthèses, fonctionné, ta méthode? ».

Plusieurs des mères ayant fait une tentative de suicide ont tenté de rassurer leur enfant en disant qu'elles ne voulaient plus se suicider, qu'elles ne feraient pas ça. Une mère a tenté d'expliquer à son fils aîné, une fois qu'elle commençait à aller mieux, comment sa vie à elle avait été difficile, comment lui ne comprenait pas encore l'amour, et que dans une telle détresse, on ne pense plus à ses enfants (comme pour se justifier et peut-être alléger un sentiment de culpabilité). Toutefois, malgré les efforts faits pour les rassurer, une inquiétude et un sentiment de précarité de la vie persistait chez plusieurs jeunes.

Léa : (...) qu'elle m'a dit qu'elle n'en avait plus envie (de se suicider). Quand elle est sortie de sa cure, elle m'a remerciée, puis ça, ça m'a vraiment fait plaisir (...) Sa vie est quand même difficile en ce moment... je me dis toujours qu'elle doit penser que c'est la solution la plus simple pour elle, puisque ça a toujours été sa solution.

Pour Émilie, sa mère reste la personne chez qui elle cherche le réconfort et même si celle-ci a tenté de s'enlever la vie, elle demeure celle qui console et celle qui sécurise (d'autant plus que le père est perçu comme un élément perturbateur).

Émilie : Le don que chaque mère a, que les enfants sont toujours attirés vers elle quand ils ne sentent pas bien, qu'il faut qu'ils se fassent consoler. Même si ma mère a tenté de se suicider, t'sais elle était quand même là, après qu'elle ait réfléchi à ce qu'elle a fait, ce n'était pas bon. Elle nous rassurait et tout ça.

Les stratégies d'adaptation

À partir de ces récits, nous avons tenté d'identifier quelles sont les stratégies que les jeunes ont utilisées et quels sont les besoins de soutien psychosocial des jeunes vivant une telle situation.

Il y a les stratégies que les jeunes utilisaient lorsqu'ils étaient seuls et celles qui impliquaient d'autres personnes. Ils ont utilisé en majorité le soutien social, qui est un type de stratégie impliquant d'autres personnes. Devault et Fréchette (2002) décrivent cinq types de soutien social, soit le soutien émotionnel, le soutien instrumental, le soutien informationnel, le soutien normatif et l'accompagnement social; ceux qui ressortent le plus sont l'accompagnement social, principalement la distraction, et le soutien émotionnel. L'accompagnement social était disponible pour tous les jeunes. Le soutien émotionnel aussi, cependant le premier était utilisé plus souvent et plus longtemps.

Les stratégies d'adaptation impliquant d'autres personnes

Parmi les stratégies impliquant d'autres personnes, les jeunes ont utilisé la confiance et l'accompagnement social.

La confiance - Se confier à quelqu'un de proche.

Les amis. Quatre jeunes seulement, trois filles et un garçon, se sont confiés à leur ami(e) à propos de la tentative de suicide de leur parent. Cependant, pour ces jeunes, la personne à qui ils se sont confiés jouait un rôle de soutien émotionnel très important, principalement pour les filles. Pour Juliette, Léa et Josée, les amies étaient les principales confidentes.

Léa : Toujours garder mes amies proches. Puis je leur dis tout le temps ce qui se passe pour vrai...ça me fait du bien que certaines personnes sachent toujours...

Pierrot : J'avais un ami que lui, un de ses meilleurs amis d'enfance son petit frère, il s'est suicidé. Donc j'ai communiqué avec lui, puis on a échangé. C'est ça, je suis allé chercher du support chez mes amis. Avec d'autres? Non, bien un autre.

Robert : Parce que si j'avais été seul, je n'ai pas personne vraiment à parler, je ne sais pas ce que j'aurais fait... si je suis seul avec ma mère, c'est... je ne saurais pas... c'est la compagnie (de mon frère) qui m'a aidé.

Les amis de cœur. Deux filles avaient un « copain » et il était un bon confident pour elles. Un garçon avait une « petite amie » mais il ne s'est pas confié à elle à propos de la tentative de sa mère.

Avec les amis comme avec les amis de cœur, les jeunes ressentait une grande confiance et le fait de se confier leur permettait de se sentir compris (pour certains, plus que par les adultes), et d'enlever un poids de leurs épaules.

Les parents. Pour trois garçons, le père a apporté du soutien émotionnel, alors qu'aucune fille n'a mentionné avoir eu ce type de soutien de la part du père. Dans le contexte où les parents étaient divorcés depuis longtemps, le père pouvait aborder le sujet de la tentative de suicide de la mère sans être particulièrement touché émotionnellement et il offrait une certaine solidité à son fils.

Pierrot : Puis sinon, notre père, il a dit, la première journée quand on est arrivé : « Vous savez ce qui est arrivé, c'est super triste, etc. Mais moi ça ne va pas affecter ma vie... Je vais essayer de rester comme avant, puis d'être joyeux. ». Au moins de sentir un milieu normal.

Dans la seule famille où les parents étaient toujours unis, le père n'a pas été mentionné comme source de soutien.

Pour quatre des filles, la mère était une personne à qui elles se confiaient de façon générale, malgré le fait qu'elle avait tenté de s'enlever la vie. Cependant ces confidences étaient sans lien avec la tentative de suicide. Elles cherchaient à se rassurer par la présence de leur mère.

Josée : Bien je me confie plus à elle (mère) qu'aux autres, elle est toujours là pour moi, puis... Comment dire, elle m'encourage, elle n'est pas comme les autres. Comme mes sœurs, elles sont plus distantes que ... Ma mère, elle est plus proche de moi.

La fratrie. Le fait d'avoir un frère a aidé les cinq garçons interviewés. Ils se sentaient moins seuls, sachant qu'ils se sentaient compris puisqu'ils vivaient la même situation. Comme l'évènement n'était connu que de la famille immédiate et que leurs amis étaient pour eux des sources de distraction plus que des confidents, ils s'appuyaient l'un sur l'autre, mais ils tentaient aussi de se protéger mutuellement. Jean percevait son frère comme une source de soutien parce qu'il savait qu'il le comprenait, mais aussi il n'osait pas trop se confier à lui pour le protéger et ne pas alourdir son fardeau.

Jean : ...j'avais mon frère, mais en même temps...T'sais parce qu'on a eu littéralement la même...Ça s'est passé la même chose pour nous deux, parce que en même temps on a notre propre mère, mais on n'a pas comme quelqu'un hors de la famille qui sait que ça s'est passé.

Pierrot : ...j'ai de la chance, j'ai un petit frère, alors on peut partager entre nous deux... Juste le fait d'être ensemble, puis dire au moins, j'ai quelqu'un d'autre qui comprend ce que je ressens.

Gérard a reçu du soutien émotionnel de son grand frère âgé de 27 ans qui lui a parlé et qui l'a consolé. Karl et Robert (fratrie C) ont été les principales sources de soutien mutuel dans la période qui a suivi le moment où leur mère leur a appris qu'elle avait fait une tentative de suicide quelques semaines auparavant. Karl, l'aîné, a soutenu Robert, l'a rassuré, lui a expliqué la situation et en lui disant d'être patient, qu'ils vivaient tous des moments difficiles et que les choses allaient s'améliorer. Il s'est chargé de le distraire et d'être présent pour lui. Le fait d'aider son petit frère l'aidait lui-même à se sentir mieux. Le cadet a accueilli très favorablement cette aide et a beaucoup apprécié les explications et la sollicitude de son grand frère.

Karl : L'aider un peu à ma façon, pas trop direct...pour qu'il ne pense pas trop à ça et qu'il se consacre bien dans ses études et ses loisirs.

Robert : Je jouais avec mon frère. Je parlais plus avec mon frère. C'était la seule personne avec qui je pouvais parler vraiment. Oui, on a une belle relation. On s'entend bien. (...) Des fois, il m'expliquait aussi pourquoi il était fâché. (...) Bien il peut t'expliquer des choses que tu ne peux pas comprendre des fois. Parce qu'il est plus grand que moi. (...) La compagnie ça fait du bien.

Chez les trois sœurs, l'aînée a vraiment adopté le rôle de protectrice de ses petites sœurs. Elle évitait de pleurer devant ses sœurs lors des conflits parentaux qui auguraient toujours une menace de suicide; elle les emmenait dans leur chambre et tentait de les reconforter et de les rassurer. Pourtant, malgré cela, ses petites sœurs percevaient plutôt une distance entre elles. Paradoxalement, vis-à-vis leurs parents, elles vivaient une complicité mutuelle à tenter de trouver des moyens de l'empêcher de se suicider et à protéger leur mère contre les menaces suicidaires que leur père lui faisait par messages textes.

Josée : Comme s'il repasse à l'acte, bien c'est sûr qu'il faut peut-être s'y attendre... mais moi puis mes sœurs on en parle des fois. Mais comme... d'essayer d'en parler avec lui, ou d'essayer de lui proposer d'aller voir un spécialiste...

Émilie : Étant la plus vieille, j'évitais de pleurer devant mes sœurs quand ça se passait. Je les reconfortais. Je prenais sur moi...j'essaie de les calmer, même si moi intérieurement je suis paniquée.

Dans les trois fratries, l'ainé jouait un rôle de soutien pour les plus jeunes tout en se sentant compris et aussi valorisé dans ce rôle. Pour Juliette, Léa et Josée, les amies étaient les principales confidentes.

Les autres membres de la parenté et les proches. Dans la majorité des cas, les autres membres de la parenté n'étaient pas au courant ou ne représentaient pas une source de soutien significative. Pour quatre jeunes, des oncles ou des tantes, une grand-mère et dans un cas, une amie de la mère ont apporté du soutien émotionnel et du soutien concret, mais dans une mesure moindre que la famille immédiate et les amis. La connaissance de la tentative de suicide restait plus souvent dans le petit noyau familial.

Léa : parce qu'avec les autres c'est plus des cachettes, puis même ma famille je ne dois pas leur dire ce qui se passe...

Gérard : il y avait une bonne amie à ma mère, elle étudie la Bible, elle m'a beaucoup aidé... Puis moi j'ai lu la Bible, puis j'ai vraiment aimé ça. Elle m'a aidé avec des textes...

Les animaux de compagnie. Les trois sœurs (fratrie B) avaient chacune son propre chien, elles avaient aussi des chats et des oiseaux. Se réfugier auprès de son animal de compagnie pour trouver du réconfort était nommé par elles comme étant une source de soutien importante et précieuse.

Émilie : Mon chat, dès que je ne file pas, je suis portée à aller la voir, à lui parler, à la serrer contre moi. Elle n'aime pas ça, mais elle le sait qu'il faut qu'elle reste là... C'est comme il fallait que j'aille voir Mine pour qu'elle me rassure.

Josée : ...bien on a chacune un chien, et quand je suis triste, mon chien vient se coller contre moi, puis je me sens comme en sécurité.

Anaïs : On va se promener avec nos chiens... [C'est quoi pour toi ton chien?]. ... mon bébé.

En résumé, les filles avaient plus souvent leur mère comme confidente que les garçons, même si elle avait tenté de se suicider. Cependant, elles se confiaient à leur mère sur d'autres sujets que la tentative de suicide. Trois garçons se sont confiés à leur père. Mais il semble que de façon générale, les confidences (auprès de qui que ce soit) qui portaient directement sur la tentative étaient plutôt rares et brèves, le sujet de la tentative étant rapidement mis de côté même si les questions sans réponse persistaient. Les amis sont souvent source de distraction, les parents, source de « réassurance ». Dans les fratries, le fait que chacun pouvait comprendre ce que vivait l'autre facilitait la confiance et la complicité était présente même sans les mots.

L'accompagnement social.

Se distraire avec des amis. Passer du temps avec des amis pour se distraire a été une stratégie d'adaptation dont huit jeunes ont parlé. Il s'agissait alors de meilleurs amis, de connaissances, de camarades d'école et d'amis de cœur. Les activités prenaient la forme de conversations légères, d'achats, de jeux sportifs ou de jeux vidéo, compétitifs ou non. Les promenades, les sorties, le cinéma, faisaient aussi partie des activités avec les amis. Deux sœurs se disaient peu sociables et n'avaient pas vraiment d'amis de ce type. Elles utilisaient d'autres types de stratégies « pour ne pas y penser » (voir stratégies d'adaptation se faisant seuls). Chez les garçons, la fratrie était une source

importante de distraction : faire des activités ensemble et aussi prendre soin l'un de l'autre.

Jean : ...juste leur parler de ci, de ça, ça me faisait vraiment du bien... Pas parler de ça, mais juste pouvoir sortir de ma tête ce qui se passait (à la maison) avec mes amis. Ça aidait pas mal.

Pierrot : Ouais, pour me changer les idées. Beaucoup rester avec des amis.

Gérard : on m'a aidé beaucoup, dans un sens, on m'a aidé beaucoup comme à me distraire...au cinéma... au gym... sinon j'allais dormir chez mon meilleur ami...il savait que je passais un moment difficile, puis je ne lui ai pas dit pourquoi...Mon frère, il m'a aidé beaucoup. On allait chez lui pour jouer à des jeux vidéo.

On peut penser que ces activités étaient vues comme bénéfiques puisqu'elles permettaient aux jeunes de se concentrer sur autre chose que les questions qui les hantaient, la surveillance constante de leur parent et leurs inquiétudes, pour ainsi diminuer le niveau de tension ressentie pendant au moins un moment. La distraction permettait à ces jeunes de ne pas laisser l'événement dramatique envahir complètement toutes les sphères de leur vie et de se donner des plages de répit.

Se distraire dans la famille élargie. Pour Gérard, le seul jeune dont les parents sont toujours unis, des membres de la famille élargie semblent avoir joué un rôle assez important de soutien émotionnel et aussi de distraction après la tentative de suicide de sa mère. Ils l'emmenaient faire diverses activités (parc d'amusement) et l'invitaient à passer du temps chez eux. Cela apparaissait dans une moindre mesure pour les autres jeunes.

Se distraire dans les études et le travail pour se sentir mieux. Se consacrer au travail pour les deux jeunes ayant un emploi, ou aux études, a été aussi une stratégie de distraction pour ne pas y penser, se sentir dans un monde normal, faire quelque chose pour soi.

Léa : Puis là, je travaille, j'ai l'impression que c'est ma vie à moi, puis que... Je suis hors de la maison. T'sais comme même quand je vais à l'école je reviens après ça faire mes études à la maison, sauf que là, quand je travaille c'est vraiment quelque chose que je fais pour moi ... C'est ma vie à moi, pas notre vie de famille. C'est vraiment ce que je suis en train de faire pour moi, puis des expériences que je suis en train de prendre pour mon futur, c'est pour ça que j'aime ça... quand je suis bien concentrée c'est sûr... C'est sûr que ça me relaxe.

Jean : Je crois que ça m'a aidé à traverser... Je n'ai pas arrêté... tellement je travaillais, je ne pensais plus à rien.

