

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

LE SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS ENTRE 8 ET 12 ANS.
UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE À PARTIR DU POINT DE VUE DES PARENTS.

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
KARINE LECLAIR

Décembre 2013

I-Sommaire

Cette recherche a pour objectif général de documenter le phénomène du suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans de la région de l'Outaouais à partir du point de vue des parents. La revue de littérature offre l'occasion de prendre conscience qu'il existe peu de documentation sur le sujet qui est encore tabou. Le projet de recherche est donc de type exploratoire. Des entrevues semi-structurées ont été effectuées auprès de parents dont un enfant a eu des idéations suicidaires ou a réalisé une tentative de suicide il y a cinq ans ou moins dans la région.

Pour l'analyse des résultats obtenus, le modèle écologique a été utilisé. Il s'agissait d'un choix judicieux parce qu'il offre une vision d'ensemble de l'environnement d'un enfant suicidaire. Certains des facteurs de risque qui ont ainsi émergés de l'analyse des résultats sont plutôt inattendus et sont encore peu abordés dans la documentation existante sur le suicide chez les enfants. Entre autres, il semble que la violence soit très présente dans le système familial des enfants suicidaires. La perte de personnes significatives seraient aussi un facteur de risque du suicide chez les enfants selon les données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche. Quant à l'aide recherchée, reçue ou désirée, il semble que les parents interrogés éprouvent des difficultés à recevoir du soutien social.

La stratégie de recrutement ne faisant pas appel au hasard, l'échantillon de petite taille et la recension des écrits reposant principalement sur la littérature québécoise sont quelques une des limites associées à la recherche. Nous n'avons pas la prétention que nos résultats soient généralisables. Nous espérons uniquement que cette étude permettra d'offrir des pistes pour des études ultérieures. Par exemple, il serait intéressant d'étudier les liens possibles entre la disponibilité des ressources et le suicide chez les enfants.

II- Table des matières

I-Sommaire.....	2
II- Table des matières.....	3
III- En introduction : la pertinence d'explorer un sujet fort peu documenté.....	8
1- Problématique et recension des écrits	11
▪ 1.2. Définitions	13
1.2.1. Suicide.....	13
1.2.2. Processus suicidaire.....	13
▪ 1.3. Données factuelles.....	15
▪ 1.4. Moyens utilisés.....	17
▪ 1.5. Signes d'expression suicidaire	18
▪ 1.6. Théories explicatives.....	19
1.6.1. Approche psychiatrique.....	19
1.6.2. Approche psychanalytique	19
1.6.3. Approche psychologique.....	21
1.6.4. Approche sociologique.....	21
▪ 1.7. Facteurs de risque.....	23
1.7.1. Facteurs individuels.....	23
1.7.2. Facteurs familiaux	24
1.7.3. Facteurs environnementaux.....	24
1.7.4. Facteurs de risque chez les enfants	25
▪ 1.8. Facteurs de protection	26
1.8.1. Facteurs individuels.....	26
1.8.2. Facteurs familiaux	26
1.8.3. Facteurs environnementaux.....	26
1.8.4. Facteurs de protection chez les enfants	27
▪ 1.9. Réponses sociales	27
1.9.1. Prévention.....	27
1.9.2. Interventions thérapeutiques	28
1.9.2.1. Médicale	28
1.9.2.2. Psychosociale	29
1.9.2.2.1 Postvention	30
1.9.2.2.2. Chez les enfants.....	30
▪ 1.10. Question de recherche	32
2 - Cadre théorique.....	32
▪ 2.1. Modèle écologique	33
2.1.1. Bref historique du modèle	33
2.1.2. Définition des éléments constitutifs du modèle	34
2.1.3. Diverses utilisations du modèle.....	35
2.1.4. Critiques suscitées	37
2.1.5. Pertinence de l'application du modèle	38
2.1.6. Utilisation du modèle pour l'étude du suicide chez les enfants	39
3 - Cadre opératoire.....	40
4- Méthodologie	43

▪ 4.1. Devis de recherche	43
▪ 4.2. Population cible et construction de l'échantillon	44
▪ 4.3. Stratégies de recrutement	45
▪ 4.4. Présentation de l'étude aux participants potentiels	48
▪ 4.5. Collecte des données	48
4.5.1. Schéma d'entrevue	49
4.5.2. Procédure lors des entrevues	50
▪ 4.6. Analyse des données	51
▪ 4.7. Considérations éthiques.....	53
▪ 4.8. Limites de la recherche	54
▪ 4.9. Présentation de l'échantillon	55
5- Résultats	56
▪ 5.1. Portrait des familles.....	56
5.1.1. Première famille	57
5.1.2. Deuxième famille	57
5.1.3. Troisième famille	58
5.1.4. Quatrième famille.....	58
5.1.5. Cinquième famille	59
5.1.6. Sixième famille	59
5.1.7. Septième famille.....	60
5.1.8. Huitième famille.....	61
▪ 5.2. Ontosystème	61
5.2.1. Caractéristiques individuelles des enfants.....	61
5.2.2. Résultats scolaires	62
5.2.3. Tempérament	63
5.2.4 Diagnostic(s) d'une maladie mentale	64
▪ 5.3. Processus suicidaire.....	65
5.3.1 Nature des gestes suicidaires.....	65
5.3.2. Circonstances des gestes suicidaires	67
5.3.3. Signes d'expression suicidaire	68
5.3.4. Hospitalisation.....	70
5.3.5 Réactions émotives des mères	70
▪ 5.4. Mésosystème	72
5.4.1. Relation avec les mères	72
5.4.2. Relation avec les pères	76
5.4.3. Relations avec la fratrie	78
5.4.4. Relation conjugale des parents	80
5.4.5. Relation avec les familles élargies	82
5.4.6. Relation avec les parents biologiques	84
5.4.7. Relation avec les familles d'accueil antérieures	86
5.4.8. Relation avec les amis	88
5.4.9. Relation avec les enseignants	90
5.4.10. Relation avec les responsables des services des loisirs.....	91
5.4.11. Violence	92
▪ 5.5. Réseau formel.....	94
5.5.1. Traitements psychosociaux	94
5.5.2. Traitements médicaux	96

▪ 5.6. Réseau informel.....	98
5.6.1. Soutien collectif.....	100
6- Analyse des résultats et conclusion.....	101
▪ 6.1. Facteurs de risque ontosystémiques	101
6.1.1. Âge	102
6.1.2. Diagnostic(s) d'une maladie mentale	102
6.1.3. Tempérament.....	104
▪ 6.2. Facteurs de risque microsystemiques et mésosystemiques	104
6.2.1. Perte de contacts avec les personnes significatives.....	105
6.2.2. Diagnostic(s) d'une maladie mentale chez les parents.....	108
6.2.3. Nombreux déménagements de la famille dans diverses villes ...	109
6.2.4. Précarité d'emploi des parents	109
6.2.5. Violence	110
▪ 6.3. Réponses sociales	113
▪ 6.4. Recommandations	116
6.4.1. Recommandations concernant la recherche	116
6.4.2. Recommandations concernant la pratique.....	117
6.4.3. Recommandations concernant les politiques sociales.....	119
IV. Références bibliographiques	123
Appendice A – Formulaire de consentement	133
Appendice B – Lettre de présentation	136
Appendice C – Liste des ressources d'aide	139
Appendice D – Guide d'entrevue.....	141
Appendice E – Autorisation Centre d'aide 24/7	143
Appendice F - Certificat d'approbation éthique.....	145
Appendice G – Grille de codification	149
Appendice H – Génogramme des familles.....	155

Liste des tableaux

Concepts, dimensions et indicateurs du cadre opératoire	40
Caractéristiques individuelles des répondantes	53
Caractéristiques individuelles de l'ontosystème	55
Portrait de la première famille	56
Portrait de la deuxième famille	56
Portrait de la troisième famille	57
Portrait de la quatrième famille	57
Portrait de la cinquième famille	58
Portrait de la sixième famille	58
Portrait de la septième famille	59
Portrait de la huitième famille	59
Facteurs de risque des gestes suicidaires de l'ontosystème	110

III- En introduction : la pertinence d'explorer un sujet fort peu documenté

Il est très difficile de faire le deuil d'un proche. Il est d'autant plus ardu de concevoir de survivre au décès d'un proche qui se suicide non seulement parce qu'il s'agit d'une mort inattendue, mais également parce que de nombreux préjugés persistent sur le suicide. Ainsi, les personnes dont un proche se suicide ont tendance à se refermer sur elles-mêmes et à entretenir des sentiments de honte et de culpabilité. Lorsque le suicidé est un enfant, ce deuil est encore plus douloureux et plusieurs refusent d'y croire. Bien que peu documenté, ce phénomène existe véritablement au Québec. En effet, certains parents ont à vivre le décès par suicide de leur enfant, expérience d'autant plus difficile puisque dans l'ordre naturel des choses, celui-ci devrait survivre à ses parents. Ainsi, il apparaît important que le travail social, fortement associé à la relation d'aide, se penche sur la question du suicide chez les enfants. La question étant peu documentée, notre mémoire contribuera à son enrichissement. De façon à explorer plus avant le suicide chez les enfants, nous nous préoccupons de soulever le point de vue des parents dont un enfant a eu des idéations suicidaires ou a effectué une tentative de suicide. Ainsi, les parents deviennent des informateurs privilégiés du phénomène à l'étude.

Les statistiques répertoriées récemment permettent de penser que le phénomène du suicide chez les enfants prend de l'ampleur au Québec depuis les années 1970 (Gallagher & Daigle, 2008a). C'est à partir de ce constat que l'objet de recherche a d'ailleurs été retenu. L'objectif général de ce projet de recherche est de documenter le phénomène du suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans de la région de l'Outaouais à partir du point de vue des parents. Les objectifs spécifiques visaient à obtenir la perception des parents des facteurs explicatifs des idéations suicidaires ou de la tentative de suicide de leur enfant et de documenter les réponses sociales obtenues.