Karl : Je suis étudiant et puis... j'aime bien mon travail aussi. Alors d'une certaine façon, c'est ça qui m'a un peu renfermé dans ma bulle et puis qui m'a un peu éloigné de la situation. Je peux vous dire qu'instinctivement, je pensais plus (+) à mon travail, à mon école, pour ne pas laisser cet événement rentrer dans ma vie et puis me stresser et puis me frustrer à cause de cette impuissance, cette tristesse.

Stratégies d'adaptation se faisant seul.

Se distraire dans des activités récréatives. Tous les jeunes ont vécu des moments où ils étaient seuls et où ils ont fait des activités pour se distraire. Les activités de choix pour penser à autre chose étaient de regarder la télévision, d'aller voir des spectacles d'humour, de jouer à des jeux vidéo, de naviguer sur l'Internet, de lire, dessiner, écrire, écouter de la musique, faire du sport, patiner et se promener.

Rationaliser ou éviter les situations ou les pensées stressantes. Pour se rassurer, certains jeunes ont utilisé la rationalisation, par exemple, l'idée que la dépression est une maladie, que c'est juste un mauvais moment qui va passer, se faire croire que cela va se régler dans quelques jours, que cela n'arrivera plus jamais, faire comme si de rien n'était ou penser qu'un tel évènement ne peut pas arriver deux fois.

Pierrot : Je suis assez rationnel, donc je me suis dit, elle vit une mauvaise passe et c'est normal... Bien oui, c'est catastrophique, mais ce n'est pas quelque chose qui est irréversible... entre autres, c'est une maladie.

Karl : On pourrait dire que j'ai fait un blocage. J'ai oublié pour l'instant... les seules choses qui me rendaient sécure... c'était en croyant que c'est un événement comme celui que j'ai vu dans le passé et puis que ça allait se régler dans quelques jours, une ou deux semaines, c'est tout.

Jean : ... je crois que ma mère a retenu la leçon, mais t'sais comme quand ça t'arrive une fois, ça ne t'arrive pas une deuxième fois. Comme passer à deux doigts de la mort, c'est assez effrayant, et je ne suis pas sûr que tu veu que ça se repasse pour toi (...) j'essayais d'éviter le sujet.

Dans cette rationalisation on peut aussi percevoir du déni, qui peut aussi être un moyen de tenter de se sécuriser. Les jeunes ont tous, de différentes façons, utilisé l'évitement ou le déni, principalement en évitant d'aborder le sujet de la tentative ou en faisant des activités pour se distraire afin d'éviter d'y penser.

Gérard : Comme je vous dis, on voulait tourner la page puis ne pas trop en parler, ... Juste je voulais que tout aille bien, puis en finir avec le sujet, puis... Pour ne plus m'en rappeler, vous comprenez, ... Que ça parte de ma mémoire. (...) Mais je ne voulais pas savoir c'était quoi la raison.

Bien que neuf des dix participants aient perçu chez leur parent des indices laissant soupçonner des problèmes de santé mentale, une seule jeune s'est informée concrètement sur les troubles mentaux, il s'agit de Julie, qui connaissait le diagnostic de sa mère.

Utiliser des moyens pour se relaxer. Une seule jeune a utilisé consciemment des techniques de relaxation. Les autres ayant décrit de façon indirecte des façons de se relaxer, dans leurs moyens de se distraire.

Émilie : ... Disons aussi qu'avec le nombre de suivis (en psychologie) que j'ai eus étant plus jeune, ils m'ont appris des petits trucs pour gérer mes affaires. Relaxer, éviter de penser à des trucs qui pourraient me rendre plus mal à l'aise, moins bien dans mon corps. Bien la respiration, prendre des grandes inspirations puis expirations. Écrire comment je me sens, dessiner.

Source d'aide professionnelle

L'offre de soutien au jeune. De l'aide professionnelle a été proposée à un seul un jeune, il a reçu plusieurs numéros de téléphone où il aurait pu appeler, mais aucune référence soutenue et il n'y a pas eu recours. Il a affirmé ne pas en avoir ressenti le besoin.

La perception du soutien professionnel. Une jeune s'est confiée à une intervenante scolaire qu'elle connaissait déjà et avec qui elle avait eu un bon contact dans le passé. C'est la jeune qui avait décidé d'aller la voir pour se confier. Deux autres jeunes connaissaient l'existence de ressources à l'école, mais se sentaient mal à l'aise de parler de ce sujet à une personne étrangère. Léa, dont la mère faisait des menaces suicidaires depuis qu'elle était toute petite, ignorait que de l'aide existait pour les proches de personnes suicidaires et n'avait jamais demandé d'aide professionnelle. Pour les frères, le fait de se parler entre eux leur suffisait. Parmi les trois sœurs, deux étaient méfiantes vis-à-vis l'aide professionnelle et la troisième en avait déjà bénéficié et se sentait rassurée que l'aide soit disponible.

Juliette : ...elle peut juste écouter les élèves... moi je l'aime bien... j'avais déjà eu une rencontre vraiment il y a longtemps... je l'ai revue, juste pour parler... elle est jeune puis elle comprend. T'sais elle te voit dans les corridors...

Il semble qu'il soit difficile de se confier à propos de la tentative de suicide d'un parent quand il n'existe pas déjà de lien avec un intervenant.

Jean : Des personnes à qui je pourrais me confier, je crois que c'était l'aide aux étudiants... mais je trouvais que ça n'allait pas marcher parce que dire ça à un inconnu, une personne qui ne t'a pas vraiment rencontré, sur... un sujet où... ça te touche directement, c'est assez dur... Ça fait... plus de mal que de bien pour moi.

C'est plus facile de se confier à un professionnel quand le jeune sait qu'il peut s'exprimer librement à une personne qui l'accueillera sans le juger et sans juger sa famille.

Léa : OK, je ne savais pas (que les centres de prévention du suicide offrent aussi de l'aide aux proches des personnes suicidaires)... moi je pensais que c'était juste pour ceux qui ont envie de se suicider... peut-être que j'aurais appelé. Par rapport à ça, comme je ne crois pas que mettons ma mère soit plus folle qu'une autre, parce qu'elle l'a fait. Puis c'est quelque chose que je n'aurais pas aimé me faire dire par n'importe qui. C'est pour ça, peut-être un professionnel qui est plus habile avec ce qu'il fait.

Autres effets de la situation sur les jeunes

Aider les autres – être confident

La majorité des jeunes ont une tendance à vouloir aider leurs amis et les membres de leur famille et ils affirment qu'aider leur fait du bien. Ils se sentent bien que des personnes leur fassent confiance. Les plus jeunes ont compris la question sur l'aide apportée aux autres plus comme de l'aide tangible, aider les grands parents à faire du ménage ou aider un camarade à ramasser ses articles scolaires qui sont tombés. Pour les plus âgés, ils l'ont comprise davantage comme dans un rôle de confident. Pour certains d'entre eux, aider les autres est vraiment un moyen qu'ils utilisent pour se sentir mieux,

cela leur donne un baume au cœur quand ça va moins bien pour eux, cela leur permet de ne pas penser à leurs propres problèmes, comme une autre forme de distraction, et parfois cela les aide à trouver des solutions pour eux-mêmes.

Juliette : T'sais souvent le monde m'appelle pour se confier puis moi j'aime ça, je me sens comme en sécurité... j'aime ça être avec mes amis, puis pouvoir être en mesure de les aider puis de les consoler... bien c'est sûr que ça me change les idées de place parce que dans le fond, je pense aux problèmes de mon amie puis j'essaie de lui donner des conseils, puis en lui donnant des conseils, ce n'est pas des conseils que j'aurais pu penser pour moi.

Léa : Puis on dirait aussi que ça me soulage de savoir que d'autres personnes ont d'autres problèmes. Puis que je peux juste les aider, puis ça me fait comme déconnecter, puis je me concentre sur quelque chose d'autre.

Karl : Bien oui, ça m'a aidé de parler avec mon frère...parler tranquillement, jouer avec moi tranquillement, ou marcher avec moi... ça me faisait sentir mieux.

Se connaître et connaître ses limites

Les propos des jeunes dénotent une assez bonne connaissance de soi et certains sont conscients du risque qu'ils courent de dépasser leurs limites pour protéger ou pour aider les membres de leur famille ou leurs amis.

Josée : Je pense que je suis trop gentille. C'est un défaut... Il y a aussi que je suis persévérante, que je n'abandonne pas aussi facilement.

Léa : Comme je suis vraiment facilement atteignable, sincèrement. Je me protège, je ne le sais pas. T'sais je deviens stressée vraiment vite. Je prends tout sur mes épaules, quand je ne devrais même pas (...) Sauf que là, quand c'est vraiment arrivé, je me suis rendue compte que c'est impossible, puis que jamais elle ne pourrait me

demander ça (la laisser mourir). Maintenant, elle sait, ça ne fonctionnerait jamais, c'est sûr. C'est impossible pour moi, impensable.

Karl : Il y a parfois où ma limite casse... Je me dis « OK je suis tanné de comprendre tout le monde »... Mais à un moment donné je me reprends puis je continue avec ma même personnalité. Alors je ressens des petites choses, mais après je l'oublie. Mais je le ressens. Alors je me dis, peut-être ça peut influencer un peu ma personnalité et puis je ne veux pas que ça, ça gâche ma personnalité. (...)Alors pour l'instant, je suis correct, j'attends qu'il y ait des événements plus grands. Oui, que j'aie des problèmes plus sévères pour que j'aie chercher de l'aide.

Le fait que les jeunes soient conscients de leurs limites peut représenter un facteur de protection, mais leur tendance à prioriser les besoins des autres au détriment de leur propre besoin représente aussi un facteur de risque.

Adopter le rôle de parent

Tous les jeunes interviewés se sont retrouvés, jusqu'à un certain point, à adopter un rôle de parent, soit en tentant de réconforter et de protéger leur parent, de s'inquiéter pour lui et de le surveiller pour qu'il soit en sécurité. Karl, l'aîné de deux frères, dit que la situation l'a fait évoluer et qu'il est moins égoïste qu'avant. Il s'est retrouvé avec le sentiment qu'il doit se dépêcher d'atteindre ses buts aux plans des études et du travail pour pouvoir combler les besoins de sa mère au plus vite, la rendre heureuse, la « gâter ». Il semble que ce jeune tente d'assumer un rôle de pourvoyeur et que cette expérience l'ait en quelque sorte « parentifié » par rapport à sa mère.

Il en est de même dans le cas de Léa, qui est partagée entre son besoin d'autonomie et son sentiment de devoir être responsable de sa mère, et de faire attention à tout ce qui se passe autour de celle-ci pour la protéger. Elle reste partagée entre la confiance que sa mère ne tentera plus de se suicider et l'inquiétude qui s'est imprégnée en elle tout au long de son enfance. Quant à Émilie, elle a pris sur elle de protéger ses sœurs quand ses deux parents sont trop accaparés par leurs propres problèmes.

Être un « bon enfant »

À la question posée sur les plus grandes forces qu'ils s'attribuent, plusieurs jeunes se sont dits généreux, capables d'accepter beaucoup de choses, patients, pas égoïstes, persévérants et le qualificatif de gentil a été souvent utilisé. Les sœurs (fratrie B) ont toutes les trois nommé une qualité commune, être gentille. Toutes ces caractéristiques peuvent se retrouver chez tous les jeunes en général, mais les jeunes interviewés ayant vécu dans des contextes soit de crises récurrentes en lien avec des tentatives de suicide, des troubles mentaux et des conflits entre les parents, ou une maladie physique grave, être gentil pourrait possiblement être une façon d'éviter d'envenimer les choses en restant dociles et effacés. La réalité de vivre avec un parent que l'on sent fragile pourrait être un des facteurs qui amènent les jeunes à développer cette capacité de tolérance et d'autonomie, mais aussi de déni de soi.

Josée : Mes forces? Je pense que je suis trop gentille.

Émilie : On peut me dire parfois que je suis gentille.

Anaïs : Être gentille.

Et que dire de ce garçon de 16 ans qui semble être à l'affût des moments où il voit ses parents heureux ensemble et qui insiste tant pour dire comment il est content, heureux et gentil!

Gérard : ... Je suis une bonne personne...très sociable... très gentil aussi, je suis aimable et tout...

Juliette : Je suis capable d'accepter beaucoup de choses...

Les jeunes et les idées suicidaires

Pour huit des jeunes interviewés, à la question clairement posée pour savoir s'ils avaient ou avaient eu des idées suicidaires, tous ont répondu ne pas en avoir, sauf une jeune qui en avait déjà eu dans un passé lointain et qui avait bénéficié d'un suivi psychologique à ce moment-là. Pour les deux autres, l'intervieweur n'a pas posé la question directement mais l'ensemble de leurs réponses, spécialement celles concernant leurs valeurs et leur vision de la vie, laissaient croire qu'ils n'en avaient pas. Pour tous ces jeunes, le suicide n'est pas vu comme une solution acceptable. Toutefois, ils ont tous été informés des ressources en prévention du suicide de leur région à la fin des entrevues.

Les valeurs et les croyances

Dans les réponses des jeunes à la question sur leurs valeurs, l'importance de vivre pleinement sa vie ressort chez tous les jeunes, autant chez ceux qui ont des croyances religieuses en apparence très différentes, comme Jean et Pierrot qui se disent

athées, et Gérard qui trouve rassurant de lire la Bible, que chez ceux qui n'ont rien mentionné à propos de leurs croyances.

Pierrot : Je dirais, je suis un athéiste quand même profond,... Donc moi je crois qu'on a juste une vie puis on est mieux de faire le maximum qu'on peut avec donc ... mes valeurs, je pense... Je trouve que la vie c'est une des choses les plus importantes..., il vaut mieux en profiter, pour ne pas gâcher ça.

Gérard : Le moment (suivant la tentative de suicide) m'a donné de la tristesse, mais à part ça, mes valeurs sont restées les mêmes... Puis moi, par exemple, j'aime la vie! J'aime vraiment la vie...Puis moi, j'ai lu la Bible. Puis ça m'a vraiment aidé, sérieusement, c'est vraiment la Bible.

Robert : Si tu es encore en vie, et que tu es dépressif, pour moi tu as plus de chances de survivre puis de réparer tous tes problèmes. Même si ça prend du temps, c'est moins pire que mourir...

La famille, l'amitié, le partage et l'entraide

Malgré les difficultés et la source de stress que peut représenter la famille, elle est restée une valeur importante pour les jeunes, cependant pour plusieurs il s'agit du petit noyau familial seulement. Même si les jeunes ne se sont pas tous confiés à leurs amis à propos de la tentative de suicide de leur parent, l'amitié est aussi une valeur importante pour eux.

Josée : Bien, comme valeurs, il y a la famille. Il y a aussi l'amitié... Mais aussi de s'entraider. De toujours avoir un bon contact avec la famille parce que tu ne sais jamais qu'est-ce qui peut arriver puis eux, ils sont toujours là pour t'aider puis toi, tu pourrais les aider.

Karl : Ma mère, mon frère, mon père, ce sont les seules personnes que je tiens vraiment à cœur.

Juliette : ... j'aime les gens. J'aime m'entourer de gens qui sont positifs... Dans la vie, je n'aime pas ça être toute seule.

Gérard : Je suis quelqu'un d'heureux. Mon ami... Avec lui, je ris toute la journée... Je suis quelqu'un de très sociable.

En résumé, la majorité des jeunes ont largement utilisé le soutien social, mais ils connaissaient peu les ressources professionnelles. Mais pour quatre de ces jeunes le réseau social semblait plutôt faible et se limitait à la famille et à un ou deux amis.

Mis à part les impacts directs et à court terme de la tentative de suicide de leur parents, certains jeunes avaient tendance à jouer un rôle d'aidant auprès de leurs amis, à adopter un rôle « de parent » auprès de leur parent ou des enfants plus jeunes et à avoir une attitude de « bon enfant ».

Les plus vieux reconnaissent également le risque de dépasser leurs limites en s'occupant davantage des besoins des autres que de leurs propres besoins. Ils voient que leur parent va mieux mais ils ne le prennent pas pour acquis. Ils sont conscients que ce risque existe toujours et cela reste un stresser important.

À propos de leurs valeurs, l'importance de la famille et des amis, le partage, l'entraide, l'amour de la vie et le souhait que règne la bonne entente entre les parents et dans la famille, ressort de façon unanime. Bien que cela puisse être vrai pour tous les jeunes en général, il semble que ces jeunes aient pris conscience des conséquences des situations conflictuelles non-résolues et de la précarité de la vie. Aussi, il est heureux de

constater que pour l'ensemble des participants, le suicide ne soit pas perçu comme une option acceptable pour résoudre ses problèmes.

Les besoins des jeunes

Les besoins exprimés directement par les jeunes

Les questions posées aux jeunes concernaient leur besoins, ce qui leur a manqué et ce qu'ils auraient aimé recevoir comme soutien dans la période entourant la tentative de suicide de leur parent et aussi ce qu'ils pensaient qui pouvait aider d'autres jeunes dans une situation semblable. En somme, tous les jeunes, sauf Anaïs qui a répondu qu'elle ne savait pas (mais qui trouvait beaucoup de réconfort avec son ami de cœur et ses chiens), ont nommé des besoins qui équivalaient à avoir quelqu'un près d'eux, un ami ou membre de la famille, quelqu'un qui comprenne la blessure qu'ils vivaient, même sans parler, qui prenne soin d'eux, et surtout, qui les aide à éviter la solitude. Conscients de leur tendance à protéger l'autre en n'en parlant pas trop, certains ont nommé avoir besoin d'avoir quelqu'un qui a déjà vécu une situation semblable mais qui ne la vit pas actuellement.

Jean : Avoir quelqu'un qui ressent comment tu te sens, qui a déjà vécu ça, dans le passé, qui ne le vit pas actuellement, quelqu'un de ton âge, pour ne pas ressentir la solitude qui fait mal.

Gérard : En prenant soin d'eux. Ne pas les laisser comme ... Il ne faut pas les laisser comme si ça serait genre juste des jeunes, puis qu'ils n'ont pas ... Ils ne vont pas sentir de douleur. Eux aussi, ils vont sentir de la douleur.

Un grand besoin est celui de retrouver le sentiment sécurisant d'être « normal » pour diminuer le sentiment d'exclusion, d'être différent, et avoir des sources de distraction bénéfiques.

Jean : ... c'est une situation hors de l'ordinaire, puis je pense que j'ai vraiment aimé juste retourner dans un monde normal, avec une routine puis faire comme si... En fait, faire comme si de rien n'était mais tout en sachant que c'est arrivé.

Pierrot : fait qu'il faut quand même que admettons, un familier ou un ami, qui sache, qu'il ait l'idée, puis qu'il l'amène... Comme moi, comme ma famille a fait, on m'a amené faire beaucoup d'activités, puis tout ça. Faire beaucoup d'activités qui occupent beaucoup le temps de la journée, pour oublier un peu ce qui est arrivé.

Trois jeunes ont exprimé le besoin de pouvoir garder un contact avec le parent pendant son hospitalisation, sans doute pour retrouver un peu de calme, garder le lien et laisser savoir à leur parent qu'ils pensent à lui (dans trois cas cela ne s'appliquait pas parce qu'ils n'étaient au courant de la tentative pendant l'hospitalisation de leur parent). Pierrot et Jean expriment ainsi le besoin d'avoir davantage de contacts avec son parent pendant l'hospitalisation, peut-être pour s'assurer qu'il va bien et qu'il est en sécurité :

Pierrot : Avoir la possibilité d'avoir des vidéo-conférences avec ton parent pendant qu'il est à l'hôpital et que tu peux le voir seulement pendant des périodes très restreintes.

Jean : (...) puis en appelant notre mère au moins une fois par jour (pendant qu'elle était à l'hôpital).

Gérard a identifié le besoin des jeunes d'être rassurés sur leur propre sécurité en les informant du fait que le suicide ne s'attrape pas comme un rhume, mais que c'est un phénomène complexe et multi déterminé.

Gérard : Puis ne pas penser que toi aussi, quelqu'un s'est suicidé, puis toi aussi tu vas te suicider.

Une minorité de jeunes a exprimé le besoin d'aide professionnelle. Il est possible que ce besoin n'ait pas été identifié parce que, pour la majorité, il n'a pas été offert, par conséquent, ils n'ont pas pu l'expérimenter, et ils n'étaient pas au courant que cela existe. N'en demeure pas moins que certains propos des jeunes laissent entendre que ce type d'aide pourrait leur être bénéfique.

Pierrot : Peut-être que pour certains jeunes ce serait bon qu'ils soient forcés de voir un psychologue, (mais moi je n'aurais pas aimé ça).

Josée : Qu'on m'offre de l'aide confidentielle, ça m'aurait fait sentir plus en sécurité.

Les besoins exprimés indirectement par les jeunes

Notre analyse nous amène à identifier des besoins que les jeunes n'ont pas nommés comme tels mais qui transparaissent de leurs propos. Les types de soutien qui ressortent de leur discours prennent la forme d'un soutien proactif, de source professionnelle et de type informationnel.

Les jeunes ont besoin d'être tenus au courant de ce qui se passe avec leur parent après sa tentative. Pendant la période où leur parent a été hospitalisé juste après la tentative de suicide, il semble qu'ils n'aient pas eu suffisamment d'information sur l'état de leur parent.

Pierrot : Quand ils l'ont emmenée en ambulance, qu'est-ce qu'ils lui ont fait? Je n'ai rien su jusqu'au lendemain. Pendant l'hospitalisation, est-ce que les traitements avancent? Dans combien de temps on pourra la revoir? Comment on gère ces crises? Au niveau des soins physiques, quand elle était en hypothermie, et au niveau psychologique, qu'ont-ils fait?

Les jeunes ont besoin de soutien informationnel pertinent sur le phénomène du suicide en général. Ils se sont posé diverses questions qui démontraient leur méconnaissance du phénomène du suicide, leur incompréhension face au geste de leur parent et aussi une remise en question de leurs propres compétences. Ils se demandaient pourquoi leur parent avait posé un tel geste, pourquoi est-ce que le fait d'avoir un enfant n'a pas été suffisant pour lui donner le goût de vivre, ils pensaient que c'était peut-être à cause d'eux, ils voulaient savoir quoi faire pour que cela aille mieux.

Les besoins des jeunes en résumé

En résumé, il ressort de notre analyse que les principaux besoins de soutien psychosocial des jeunes sont les suivants :

- le soutien émotionnel, informel et formel, pour exprimer leurs émotions, retrouver un sentiment sécurité et un espace de calme, préserver ou augmenter le sentiment de compétence et l'estime de soi, diminuer le sentiment d'isolement

pour ainsi diminuer le stress et ses effets sur leur développement et leur bien-être;

- l'accompagnement social, principalement sous forme de distraction;
- le soutien informationnel :
 - sur l'état de santé du parent ayant fait la tentative de suicide;
 - sur le phénomène du suicide en général;
 - sur ce qu'ils peuvent faire pour aider comme enfants et comme sœurs ou frères;
 - sur les limites de l'aide qu'ils peuvent apporter comme enfants et comme sœurs ou frères.

Discussion

La présente étude avait pour but de mieux connaître le vécu des adolescents et des jeunes adultes quand un de leurs parents a fait une tentative de suicide. Nous voulions documenter leurs réactions, les impacts de cette situation sur eux, leurs stratégies d'adaptation et les besoins qu'ils ont identifiés. Dans ce chapitre, nous allons discuter des résultats que nous avons obtenus ainsi que des besoins qui n'ont pas été nommés explicitement par les participants, mais qui découlent de notre interprétation des résultats.

Les impacts de la tentative de suicide du parent

La grande majorité des participants était au courant de la tentative de suicide de leur parent. Lorsqu'ils ont appris cette nouvelle, ils ont eu d'abord une réaction de choc, ils ont ressenti de la peine, de la tristesse et un grand sentiment d'insécurité, surtout quant au danger que leur parent récidive. Ils ont vécu beaucoup d'incompréhension face au fait que leur parent ait tenté de s'enlever la vie malgré leur existence, ainsi que de la colère et pour certains, une perte d'intérêt pour l'école et les amis. Il y a aussi eu un impact sur la communication avec le parent. Le sujet de la tentative, brièvement abordé après l'événement, est devenu rapidement un sujet à éviter. Toutes ces réactions des jeunes sont semblables à celles des proches adultes d'une personne ayant fait une tentative de suicide en regard des émotions vécues, de la crainte d'une récidive, de celle qu'une autre personne de la famille tente aussi de se suicider et des difficultés au plan de la communication (Beautrais, 2004).

Les stratégies d'adaptation des enfants

Comme stratégies d'adaptation, les stratégies cognitives, c'est-à-dire celles qui leur permettaient de mieux se sentir dans la situation, comme par exemple se confier ou rationaliser, ont été majoritairement utilisées. Les jeunes ont largement utilisé le soutien social au plan émotif, mais encore plus au plan de l'accompagnement social en termes de distraction. La distraction était utilisée plus souvent et plus longtemps que la confiance. Les personnes à qui ils se sont confiés étaient l'autre parent, les membres de la fratrie et les amis, alors que la distraction se passait le plus souvent avec les amis et la fratrie, mais aussi dans les études ou le travail.

En majorité les jeunes n'ont pas utilisé le soutien professionnel. Cela n'a pas été un réflexe naturel pour eux d'avoir recours à ce type de soutien et ils ont exprimé un malaise à parler de la tentative de suicide de leur parent à une personne qu'ils ne connaissaient pas. Un seul des dix jeunes a reçu une offre de soutien de ce type.

Les autres effets de la situation sur les enfants

Parmi les autres effets de la situation chez les jeunes, nous avons constaté que les participants ont, à différents degrés, adopté un rôle de parent en tentant de reconforter et de protéger leur parent, en s'inquiétant pour lui et en le surveillant pour qu'il soit en sécurité. Cette « parentification » des jeunes apparaît davantage dans les situations où l'on voit une dynamique de récurrence, que ce soit la récurrence de

comportements suicidaires ou la récurrence de symptômes de troubles mentaux avec comportements suicidaires. Cela pourrait s'expliquer par le besoin des jeunes de trouver des moyens pour se sécuriser et d'avoir un sentiment contrôle sur les événements en prenant en charge, pour Léa, la sécurité physique de sa mère, pour Émilie, la sécurité psychologique de ses sœurs et pour Karl, la sécurité matérielle de sa mère. En effet, en plus de savoir que leur parent avait tenté de s'enlever la vie, une nouvelle réalité s'imposait à plusieurs d'entre eux, celle de savoir qu'il existait le risque que leur parent ait encore des idées suicidaires et fasse une autre tentative. Le fait de surveiller leur parent et de lui exprimer davantage d'affection pourrait alors être interprété comme étant une stratégie comportementale qui visait à changer une situation stressante en prévenant une récurrence grâce à leur amour et à leur vigilance. Plusieurs de ces jeunes avaient aussi tendance à vouloir jouer un rôle d'aidant auprès de leurs amis et des membres de leur famille. Parmi ces derniers, certains réalisaient leur tendance à prioriser les besoins des autres au détriment de leurs propres besoins.

Au plan des valeurs, les jeunes ont mentionné l'importance qu'ils accordent au respect de la vie, à la famille, à l'amitié, au partage et à l'entraide et le suicide ne semble pas représenter pas pour eux une solution acceptable.

Les enfants d'une personne ayant tenté de s'enlever la vie veulent comprendre comment la détresse qui conduit une personne au suicide l'affecte au point où elle pose ce geste même si elle a des raisons de vivre aussi importantes que des enfants. Ils ont besoin d'avoir de l'information sur l'état de leur parent dans les heures et les jours suivant la tentative. Bien que les jeunes ne l'aient pas nommé explicitement, nous

pensons que le besoin de soutien informationnel de source professionnelle est manquant, car de façon générale, les gens connaissent peu de choses sur la problématique du suicide et la tentative de suicide est souvent suivie d'un malaise à aborder ce sujet de la part de l'entourage (Beautrais, 2004). Le besoin de soutien émotionnel professionnel nous apparaît également comme manquant, principalement pour les aînés de fratrie qui soutiennent leurs cadets et leur parent et se retrouvent seuls pour gérer leurs propres émotions. Enfin, les jeunes ont besoin de connaître les limites de leur rôle comme enfant de ce parent. Ils ont besoin de savoir qu'ils ne doivent pas tenter d'aider leur parent suicidaire seuls et que la sécurité de leur parent ne relève pas de leur responsabilité. Dans les fratries, les aînés de famille devraient être informés qu'ils n'ont pas à assumer seuls le bien-être de leurs cadets. Quant au besoin de sécurité, il ressort partout de façon transversale.

Les besoins spécifiques des jeunes

Il ressort de notre analyse des données que les jeunes ont des besoins que l'on peut regrouper en quatre grandes catégories, selon nous aussi importantes les unes que les autres : le besoin de sécurité, le besoin d'information, le besoin de soutien émotionnel et le besoin d'accompagnement social, principalement sous forme de distraction.

Le besoin de sécurité

Dans notre échantillon, tous les jeunes ont dit avoir besoin d'être rassurés au sujet de la sécurité physique de leur parent. Six jeunes ont mentionné qu'immédiatement après la tentative, ils auraient eu besoin d'information sur l'état de santé de leur parent et sur comment évoluait sa situation (dans trois cas cela ne s'appliquait pas, puisqu'une jeune n'a pas été formellement informée que sa mère avait fait une tentative de suicide et deux frères l'ont appris seulement quelques semaines plus tard). En effet, ils ont tous rapporté avoir été très inquiets que leur parent fasse de nouveau une tentative de suicide, même pendant son hospitalisation, et cette inquiétude pouvait être présente plusieurs mois après la tentative. Cette inquiétude était certainement une source importante d'anxiété chez les jeunes. Ils ont remarqué chez leur parent, avant sa tentative, certains indices de détresse, surtout des signes qui s'apparentent à la dépression, comme le manque d'énergie, la perte d'appétit et les pleurs, mais pour la plupart ils n'ont pas associé ces signes à une possible tentative de suicide. En effet, il s'agissait surtout d'indices comportementaux, et pour un jeune, il est peu probable que l'idée que sa mère pense à s'enlever la vie puisse lui effleurer l'esprit.