La littérature sur le suicide chez les enfants est pratiquement inexistante malgré qu'il soit démontré qu'un enfant suicidaire ne recevant pas de soutien est plus à risque de s'enlever la vie à l'âge adulte (Barrio, 2007; Bigras & al., 1999; Cyrulnik, 2011; Delamare et al., 2007; de Montigny, 2012; Gallagher, 2005; Gallagher & Daigle, 2008a; Lambin, 2004; Perisse & Cohen, 2003; Salimi et al., 2012; Stordeur, 2012). Il semble qu'aucune étude québécoise ne documente le point de vue des parents dont un enfant a eu des idéations suicidaires ou a réalisé une tentative de suicide. Sans compter que les programmes de prévention disponibles, jusqu'à ce jour, servent principalement à dépister les risques de suicide chez les adultes. Peu d'outils de prévention ciblaient les enfants et leur famille. De plus, l'originalité de cette étude repose sur l'utilisation du modèle écologique pour l'analyse des données, ce qui a pour effet d'offrir un portrait plus global du contexte qui entoure l'enfant qui pose un geste suicidaire. Mentionnons que le choix du modèle écologique comme cadre théorique pour ce projet de recherche a été influencé, entre autres, par Laliberté (2007) qui a utilisé ce même cadre théorique pour élaborer une étude sur le suicide chez les autochtones et par White (1998) qui s'est servie du modèle écologique pour réaliser un programme de prévention du suicide chez les adolescents en Colombie-Britannique.

Ce document présente notre démarche théorique et méthodologique tout en exposant les résultats obtenus. D'abord, une description de la problématique a été réalisée. Cette recension des écrits vise à faire l'état des connaissances sur le suicide chez les enfants. Pour ce faire, le phénomène du suicide est décrit alors que les spécificités remarquées chez les enfants sont mises en lumière. Puis, le cadre opératoire définit les concepts utilisés pour les fins de cette étude tandis que le cadre théorique était élaboré à partir du modèle écologique pour l'analyse des données.

Évidemment, la méthodologie prévue pour la réalisation de ce projet et les considérations éthiques sont exposées.

Soulignons également que cette recherche comporte des limites. Les résultats ne sont pas généralisables considérant que l'échantillon est de petite taille et que la recension des écrits repose surtout sur la littérature québécoise. Également, les résultats peuvent être quelque peu biaisés, car certains répondants ont pu s'autocensurer avec le sujet du suicide chez les enfants qui est encore tabou.

Enfin, la présentation des données recueillies précède l'analyse des résultats effectuée à l'aide du cadre théorique. Des pistes pour des recherches ultérieures sont apportées en guise de conclusion.

1- Problématique et recension des écrits

Même s'il existe peu d'écrits sur le phénomène du suicide chez les enfants, certaines connaissances sont disponibles. Il est important de souligner que cette recension repose presque exclusivement que sur des écrits québécois et qu'elle est donc partielle. Cette description de la problématique comprend donc l'historicité du phénomène de même que les principales définitions et quelques données factuelles sur la mort volontaire au Canada et au Québec. Également, les principaux moyens utilisés pour s'enlever la vie ainsi que les signes d'expression suicidaire sont abordés alors que certaines spécificités sont remarquées chez les enfants. Par la suite, les diverses théories explicatives du suicide sont présentées tout comme les facteurs de risque et de protection. Cette section se termine par un bref compte rendu des réponses sociales développées pour les personnes suicidaires et leur famille.

1.1.Historicité du suicide

Dans l'Antiquité, il existait plusieurs opinions à l'égard du suicide et ce, même si le fait de s'enlever la vie était généralement lié à un revers dans un combat afin d'échapper à l'esclavage (Minois, 1998). Les romains, pour leur part, faisaient preuve de tolérance, ce qui expliquerait le nombre important de personnages célèbres qui se seraient suicidés tels que Brutus et Cassius, les assassins de Jules César. Les grecs, quant à eux, avaient des points de vue plus nuancés, car ils considéraient que la mort volontaire représentait un pouvoir symbolique mettant en péril l'autorité politique (Martel, 2002).

Plus tard, au Moyen-Âge, la mort volontaire est devenue taboue parce qu'il s'agissait d'une offense à l'encontre du seigneur, qui lui seul avait la possibilité d'offrir et de reprendre la vie. Ainsi, le cadavre du suicidé était brûlé alors que ses biens étaient saisis (Minois, 1998). Il

semble que les roturiers s'enlevaient davantage la vie que les nobles, qui avaient accès à des loisirs telle que la chasse pouvant servir de substitut (Myilibrary, 1998). En Angleterre, vers la fin du Moyen-Âge, la mort volontaire était sanctionnée comme un crime au sens pénal du terme (Halbwachs, 1930). Les lois anglaises rangeaient le suicide parmi les crimes comparables à un meurtre tandis que les biens étaient confisqués et transférés du seigneur au roi afin d'assurer un revenu additionnel à l'État (Minois, 1998).

À l'époque de la Renaissance, on assiste à la montée de la pensée humaniste, et le débat a été lancé entre les figures juridiques et religieuses à savoir si le suicide était un péché ou un droit civil. Ce n'est que plus tard, vers les années 1700, que le terme « suicide » est apparu officiellement, même s'il y avait un durcissement du côté des structures religieuses. En effet, ces dernières vont admettre qu'un individu peut subir des pulsions dont il n'est pas le maître (Monestier, 1995). Le suicide devient de plus en plus banalisé et ce, surtout pour les nobles qui s'enlevaient fréquemment la vie à cause des dettes de jeux (Martel, 2002).

Au début du XX^{ème} siècle, la mort volontaire est perçue comme l'incarnation d'un état dépressif puisque l'interprétation religieuse cède la place à une interprétation médicale. Cette nouvelle perspective fait passer, en 1953, le suicide à un statut d'acte criminel, jusqu'alors attribué aux tentatives, à un statut moins grave, d'infraction pénale dans le Code criminel canadien. En 1972, l'acte de tenter de se suicider est entièrement retiré du Code criminel canadien (Minois, 1998). Mentionnons que les définitions du suicide ont également évoluées au fil du temps.

1.2. Définitions

1.2.1. Suicide

De façon simplifiée, le suicide est l'action de s'enlever soi-même la vie. Toutefois, l'exercice de définition se complexifie lorsqu'il s'agit d'énoncer l'intention derrière le geste (Mishara & Tousignant, 2004). Selon Durkheim, fondateur de la sociologie moderne, le suicide signifie « tout cas de mort qui résulte directement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait le résultat produit » (Durkheim, 1897 : 5). Ainsi, le suicide est compris comme un renoncement à l'existence même si le décès est la conséquence d'un but et n'est pas expressément recherché. Dans cette perspective, un soldat qui meurt après avoir tenté de sauver un coéquipier alors que de multiples missiles sont lancés sera considéré tel un suicidé (Durkheim, 1897). De la même façon, Baechler formule une définition du suicide qui englobe autant les tentatives de passage à l'acte que les conduites à risque : « tous comportements qui cherchent et trouvent la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet » (Baechler, 1975 : 77). Quant à Halbwachs, sociologue français de l'école durkheimienne, il élabore une définition du suicide beaucoup plus restrictive : « tout cas de mort qui résulte d'un acte accompli par la victime elle-même avec l'intention ou en vue de se suicider et qui n'est pas un sacrifice » (Halbwachs, 1930 : 479). Dans le langage contemporain, le terme « suicide complété » est utilisé afin d'éviter que l'acte soit perçue comme un signe de lâcheté ou de courage. La personne suicidaire désire soulager sa souffrance et perçoit la mort comme étant le seul choix possible. La mort n'est ainsi pas recherchée. C'est plutôt la fin de la détresse vécue qui sous-tend le geste de se suicider (Roy, 2012).

1.2.2. Processus suicidaire

D'autre part, il semble essentiel de définir le processus par lequel un individu en vient à se suicider. Ainsi, le processus suicidaire est vu comme un « ensemble des étapes franchies par une

personne et qui l'amène à s'enlever la vie intentionnellement » (Laflamme, 2007 : 14). Pour Mishara et Tousignant (2004), un individu qui s'inscrit dans un processus suicidaire s'est retrouvé, auparavant, en situation de crise alors que les stratégies d'adaptation ne lui ont pas permis de se repositionner dans un état d'équilibre. La situation de crise s'explique alors pour dire dans cette circonstance par « la perception déformée qu'a une personne d'un événement stressant ainsi que par le manque de stratégies et de soutien social pour s'y adapter » (Laflamme, 2007 : 14). Pendant le processus suicidaire, l'individu traverse d'ailleurs différentes étapes (Côté, Pronovost & Ross, 1990).

Lors de la première étape du processus suicidaire, l'individu est à la recherche de solutions, c'est-à-dire qu'il fait l'inventaire des multiples stratégies possibles pour soulager la souffrance en même temps qu'il les évalue en fonction de l'occasion qu'elles offrent d'atténuer la détresse (Côté & al., 1990). La personne est vulnérable, mais elle n'a pas pour autant des idéations suicidaires. Un état d'équilibre peut être facilement regagné si une solution satisfaisante est trouvée. Les flashes suicidaires et les idées de suicide apparaissent à la deuxième étape du processus suicidaire (Laflamme, 2007). L'individu devient de plus en plus angoissé, car il essaie diverses solutions, mais il n'y a pas de retour à l'état d'équilibre. Alors, il considère le suicide comme une des issues envisageables pour résorber la souffrance (Côté & al., 1990). Les idéations suicidaires désignent « la construction imaginaire de scénarios où la mort peut être donnée volontairement » (Côté & al., 1990 : 4). Durant la troisième étape du processus suicidaire, l'idée de suicide revient souvent comme une solution et la personne s'y attarde à toutes les fois plus longuement (Laflamme, 2007). À la quatrième étape du processus, il est question de la rumination des idéations suicidaires où il n'y a vraisemblablement pas d'autres dénouements concevables pour diminuer l'anxiété. Il arrive souvent, à cette étape, que l'individu pose des

gestes parasuicidaires, c'est-à-dire qu'il ait des comportements à risque comme une conduite à haute vitesse ou des relations sexuelles non protégées (Carbonell-Camòs, 2008). Enfin, la cinquième étape du processus suicidaire comprend la cristallisation, l'élaboration d'un plan suicidaire ainsi qu'un passage à l'acte parce que l'individu perçoit l'action de s'enlever soi-même la vie comme l'unique possibilité pour atténuer la détresse (Laflamme, 2007). Le passage à l'acte peut se traduire par une tentative de suicide, soit « un acte intentionnel fait par une personne dans le but de se tuer alors que l'acte n'aboutit pas à la mort » (Laflamme, 2007 : 14), ou par le suicide lui-même (Côté & al., 1990). Notons ici que même si les étapes du processus suicidaire sont présentées d'une manière graduelle, le processus suicidaire n'est pas nécessairement linéaire. En effet, un individu peut traverser rapidement les étapes ou faire un retour à une étape antérieure (Phaneuf & Séguin, 1987). Il importe également de spécifier que ces connaissances sont basées sur les conduites adultes alors qu'il y a peu de preuves empiriques qui soutiennent que les étapes du processus suicidaire s'appliquent de la même façon aux enfants. Tout de même, il semble que les enfants seraient susceptibles de franchir plus vite les étapes du processus suicidaire à cause non seulement de l'impulsivité qui les caractérise souvent, mais également du langage qui peut ne pas être pleinement développé. Sans compter qu'ils utilisent fréquemment des moyens pour s'enlever la vie qui ne nécessitent pas de préparation, car ils ne connaissent pas nécessairement la détresse émotionnelle associée à la perte d'un proche (Gallagher, 2005).