Cependant, après la tentative, l'inquiétude des jeunes les a rendus hyper vigilants. On peut penser que cela peut constituer un risque pour leur développement si des moyens adéquats ne sont pas mis en place pour les rassurer et leur redonner la sécurité dont ils ont besoin. La période que les jeunes ont vécue après avoir appris que leur parent avait tenté de s'enlever la vie a provoqué chez eux un stress intense qui s'apparente au stress temporaire et au stress aigu vécu à la suite d'un événement

traumatique ou du moins dramatique comme le suicide ou la tentative de suicide d'un proche, tel que décrit dans le guide élaboré par Séguin et al. (2004) sur les réactions à la suite d'un suicide et sur les interventions à effectuer. Selon ces auteurs, lorsqu'un individu apprend la nouvelle du suicide d'un proche, il peut soit vivre le stress aigu s'il a été témoin, ou le stress temporaire s'il n'a pas été témoin. Ces réactions se manifestent par une perturbation du fonctionnement physiologique, comportemental, cognitif et émotionnel qui rappelle ceux des jeunes que nous avons rencontrés. Nous pensons donc que les recommandations de Hobfoll et al. (2009) pourraient fort bien s'appliquer dans l'intervention auprès des jeunes touchés par la tentative de suicide d'un parent en fonction de leurs réactions. Ces auteurs recommandent d'intervenir en appliquant les cinq principes suivants dans les situations où une personne ou une communauté a vécu un événement traumatique : 1) promouvoir le sentiment de sécurité; 2) favoriser les techniques qui contribuent à diminuer l'anxiété et à ramener le calme; 3) promouvoir le sentiment de compétence personnelle et collective; 4) promouvoir le soutien social et les liens d'attachement; et enfin 5) susciter l'espoir. Initialement, ces recommandations ont pour but de tenter de prévenir le développement d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les personnes ayant été témoin d'un événement dans lequel leur vie ou la vie d'une autre personne était menacée en contexte de désastre naturel ou de violence de masse (*mass violence*). Même si seulement deux des participants ont été exposés directement à une situation possiblement traumatique quand ils ont vu leur mère en cours de tentative de suicide, et que les huit autres ne risquent pas de développer un TSPT puisqu'ils n'ont pas été témoins directs, nous pensons que l'intervention auprès

d'eux pourrait s'inspirer des recommandations de Hobfoll et al. (2009). À cela, ces derniers ajoutent le besoin de retrouver de l'espoir, qui n'a pas été nommé comme tel par les jeunes, mais qui est incontournable dans toute situation impliquant la problématique du suicide : l'espoir que le parent ne tentera plus de s'enlever la vie, l'espoir que la vie reprendra son cours normal, l'espoir de guérison, tant aux plans individuel que familial.

Le besoin de soutien informationnel

Même lorsqu'ils voient que leur parent va mieux, les jeunes ne le prennent pas pour acquis. Ils sont conscients que le risque existe toujours et cela reste un stresser pour eux. Il est très difficile pour un enfant d'aider son parent suicidaire à cause de divers facteurs comme l'immaturation, la dépendance au parent, le manque de distance, l'énorme responsabilité que cela implique et la pensée insupportable que son parent meure. Les jeunes que nous avons interviewés ont en majorité joué un rôle de bon enfant et pour certains un rôle de soignant également. Ils se sont dits gentils, aimables, capables d'accepter beaucoup de choses, de ne pas faire de vagues; il semble qu'ils utilisent ces stratégies pour ne pas envenimer des situations difficiles dans la famille et pour être acceptés ou considérés. Peut-être naissent-elles d'un sentiment de culpabilité de ne pas avoir été d'assez « bons enfants » pour empêcher la tentative de suicide de leur parent? Dans le contexte où neuf de ces jeunes ont connu les conflits et la séparation de leurs parents, où certains ont été témoins des indices de détresse ou des symptômes de trouble mental de leur parent, et que le dixième a failli perdre sa mère par maladie physique avant la tentative de suicide, être gentil peut dénoter une façon de protéger les autres en

évitant d'aggraver ou d'alourdir, par leurs demandes, une situation déjà difficile, mais elle pourrait aussi avoir pour conséquence qu'ils taisent leurs propres besoins et qu'ils tenter de les combler seuls. Le rôle de l'adulte est de prendre soin de l'enfant. Boszormenyi-Nagy et Spark (1973) parlent de trois rôles que peuvent jouer les enfants parentifiés. Le rôle de soignant, par exemple, un enfant qui essaie d'égayer sa mère dépressive, ou, en raison des carences des parents, se charge de sa fratrie. Dans le rôle de sacrifice ou de bouc émissaire, l'enfant adopte un rôle de victime ou de délinquant pour réunifier sa famille. Dans le rôle neutre, c'est le bon enfant; il ne réclame rien, mais il est privé de son enfance et doit se débattre dans des sentiments de vide, d'épuisement émotionnel ou de dépression. En effet, chez les jeunes vivant avec un parent qui a un trouble mental sévère (Gladstone, et al., 2011, Ostman, 2008, Boily et al., 2006, Boily et al., 1998), on retrouve des éléments semblables en regard de leur attitude de grande docilité dans laquelle ils ont tendance à modifier leurs comportements pour se rendre utiles, pour prendre plus de responsabilités dans les tâches quotidiennes et à ne faire aucune demande pour eux-mêmes. On peut voir ici dans quelle solitude et dans quelle détresse ces enfants risquent de plonger quand un parent tente de se suicider et qu'ils ne demandent pas d'aide. Aussi, il ressort de notre recherche que souvent les expressions d'affection envers le parent augmentent après la tentative. Elles pourraient être interprétées comme une stratégie adaptative visant à changer la situation, c'est-à-dire, prévenir une récurrence grâce à leurs comportements attentionnés (afin de calmer leur inquiétude) et aussi à faire réaliser à leur parent qu'ils existent bel et bien, qu'ils désirent que leur existence fasse une différence dans sa vie et que cela l'aide à rester vivant.

L'adulte est censé être le « protecteur » de l'enfant, alors que l'enfant dépend de son parent; il est donc normal de vivre la peur d'être abandonné et l'insécurité face à son avenir quand un parent devient aussi vulnérable.

Le besoin de soutien émotionnel

Les jeunes interviewés ont utilisé presque exclusivement le soutien émotionnel informel. Ils se sont confiés autant à des adultes de leur famille qu'à d'autres jeunes. En majorité (n=7), les jeunes se sont confiés à des adultes de leur entourage, principalement à l'autre parent. Ceux qui avaient déjà un bon lien de confiance avec une meilleure amie ou un meilleur ami l'ont fait. Mais pour deux filles et quatre des cinq garçons, même à un meilleur ami, c'était trop difficile à dire. Pour les garçons l'idée de se confier à un ami ou à un professionnel semblait étrange. Pourquoi un garçon aurait-il plus de difficultés à confier à un ami que sa mère a fait une tentative de suicide qu'une fille? Cela pourrait être lié au fait que de façon générale, les hommes ont tendance à moins utiliser le soutien émotionnel que les femmes (Dulac et Laliberté, 2002). Ce qui rend la confiance encore plus difficile pourrait être la honte d'avoir un parent qui a tenté de se tuer comme si, à la limite, ils ne valaient pas la peine qu'un parent vive pour eux. Une tentative de suicide étant traitée de façon confidentielle, le jeune risque de se retrouver isolé parce qu'il est souvent le seul à connaître le fait à l'école et parmi ses pairs qui peuvent ne pas comprendre ou mal interpréter son changement de comportement. Même s'ils tiennent à passer du temps avec leurs amis, le plus souvent ils éprouvent un malaise à aborder le sujet de la tentative avec eux. Il ressort de cette recherche, comme de celle de Wolk-Wasserman (1986) et de la vaste recension effectuée par Beautrais (2004), que

même dans la famille immédiate, la tentative de suicide est souvent entourée par un silence ou par un malaise à aborder ce sujet ouvertement.

Quant à la fratrie, pour ceux qui en ont une, comme le fait est connu de tous, elle apparaît une source de soutien accessible. Cependant, l'ainé risque de se donner une tâche démesurée à tenter de soutenir et protéger les plus jeunes ainsi que le parent. En effet, les trois aînés de fratrie étaient portés à ignorer leurs propres besoins pour s'occuper de ceux de leurs petites sœurs ou leurs petits frères. Souvent, l'enfant le plus vieux avait tendance à se sacrifier pour aider les plus jeunes et il se retrouvait à les aider en plus de tenter d'aider son parent sans demander ni recevoir de soutien pour lui-même. Cela coïncide avec les observations de Boily et collaborateurs (1998, 2006) dans leur travail auprès de familles où un parent est atteint d'un trouble mental sévère. Sans élaborer sur le rôle des aînés, ils relatent le fait que ces derniers se trouvaient parfois à effectuer des tâches ménagères et à prendre soin des enfants plus jeunes.

Il est intéressant de constater que dans la famille de la fratrie B, touchée par des problématiques multiples et récurrentes et où les deux parents sont fragilisés, les animaux ressortent autant comme source de soutien. Selon Beiger (2008), une personne qui se sent seule, abandonnée, marginalisée ou anxieuse, qu'elle soit adulte ou enfant, peut chercher à posséder un animal de compagnie. Beiger qualifie l'animal d'éponge des émotions de l'enfant, d'« anxiolytique de ses équilibres et de son bien-être » (p. 49). L'enfant va même, dans les moments difficiles de sa vie, se confier en paroles à son animal qui va lui permettre de rire et de partager une complicité qu'il n'a plus avec ses

parents ou à l'école. « Ainsi, l'animal soulage l'enfant dans la tristesse (...) et devient en quelque sorte un membre sa famille » p.51. En effet, dans la fratrie B, les trois filles avaient chacune au moins un animal soit un chat ou un chien et elles avaient aussi des oiseaux. Ces animaux représentaient pour elles le réconfort et la complicité dans les moments difficiles, elles allaient se réfugier auprès d'eux et se sentir comprises par cet animal qui restait là sans résister.

Le besoin d'accompagnement social

En majorité, les jeunes ont mentionné que le temps passé sans penser à la tentative de suicide de leur parent leur permettait de faire quelque chose pour eux-mêmes, de vivre leur vie, de préserver leur identité. Cela leur permettait possiblement de se reconstituer après le bouleversement qu'ils ont vécu et résorber le choc induit par cette réalité difficile.

Peut-être le jeune doit-il aussi gérer l'idée que son propre parent ne veut peut-être plus l'être, car cela induit une insécurité difficile à affronter. Cela l'aide possiblement à moins souffrir, à se distancer pour éviter de ressentir des émotions pénibles mais aussi à se dire qu'« on n'est pas comme ça », à refuser de s'identifier à une famille dans laquelle il y a eu une tentative de suicide.

Nous avons été étonnés de constater que, dans le discours des jeunes, la distraction ressorte comme une stratégie aussi importante. Elle été utilisée par tous les jeunes, avec les amis, la famille élargie (ou dans des activités se faisant seul). Au-delà du fait que la distraction fait partie des comportements habituels des jeunes, ils ont

besoin de se distraire probablement pour se libérer momentanément des pensées envahissantes, de penser à autre chose afin que le choc qu'ils ont vécu puisse commencer à se résorber. Ils ont besoin que des occasions leur soient offertes pour faire des activités distrayantes, ludiques ou en lien avec les études ou le travail, pour retourner dans un monde « normal ». On pourrait penser que cette stratégie les aide à ne pas laisser l'évènement de la tentative de suicide envahir toutes les sphères de leur vie en se donnant des plages de répit afin de sauvegarder ce qui est sain.

Il apparaît que la confiance sur la tentative de suicide d'un parent se fait auprès de peu de personnes, alors que la distraction est un moyen de se sentir mieux qui occupe plus de temps et qui est plus accessible. On pourrait penser qu'elle constitue une forme positive d'évitement, dans le sens où, le fait d'être occupés à une activité qui accapare toute leur attention permet aux jeunes d'éviter de penser à la tentative, avec les sentiments, les questionnements et les inquiétudes qu'elle soulève. Le besoin de penser à autre chose revient chez tous les jeunes, ce qui peut signifier que de savoir que son parent a fait une tentative de suicide est une pensée envahissante, probablement difficile à accepter, et qu'il faut trouver des façons de s'en libérer. Une étude de Gagnon (2004) portant 169 jeunes âgés entre 14 et 17 ans et 182 adultes a révélé que les adolescents des deux genres s'adaptent davantage à la dépression en utilisant la distraction comparativement aux adultes qui utilisent plutôt la rumination. De façon générale, les hommes utiliseraient plus la distraction et les femmes la rumination.

Nos résultats suggèrent que les filles, autant que les garçons de notre échantillon, ont utilisé, pour faire face aux émotions négatives suscitées par la tentative de leur parent, la distraction comme stratégie d'adaptation plutôt que la rumination, afin d'éviter de sombrer dans la détresse.

Nous nous demandons aussi si la distraction procure aux jeunes des moments salutaires pour permettre l'adaptation à la vie dans cette nouvelle réalité qu'est la conscience soudaine de la précarité de la vie de leurs parents. Se pourrait-il que certains de ces jeunes se trouvent à vivre un processus qui s'apparente à celui du deuil, dans leur cas, le deuil de l'insouciance propre à l'enfance ou celui de la sécurité qu'ils pensaient avoir? On sait que le processus de deuil se déroule différemment chez les enfants et chez les adultes. Alors que les adultes vivent généralement un deuil en continu et que l'intensité des émotions et des sentiments douloureux décroît graduellement avec le temps, les enfants le vivent de façon intermittente, c'est-à-dire qu'ils sont capables de se livrer à leurs activités d'enfants, comme le jeu, entre les moments de tristesse où ils ressentent l'absence de la personne décédée (Masson, 2006).

Dans le cas d'une tentative de suicide, il ne s'agit pas de la disparition du parent, mais de la disparition de l'image sécurisante qu'il représentait. En ce qui concerne les jeunes adultes interviewés, leurs propos dénotaient un certain déchirement entre la tendance à rester près de leur parent pour le surveiller (et peut-être pour s'assurer son affection) et la volonté de se détacher de lui en étant plus autonomes. Gladstone (2001) et Ostman (2008) décrivent le besoin de se distancer du parent opposé au besoin d'être

présent et d'aider chez les enfants de parents atteints de troubles mentaux. Les jeunes interviewés par Ostman ont nommé leur désir de ne pas être impliqués dans le « monde malade » de leur parent mais aussi leur désir de jouer un rôle positif dans les soins apportés à leur parent. Gladstone et al., dans leur recension des écrits, ont souligné également le désir des jeunes de s'impliquer auprès de leur parent, leur crainte d'être séparés de lui à cause de la maladie, et à l'opposé, la préférence de certains autres jeunes de se retirer de la relation avec leur parent afin de conserver leur identité propre (*sens of self*) et leur autonomie. Parmi les plus âgés, certains réussissaient à maintenir la relation avec leur parent tout en gardant leur autonomie.