1.3. Données factuelles

En 2009, 3 890 décès par suicide étaient répertoriés au Canada. Il s'agissait d'un taux de suicide comparable à ceux des pays de l'Europe de l'Est (Statistique Canada, 2009). Au Québec, le nombre de décès par suicide était, en 2009, de 13,5 par 100 000 personnes d'après les données quantitatives récemment publiées (ISQ, 2009). Plus spécifiquement, le nombre de décès par

suicide était plus élevé chez les hommes avec 21,3 par 100 000 personnes comparativement à 5,9 par 100 000 personnes chez les femmes en 2009 (ISQ, 2009). Mentionnons ici que différentes thèses sont avancées pour expliquer le taux de suicide plus important chez les hommes. Par exemple, Caron (2002) évoque le bouleversement des rapports homme-femme où la montée du féminisme semble avoir provoqué une redéfinition du rôle masculin. Il fait aussi référence à l'image de l'homme dans les médias qui n'est plus accolée à celle du super héros. Quant à Tremblay (2007), il reprend l'hypothèse d'une plus grande utilisation des moyens létaux par les hommes. Dans le même ordre d'idées, la tranche d'âge 35-49 ans et ce, autant chez les hommes (34,4%) que les femmes (9,5%) comptait le plus important taux de suicide en 2009 (ISQ, 2009). Également, il semble qu'il y ait des différences géographiques sur le territoire du Québec. À titre d'exemple, le nombre de décès par suicide était de 11 par 100 000 personnes à Laval comparativement à 25 par 100 000 personnes en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine en 2007 (ISQ, 2009). L'hypothèse évoquée pour expliquer cette différence importante est liée à une plus grande disponibilité des services de la santé et des services sociaux dans les centres urbains. On peut penser que d'autres facteurs reliés au taux de chômage, par exemple, puissent être pris en considération (Bouchard & Saint-Laurent, 2004). Quant à la région de l'Outaouais, elle connaissait un taux de décès par suicide de 11,5 par 100 000 personnes en 2009, ce qui était un peu moins élevé qu'ailleurs au Québec avec 13,5 par 100 000 personnes (ISQ, 2009).

D'autre part, un nouveau phénomène prend de l'expansion depuis les années 1970, soit le suicide chez les enfants. En effet, il est rapporté que la moyenne était de 6 enfants québécois âgés de 11 ans et 12 ans par année qui se sont enlevés la vie entre 1985 et 1991 alors que le nombre de suicide dans cette tranche d'âge répertorié entre 1995 et 2001 était de 24 enfants québécois par année (MSSS, 2001). En 2006, la Sécurité publique relève que 12 enfants québécois âgés de 0 à

14 ans sont décédés par suicide (MSSS, 2006). Dans ce même ordre d'idée, 8% des enfants québécois âgés entre 5 et 13 ans auraient eu des idéations suicidaires en 1999 (ISQ, 2009). Également, 53 enfants dans la même tranche d'âge ont été hospitalisés, au Québec, à chaque année, pour une tentative de suicide entre 1999 et 2004 (ISQ, 2009). Gallagher et Daigle (2008a) expliquent que les transformations subies par la cellule familiale, au cours des dernières années, pourraient justifier ces chiffres récents. Quant à Delamare, Martin et Blanchon (2007), ils considèrent que les statistiques sont à la hausse parce que la mort d'enfants étaient beaucoup plus taboue dans les années 1970-1980 qu'elle ne peut l'être maintenant. Les décès d'enfants par pendaison ou empoisonnement étaient souvent classifiés comme étant accidentels par les coroners et passaient ainsi sous le radar. Toutefois, aucune statistique régionale n'est présentement disponible pour l'Outaouais.

1.4. Moyens utilisés

Au Québec, la moitié des individus qui s'étaient enlevés la vie en 2001 ont eu recours à la pendaison. De manière plus détaillée, 55,4% des personnes qui sont décédées par suicide ayant utilisé comme moyen la pendaison étaient de sexe masculin. Quant à l'utilisation de l'arme à feu pour mourir volontairement, elle est quatre fois plus employée par les hommes que par les femmes. Mentionnons que 20% des hommes qui se sont suicidés en 2001 ont utilisé l'arme à feu. L'intoxication médicamenteuse est un moyen plus utilisé par les femmes désirant s'enlever la vie. En effet, 33,3% des femmes ont absorbé une dose toxique de médicaments comparativement à 10% des hommes qui sont décédés par suicide au Québec en 2001 (ISQ, 2002). Dans la liste des autres moyens pour se suicider, on dénombre l'inhalation au monoxyde de carbone (19,3%), la noyade (8,2%), la défenestration (4,3%) et la lacération des poignets (1,7%) (ISQ, 2009). Chez les enfants québécois âgés entre 9 et 13 ans qui sont décédés par suicide, nous remarquons qu'ils

ont été majoritairement percutés par un véhicule à moteur alors qu'ils étaient des piétons ou qu'ils ont absorbé les médicaments d'un parent en 2001 (MSSS, 2001). Il n'existe cependant pas de données quantitatives au Québec quant aux principaux moyens utilisés par les enfants pour se suicider, mais les signes d'expression suicidaire sont perceptibles chez eux tout comme chez les adultes.

1.5. Signes d'expression suicidaire

Dans la majorité des cas, une personne va manifester sa détresse émotionnelle avant de s'enlever la vie. Il existe divers signes d'expression suicidaire, ce sont des signaux d'alarme. Cependant, ils ne sont pas exclusifs à une crise suicidaire. Les auteurs soutiennent que nous devrions davantage nous alarmer lorsqu'il y a une combinaison de certains propos directs ou indirects ainsi que des changements subits dans le comportement (Laflamme, 2007). Les messages directs se traduisent par des propos qui laissent clairement présager une mort prochaine. Quant aux messages indirects, ils sont plus difficiles à déchiffrer parce que l'individu suicidaire fait allusion à son décès éventuel en terme de voyage ou de la résolution de son problème par exemple (Chagnon, 2008). Enfin, plusieurs manifestations comportementales peuvent être perçues chez les gens qui ont planifié un passage à l'acte comme une perte ou un surinvestissement au travail, une surconsommation d'alcool ou de drogues, un sommeil déréglé, une démotivation pour les activités sociales, de nombreuses consultations médicales pour des symptômes somatiques ainsi que de l'irritabilité (Laflamme, 2007). Dans le même ordre d'idées, on y retrouve à peu près les mêmes signes d'expression suicidaire chez les enfants, mais ils sont souvent plus ardues à repérer à cause des capacités verbales restreintes (Gallagher & Daigle, 2008a).

1.6. Théories explicatives

Le suicide est un phénomène complexe. Il existe plusieurs théories servant à la compréhension du suicide et chacune, met en cause des niveaux d'explications et des variables différentes (Chagnon, 2008).

1.6.1. Approche psychiatrique

Depuis le début du XVIII^{ème} siècle, la médecine s'intéresse à la question du suicide. Celui-ci est alors directement relié à la folie et à la mélancolie. En 1840, Bourdin, omnipraticien d'origine française, associe tous les suicides à une maladie mentale : la monomanie suicide. Il médicalise le suicide en regroupant sous deux ordres une multitude de causes. Par exemple, l'hérédité et l'imitation sont de l'ordre de celles qui prédisposent à s'enlever la vie. La jalousie et la haine, qui constituent aussi la folie sont de l'ordre de celles qui déterminent plutôt la mort volontaire (Mucchielli & Renneville, 1998).

Selon la conception médicale contemporaine, les troubles mentaux sont encore la principale cause du suicide. Les désordres affectifs, les formes de dépendance ainsi que la comorbidité entre les divers troubles mentaux y seraient prépondérants (Chagnon, 2008). Récemment, les recherches médicales ont évalué l'influence des facteurs biologiques et génétiques sur la vulnérabilité suicidaire. Selon ces études scientifiques, l'impulsivité et les prédispositions à la dépression seraient liées à un dysfonctionnement de la sérotonine (Ernst, 2009).

1.6.2. Approche psychanalytique

D'après Freud, le suicide est une forme d'homicide : « nul n'est à même de trouver l'énergie psychique de se tuer à moins de commencer par tuer quelqu'un à qui il s'est identifié »

(Freud, 1917 : 15). Un individu envisage le suicide lorsque ses forces de vie cèdent à l'instinct de mort, existant déjà depuis plus longtemps à l'état inconscient. Freud (1917) considérait que s'enlever la vie était une réponse à la privation d'un objet apprécié, que celui-ci soit une personne, un animal ou un idéal. Ainsi, la disparition d'un objet valorisé se transpose en une perte du moi, car l'individu qui s'est engagé dans cet objet, de manière narcissique, se reconnaît totalement en lui. La personne ne verra donc plus de raison d'être et voudra mourir volontairement si l'objet aimé disparaît. De cette façon, la volonté suicidaire serait l'interversion du moi contre lui-même (Freud, 1917).

Dans le même ordre d'idées, Menninger (1938) s'intéressait aux trois éléments qui composent le suicide : le trépas, le meurtre et l'exécution. De fait, le souhait de tuer est dévié de l'objet initial pour se retourner contre l'individu qui ressent cette envie et qui s'effectue sous la forme d'un suicide. En d'autres mots, la personne qui commanderait un affront vers un membre de son entourage verrait sa conscience manœuvrer une attaque contre le moi.