Par ailleurs, plusieurs des jeunes que nous avons interviewés ont dit avoir une tendance à aider les autres. Ainsi, ils se trouvent à ne pas être la personne qui a besoin d'aide. On pourrait penser que le fait de vivre des situations difficiles les a rendus plus sensibles aux besoins des autres. Par exemple, la peur du jugement leur a donné la qualité de ne pas juger les autres, de s'être, à plusieurs occasions, débrouillés seuls les a sensibilisés à l'importance d'être écoutés. Est-ce que leur sentiment d'impuissance ou d'incompétence à aider leur parent les a amenés à vouloir aider des personnes plus « aidables »? Est-ce que le fait d'aider leurs amis soulage leur anxiété? Peut-être que cela restaure l'estime de soi, diminue le sentiment de culpabilité, donne l'impression d'être compétent au moins avec d'autres personnes que le parent qui tente de se suicider? Ou cela normalise la situation en les aidant à sentir qu'ils ne sont pas seuls à vivre des difficultés et qu'il y a aussi des problèmes dans d'autres familles.

Ostman (2006) mentionne que des enfants de parents ayant un trouble mental ont mentionné que le fait de côtoyer des familles qui ont aussi des problèmes les aidait à se sentir plus « normaux ». Dans leur recension des écrits sur le vécu des enfants de parents avec un trouble mental, Gladstone et al. (2011) ont constaté une tendance à se comparer aux autres, et pour certains jeunes, à se faire des amis qui paraissaient différents des autres ou potentiellement dévalorisés par la société afin de se sentir plus « normaux ». Si l'on considère que le fait de savoir que son parent a tenté de s'enlever la vie représente une situation que le jeune ne peut pas changer, alors les stratégies d'adaptation qu'il utilisera seront principalement des stratégies cognitives qui l'aideront à se sentir mieux. Lazarus et Folkman (1984) décrivent les cognitions rassurantes (*comforting cognitions*) qui favorisent un sentiment de bien-être dans l'adversité, dont la comparaison positive ou, selon Skinner, Edge, Altman, & Sherwood (2003), la restructuration cognitive : le fait de se comparer avec d'autres jeunes qui ont aussi des problèmes, ou des problèmes plus importants encore, aiderait les jeunes à se sentir mieux. Il est rassurant de savoir qu'il y a aussi des problèmes dans d'autres familles que la sienne. L'aide apportée aux autres serait peut-être aussi une stratégie comportementale indirecte, c'est-à-dire qui sert à améliorer la situation, mais qui serait reportée sur une autre personne que le parent, quelqu'un qu'ils peuvent aider et avec qui ils se sentent compétents. Il pourrait s'agir alors d'un compromis, d'une forme de négociation (Skinner et al., 2003).

Jusqu'à quel point est-ce une bonne chose pour un jeune d'être un confident? Par exemple, la confiance de pensées suicidaires entre pairs soulève des enjeux importants quant à la capacité des jeunes d'avoir la distance et la maturité nécessaires

pour assumer un rôle aussi exigeant et risqué (Institut national de santé publique du Québec, 2004). D'autant plus qu'il ne faudrait surtout pas qu'un jeune soit le confident de son parent suicidaire. Les jeunes plus âgés (19-20 ans) de notre échantillon réalisent davantage qu'ils dépassent parfois leurs limites et que le fait de tant vouloir aider les membres de leur famille peut avoir des répercussions négatives sur eux. Ils entrevoient l'éventualité où ils auraient à se distancer davantage de leur parent ou à demander du soutien professionnel pour eux-mêmes. Cette préoccupation à propos des besoins d'autres personnes pourrait être vue comme une autre forme d'évitement. Bowlby (1961) note que certains individus, en réaction à la perte et au risque de perte, ont tendance à se préoccuper intensément et exagérément du bien-être d'autres personnes, au lieu de ressentir leur propre tristesse et d'accueillir un réconfort pour eux-mêmes. Bowlby nomme cette attitude, qui se développe chez les personnes qui avaient été amenées dans leur enfance à se sentir responsables de la prise en charge de leurs parents, la tendance à soigner compulsivement. Ces aspects du deuil et de l'attachement ont été mis en relation avec la parentification.

Les facteurs de risque et les facteurs de protection

Nous avons tenté d'identifier les facteurs de protection et les facteurs de risque chez nos participants. Ces facteurs ne ressortent pas de façon séparée et distincte. Par exemple, la capacité de tolérance et d'autonomie qu'ont les jeunes pourrait faire partie des facteurs de protection autant que des facteurs de risque. La tolérance est une qualité

qui peut facilement amener un individu à outrepasser ses limites pour le bien d'autrui et l'autonomie, très valorisée de nos jours, risque dans certains cas de se transformer en isolement et en une incapacité à demander de l'aide.

Les écrits indiquent que les enfants de parents ayant eu des comportements suicidaires ont plus de risques de faire éventuellement une tentative eux-mêmes (Fleming et al., 2007; Fotti et al., 2006; Johnson et al., 2002; Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown, & Brook, 2002; Klimes-Dougan et al., 1998; Mittendorfer-Rutz et al. 2007; Lieb et al., 2005; Bronish et Lieb, 2008). Nous ne savons pas si les jeunes dans ces études avaient reçu de l'aide ou non en lien avec les comportements suicidaires ou les troubles mentaux de leur parent. Toutefois, pour les jeunes de notre échantillon, en raison de la nature transversale plutôt que longitudinale de notre recherche, il nous a été impossible de vérifier si le risque avait effectivement augmenté. Il s'agit pour plusieurs d'études quantitatives avec groupe expérimental et groupe contrôle. Quant à nos participants, ils semblent avoir acquis une conscience aigüe de l'importance de la famille, de la précarité de la vie des individus qui la composent, et un renforcement de leurs valeurs telles que le respect de la vie, l'importance de la vivre de leur mieux, l'amitié, le partage et l'entraide. Cela nous amène à poser la question suivante : « Se peut-il que pour certains jeunes, le facteur de risque que constitue le fait d'avoir un parent qui présente des comportements suicidaires soit contrebalancé par la prise de conscience provoquée par l'évènement dramatique et qu'il devienne alors un facteur de protection (même sans l'intervention de professionnels)? ». Les jeunes interviewés par Ostman (2006) voient de façon positive les prises de conscience apportés par le fait de

vivre avec un parent en difficulté et cela a renforcé chez eux le sentiment d'amour, la maturité et le sens des responsabilités, mais ces auteurs soulignent aussi les difficultés de ces jeunes à identifier leurs propres besoins. Gladstone et al. (2011) relatent les propos de jeunes quant à une meilleure conscience des limites imposées par la maladie, les leçons de vie qu'ils ont tirées et le rapprochement que l'adversité a suscité entre eux et leur parent malade. Selon Hanus (2002), bien que les statistiques des recherches quantitatives soient intéressantes, chaque personne est différente et il est aussi important de « (...) regarder de près les histoires individuelles et de s'intéresser aux facteurs de protection, aux moyens de défense et aux facteurs de risque. La prise en compte de la résilience mène à la renaissance de l'espérance et met à mal le fatalisme ambiant qui sévit chez un certain nombre de professionnels. » Il parle ici de ce que Cyrulnik (1999) appelle l'illusion professionnaliste, c'est-à-dire que les professionnels ont une tendance à poser des pronostics négatifs étant donné qu'ils ne voient généralement que ceux qui vont mal sans savoir vraiment combien se sont sortis de l'adversité sans conséquences graves.

Il est touchant de voir comment, malgré les épreuves, ces jeunes réussissent à sauvegarder leurs valeurs, et que les prises de conscience qu'ils font dans l'adversité les amènent parfois à renforcer leurs facteurs de protection, peut-être en leur faisant réaliser qu'ils ont une « deuxième chance » et les amener à établir certaines priorités dans leur vie. Cette résilience que nous avons trouvée chez les jeunes est admirable. Ils ont la compétence de trouver en eux et dans leur entourage immédiat une multitude de ressources pour faire face à l'adversité. Cela ne signifie pas que les jeunes n'auront pas

d'idées suicidaires dans le futur, nous ne connaissons pas l'issue à long terme. Selon Cyrulnik (1999), la résilience existe et elle coûte un prix. (p. 207). « Il s'agit d'un processus, d'un ensemble de phénomènes harmonisés où le sujet se faufile dans un contexte affectif, social et culturel. La résilience, c'est l'art de naviguer dans les torrents ». Comment donc aider les jeunes à naviguer?

Parmi nos participants, certains jeunes apparaissent comme ayant plus de facteurs risque que d'autres, en particulier ceux qui se retrouvent dans une famille où les parents ont des comportements suicidaires à répétition et ceux dont les deux parents vivent des difficultés importantes. Selon Hanus (2002) :

Les enfants les plus à risque de souffrance dans l'avenir sont ceux qui ont eu des parents malades mentaux ou maltraitants et ceux qui n'ont pas pu trouver de soutien affectif, en particulier parce qu'ils se sentaient trop responsables des parents qui leur faisaient mal. Ils se sentent responsables et du parent et de la maladie en raison de leur affiliation mais renforcée de sentiments inconscients de culpabilité très importants et très forts; l'enfant croyant toujours que ce qui se passe d'important autour de lui est de son fait. (p. 104)

Selon Gladstone et al. (2011), les enfants de parents ayant un trouble mental ont recommandé que les autres jeunes dans une situation semblable aient recours à du soutien professionnel et qu'ils sachent que ce qui arrive n'est pas de leur faute.

Une étude de Fleming et al. (2007) a révélé qu'il y a moins de tentatives de suicide chez les jeunes âgés entre 9 à 13 ans vivant dans un environnement familial chaleureux et sécurisant et un milieu scolaire sécurisant, même en tenant compte des facteurs tels la dépression, l'anxiété, l'abus d'alcool, la violence familiale, l'orientation

sexuelle et l'exposition aux tentatives de suicide des autres. Selon Fleming et al., les facteurs de protection pour les jeunes sont la compétence sociale et émotionnelle, un environnement familial chaleureux et sécurisant et une communauté sécurisante. Nous avons constaté que chez les jeunes de notre échantillon, pour la majorité, la compétence émotionnelle était présente dans le sens où il semble qu'ils avaient été capables de prendre conscience de leurs émotions et de les gérer adéquatement dans une période de crise. Lors des entrevues, la majorité pouvait décrire leurs réactions et leurs émotions ainsi que, surtout pour les plus vieux, leurs limites. Au plan de la compétence sociale, la problématique qui nous préoccupe représente en soi un défi puisque le sujet du suicide est d'emblée difficile à aborder pour la majorité des gens. Mais comme les jeunes ont beaucoup utilisé le soutien social et la distraction comme stratégie d'adaptation, il nous apparaît que cette stratégie dénote une bonne compétence sociale. Dans la perception des jeunes, l'importance de la famille fait partie de leurs valeurs de base. Minimale, le fait que les jeunes aient été mis au courant de la tentative dénote qu'ils n'ont pas été exclus dans cette épreuve, contrairement aux familles où les parents tentent de cacher cette réalité à leurs enfants. La communauté et le milieu scolaire, bien que les jeunes ne désirent pas aborder le sujet de la tentative en dehors du petit noyau familial, jouent certainement un rôle dans leur besoin de se sentir dans un monde « normal ». Nous n'avons toutefois pas de données pour vérifier l'impact de ces éléments.

Il est possible que s'ils reçoivent le soutien dont ils ont besoin tôt après les comportements suicidaires de leur parent, cela augmente les chances que les jeunes n'adoptent pas l'option du suicide comme une solution possible pour l'avenir et qu'ils

conservent leur capacité de s'adapter et de rebondir sainement. Pour cela, les intervenants peuvent agir comme tuteurs de résilience, c'est-à-dire soutenir la résilience de ces jeunes, en intervenant prudemment de manière à ne pas leur nuire, sans minimiser ni dramatiser la situation. L'intervention devrait se faire avec les jeunes, mais aussi avec les familles, afin de prévenir les récurrences et éviter une répétition de ces situations malheureuses.

Les souhaits que les jeunes ont identifiés comme étant les plus importants pour eux sont d'avoir une meilleure relation avec leur père, que leur père ait meilleur caractère, que leur mère prenne du temps pour être vraiment avec eux, qu'elle soit moins stressée, ne jamais être séparée d'elle, que cesse la dispute entre leurs parents, que tous arrivent à se comprendre, que tous les membres de leur famille soient en bons termes, les oncles et les tantes aussi. En somme, la bonne entente, peut se résumer par une communication efficace et une bonne capacité de gérer les conflits. Ces propos pourraient provenir de jeunes dont les parents se sont séparés sans qu'il y ait eu de problèmes liés au suicide, mais ils nous amènent à nous demander si la séparation des parents a été un événement plus ou tout aussi marquant que la tentative de suicide. Lorsque nous avons demandé aux jeunes quels étaient les moments les plus difficiles qu'ils ont vécus dans la famille, ils ont nommé les conflits et la séparation de leurs parents. Mais nous ne savons pas s'ils retiennent réellement cela comme les moments les plus difficiles, plus que la tentative, puisque celle-ci étant le sujet de notre entrevue, ils ont peut-être pensé à un autre moment difficile. Ou serait-ce parce qu'ils attribuent la cause de la tentative à la séparation? Ou du fait que le parent est toujours vivant, cela

minimiserait la gravité du geste? Mais il est possible de penser que lorsqu'on a un problème aussi important que la séparation des parents s'ajoute l'élément suicidaire, les facteurs de risque pour les jeunes augmentent.

Au départ, notre désir était de connaître les impacts des comportements suicidaires d'un parent sur ses enfants, les stratégies d'adaptation que les jeunes utilisent pour faire face à ces impacts, et de trouver des pistes d'intervention pour faire en sorte que cette expérience soit la moins dommageable possible pour eux. À la suite de l'analyse du contenu des entrevues, notre réflexion nous amène à nous demander si l'expérience extrêmement stressante et bouleversante d'avoir un parent qui a fait une tentative de suicide, sans être désirable, peut possiblement, dans certains cas, devenir une occasion de croissance pour ces jeunes. Tedeschi et Calhoun (2004) décrivent le concept de croissance post-traumatique, qui peut se produire à la suite d'une situation de crise ou d'un événement traumatisant ou extrêmement stressant. Elle survient de façon concomitante avec le processus d'adaptation et se manifeste, entre autres, par une appréciation de la vie accrue, des relations interpersonnelles plus significatives et des priorités modifiées. En effet, il semble que cela puisse s'appliquer à certains des jeunes participants. Selon Tedeschi et Calhoun (2004), ce n'est pas l'évènement qui produit la croissance post-traumatique, mais plutôt ce qui arrive après. En ce sens, nous croyons fermement qu'il serait important d'intervenir auprès des familles à la suite de la tentative de suicide d'un parent de façon à favoriser cette croissance. Toutefois, ce concept n'a pas encore été étudié de façon approfondie avec les enfants et les adolescents, alors que la résilience, qui se définit comme un retour à l'équilibre plutôt qu'une croissance, l'a

été davantage. Comme l'a si bien dit Cyrulnik (1999), « Un malheur n'est jamais merveilleux. C'est une fange glacée, une boue noire, une escarre de douleur qui nous oblige à faire un choix : s'y soumettre ou le surmonter. La résilience définit le ressort de ceux qui, ayant reçu le coup, ont pu le dépasser » (p.24). Nous concluons donc qu'il serait opportun d'agir auprès des jeunes afin de soutenir les facteurs de protection qu'ils possèdent et à en développer de nouveaux pendant qu'ils ont encore suffisamment de cette résilience, de cette énergie et de cette capacité à se reconstituer propres à la jeunesse.