La mort volontaire serait rarement un choix éclairé, mais plutôt une tentative désarçonnée de mettre un terme à un état de vide intérieur selon Drewermann (1993). Il estimait également que l'origine du désespoir est lointaine parce qu'il existerait une entaille directe dans la construction du moi. Ainsi, le suicide n'exprimerait pas à la fois un désir de mourir, de commettre l'acte de tuer et d'être tué, mais bien une réaction à une insupportable tension qui persisterait depuis longtemps. De plus, il soutenait qu'il est presque impossible de discerner avec conviction les réactions de déception qui mènent au suicide. Malgré l'importance des explications de la psychanalyse pour comprendre le suicide au début du XX^{ème} siècle, il semble que celle-ci soit de moins en moins utilisée (Chagnon, 2008).

1.6.3. Approche psychologique

Shneidman (1998), psychologue qui a travaillé dans le domaine de la suicidologie pendant plus d'un demi-siècle, expliquait qu'il y a trois principaux facteurs qui sous-tendent le suicide : une souffrance psychologique soutenue, un état de perturbation et des conditions de pression extrême. Plus particulièrement, son ouvrage intitulé « À propos de la souffrance et du suicide » reposait sur le « psymal » qu'il définit comme une souffrance psychologique de nature interpersonnelle. Celle-ci implique une frustration au niveau de l'attachement. Ainsi, deux individus seraient pour le moins concernés lorsque survient un suicide alors qu'un mal de vivre désirerait ne plus être éprouvé (Shneidman, 1998).

Même si un des courants de pensées de la psychologie contemporaine soutient la conviction que le suicide provient d'une douleur qui ébranle le psychisme, certains auteurs apparaissent s'intéresser surtout présentement au rôle des traits de personnalité. D'après ces travaux, il semble que l'impulsivité et l'agressivité rendraient plus susceptible de se retrouver en situation de crise et d'avoir des idéations suicidaires (Mishara & Tousignant, 2004; Séguin, Di Mambro & Desgranges, 2012).

1.6.4. Approche sociologique

Les causes du suicide ne résident pas chez l'individu, mais dans la société selon les tenants de l'approche sociologique (Chagnon, 2008). Durkheim, premier sociologue à s'être penché sur le suicide, analysait déjà l'importance des faits sociaux en 1897. Ainsi, il rejetait les facteurs psychopathologiques qui donneraient un sens au geste de s'enlever la vie malgré qu'il souscrive à la thèse d'une certaine prédisposition psychologique (Rafie, 1972). Dans la théorie Durkheimienne, c'est une force collective qui incite une personne à se suicider.

L'industrialisation ayant provoqué de nombreux changements économiques et sociaux, la société aurait perdu le contrôle. Cette perte serait à l'origine du « courant suicidogène ». Toutefois, l'intégration et la réglementation offriraient l'occasion de retourner à un quelconque équilibre (Dupré, 1996). Dans cette perspective, Durkheim fait ressortir quatre types de suicide. Le suicide égoïste se présente quand une personne se distance du rôle de citoyen pour agir individuellement de manière exagérée. Au contraire, le suicide altruiste se définit par un engagement excessif dans la société et dans l'oubli de soi-même. Pour sa part, le suicide anémique peut s'observer lorsqu'il y a une absence de régulation sociale, c'est-à-dire que la société n'a plus de contrôle, ce qui incite la personne à se démolir. Enfin, une réglementation sociale abusive peut provoquer un sentiment d'oppression chez l'individu et le porter au suicide qui sera alors identifié comme fataliste. Pour Aujard (2008), la théorie durkheimienne cerne la relation entre l'équilibre de la société et les conduites de ses citoyens.

En 1930, Halbwachs démontrait plutôt que le fait de multiplier des rapports interpersonnels à risque de susciter des émotions telles que la peine, la rage ou la haine, est un des facteurs susceptibles de provoquer la mort volontaire (Thibodeau, 2007). Ainsi, sa conception du suicide rejoindrait davantage celle de l'approche psychologique où le concept de « genre de vie » est central : « un ensemble de coutumes, croyances et manières d'être, qui résulte des occupations habituelles des hommes et de leur mode d'établissement » (Halbwachs, 1930 : 505). Halbwachs (1930) aurait même soutenu qu'il est normal que le taux de suicide soit plus important dans une société lorsque les contacts entre ses membres sont accrus. Bref, son approche regroupe la macrosociologie et la microsociologie parce qu'il expose comment y vivre contrairement à Durkheim qui s'intéressait uniquement à la macrosociologie (Thibodeau, 2007).

Plus récemment, Dagenais (2007) adoptait également une perspective mixte. Il formule une hypothèse sociologique du « meurtre d'une identité ». En effet, il soutient que le nombre de décès par suicide serait plus élevé chez les hommes puisque les changements sociaux du rôle du père ne rencontrent plus l'idéalisation au rôle de pourvoyeur. Bien entendu, d'autres auteurs comme Mishara (2003a), qui a la conviction que la compréhension et la prévention du suicide se doivent de passer par divers chercheurs de multiples milieux, utilisent aussi une approche transdisciplinaire. Toutefois, il importe de souligner que certains conservent une vision macrosociologique. Par exemple, Baudelot et Establet (2006) démontrent dans leurs travaux que le concept d'intégration est toujours valide. L'isolement provoqué par le rejet de la société expliquerait en grande partie le phénomène du suicide.

1.7. Facteurs de risque

Il semble que ce soit la somme d'un certain nombre de facteurs de risque qui rend une personne plus susceptible de s'enlever la vie (Mishara, 2003a).

1.7.1. Facteurs individuels

Plusieurs études ont associé les problèmes de santé mentale tels que la dépression majeure, la schizophrénie et le trouble de personnalité limite, mais également les tentatives de suicide antérieures à une augmentation du risque suicidaire chez un individu (Proulx & Grunberg, 1994; Routhier, 2008). Dans le même ordre d'idées, certains traits de personnalité seraient plus susceptibles de provoquer des idées de suicide. Une personne davantage anxieuse, agressive ou impulsive serait effectivement plus à risque de s'enlever la vie (Collette & Renaud, 2002; Séguin & al., 2012). Aussi, toutes les formes de dépendance dont l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu excessif sont fréquemment associées au suicide par les chercheurs (Mishara, 2003a). Enfin, les maladies chroniques, les échecs professionnels, les difficultés financières ainsi que les poursuites

judiciaires sont au nombre des facteurs de risque pouvant augmenter la possibilité de recourir au suicide (Harvey & Liebling, 2001; Mishara, 2003a; Proulx & Grunberg, 1994).

1.7.2. Facteurs familiaux

Il semble que les problèmes de santé mentale dans la cellule familiale et les comportements suicidaires dans le milieu naturel sont aussi susceptibles d'encourager un individu à se suicider (Mishara & Tousignant, 2004). La toxicomanie chez les parents fait également partie des facteurs de risque (Mishara, 2003a). Dans la même perspective, le rejet du réseau social, qui peut occasionner de l'isolement ainsi que les conflits interpersonnels où il peut être question d'une rupture amoureuse semblent accroître le risque de mourir volontairement (Laflamme, 2007). Certaines études font le lien entre la maltraitance durant l'enfance et la présence, dans certains cas, des idéations suicidaires (Bryant & Range, 1995).

1.7.3. Facteurs environnementaux

Les mythes qui entourent encore la mort volontaire ne permettraient pas une diminution du nombre de décès par suicide aux dires d'après Laflamme (2007). Sans compter qu'il en serait de même pour les préjugés par rapport à l'homosexualité entre autres. Parallèlement, le sensationnalisme dans les médias influencerait à la hausse les taux de suicide (Pouliot, 2001). De plus, certaines études ont démontré que l'individualisme engendrant un manque de soutien collectif et la socialisation masculine qui encourage une grande autonomie incitent au suicide (Caron & Robitaille, 2007; Laflamme, 2007). Finalement, des chercheurs ont fait des liens entre l'indisponibilité des services d'aide, l'absence de réglementations encadrant l'accès aux moyens létaux ainsi que l'augmentation du risque suicidaire dans une société (Lacroix, 1990; Proulx & Grunberg, 1994).

1.7.4. Facteurs de risque chez les enfants

Il existe peu de documentation sur ce qui rend plus vulnérable un enfant de se suicider (Gallagher & Daigle, 2008a). De plus, le fait que l'âge des enfants ou des adolescents qui composent les échantillons varie d'une étude à l'autre rend la comparaison difficile (Gallagher, 2005). Malgré le peu de documentation, les études recensées nous informent que les enfants qui souffrent d'un problème de santé mentale tels que les troubles de conduites, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur seraient plus à risque de s'enlever la vie (Mvilongo & Beauvolks, 2001; Salimi, Bouhdadi, Atlas & Dehbi, 2012). Le tempérament jouerait aussi un rôle puisqu'un enfant de nature colérique serait plus enclin au suicide (Barrio, 2007; Pronovost, 1998; Stordeur, 2012). Dans le même ordre d'idées, la séparation des parents, les nombreux placements dans une famille d'accueil, certaines formes de « normalisation sociale » du suicide dans les médias, les échecs scolaires ainsi que le décès d'un parent seraient des facteurs de risque reconnus (Bigras, Chagnon & Royer, 1999; Cyrulnik, 2011; Gallagher, 2005; Gallagher & Daigle, 2008a). En outre, l'appartenance à un système familial profondément perturbé prédominerait chez les enfants suicidaires, mais il y a encore là certaines contradictions dans la littérature (Delamare & al., 2007; Gallagher, 2005; Gallagher & Daigle, 2008a; Hawton, 1986). Par exemple, Lambin (2004) termine son étude avec deux conclusions opposées. La première étant qu'un bon nombre d'enfants qui ont des idéations suicidaires appartiennent à une famille qui n'est pas dysfonctionnelle. La deuxième révèle que la plupart des enfants décédés par suicide subissaient de la négligence parentale ou avaient des parents qui présentaient eux-mêmes des conduites suicidaires et des pathologies psychiatriques. D'autre part, des difficultés d'intégration sociale telles que le fait d'avoir vécu du rejet et de l'intimidation inciteraient un enfant à mourir volontairement (de Montigny Gauthier, 2012; Perisse & Cohen, 2003).

1.8. Facteurs de protection

Même s'il est difficile, voire impossible d'identifier les individus qui ont une plus grande probabilité de commettre un geste suicidaire, il y a des facteurs qui aident à conserver un état d'équilibre (Laflamme, 2007). On parle alors de facteurs de protection.

1.8.1. Facteurs individuels

Une personne qui est capable de demander de l'aide est moins à risque de se suicider. Il en est de même pour celle qui est résiliente et a une bonne estime de soi (Caron & Robitaille, 2007). Également, un bon état de santé qui peut se traduire par l'adoption de saines habitudes de vie, c'est-à-dire des heures de sommeil régulières, des repas équilibrés ainsi que de l'exercice physique est un facteur de protection (Laflamme, 2007). Par ailleurs, la capacité de gérer son stress peut offrir l'occasion à un individu d'atténuer ses idéations suicidaires (Tremblay, 2009).

1.8.2. Facteurs familiaux

Les relations harmonieuses avec la famille et l'entourage basées sur la communication sont considérées comme un facteur de protection (Bournival, Séguin & Drouin, 2011; Sakinofsky, 1998). De bonnes conditions de travail où le respect et la valorisation des employés sont privilégiés sont susceptibles de protéger contre un passage à l'acte (Laflamme, 2007). De même, il semble qu'un réseau d'amis soutenant qui offre la possibilité de socialiser en encourageant l'expression des émotions réduit davantage le nombre de décès par suicide (Caron & Robitaille, 2007).

1.8.3. Facteurs environnementaux

L'accès à des services d'aide adaptés aux besoins de la population diminue le taux de suicide dans une collectivité. Parallèlement, un programme de prévention du suicide ainsi qu'une continuité dans les services sont nécessaires (Tremblay, 2009). De plus, non seulement la

disponibilité d'activités sociales, mais également des valeurs d'entraide développées et l'acceptation des différences dans un milieu abaisseraient le nombre de décès par suicide (Laflamme, 2007).

1.8.4. Facteurs de protection chez les enfants

S'il existe peu de documentation sur ce qui incite un enfant à mourir volontairement, il est d'autant plus ardu de déterminer ce qui atténue ses idées de suicide (Beautrais, 2001; Gallagher, 2005). Il semblerait que c'est surtout la disponibilité du soutien de la famille, des pairs et de l'école qui minimise l'impact des facteurs de risque (Pronovost, 1998). L'estime de soi et la capacité à faire face à une situation de stress expliqueraient aussi le fait que plusieurs enfants à risque n'ont pas de conduites suicidaires (Bettschart, Nunes, Bolognini & Plancherel, 1999; Devi, 2012). Enfin, la disponibilité des services d'aide et plus particulièrement, la présence des programmes de prévention du suicide diminuerait le taux de suicide des enfants même s'ils sont encore au stade du développement (Beautrais, 2001; CPJ, 1997).

1.9. Réponses sociales

1.9.1. Prévention

Lustman (2009) définit la prévention du suicide comme « un ensemble d'actions entreprises dans le champ social, psychologique et biologique, au sein d'une population en vue d'une réduction de l'incidence du suicide » (Lustman, 2009 : 4). Ainsi, il y a deux modèles théoriques de prévention du suicide. Dans le premier, la mort volontaire est associée à une pathologie. Donc, la démarche est centrée sur la personne. Plus particulièrement, elle vise à détecter les individus à risque ainsi qu'à les prendre en charge en basant l'intervention sur la prise de bonnes habitudes. Dans le deuxième modèle, s'enlever la vie émane d'une crise bio-psycho-sociale. La prévention est alors autant centrée sur l'individu que sur la population en général

puisqu'il n'existe pas de facteur prééminent (Lustman, 2009). Dans les pratiques de terrain, la prévention du suicide se traduit par des formations offertes à tous les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux pour qu'ils puissent mieux dépister les risques suicidaires. De plus, un volet éducatif a comme objectif la sensibilisation du grand public (Mishara, 2003b). Les centres de prévention du suicide (CPS) ont généralement ces mandats. Habituellement, ils offrent un service de consultation téléphonique continu ainsi qu'un support émotif en personne qui peut se faire à domicile (Lester, 1994). En outre, ces professionnels sensibilisent la communauté sur l'importance de reconnaître les personnes suicidaires et de les référer aux ressources spécialisées (Boyer & Loyer, 1996; Isacson, Lesage, Grunberg & Séguin, 2002). Pour Mishara (2003b), directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), la prévention du suicide passe également par la recherche sociale. Cependant, il déplore que présentement, il y ait uniquement un intérêt à documenter les facteurs de risque et aucun à déchiffrer les raisons qui font en sorte que certaines personnes ne se suicident pas malgré plusieurs difficultés vécues.

1.9.2. Interventions thérapeutiques

1.9.2.1. Médicale

Lorsque l'urgence suicidaire est relativement élevée chez une personne, l'hospitalisation est habituellement nécessaire. Elle peut être acheminée autant dans les unités de médecine ou de psychiatrie qu'au service des urgences (Trabacchi, 2001). Laflamme (2007) estime que l'urgence suicidaire est élevée quand un individu « a un plan précis, que le moyen envisagé est léthal et accessible et qu'une date est arrêtée dans les jours qui suivent » (Laflamme, 2007 : 28). D'ailleurs, une personne peut se voir dans l'obligation d'être hospitalisée lorsque son état mental représente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, c'est ce qu'on appelle une garde en établissement et il en existe trois types (Couture-Trudel & Morin, 2007). La garde

préventive signifie qu'un médecin a la possibilité, sans une évaluation psychiatrique, d'hospitaliser un individu, pour un maximum de 72 heures, s'il a les motifs de croire qu'il représente un danger important. La garde provisoire, quant à elle, fait référence à un médecin qui s'est présenté à la Cour Supérieure pour ordonner un examen psychiatrique après la période de garde préventive. La garde autorisée est basée sur la dangerosité déterminée lors de l'évaluation psychiatrique (Giroux, 1999). Parfois, cette personne suicidaire est invitée à prendre de la médication tels que des antidépresseurs et des anxiolytiques qui traitent les problèmes de santé mentale (Geest & White, 2003; Mavrikakis, 2009).

1.9.2.2. Psychosociale

Fréquemment utilisée auprès d'un individu suicidaire, l'intervention en situation de crise est une approche psychosociale qui regroupe six étapes. D'abord, l'urgence suicidaire est évaluée. Ce sont ensuite les facteurs de risque qui sont estimés. Pour ce faire, il y a une analyse de l'événement qui a précipité la demande d'aide et de toutes les situations stressantes qui ont provoqué la crise. Puis, l'identification de la « surface d'impact » consiste à examiner pourquoi les facteurs de risque ont engendré une crise et à analyser les raisons pour lesquelles les stratégies d'adaptation n'ont pas fonctionnées (Lefevre, 1991). Alors, il s'agit de formuler la teneur de la crise de manière compréhensible tout en déterminant une façon d'agir et en proposant de nouvelles solutions à cette crise. Enfin, une récapitulation des étapes qui ont conduit à la crise et celles qui ont donné l'occasion d'en sortir est réalisée (Lecomte & Lefevre, 1986). Notons ici que tout au long de l'intervention en situation de crise, un travail est effectué sur les aspects émotifs de la crise (Sévigny, 1996).

Plusieurs psychothérapies sont aussi utilisées pour venir en aide à une personne qui s'inscrit dans un processus suicidaire (Viger, 2006). À titre d'exemple, on utilise beaucoup la

thérapie cognitive fondée sur un modèle de la psychopathologie d'après lequel la perception et l'interprétation d'un individu de son environnement déterminent ses émotions et son comportement. Selon la thérapie cognitive, une personne qui désire s'enlever la vie adopte, entre autres, une attitude de désespoir ainsi que des pensées rigides. Les objectifs de la thérapie cognitive sont donc d'entraîner un questionnement sur les erreurs de logique et de former une interprétation différente des événements (Weishaar & Beck, 2003).

1.9.2.2.1 Postvention

La postvention renvoie « aux activités qui visent le traitement et le rétablissement des personnes ayant été exposées au suicide d'une personne de leur entourage, plus ou moins immédiat » (Babin & Bourgault, 2008: 1). Elle englobe les dispositifs à prendre pour supporter, informer la famille ou les amis sur les ressources disponibles et les référer au besoin dans le but d'amoinrir les conséquences à court et long terme du passage à l'acte. Les objectifs de la postvention sont variés, car ils visent autant à réduire le stress qu'à faciliter le processus de deuil afin d'éviter la contagion (GENSC, 1994). Il s'agit donc non seulement d'accueillir, soutenir et écouter en préconisant une qualité de présence, mais également de rassurer en reconnaissant et nommant l'intensité du choc tout en expliquant les étapes à venir telles que l'identification du corps ou l'organisation des rites funéraires. Sans compter que l'urgence suicidaire des proches doit être vérifiée pour assurer leur sécurité (Leblanc & Piché, 2000).

1.9.2.2.2. Chez les enfants

Comme la problématique du suicide chez les enfants est encore peu explorée, les stratégies d'intervention sont encore à développer. Tout de même, il existe un programme de prévention du suicide qui est offert dans les milieux scolaires primaires (Gallagher & Daigle, 2008b). Il sert à sensibiliser sur ce qui peut laisser croire qu'un passage à l'acte est imminent.

Pour ce faire, des activités de formation sont offertes au personnel scolaire, soit principalement aux intervenants psychosociaux et aux enseignants (Gallagher & Daigle, 2008b). Des groupes d'entraide constitués d'enfants suicidaires et non suicidaires font également partie du programme de prévention du suicide parce qu'il est reconnu que l'intervention de groupe donne l'opportunité de briser l'isolement et de créer des alliances (Gallagher & Daigle, 2008b). Cependant, il existe des limites à ce premier programme de prévention du suicide dans les milieux scolaires primaires (Gallagher & Daigle, 2008b). Par exemple, il a été constaté que le partage des responsabilités n'est pas clair entre les intervenants psychosociaux et les enseignants et il y a un isolement du personnel scolaire lorsque les équipes qui ont participé aux activités de formation ne sont pas très actives (Gallagher & Daigle, 2008b). Aussi, les médecins de famille sont les mieux placés pour faire de la prévention auprès des enfants sous forme de dépistage puisqu'ils traitent les troubles psychiatriques qui s'accompagnent parfois d'un risque partiellement élevé de suicide (CPJ, 1997).