Recommandations pour l'intervention

L'offre d'aide

Le Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux, (Gouvernement du Québec, 2010b), recommande que les personnes ayant fait une tentative de suicide bénéficient d'un suivi étroit après leur passage à l'hôpital. Les résultats de cette recherche renforcent notre idée de départ qui pressentait que la prévention du suicide doit s'articuler dans une vision éco-systémique. La parentalité est une dimension à ne pas négliger. Nous pensons donc qu'un suivi devrait également être offert aux enfants d'un parent qui a fait une tentative de suicide, qu'ils soient dans la petite enfance, l'adolescence ou l'âge adulte. Les résultats de la présente étude suggèrent que ce suivi, d'intensité et de durée adaptées aux besoins des jeunes, aurait pour but de les aider à retrouver un sentiment de sécurité, à créer un lieu

sécuritaire, et à renforcer leur sentiment de compétence, leur estime de soi, leur identité et leur capacité à reconnaître leurs limites. Minimale, un adulte responsable du réseau familial pourrait être outillé et accompagné pour soutenir adéquatement ces jeunes. Boily et al. (1998), recommandent d'établir des relations étroites en dehors du milieu familial pour les jeunes dont un parent a un trouble mental.

Neuf des dix jeunes que nous avons rencontrés avaient des parents séparés ou divorcés. Lorsqu'un problème important comme la séparation des parents se double d'une dynamique suicidaire, la vulnérabilité des jeunes risque d'augmenter de façon importante. Il semble que plusieurs de ces parents souffraient aussi d'un trouble mental. L'offre d'aide aux familles devrait, en plus d'être proactive, s'effectuer dans une vision large des différents facteurs impliqués, que la porte d'entrée soit en lien avec le suicide ou avec d'autres types de difficultés.

La sécurité

Les jeunes ont d'abord besoin de retrouver un sentiment de sécurité pour calmer leurs inquiétudes quant à la sécurité physique du parent qui a fait la tentative de suicide et ainsi diminuer l'anxiété. Ils ont aussi besoin de retrouver un sentiment de sécurité pour eux-mêmes, de savoir qui prendra soin d'eux. On pourrait dire que ce besoin est transversal et qu'il sous-tend tous les autres. Pour cela, durant l'hospitalisation du parent, ses enfants devraient être informés régulièrement de son état et rassurés à propos de sa sécurité physique. Le retour du parent à la maison devrait être préparé. Pour cela, un intervenant professionnel pourrait agir comme tiers afin de faciliter la communication

dans la famille, aider ses membres à établir des ententes entre eux. Parmi ces ententes, l'engagement du parent ayant fait la tentative à prendre des moyens pour se protéger face à d'éventuelles idées suicidaires serait essentiel. De plus, au moins un autre adulte de la famille ou de l'entourage immédiat pourrait être identifié et outillé afin de soutenir et rassurer le jeune dans cette période difficile. « Il faut changer la règle relationnelle qui prévaut dans son entourage pour celle du respect de l'autonomie dans la coopération, l'autoprotection et l'éthique de la réciprocité ». (Lamarre, 2014, p. 115)

Le soutien émotionnel

Au plan émotif, ils ont besoin de se confier à une personne en qui ils ont confiance. Pour cela le réseau social joue un rôle important en leur permettant d'exprimer leurs émotions et de renforcer les liens d'attachement existants (fratrie, parent suicidaire et autre parent) et de se sentir moins seuls. Le soutien émotionnel professionnel pourrait faciliter la communication au sein de la famille. Ces adolescents et ces jeunes adultes vivaient encore tous avec leur parent au moment de l'entrevue. Ils ont vécu un événement qui ne s'est pas soldé en deuil, mais qui les a amenés à prendre conscience de la précarité de la vie en général et de celle de leur parent. Afin de les aider à gérer cette situation nouvelle pour eux, le soutien émotionnel peut leur permettre de ventiler, d'exprimer leurs émotions et de briser l'isolement qu'ils peuvent ressentir, tout particulièrement les aînés de fratrie. Les aînés de fratrie ont besoin de pouvoir exprimer librement leurs émotions sans avoir à mesurer leurs propos pour protéger les autres. Par conséquent, au plan des émotions, ils pourraient bénéficier d'un soutien professionnel ou par les pairs. Les animaux de compagnie jouent également un rôle important pour

certains jeunes. Nous croyons que cette dimension de l'aide qui peut leur être apportée est non négligeable et devrait être prise en compte.

Le soutien informationnel

Certains comportements parentaux peuvent paraître cruels, comme celui de cette mère qui a demandé à son fils de tenir sa tête sous l'eau lorsqu'elle était dans son bain (plus tard elle a fait une tentative par noyade) ou cette autre mère qui avait demandé à sa fille, alors qu'elle était enfant, de la laisser mourir si elle passait à l'acte suicidaire. Même s'il peut être compréhensible qu'une personne souffre au point d'oublier les besoins de son enfant, il reste que l'impact négatif sur le jeune est indéniable. Les résultats de cette étude suggèrent que ces jeunes ont besoin de soutien informationnel pour comprendre ce qui amène une personne à penser au suicide, comprendre que l'état émotif d'une personne désespérée au point de tenter de s'enlever la vie fait en sorte que cette personne n'est plus rationnelle et qu'elle peut même perdre contact avec ses plus grandes raisons de vivre, en l'occurrence ses enfants. Selon Shneidman (1993), chez une personne suicidaire, il se produit un phénomène de constriction cognitive qui fait que dans sa perception, l'éventail de solutions possibles pour soulager sa souffrance est réduit à deux options : la solution complète et immédiate à sa souffrance ou la fin de sa vie, le tout ou rien. Il en résulte alors que l'image des êtres aimés ne se trouve même plus dans son champ de vision. Le fait de mieux comprendre la dynamique d'une personne en crise suicidaire pourrait aider à dédramatiser certains aspects de la situation et à diminuer les sentiments d'incompétence et de rejet. Par contre, cette information

doit être adaptée en fonction de l'âge des enfants, tout comme l'information sur les troubles mentaux (Gladstone et al., 2011).

Les jeunes ont besoin d'information concrète sur la problématique du suicide en général et sur ce qu'ils peuvent faire (ou ne doivent ou ne peuvent pas faire) pour aider le parent qui a fait la tentative de suicide, afin de retrouver ou d'augmenter leur sentiment de compétence, et pour établir certaines limites afin de préserver leur propre intégrité, en particulier les aînés de fratrie et les enfants uniques. Plusieurs de ces jeunes ont tendance à taire leurs propres besoins et à s'occuper des besoins des autres. Pour cela, le soutien professionnel pourrait jouer un rôle bénéfique en regard du soutien informationnel, surtout dans un contexte où, comme Mishara et al., (2005) l'ont constaté, les autres adultes de la famille sont souvent eux-mêmes dépassés par la situation. Le soutien informationnel pourrait les aider à ne pas prendre une trop grande part de responsabilité en regard des comportements de leur parent, à établir des limites saines, à les encourager à prendre aussi soin d'eux-mêmes et à accepter l'aide professionnelle, toujours cependant dans une perspective éco-systémique. Ainsi, les adultes responsables d'eux devraient aussi recevoir de l'information sur les limites de ce qu'un jeune peut faire pour son parent. Cependant, selon Gladstone et al. (2011), les enfants de parents atteints d'un trouble mental sévère désirent que leur contribution soit reconnue par ce parent, par l'entourage et par les professionnels. Le fait de prendre soin de leur parent leur donne le sentiment qu'on a besoin d'eux et qu'ils sont impliqués et importants pour son bien-être. Aussi, ces chercheurs soulignent l'importance de tenir compte des différentes cultures et du type de famille, la réalité étant différente dans une

famille où les deux parents sont présents et dans une famille monoparentale. Il s'agirait donc de doser soigneusement et avec la participation du jeune quelles tâches ou quels rôles il désire assumer afin de se sentir compétent et valorisé sans s'épuiser. Aussi, comme les jeunes ont souvent tendance à se sentir coupables, ils doivent savoir que ce n'est pas de leur faute (Lake, 2008) si leur parent a fait une tentative de suicide et qu'ils ne doivent pas tenter d'aider leur parent seuls. La survie de leur parent ne dépend pas seulement d'eux (Baudelot et Establet, 2006), mais qu'il existe des ressources dans leur milieu pour les accompagner dans ces moments difficiles.

Les jeunes ont aussi besoin d'avoir de l'information de base générale et pertinente sur la problématique du suicide, afin d'être sécurisés sur le fait que, par exemple, le suicide est multi factoriel et qu'ils ne peuvent pas l'attraper comme on attrape un rhume.

L'accompagnement social

La distraction a été une stratégie d'adaptation abondamment et naturellement utilisée par tous les jeunes. Les jeunes ont su s'en servir et il semble qu'ils en ont grandement bénéficié. Ses effets bénéfiques sont peut-être sous-estimés dans les interventions. C'est une stratégie d'adaptation qui pourrait être davantage valorisée et exploitée pour aider les individus de toutes les catégories d'âge dans une famille touchée par une épreuve. Dans le cas des familles touchées par une tentative de suicide, la distraction « en famille » pourrait possiblement être bénéfique, à condition que le sujet de la tentative ait été abordé ouvertement au préalable et que des ententes aient été établies à propos de la sécurité de la personne suicidaire.

Limites de l'étude

Les besoins des jeunes interviewés ressortent sous des formes parfois différentes, mais essentiellement, ce sont le besoin de sécurité et le besoin de soutien social en termes de soutien émotif, de soutien informationnel et d'accompagnement social. Étant donné qu'il y a peu de variations dans les besoins principaux des dix jeunes interviewés, et que ces besoins cadrent bien avec notre compréhension théorique des besoins possibles des jeunes dont un parent a fait une tentative de suicide, nous croyons que cette petite étude peut quand-même avoir des implications à considérer pour l'intervention auprès des familles en prévention du suicide. Cependant, certaines de nos hypothèses relatives au sexe des participants ou au statut d'ainés doivent être considérées avec prudence étant donné la non représentativité de l'échantillon. Puisqu'il s'agit d'un petit échantillon, nous ne savons pas dans quelle mesure ces résultats peuvent s'appliquer à l'ensemble de la population de jeunes qui vivent avec un parent ayant des comportements suicidaires. Nous croyons donc que le sujet mériterait d'être étudié sur un plus grand nombre de jeunes pour vérifier si les résultats de cette étude exploratoire se confirment.

Notre échantillon a comme particularité de provenir d'un bassin de familles où le parent ayant fait une tentative de suicide participait déjà lui-même à une recherche et où cette tentative n'avait pas été cachée aux membres du petit noyau familial (n=9) mais malgré cela, la difficulté à aborder ce sujet ressortait de façon assez évidente. Peut-être

qu'à cause de cette particularité, les limites que nous anticipions en lien avec le tabou entourant le suicide et le déni, qui auraient pu faire que les jeunes auraient minimisé la gravité du geste suicidaire, se sont avérées moins importantes que ce que nous pensions. Mais cela porte à penser que, dans les familles où la tentative de suicide d'un parent reste confinée dans le silence, (qui constituent la majorité des familles touchées selon Beautrais, 2004), les besoins des jeunes ne sont pas très différents de ceux de nos participants, ils sont possiblement encore plus criants.

La difficulté de départager les effets des troubles mentaux des parents de ceux des comportements suicidaires est une des limites de cette recherche. Ainsi, nous retrouvons des points communs, comme l'inquiétude, la peur, la solitude, la colère et la culpabilité entre nos résultats et ceux de Gladstone et al., 2011, Ostman, 2008, Boily et al., 2006, et Boily et al., 1998, qui ont interviewé des enfants ayant vécu avec un parent atteint d'un trouble mental. Les troubles mentaux sont relativement courants dans la population en général. Selon chaque situation, les symptômes des parents ont un impact plus ou moins significatif sur les jeunes qui en subissent les effets et ces derniers pourraient certainement bénéficier de soutien et d'information à ce sujet même si le parent n'a pas eu de comportements suicidaires. Les recherches de Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie (2003) et celle de Arsenault-Lapierre, Kim et Turecki (2004) indiquent que parmi les personnes qui sont décédées par suicide, environ 90% avaient un trouble mental, diagnostiqué ou non. Selon Beautrais, Joyce, Mulder, Fergusson et Deavoll (1996), les troubles affectifs sont plus élevés dans les tentatives de suicide que dans les

cas de décès par suicide. L'association entre les troubles mentaux et le suicide reste donc importante et les personnes suicidaires sans trouble mental sont plutôt rares.

Dans notre recherche, la population n'ayant pas recours aux services n'est pas représentée puisque chacun des parents des jeunes participants a été hospitalisé à la suite de sa tentative de suicide. Nous constatons que dans ces familles, où le parent a reçu des services, leurs enfants n'en ont pas reçus, ce que nous anticipions et qui est corroboré par Houle (2005), qui déplore que les proches de personnes suicidaires ne sont généralement pas soutenus et par Gladstone et al., (2011) qui recommandent que les unités psychiatriques tiennent compte des besoins des enfants de leurs patients.

Aussi, nous avons vu ces jeunes à une seule reprise, nous avons pris une « photo » à un moment seulement de leur trajectoire dans le processus d'adaptation. Nous ne savons pas comment leur perception de l'événement évoluera au fil du temps, ni comment l'environnement influencera leur trajectoire de vie.

Conclusion

Dans cette recherche exploratoire, nous avons recueilli les propos de dix jeunes âgés entre 14 et 20 ans, cinq filles et cinq garçons, sur l'expérience qu'ils ont vécue à la suite de la tentative de suicide d'un parent, sur leurs réactions, leurs stratégies d'adaptation et sur les besoins qu'ils considéraient comme importants dans une telle situation. Malgré la petite taille de notre échantillon, nous considérons avoir eu la chance d'avoir trois fratries, ce qui nous a fourni des informations intéressantes sur le rôle qu'ont joué les aînés de ces fratries. Nous pensons que le rôle des enfants aînés dans la dynamique familiale pourrait être étudié davantage dans les programmes dirigés vers les familles.