Quant au traitement pharmacologie, il est peu recommandé pour des enfants suicidaires puisqu'il y a une faible assiduité à ce dernier, mais il semble qu'une certaine ignorance persiste concernant la psychopathologie des suicides. Les enfants qui ont une prescription de médicaments ne suivent pas toujours la posologie, car ils ne feraient pas confiance aux thérapeutes qu'ils associent à un parent repoussant (CPJ, 1997). D'ailleurs, il est suggéré, à l'avenir, qu'une approche psycho-éducative soit utilisée alors que présentement, un suivi psychosocial existe surtout suite à une hospitalisation. Celle-ci a pour objectifs de préparer la cellule familiale à anticiper et à réagir convenablement aux gestes suicidaires récurrents compte tenu que des relations familiales conflictuelles seraient un facteur de risque important du suicide chez les enfants (Renaud & Marquette, 2002).

La postvention est également présente pour les enfants. Par exemple, une thérapie de groupe pour les enfants endeuillés par suicide a été élaborée à Laval. Elle repose sur le respect, l'authenticité et l'empathie. De plus, le phénomène du suicide ainsi que le processus de deuil y sont expliqués. La communication de l'enfant par la parole, le dessin et l'écriture y est valorisée. Enfin, chaque enfant participant est invité à signer un contrat de non-passage à l'acte (Daigle, 2006).

1.10. Question de recherche

Cette recension des écrits nous amenait à faire différents constats dont le principal est l'absence de connaissances sur le suicide chez les enfants, particulièrement au Québec. Le peu de documentation québécoise sur le phénomène a alors soulevé cette question : quels sont les facteurs explicatifs des idéations suicidaires ou de la tentative de suicide des enfants? Les enfants ayant toutefois des capacités verbales restreintes tout dépendamment l'âge, l'alternative la plus appropriée nous semblait d'avoir recours au point de vue des parents sur le suicide des jeunes enfants. On pouvait donc poser la question de recherche suivante : quel est le point de vue des parents des facteurs explicatifs des idéations suicidaires ou de la tentative de suicide de leur enfant?

2 - Cadre théorique

Le modèle écologique est utilisé en tant que grille d'analyse pour interpréter les données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche et ce, même si le phénomène du suicide chez les enfants peut être étudié de multiples façons. Un bref historique du modèle écologique est présenté pour démontrer son évolution depuis sa conception. Les couches systémiques du modèle seront définies par la suite. Les diverses utilisations du modèle et des critiques suscitées seront

abordées. Finalement, la pertinence de l'application du modèle écologique et son utilisation pour l'étude du suicide chez les enfants terminent cette partie théorique.

2.1. Modèle écologique

2.1.1. Bref historique du modèle

À prime abord, il semble important de connaître la provenance du terme « écologie ». Celui-ci a été proposé par Ernst Haeckel, biologiste allemand, qui cherchait à définir les relations subsistant entre les individus et leur milieu de vie. Ce terme est apparu en même temps que la théorie de la Sélection naturelle de Darwin révélant que les conditions de l'environnement influencent le développement des êtres vivants. L'objet de recherche initial de l'écologie est donc l'habitat. Le modèle écologique a alors inspiré les domaines de la biologie et des sciences naturelles (Belsky, 1993). Il a été utilisé dans le champ psychosocial beaucoup plus récemment, soit uniquement au début des années 1970 (Bouchard, 1987).

Le modèle écologique élaboré par Urie Brofenbrenner, psychologue et chercheur américain, a été développé au tournant des années 1970-1980. Il se veut, en quelques sortes, une réinvention de l'adéquation de Kurt Lewin où le comportement de la personne est influencé par son environnement avec la théorie de la Dynamique des groupes (Dufort, 2001). Initialement, le modèle écologique a été conçu pour faciliter l'étude du développement des jeunes enfants (Brofenbrenner, 1979). Il permet d'étudier « l'interaction entre l'individu et son environnement immédiat et élargi » (Brofenbrenner, 1979 : 22). Étant donné qu'il s'agit tout de même d'un modèle complexe, les divers éléments qui le composent seront maintenant élaborés.

2.1.2. Définition des éléments constitutifs du modèle

Pour Bronfenbrenner (1979), l'environnement devrait être compris comme étant un « ensemble de structures concentriques incluses les unes dans les autres et qui maintiennent entre elles et à l'intérieur d'elles des relations fonctionnelles à différents degrés » (Bronfenbrenner, 1979 : 53). Il y a ainsi six principales couches systémiques toutes en interrelation les unes avec les autres comprises dans le modèle écologique. On y retrouve l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème (Bouchard, 1987). En effet, l'environnement, dans le modèle écologique, est découpé en de multiples systèmes concentriques où la personne est placée au centre de ces divers systèmes organisés. Ainsi, les interactions ne sont pas uniquement présentes entre la personne et un seul pallier environnemental, mais entre l'individu et de nombreux niveaux tous en interrelation qui s'adaptent en réponse aux changements des autres. Quant à la personne, elle est un système apte à influencer les autres éléments systémiques et n'a pas à être seulement sous l'emprise de ceux-ci. Le modèle écologique considère que l'individu s'adapte quand il réussit à trouver un équilibre entre ses forces et ses faiblesses ainsi que les risques et les opportunités occasionnés par son environnement (Dufort, 2001).

L'individu est au cœur du modèle écologique, il est l'ontosystème qui fait référence « à l'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences ou des déficits d'un individu » (Bouchard, 1987 : 454). Le microsystème, deuxième pallier se traduit par « tous les endroits assidûment fréquentés par la personne qui y expérimente des activités, des rôles et des interactions » (Bouchard, 1987 : 454). Le système supérieur, le mésosystème inclut « l'ensemble des relations intermicrosystémiques » (Bouchard, 1987 : 454). L'exosystème, pour sa part se définit par « les lieux non fréquentés par l'individu dont les activités et les décisions influencent

ses propres activités et rôles » (Bouchard, 1987 : 454). Il peut s'agir d'endroits régulièrement évoqués par l'entourage. Le macrosystème, quant à lui s'explique par « l'ensemble des croyances, des valeurs, des normes et des idéologies d'une communauté » (Bouchard, 1987 : 454). Les politiques sociales font partie de cette couche systémique. Enfin, le chronosystème qui traverse toutes ces couches systémiques est constitué de « l'ensemble des considérations temporelles qui caractérise un événement » (Bouchard, 1987 : 454). Le modèle écologique suggère donc une vision centrée sur le cycle de vie qui offre l'occasion de prendre en compte l'histoire, le développement et l'influence mutuelle des paliers environnementaux (Bouchard, 1987).

2.1.3. Diverses utilisations du modèle

De nombreux chercheurs se sont inspirés du modèle écologique élaboré par Bronfenbrenner. Les premiers travaux recensés sont essentiellement des études portant sur les milieux responsables de l'éducation des enfants (Bouchard, 2001). La recherche de Crockenberg et Litman (1990) en est un autre exemple. Les conclusions de cette étude démontrent que les enfants qui ont un tempérament plus difficile et dont les figures maternelles avaient le pressentiment d'avoir un milieu naturel supportant montraient un attachement sécurisant. Tandis que les enfants dont les mères n'avaient pas le sentiment d'être soutenues par leur réseau social présentaient davantage un attachement de type insécurisant. Le mésosystème qui, dans ce cas-ci, est le milieu naturel agit sur l'ontosystème et plus particulièrement, sur le type d'attachement développé par l'enfant (Bouchard, 2001).

Dans le même ordre d'idées, Gauvin-Lepage (2007) a adapté le modèle écologique afin de s'en servir comme cadre de référence auprès de la clientèle souffrant d'un traumatisme craniocérébral (TCC). De manière plus spécifique, cette étude avait pour objectif d'explorer les

perceptions des adolescents, de leurs parents et des professionnels dans la réoccupation des rôles sociaux du jeune ayant vécu un TCC modéré. Les résultats obtenus ont illustré que les adolescents et leurs parents semblaient avoir les mêmes perceptions quant aux avantages et inconvénients liés à l'inclusion sociale du jeune avec un TCC modéré. Il est ressorti, entre autres, que les jeunes souffrant d'un TCC modéré voient apparaître de gros impacts dans leur vie de famille. À titre d'exemple, les adolescents et leurs parents ont indiqué avoir vu un rapprochement entre les membres de la famille. L'ontosystème soit, le jeune avec un TCC modéré, aurait alors tendance à davantage s'accoler à son environnement immédiat.

Il y a aussi Séguin, Leblanc et Brunet (2006) en s'attardant aux spécificités d'une intervention de crise auprès des individus, des familles et de la collectivité qui démontrent une autre utilisation pertinente du modèle écologique. En effet, ces chercheurs ont réalisé un guide d'apprentissage destiné aux professionnels de la santé et qui met en lumière la dimension clinique de l'intervention de crise.

Quant à l'analyse de la problématique du suicide, le modèle écologique apparaît avoir été peu privilégié comme cadre théorique. Laliberté (2007) est l'une des rares auteures à avoir élaboré son cadre conceptuel à partir de ce modèle pour son projet de recherche sur le suicide chez les autochtones. Ainsi, les données recueillies ont amené à croire qu'il existe plus d'un type de trajectoire menant au suicide chez les autochtones.

White (1998) s'en est également inspirée afin d'élaborer un programme de prévention du suicide chez les adolescents en Colombie-Britannique. En effet, cette chercheuse a démontré que le suicide et les comportements suicidaires des jeunes résultent de l'interaction de multiples

caractéristiques attribuées non seulement aux individus, mais également au milieu naturel ainsi qu'aux environnements local et global des systèmes dans lesquelles s'insèrent des facteurs de risque et de protection. Ainsi, le modèle écologique permet de démontrer que plusieurs stratégies préventives peuvent être nécessaires pour freiner le phénomène complexe qu'est le suicide chez les jeunes. La chercheuse propose un certain nombre de ces stratégies, soit la réduction de la gravité des symptômes de la dépression, la diminution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes, la minimisation du sensationnalisme du suicide dans les médias, l'atténuation des impacts négatifs d'un passage à l'acte d'un proche, l'amélioration de la faculté à résoudre des problèmes et le renforcement des habiletés parentales.

2.1.4. Critiques suscitées

Les résultats des études obtenues à partir du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) ne font pas l'unanimité. En effet, ce modèle a reçu un certain nombre de critiques. Bouchard (1987) et Rondal (1999) soutiennent qu'il s'agit d'un modèle imprécis constitué d'éléments auxquels la communauté scientifique a déjà été conscientisée avec l'analyse de type systémique. En effet, ces mêmes auteurs considèrent que le modèle écologique attire l'attention sur un trop gros éventail de déterminants pour définir un phénomène social qui rend impossible de dresser un portrait fiable des composantes de l'environnement qui le caractérise (Bouchard, 1987; Rondal, 1999). Au contraire, Théorêt (2005) accepte de renoncer à l'utilisation d'un modèle trop exclusivement ciblé dans l'interprétation de ses données recueillies dans le cadre de son projet de recherche, car elle perçoit le modèle écologique comme offrant l'occasion de stimuler son imagination dans sa méthode d'analyse.

En clinique, l'application du modèle écologique oblige un travail d'équipe, composée d'intervenants ayant des compétences et des stratégies d'intervention complémentaires, parce que

c'est un modèle complexe où plusieurs éléments le constituent avec ces diverses couches systémiques en interaction les unes avec les autres. Toutefois, il semble procurer aux intervenants le sentiment d'être de véritables agents de changement dans tous les paliers environnementaux fréquentés par les personnes en besoin (Bouchard, 1987).

Le principal reproche relié au modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) est de ne pas tenir suffisamment compte de la variété des cultures au sein de la même société et du fonctionnement de ces cultures. C'est pourquoi, on recommande de réinterpréter, adapter et corriger les valeurs et idéologies par les différentes cultures en présence (Cicchetti & Toth, 1997). Malgré ces critiques associés au modèle qui peuvent être fondées, il apparaît pertinent d'y avoir quand même recours pour interpréter les données recueillies de cette recherche sur le suicide chez les enfants.

2.1.5. Pertinence de l'application du modèle

Le modèle écologique est opportun pour analyser les résultats obtenus parce qu'il offre l'occasion d'examiner les divers environnements dont les interactions peuvent avoir une influence sur l'individu suicidaire. Effectivement, il s'agit d'un modèle qui permet d'examiner les composantes sociales, communautaires, familiales et personnelles qui peuvent être déterminantes dans l'analyse du suicide chez les enfants. En d'autres mots, il ne se limite pas à additionner ou à juxtaposer une liste exhaustive de caractéristiques individuelles, sociales ou environnementales de l'enfant suicidaire, mais plutôt à analyser les interrelations entre les déterminants (Bigras & al., 1999; Bronfenbrenner, 1979). Le modèle écologique offre l'occasion d'avoir une vue d'ensemble sur tous les éléments sur lesquels il importe d'intervenir en élargissant l'éventail des facteurs de risque et de protection. Il nous sert de guide pour tenter de comprendre l'interaction des facteurs de risque et de protection dans l'incidence de ces derniers

sur l'enfant suicidaire. Le modèle écologique de Brofenbrenner saura surpasser le stade de culpabilisation des figures parentales pour mettre en cause les caractéristiques de l'environnement dans lequel évolue l'enfant aux comportements à risque (Dufort, 2001; Lambin, 2004).

2.1.6. Utilisation du modèle pour l'étude du suicide chez les enfants

Il convient de situer quelques repères pouvant servir à l'analyse de contenu de notre projet de recherche. Ainsi, en partant du centre appelé l'ontosystème dans le modèle écologique, et qui correspond à l'enfant, certaines variables peuvent servir à l'analyse du suicide chez les enfants telles que le tempérament, les perceptions ainsi que les comportements. Dans l'élément suivant, soit le microsystème, on pourrait retrouver la maisonnée, l'école et le club sportif. Effectivement, la structure et la dynamique familiale semblent, entre autres, influencer le suicide chez les enfants (Gallagher, 2005). Le mésosystème, quant à lui, comprendrait les relations entre les parents, les enseignants ainsi que les voisins par exemple. Plus particulièrement, il peut être question des heures de disponibilité de chacun, de la fréquence des contacts ainsi que de la communication au sujet de l'enfant. En utilisant le modèle écologique pour la compréhension du suicide chez les enfants, l'exosystème pourrait comporter l'organisation du système scolaire prévue par le Ministère de l'Éducation, la disponibilité des enseignants en fonction de leur convention collective, les heures d'ouverture des services sociaux, la sensibilisation des enseignants par la formation sur le suicide ainsi que les règlements et politiques des milieux de travail des parents. Pour sa part, le macrosystème englobe l'idéologie valorisée dans la société. À titre d'exemple, on pourrait retrouver la gratification de l'individualisme ainsi que de l'indépendance. Dans le chronosystème, on fait référence à l'âge auquel l'enfant a eu des idéations suicidaires ou a commis un geste dans l'intention de s'enlever la vie. Évidemment, cette analyse du suicide chez

les enfants ne peut se réaliser de manière linéaire. Le modèle écologique offre plutôt l'occasion de comprendre l'interrelation de tous les facteurs de risque et de protection. Sans compter qu'elle ne peut permettre la saturation de toutes les couches systémiques du modèle écologique avec ses nombreux éléments le constituant. C'est pourquoi, le modèle écologique est ici utilisé comme grille d'analyse dans l'explication du phénomène du suicide chez les enfants à partir du point de vue des parents de façon partielle. (Bouchard, 1987).

3 - Cadre opératoire

Pour faciliter la compréhension et afin de s'assurer de la clarté de l'analyse des données obtenues pour cette étude, il importe d'identifier et de définir les concepts auxquels nous faisons référence. Pour cette recherche, ce sont les concepts de « processus suicidaire » ainsi que ceux de « facteurs de risque » et de « facteurs de protection » qui sont retenus. L'univers d'enquête, c'est-à-dire les enfants auxquels cette étude s'intéresse est aussi défini.

C'est la définition du processus suicidaire offerte par Côté & al. (1990) qui est retenue dans le cadre particulier de cette recherche, car elle fait autant état du stade de l'idéation que de celui des tentatives de suicide.

« Le processus suicidaire englobe les pensées et actions suicidaires et celles-ci s'inscrivent dans un continuum. Au début apparaissent des idéations suicidaires, d'abord intermittentes et s'intensifiant par la suite. Ces dernières débouchent sur la planification de moyens de suicide qui peuvent conduire à leur tour aux tentatives de suicide et ultimement, à la mort » (Côté & al., 1990 : 4).

Les idéations suicidaires correspondent à « l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort passif ou actif alors que ces idées sont parfois exprimées sous la formes de menaces suicidaires » (Walter & Kermarrec, 1999 : 1687). Cette définition donnée des idées de suicide est intéressante dans la mesure où c'est l'une des rares qui met en lumière les menaces suicidaires. En ce qui concerne la tentative de suicide, elle est comprise comme « un acte intentionnel fait par

une personne dans le but de se tuer alors que l'acte n'aboutit pas toujours à la mort » (Laflamme, 2007 : 14).

D'autre part, c'est la signification du suicide donnée par Brandt (1975) qui est privilégiée pour les fins de cette recherche. Principalement, elle ne conduit pas à un jugement moral sur les intentions ni sur les impacts du geste :

« l'acte qui a pour effet la mort d'une personne et dont l'intention est soit d'en finir avec la vie, soit de produire un nouvel état de choses comme le soulagement de la douleur dont le sujet pense qu'il ne peut être atteint qu'au moyen de la mort » (Brandt, 1975 : 363).

Quant aux facteurs de protection, ils sont définis comme étant les caractéristiques de la personne et de son environnement qui accroissent la disposition à affronter les difficultés vécues. Ils contribuent à enrichir l'éventail des solutions et en limitant le recours au suicide comme issue envisageable afin de faire face à l'adversité (Laflamme, 2007). Pour les facteurs de risque, ils font également référence aux particularités bio-psycho-sociales d'un individu, mais qui le rendent davantage fragile (Laurier, 2008).

En ce qui a trait à l'univers d'enquête, cette étude se limite à des enfants âgés entre 8 et 12 ans qui ont eu des idéations suicidaires ou qui ont réalisé une tentative de suicide dans la région administrative de l'Outaouais. Il existe peu de passages à l'acte chez les jeunes enfants (Gallagher, 2005). Sans compter que la conception de la mort se fait rarement avant l'âge de huit ans (Girouard-Archambault, 1982). Quant aux adolescents suicidaires, ils faisaient déjà fait l'objet de nombreuses recherches (Gratton & Bouchard, 2001; Julien & Breton, 2008; Laurier, 2008). Toutefois, il s'agit des parents des enfants âgés entre 8 et 12 ans qui ont eu des idées de

suicide ou qui ont réalisé une tentative de suicide dans la région de l'Outaouais qui ont été rencontrés principalement à cause de considérations éthiques.

Concepts, dimensions et indicateurs du cadre opératoire

Cadre opératoire		
Concepts	Dimensions	Indicateurs
Processus suicidaire	Continuum de pensées et d'actions suicidaires	Idéations suicidaires non planifiées
		Idéations suicidaires planifiées
		Tentative(s) de suicide
		Suicide complété
Facteurs de risque	Facteurs de risque ontosystémiques	Diagnostic(s) d'une maladie mentale
		Tempérament
		Niveau académique
	Facteurs de risque microsystemiques et mésosystemiques	Niveau académique des parents
		Statut civil des parents
		Nombre de placements en famille d'accueil
		Décès d'un parent
		Diagnostic(s) d'une maladie mentale chez les parents
		Antécédent(s) de geste suicidaires chez les parents
		Forme(s) de dépendance chez les parents
		Violence des parents entre eux
		Mauvais traitements chez les enfants
		Présence/absence de règles à la maison
		Niveau de flexibilité des parents
	Intensité des conflits dans le couple	
Fréquence des conflits dans le couple		
Niveau d'intégration sociale des enfants		
Facteurs de risque exosystémiques	Niveau de soutien social	
	Décès par suicide médiatisé	
Facteurs de protection	Facteurs de protection ontosystémiques	Degré d'estime de soi
		Utilisation de stratégies d'adaptation lors de stress
	Facteurs de protection microsystemiques et mésosystemiques	Niveau de communication avec les parents
		Niveau de communication avec les enseignants
		Niveau de communication avec les pairs
	Facteurs de protection exosystémiques	Niveau de soutien social
		Niveau de disponibilité des services d'aide

Notons ici que ce tableau faisant la nomenclature des concepts, dimensions et indicateurs qui reprend, avec précision, les éléments de la problématique sert à expliquer le suicide chez les enfants. Ainsi, il est pertinent dans la mesure où il était utilisé comme schéma d'analyse du contenu. Toutefois, ces éléments étaient uniquement abordés en partie avec les parents parce qu'il peut être difficile de traiter certaines de ces dimensions dans le cadre d'une entrevue de recherche. Donc, les échanges avec les parents servaient également à l'analyse du contenu.