Il ressort de ces entrevues que cette expérience a des impacts importants au plan émotionnel, principalement sur le sentiment de sécurité et le sentiment de compétence. Les jeunes ont utilisé du soutien émotionnel de source informelle. Il apparaît que la confiance s'est effectuée tôt après que les jeunes aient appris la tentative de suicide de leur parent, mais que la distraction a été davantage utilisée, elle s'est poursuivie plus longtemps et elle a été utilisée par tous les jeunes. Quatre grandes catégories de besoins ont été identifiées : le besoin de sécurité, qui semble être transversal et s'inclure dans les autres besoins, le besoin de soutien social en termes de soutien émotionnel, de soutien informationnel et d'accompagnement social. Les jeunes ont su trouver des stratégies d'adaptation qui ont été aidantes pour eux. Cependant, la majorité des jeunes participants n'a pas reçu de soutien de source professionnelle. Nous croyons donc que ce type de soutien social pourrait être un ajout pertinent aux stratégies que les jeunes

utilisent déjà et à leurs facteurs de protection si toutefois ce type d'intervention s'effectue sans leur coller une étiquette « jeunes à risque ».

Les intervenants pourraient agir comme tuteurs de résilience auprès de ces jeunes (et de leurs familles) à condition que leur intervention s'effectue de façon bien pondérée, sans les victimiser et sans dramatiser outre mesure la situation. Il serait important d'identifier les besoins réels des jeunes en prenant en compte leurs facteurs de risque mais aussi leurs facteurs de protection, le genre et les particularités individuelles. L'idéal serait que l'intervention soit proactive, qu'elle procure aux jeunes une écoute rassurante, délicate, non-intrusive, confidentielle et respectueuse de tous les questionnements qui les assaillent. Nous croyons que de miser sur les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent naturellement et sur les facteurs de protection qu'ils ont déjà serait un point de départ encourageant. Les moyens de combler ces besoins seraient donc d'y ajouter du soutien professionnel dans une approche éco-systémique pour aider et informer les familles touchées par une tentative de suicide. Cela pourrait soutenir autant les jeunes eux-mêmes que les adultes qui sont en mesure de les accompagner au sein même des familles ou dans l'entourage immédiat.

La problématique du suicide est en général peu connue de la population et il est difficile pour des proches ou pour l'autre parent de répondre à certaines questions soulevées par les jeunes dans un tel contexte. Il ressort qu'au niveau de la communication, il y avait un malaise de part et d'autre d'aborder le sujet de la tentative de suicide. Une tierce personne pourrait faciliter cette communication. Aussi, dans les

familles touchées, les jeunes ne demandaient pas d'aide professionnelle, ils ne connaissaient pas les services, et peut-être que l'idée qu'un parent puisse faire une tentative de suicide est tellement inconcevable que d'en parler à des professionnels semble étrange pour eux et rendent difficile une démarche de demande d'aide concrète. La plupart du temps, les professionnels répondent aux demandes qui leur sont adressées directement, ils offrent rarement des services qui n'ont pas été demandés explicitement, alors il est peu probable que des gens qui ne savent pas qu'un type d'aide existe en fassent la demande. Aussi, les interventions pouvant être effectuées après une tentative de suicide sont rarement publicisées, donc peu d'individus dans la population connaissent d'emblée l'existence de ce type de soutien. Nous avons constaté, tout comme Ostman (2006), qu'il est difficile pour les jeunes d'identifier clairement quels sont leurs besoins dans l'immédiat et qu'ils ne savent pas quoi demander comme aide. Nous pensons donc que cette offre d'aide devrait être proactive. En effet, dans le tourbillon d'émotions soulevé par le fait que leur parent ait tenté de s'enlever la vie, ces jeunes ne pensent même pas que de l'aide professionnelle existe pour eux.

Aussi, les intervenants sont souvent démunis quand il s'agit d'intervenir avec les jeunes ou avec les familles dans ce type de situation. En effet, au Québec, il existe depuis de nombreuses années des formations sur l'intervention auprès des personnes suicidaires (Bazinet, Roy et Lavoie, 2011), des programmes de postvention, c'est-à-dire les interventions effectuées à la suite d'un suicide complété (Séguin et al., 2004), du suivi de deuil par suicide (Daigle et Labelle, 2006; Lake, 2008), mais en ce qui trait aux interventions à effectuer auprès des familles quand un de leur membres a des

comportements suicidaires, le souhait de leur apporter du soutien n'est que brièvement exprimé dans certaines publications gouvernementales (Gouvernement du Québec, 1998; 2005; 2010b); mais concrètement notre recherche et notre expérience dans le domaine de la prévention du suicide nous démontrent que de nombreux intervenants ont peu de références sur lesquelles s'appuyer pour effectuer ce type d'intervention. Nous espérons que cette recherche soit un point de départ pour la création d'une formation qui aiderait à mieux outiller des intervenants et qui les encouragerait à intervenir dans ce type de problématique.

Les individus qui pensent à s'enlever la vie sont des personnes qui souffrent, mais elles vivent dans une communauté où d'autres personnes souffrent également. Dans le cadre de la présente recherche, il s'agit des jeunes, qui ne constituent pas de façon générale le groupe le plus à risque de suicide dans la société québécoise mais, même si l'urgence va aux personnes suicidaires, celles qui les entourent devraient être considérées dans les interventions. Tous les jeunes que nous avons rencontrés dans le cadre de cette recherche ont démontré une candeur saine, nourrie de leurs idéaux et de leur confiance en la vie, ébranlée certes, mais pas anéantie. Combien de fois peut-elle être ébranlée avant de flancher? Si, après chaque secousse, elle est renforcée par l'intervention de personnes bienveillantes et compétentes dans le contexte d'une communauté chaleureuse et soutenante, nous espérons que cela augmentera leurs chances de persister et de poursuivre leur trajectoire dans ce que nous croyons être la bonne direction, celle de la vie.

Références

- Afifi, T. O., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2006). Mental Health Profiles Among Married, Never-Married, and Separated/Divorced Mothers in a Nationally Representative Sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(2), p. 122-129.
- Aujard, M.-F. (2007). La suicidologie, un outil de gestion du comportement. *Recherches sociographiques*, 48(3), p. 161-174.
- Baechler, J. (1975). *Les suicides*. Éditeur Calmann-Lévy, Paris, France, 662 p.
- Baudelot, C. & Establet, R. (2006). Suicide : changement de régime. Un observateur hors pair, Maurice Halbwachs. Intervention au colloque « Dialogue avec Maurice Halbwachs », Paris, Campus Paris-Jourdan, jeudi 1er décembre 2005, *Liens socio*, janvier 2006.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D.M., & Deavoll, B.J. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1009-1014.
- Beautrais, A. L. (2004). *Support for Families, Whanau and Significant Others After a Suicide Attempt. A literature review and Synthesis of Evidence*. Christchurch, Canterbury Suicide Project, Christchurch School of Medicine & Health Sciences, 51 pages.
- Bégin, C. & Lefebvre, D. (1997). La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites. *Santé mentale au Québec*, 22(1), p. 43-68.
- Beiger, F. (2008). *L'enfant et la médiation animale*. Paris, Dunod, 200 pages.
- Boily, M., St-Onge, M., & Toutant, M.-T. (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale*, Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine (Intervenir), 256 pages.
- Boily, M., Lew, V. & Morissette, P. (1998). Les difficultés psychosociales vécues par les enfants mineurs de personnes atteintes de maladie mentale. *Service social*, 47(3-4), p. 247-287.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New-York: Brunner Mazel, Medical Dept., Harper & Row, 408 pages.
- Boyer, R., D. Saint-Laurent, M. Préville, G. Légaré, R. Massé & C. Poulin (2000). *Idées suicidaires et parasuicides, Enquête sociale et de santé*. 1998, Québec, Institut de la statistique du Québec, ch. 17, p. 355-367.
- Bowlby, J. (1961). *Attachment and loss*. Vol. 1. New York: Basic Book.
- Bronisch, T. & Lieb, R. (2008). Maternal Suicidality and Suicide Risk in Offspring. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), p. 213-221.

- Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide : A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H, Thomsen, A. H. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping With Stress during Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127(1), p. 87-127.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris, Éditions Odile Jacob, 239 pages.
- Cyrulnik, B. (2011). *Le suicide des enfants : « Quand un enfant se donne la mort »*. Paris, Éditions Odile Jacob, 190 pages.
- Daigle, M. & Labelle, R. (2006). *Être enfant et survivre au suicide d'un être cher : Évaluation du Programme de thérapie de groupe pour enfants endeuillés par suicide de la Ressource Régionale Suicide de Laval du CSSSL*. Laval : Agence de santé et des services sociaux de Laval. 105 pages.
- Dalton, J. H., Ellias, M. J. & Wandersman A. (2000). *Understanding Coping and Social Support in Community Psychology : Linking Individuals and Communities*, p. 219-249.
- Devault, A. & Fréchette, L. (2006). Le soutien social : ses composantes, ses effets et son insertion dans les pratiques sociosanitaires. Dans G. Caroll (Ed.). *Pratiques en santé communautaire*. Chenelière Éducation : Montréal, p. 141-152.
- Dougherty, D. M., Marsh-Richard, D. M., Hatzis E.S., Nouvion, S.O. & Mathias, C. W. (2008). A Test of Alcohol Dose Effects on Multiple Behavioral Measures of Impulsivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, p. 111-120.
- Dulac, G. & Laliberté, A. (2002). Les trajectoires de demande d'aide des hommes à risque suicidaire: La limite des aidants naturels. Dans C. Lacharité, G. Pronovost, & É. Coutu (Éds.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Durkeim, E. (1985). *Le suicide*. Presses universitaires de France, Paris, France, 462 pages.
- Fleming, T., Merry S., Robinson, E., Denny, S. & Watson, P. (2007). Self Reported Suicide Attempts and Associated Risk and Protective Factors Among Secondary School Students in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 41(3), p. 213-21.
- Fotti, S. A. Katz, L. Y., Afifi, T. O. & Cox, B. J. (2006). The Associations Between Peer and Parental Relationships and Suicidal Behaviors in Early Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(11), p. 698-703.

- Gallagher, R. (2009). L'état suicidaire chez l'enfant, comprendre et agir. *Comprendre et agir à l'école primaire*, Direction de santé publique Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine, document inédit, p. 17-30.
- Gagnon, V. (2004). *Étude comparative des stratégies d'adaptation de rumination et de distraction chez les adultes et les adolescents dépressifs*. Document inédit, Université du Québec à Chicoutimi.
- Gladstone, B.M., Boydell, K.M., Seeman, M.V., & McKeever, P.D. (2011). Children's experiences of parental mental illness: A literature review. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 271-289.
- Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*. Québec : Publications du Québec, 94 pages.
- Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (2005). *Plan d'action santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec : Publications du Québec, 96 pages.
- Gouvernement du Québec (Institut de la statistique du Québec) (2010a). Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social – Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, *Zoom Santé*, 20, 8 pages.
- Gouvernement du Québec (Santé et services sociaux) (2010b). *Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec : Publications du Québec, 83 pages.
- Gouvernement du Québec (Institut national de santé publique) (2011). *Tendance de la mortalité par suicide au cours des 30 dernières années au Québec : Est-ce que le suicide demeure un problème?* Québec : Publications du Québec, 51 pages.
- Gouvernement du Québec (Institut national de santé publique) (2013). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010*. Québec : Publications du Québec, 24 pages.
- Gouvernement du Québec (Institut national de santé publique) (2014). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2011*. Québec : Publications du Québec, 24 pages.
- Gratton, F. (mai 2004). La théorisation ancrée: un apport novateur à la compréhension du suicide. Conférence tenue lors du Congrès international « Pratiques novatrices pour la prévention du suicide », Montréal, Canada. En ligne : < http://www.crise.ca/fr/pub_details.asp?no_pub=231&docu=conference&auteur=Gratton%20Francine§ion=publications >.
- Hamel, D. & Pampalon, R. (2002). *Traumatismes et défavorisation au Québec*. Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec. Publications du Québec, 96 pages.

- Hanus, M. (2002). *La résilience à quel prix? Survivre et rebondir*. Paris, Maloine, 231 pages.
- Hanus, M., & Sourkes, B. M. (1997). *Les enfants en deuil*, Paris, Frison-Roche, 459 pages.
- Hendin, H., Phillips, M. R., Vijayakumar, L., Pirkis, J., Wang, H., Yip, P., Wasserman, D., Bertolote, J.M., & Fleishmann, A. (Eds.). (2008). *Suicide and Suicide Prevention in Asia*. Genève, Suisse: WHO Press, 121 pages.
- Hobfoll, S., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M.J., ... Steinberg R. (2009). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention : empirical evidence, *Focus*, Vol. 7, p. 221-242.
- Houle, J., Mishara, B. L. & Chagnon, F. (2005). Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide?, *Santé mentale au Québec*, 30(2), 61-84. En ligne : < <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf> >.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M., Kasen, S., Brown, J. & Brook, J. S. (2002). Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Childhood. *Arch Gen Psychiatry*, 59, p. 741-749.
- Joiner, T. (2010). *Myths about suicide*. Cambridge : Harvard University Press, 288 pages.
- Julien, M. & Laverdure, J. (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*, Institut national de santé publique du Québec, Québec, 45 pages.
- Kirkpatrick Johnson, M., Crosnoe, R. & Elder, G. H. (2011). Insights on Adolescence from a Life Course Perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), p. 273-280.
- Klimes-Dougan, B., Free, K., Ronsaville, D., Stilwell, J., Welsh, J., & Radke-Yarrow, M. (1998). Suicidal Ideation and Attempts: A Longitudinal Investigation of Children of Depressed and Well Mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), p. 651-659.
- Lachal CH., Geneste J., Loubeyre, J. B., Durant, F. & Coudert, A. J. (1988). Les conduites suicidaires parentales et l'enfant, *Psychologie médicale*, 20(3), p. 355-358.
- Lake, J. (2008). Le vécu des enfants endeuillés suite au suicide d'un être cher et Témoignages de jeunes endeuillés suite au suicide d'un parent. Dans Hanus, M. (sous la direction de), *La mort d'un parent*. Paris : coll. « Espace éthique », p. 21-41.

- Lamarre, S. (2014). *Le suicide, l'affaire de tous – Vers une nouvelle approche*. Montréal, Les éditions de L'Homme, 217 pages.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer, 342 pages.
- L'Écuyer, R. (1990) *Méthodologie de L'Analyse Développementale de Contenu: Méthode GPS et concept de soi*, Québec Presses de l'Université du Québec, 490 pages.
- Lieb, R., Bronisch, T., Hofler, M., Schreier, A. & Wittchen, H. U. (2005). Maternal Suicidality and Risk of Suicidality in Offspring: Findings from a Community Study. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), p. 1665-1671.
- Masson, J. (2006). *Derrière mes larmes d'enfant, la mort et le deuil me font mal*, Éditions Ressources. St-Jérôme, Québec, 349 pages.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D. & collaborateurs. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville, Gaétan Morin Éditeur, 409 pages.
- Mishara, B. L. (1995). Conception de la mort et du suicide chez l'enfant : recherches empiriques et implications pour la prévention du suicide, *P.R.I.S.M.E.*, 5(4), 499-509.
- Mishara, B. L., Houle, J. & Lavoie, B. (2005). Comparison of the Effects of Four Suicide Prevention Programs for Family and Friends of High-Risk Suicidal Men Who Do Not Seek Help Themselves. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), p. 329-342.
- Mishara, B. L. & Houle, J. (2008). Le rôle des proches dans la prévention du suicide. *Perspectives Psy*, 47(4), p. 1-7.
- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 172 pages.
- Mishara, B. L. & Chagnon, F. (2011). Understanding the Relationship Between Mental Illness and Suicide and the Implications for Suicide Prevention. Dans R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*, Chichester: Wiley-Blackwell, p. 609-623.
- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., & Wasserman, D. (2007). Familial Clustering of Suicidal Behavior and Psychopathology in Young Suicide Attempters: a Register-Based Nested Case Control Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), p. 28-36.

- Monkeviciéné, O., Mishara, B.L., & Dufour, S. (2006). Effects of the Zippy's Friends program on children's coping abilities during the transition from kindergarten to elementary school. *Early Childhood Education Journal*, 34(1), p. 53-60.
- Morrisette, P. (1984). *Le suicide, démystification, intervention et prévention*. Québec : C.P.S. de Québec, 436 pages.
- Murphy, G. E. & Wetzel, R. D. (1990). The Lifetime Risk of Suicide in Alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, p. 383-392.
- Murphy, G. E. (1992). *Seven Risk Factors for Suicide in Alcoholics. Suicide in Alcoholism*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Organisation des Nations Unies (1996). *Prevention of Suicide, Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*. New York: Department for Policy Coordination and Sustainable Development. p. 14.
- Organisation mondiale de la Santé (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Genève, Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé, 90 pages.
- Ostman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness: investigating their everyday situation. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 62(5), 354-359. doi:10.1080/08039480801960065
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*. 92(4), p. 545-557.
- Rahe, R.H. & Arthur, R. J. (1978). Life Change and Illness Studies: Past History and Future Directions. *Journal of Human Stress*, 4, p. 3-15.
- Séguin, M., Roy, F., Bouchard, M., Gallagher, R., Raymond, S., Gravel, C., Boyer, R. (2004). *Programme de postvention en milieu scolaire, Stratégies d'intervention à la suite d'un suicide*, Bibliothèque nationale du Québec, Montréal, 81 pages.
- Shneidman, E. S. (1999). *Le tempérament suicidaire, risques, souffrances et thérapies*. Bruxelles : De Boeck et Belin, 174 pages.
- Shneidman, E. S. (1993), *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Northvale, Jason Aronson Inc., 258 pages.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. Sherwood, (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping, *Psychological Bulletin*, Vol. 129, No. 2, 216-269.
- Société Radio-Canada (1981). La décriminalisation du suicide au Canada. Entrevue de G. Guérin, à l'émission *La vie quotidienne*, Montréal : Société Radio-Canada. En ligne : http://archives.radio-canada.ca/version_print.asp?page=1&IDLan=0&IDClip=6386&IDDossier=0&IDCat=223&IDCatPa=152 .

- Tedeschi, R., G. & Calhoun, L., G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, Vol. 15, No 1, 1-18.
- Tousignant, M. & Fayette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie : deux phénomènes inter reliés*. Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 45 pages.
- Vella, J. & Daigle, M. S. (2010). *Évaluation préliminaire du programme Victor, Sandrine et le Dragon, module Gestion du stress*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières, 86 pages.
- Wolk-Wasserman, D. (1986), Suicidal Communication of Persons Attempting Suicide and Responses of Significant Others. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, p. 481-499.

Appendice A

Schéma d'entrevue

Schéma d'entrevue

Les grands thèmes du schéma d'entrevue sont :

- (I) Les perceptions des jeunes en regard de la situation qu'ils vivent.
- (II) Les aspects relationnels, la perception des jeunes en regard des relations au sein de la cellule familiale.
- (III) les mécanismes d'adaptation ou *coping* des jeunes en regard du fait qu'un membre de leur famille soit suicidaire.
- (IV) La perception des jeunes face à la vie en général, leurs valeurs et leurs croyances
- (V) Le soutien social qu'ils reçoivent et les besoins des jeunes en termes de soutien psychosocial selon eux.

ENTREVUE

NB : Les sous-questions ci-dessous ne seront pas toutes systématiquement posées lors des entrevues. Elles sont inscrites à titre d'aide-mémoire seulement.

PRÉSENTATIONS – INTRODUCTION

« Tes parents et toi avez accepté de participer à une recherche qui contribuera à mieux savoir comment apporter du soutien aux familles (qui vivent des choses difficiles) et aux enfants dans ces familles. Tu peux être assuré que tout ce que tu vas me dire va rester confidentiel et anonyme : ça veut dire que je ne parlerai à personne de ce que tu m'auras dit. Quand l'entrevue sera terminée, je vais enlever ton nom sur les notes que j'aurai prises et personne ne pourra savoir qui a donné ces réponses. Je ne laisserai aucune information qui pourrait permettre de t'identifier. Par rapport à mes questions, tu es libre de répondre ou non. Tu peux me demander d'arrêter l'entrevue n'importe quand si tu veux, c'est toi qui décides. Est-ce que je peux commencer l'entrevue? Je vais te poser quelques questions sur ta vie dans ta famille et aussi un peu à l'extérieur de ta famille ».

Questions neutres : âge, frères, sœurs, intérêts, sport, école, etc.

- I. PERCEPTION, DESCRIPTION DE LA SITUATION : *connaître la perception du jeune en regard de son milieu familial en général, vérifier s'il perçoit un problème.*

Question générale

- Comment décrirais-tu la vie dans ta famille, dans ses bons moments et ses moins bons moments?

Sous-questions

- Décris-moi un bon moment vécu en famille? Qui est là? Que faites-vous?
- Parle-moi de moments plus difficiles ou stressants que tu vis ou que tu as vécus dans ta famille.
- Qu'est-ce qui se passe dans ces moments, ou qu'est-ce que tu as l'impression qui se passe?

II. PLAN RELATIONNEL : *identifier les sources de stress perçues par le jeune dans les relations familiales.*

Question générale

- Comment ça se passe entre toi et les membres de ta famille?

Sous-questions

- Y a-t-il une personne ou des personnes pour qui tu as plus d'inquiétude dans ta famille?
- Comment expliques-tu la situation?
- Quelles sont les personnes avec qui tu te sens plus à l'aise?
- Dans les moments que tu trouves plus difficiles, comment ça se passe? Et avec les autres membres de ta famille?

III. STRATÉGIES D'ADAPTATION : *identifier les stratégies d'adaptation, les sources de soutien perçues par le jeune, son degré de satisfaction du soutien reçu, la fréquence de ses demandes d'aide (soutien émotionnel, informationnel, instrumental, accompagnement social).*

Question générale

- Qu'est-ce que tu fais pour te sentir mieux quand ça ne va bien?

Sous questions

- Est-ce que tu fais des activités?
- Quel type d'activités? (sport, lecture, télévision, cinéma, musique, internet, jeux vidéo, art, danse, etc.)
- Seul ou avec d'autres personnes?
- Aimes-tu aller chercher des informations? Sur quels sujets?
- Quand tu te sens moins bien ou que tu es préoccupé, préfères-tu en parler avec quelqu'un ou régler ça autrement?
- À qui te sens-tu à l'aise de te confier ou de demander de l'aide quand tu vis des choses difficiles?
- Y-a-t-il des personnes à qui tu sens que tu peux te confier ou à qui tu peux demander des choses en toute sécurité?
 - Dans ta famille immédiate?
 - Dans ta famille élargie, ceux qui ne vivent pas chez toi?
 - Chez des amis, des camarades de classe?
 - Des voisins?
 - Qu'est-ce qui fait que tu te sens en sécurité avec ces personnes?
- Fais-tu partie d'un groupe, d'une équipe? Est-ce que tu trouves que ça te donne du soutien?
- Y-a-t-il des intervenants, des éducateurs, des professeurs etc., à qui tu vas parler ou qui essaient de t'aider?
- Est-ce que tu as essayé de leur parler? Est-ce que tu trouves que cela t'a aidé?
 - (Si le jeune n'en a pas parlé) : pourquoi pas?
- As-tu des meilleurs amis?
- Est-ce que tu peux leur parler de n'importe quoi?
- Leur as-tu parlé de la situation difficile dont tu m'as parlé. Est-ce que cela t'a aidé? Comment? Sinon, pourquoi pas?
- As-tu eu des réponses qui ont été satisfaisantes, qui t'ont aidé? De qui?
- Où t'adresses-tu le plus souvent? À quelle fréquence?

L'offre d'aide : vérifier si le jeune utilise l'offre d'aide comme stratégie d'adaptation pour tenter de changer la situation ainsi que l'impact de cette stratégie sur lui.

Question générale

- Est-ce-que ça t'arrive d'essayer d'aider des personnes? Qui sont ces personnes? Comment ça se passe?

Sous questions

- Sinon, pourquoi pas?

- Si oui, comment te sens-tu après?
- Qu'est-ce qui pourrait être fait selon toi pour aider (la personne dont il a déjà parlé)?
- Y-a-t-il d'autres personnes dans ton entourage ou dans ta famille qui auraient besoin d'aide d'après toi?

IV. BESOINS : *connaître la perception du jeune en regard de ses propres besoins, tenter de vérifier s'il y a des secrets ou des sujets tabous pour lui.*

Question générale

- Est-ce-que tu peux me dire de quoi tu aurais besoin pour te sentir bien?

Sous-questions

- Qu'est-ce que tu aimerais avoir comme aide en plus que ce que tu as déjà?
- Qu'est-ce que tu sens qui te manque le plus?
- Qu'est-ce qui t'aiderait le plus?
- Y-a-t-il des choses que tu voudrais savoir ou demander mais que tu n'oses pas à propos de ta famille ou d'autres familles?
- Si tu pouvais poser n'importe quelle question, qu'est-ce que ce serait? À qui aimerais-tu poser cette question?

V. PERCEPTION DU JEUNE FACE À LA VIE EN GÉNÉRAL, SES VALEURS ET SES CROYANCES (soutien normatif) : *connaître ses valeurs, ses aspirations, ses rêves, ses facteurs de protection. Vérifier s'il y a des sujets tabous ou secrets pour lui. Terminer l'entrevue sur une note positive.*

Question générale

- Qu'est-ce que tu aimes plus ou que tu aimes moins dans la vie en général, ou par rapport à ta famille?

Sous-questions

- Comment penses-tu que les choses devraient se passer dans une famille idéale?
- Si tu pouvais changer une chose dans ta famille, ce serait quoi?
- Qu'est-ce qui est le plus précieux dans la vie pour toi? Ou, qu'est-ce qui devrait être considéré comme le plus précieux?
- Qu'est-ce que tu n'aimes pas dans la vie ou que tu aimes moins?

- Est-ce qu'il y a des choses dont tu penses qu'il vaut mieux ne pas parler? Quel genre de choses? Pourquoi?
- Quel est ton plus grand souhait dans ta vie actuelle (même si tu penses que ce n'est pas possible).
- Quelle est ta plus grande force selon toi?

CONCLUSION DE L'ENTREVUE

- Comment te sens-tu de m'avoir partagé tout cela?
- Qu'est-ce que tu as trouvé plus difficile?
- Y-a-t-il des choses que tu trouves que je pourrais demander autrement aux autres jeunes que je vais rencontrer?
- Y-a-t-il des choses que trouves importantes, que je n'ai pas demandées et que tu voudrais me dire ou me demander?

REMERCIEMENTS

Les besoins pourront aussi être abordés à travers chacun des thèmes. Les familles impliquées dans cette recherche seront évidemment mises en contact avec la ressource en prévention du suicide de leur milieu (qui sera au courant de notre démarche) ou d'autres ressources appropriées.

Appendice B

Grille de codification

Les stratégies d'adaptation et les besoins psychosociaux des adolescents et des jeunes adultes dont un parent a fait une tentative de suicide

Grille de codification

Thèmes et catégories	
<i>a. Âge</i>	
<i> Sexe</i>	
<i>b. Vit avec quel parent ou type de garde</i>	
<i>c. Fratrie</i>	
<i>d. Statut marital des parents</i>	
1. Perception du milieu familial	
1.1. En général	
1.2. Bons moments	
1.3. Moments difficiles	
1.4. Autres problèmes perçus ou événements marquants	
2. La tentative	
2.1. Personne qui a fait la tentative de suicide (ts)	
2.2. Date de la tentative - Depuis quand	
2.3. Nombre de tentatives	
2.4. Connaissance de la tentative	
2.5. Connaissance des événements entourant la tentative	
2.5.1. Rôle du jeune dans la tentative	
2.5.2. Indices perçus avant la tentative	
2.5.3. Autres indices suicidaires avant la tentative	
2.5.4. Indices après la tentative	
2.6. Communications avec le parent ayant fait la tentative	
2.6.1. En général	
2.6.2. Manifestations d'affection envers le parent ayant fait la ts.	
2.6.3. Manifestations d'affection venant du parent ayant fait la ts.	
2.6.4. Manifestations négatives du jeune envers le parent ayant fait la ts.	
3. Impacts de la tentative sur le jeune	
3.1. Impacts au plan des émotions	
3.1.1. Description des émotions vécues	
3.1.2. Inquiétudes	

3.1.3. Idées suicidaires chez le jeune	
3.1.4. Tendance à protéger les autres	
3.1.5. Éléments rassurants ou sécurisants	
3.2. Impacts au plan organisationnel (impacts sur le lieu de résidence après la ts, etc.)	
4. Soutien social et coping	
4.1. Soutien social perçu par le jeune (émotionnel, informationnel, accompagnement social)	
4.1.1. Amis	
4.1.1.1. Comme confidents	
4.1.1.2. Comme distraction	
4.1.2. Parents (père, mère)	
4.1.3. Fratrie	
4.1.4. Autres membres de la famille ou proches	
4.1.5. Professionnels	
4.1.6. Offre d'aide professionnelle au jeune	
4.1.7. Autres sources de soutien	
4.2. Activités	
4.2.1. Occupation (Études, travail)	
4.2.2. Champs d'intérêt (Aime)	
4.2.3. Activités	
4.2.3.1. Activités se faisant seul	
4.2.3.2. Activités de groupe	
4.3. Autres stratégies d'adaptation utilisées par les jeunes	
4.3.1. Distraction	
4.3.2. Rationalisation (stratégies cognitives)	
4.3.3. Autres	
5. Autres effets de la situation	
5.1. Caractéristiques des jeunes	
5.1.1. Aider les autres – être confident	
5.1.2. Valeurs, philosophie de vie	
5.1.3. Forces, qualités, talents et autres caractéristiques des jeunes	
5.2. La situation aujourd'hui	
6. Besoins des jeunes selon eux	
6.1. En général (à la suite de la ts du parent	
6.2. Informations désirées par les jeunes	
6.3. Plus grand souhait des jeunes	
7. Commentaires ou ajouts.	