4- Méthodologie

Rappelons que l'objectif général de la présente recherche est de documenter l'existence du phénomène du suicide chez les enfants à partir du point de vue des parents et que cette étude est exploratoire. Dans cette section, nous présentons l'ensemble de la démarche méthodologique qui a soutenu la recherche. Dans un premier temps, nous justifions l'utilisation d'une méthodologie qualitative et décrivons la population ciblée et la technique d'échantillonnage préconisée. Ensuite, le recrutement des participants et la justification du choix méthodologique de ce projet de recherche sont exposés. Troisièmement, le processus d'analyse des données est présenté. Enfin, les considérations éthiques ainsi que les limites de la recherche sont abordées.

4.1. Devis de recherche

Cette étude est de type exploratoire et ce, en partie parce qu'il existe peu de documentation sur le point de vue des parents dont un enfant a réalisé une tentative de suicide ou a eu des idéations suicidaires. Ainsi, elle offre non seulement l'occasion d'apprivoiser le phénomène méconnu qu'est le suicide chez les enfants, mais également d'approfondir les connaissances sur la réalité des cellules familiales qui en sont affectées et sur les inquiétudes des enfants qui y ont recours (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer & Pires, 1997).

La méthodologie de recherche retenue pour cette étude est qualitative. De cette façon, le point de vue des participants a été privilégié alors que « l'objet d'étude est défini de manière inductive et progressive » (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques & Turcotte, 2000 : 159). De plus, une méthodologie qualitative a un caractère rétroactif, car la collecte et l'analyse des données se réalisent simultanément « en fonction de l'approfondissement de la question de recherche » (Mayer & al., 2000 : 159). Deslauriers (1991) décrit la recherche qualitative comme une étude qui « produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites, et le

comportement observable des personnes » (Deslauriers, 1991 : 6). Ainsi, l'utilisation d'une méthodologie qualitative dans le cadre de ce projet de recherche visait la description et la compréhension du vécu des parents.

4.2. Population cible et construction de l'échantillon

La population cible était composée de parents ayant un enfant âgé entre 8 et 12 ans qui a eu des idéations suicidaires ou a réalisé une tentative de suicide dans la région administrative de l'Outaouais. Dans cette perspective, les parents étaient considérés comme des informateurs privilégiés et leur discours avait une grande validité alors que le type d'informations recueillies était souvent de l'ordre des perceptions. Ainsi, les enfants eux-mêmes n'étaient pas interrogés parce que l'étude était susceptible de créer une certaine détresse émotionnelle chez eux. En outre, il était considéré plus pertinent d'interpeller les figures parentales qui voyaient évoluer quotidiennement les enfants que d'observer les comportements de ces derniers et de risquer des changements dans leurs conduites dus à la présence du chercheur (Pourpart & al., 1997).

L'objectif visé pour la constitution de l'échantillon était de rencontrer huit répondants puisque cette étude qualitative visait d'abord à accéder au discours des parents et non pas à la généralisation des résultats (McCracken, 1988). Malgré tout, le principe de saturation qui fait référence « à un échantillon suffisamment grand pour que la collecte de données n'apprenne plus rien au chercheur, n'apporte plus aucune idée nouvelle comparativement à celles qui ont déjà été trouvées et ne fournit pas une meilleure compréhension du phénomène étudié » s'appliquait avec la méthode d'analyse des données qui était ici favorisée (Mayer & al., 2000 : 87).

La technique d'échantillonnage qui a été privilégiée était non probabiliste et « consistait à faire appel à des volontaires pour constituer l'échantillon » (Mayer & al., 2000 : 84). Cette

technique doit toutefois être utilisée avec prudence parce qu'elle a l'habitude d'attirer des participants qui ont les mêmes caractéristiques (Mayer & al., 2000). Cependant, la stratégie de recrutement de volontaires a été utile dans le cadre de cette recherche, car les tentatives de suicide chez les enfants sont relativement rares et le sujet traité est tabou (Gallagher, 2005).

Toute personne intéressée pouvait participer à l'étude en autant qu'elle répondait aux critères d'inclusion. Les participants devaient être le parent d'un enfant âgé entre 8 et 12 ans qui a eu des idéations suicidaires ou a tenté de s'enlever la vie il y a cinq ans ou moins. La famille devait habiter la région de l'Outaouais. De façon plus spécifique, les individus interrogés devaient être le parent ou tuteur d'un enfant qui avait considéré sérieusement l'option de s'enlever la vie, c'est-à-dire avoir exprimé concrètement vouloir mourir volontairement alors que des manifestations comportementales étaient aussi perceptibles chez lui, ou être le parent ou tuteur d'un enfant qui a tenté de commettre un geste dans l'intention de s'enlever la vie il y a cinq ans et moins. De cette façon, nous nous assurons que l'enfant n'avait pas uniquement tenu des propos de suicide en agissant par imitation (Gallagher, 2005; Julien & Breton, 2008). Sans compter que nous pouvions davantage être certains qu'il n'y avait pas eu une mauvaise interprétation du discours de l'enfant ayant des capacités verbales plus limitées qu'un adulte (Gallagher & Daigle, 2008a; Julien & Breton, 2008). Le choix de cette période de cinq ans et moins se justifie puisqu'au-delà de cette période, la mémoire à long terme est sollicitée chez les participants et des informations sont susceptibles de se perdre (Baddeley, 1999).

4.3. Stratégies de recrutement

Pour faciliter le recrutement des participants, certains milieux ont été ciblés en fonction du lien entre leur mission et l'objet de recherche. Trois organisations ont été identifiées comme partenaires potentiels à l'étude. Tout d'abord, il y avait le Centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ),

unique établissement de la région offrant des soins spécialisés en psychiatrie. Fondé en 1965, le CHPJ vise à offrir des services en matière d'évaluation, de traitement, de formation et de recherche en santé mentale à l'ensemble de la population de l'Outaouais. En effet, il est reconnu, entre autres, comme un établissement d'enseignement et de recherche qui est affilié à l'Université d'Ottawa, l'Université McGill et l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Plus spécifiquement, le CHPJ offre une expertise et/ou un suivi psychiatrique spécialisé aux jeunes de 0 à 13 ans en travaillant en collaboration avec la famille, l'école et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (CHPJ, 2010).

Le deuxième partenaire identifié était le Centre Intersection. Cet organisme communautaire de la région de l'Outaouais a pour mandat de favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale et d'apporter du soutien aux gens endeuillés par suicide. Le Centre Intersection offre de l'accompagnement communautaire concret tel que du soutien au logement, la planification et la gestion d'un budget, l'organisation des tâches ménagères et le soutien psychologique. Il offre aussi le programme « Deuil après suicide », un service de postvention pour les personnes endeuillées par suicide. Celui-ci est disponible sous forme de groupes de soutien ou de suivis individuels et ce, pour les individus de tous les âges (Centre Intersection, 2011).

Le troisième milieu ciblé pour le recrutement des participants était le Centre d'aide 24/7, un organisme communautaire de la région ayant pour mission d'offrir des services d'accueil, d'aide, de soutien et d'accompagnement pour désamorcer la crise auprès des personnes en besoin et de leurs proches. Il offre aussi du soutien aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux dans la gestion de crise. Ce service d'intervention en situation de crise et de détresse est

disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine comme son nom l'indique (Centre d'aide 24/7, 2011).

Afin de solliciter la participation des milieux au recrutement des participants, une lettre de présentation (Appendice B) a été remise à tous les partenaires potentiels afin de les informer des objectifs général et spécifiques du projet de recherche ainsi que du rôle des participants.

Malgré des efforts importants pour le recrutement, les participants de cette étude ont tous été référés par le Centre d'aide 24/7. Effectivement, aucun répondant n'était recruté par l'intermédiaire des deux autres organismes. La principale raison de cette limite vient du fait que ce milieu était beaucoup plus accessible pour l'étudiante-intervieweuse puisqu'elle était employée au Centre d'aide 24/7. Elle pouvait ainsi avoir un accès privilégié aux dossiers.

D'autre part, la direction du Centre Intersection avait clairement témoigné son intérêt à contribuer au projet de recherche, mais aucun parent susceptible de répondre aux critères d'inclusion de cette recherche n'a eu recours à leurs services d'aide malgré le fait que quelques-uns aient été référés par un coroner.

En ce qui concerne le CHPJ, la direction considérait que ce projet de recherche n'apportait aucun élément nouveau à la littérature déjà existante sur le suicide chez les enfants. Aucune référence n'a donc été reçue de cette organisation.

L'étude des dossiers au Centre d'aide 24/7 a permis d'en identifier 200 qui décrivaient des interventions réalisées en situation de crise auprès d'enfants âgés entre 8 et 12 ans dans la région depuis cinq ans ou moins. Parmi ces dossiers, huit étaient associés à des jeunes personnes en

besoin ayant réalisé une tentative de suicide et 14 dossiers impliquant des enfants âgés entre 8 et 12 ans avec des idéations suicidaires ont été identifiés. Ainsi, 22 dossiers impliquant des individus répondaient aux critères de sélection de cette étude. Dans cet ordre d'idées, il s'agit de tous les parents répondant aux critères de sélection qui ont été retenus pour participer à ce projet de recherche. Mentionnons que la stratégie de recrutement a été au préalable validée par le Comité de l'éthique et de la recherche (CÉR) de l'UQO.

4.4. Présentation de l'étude aux participants potentiels

Les répondants potentiels à l'étude étaient sollicités par un premier contact téléphonique. Nous prenions le soin de nous présenter tout en spécifiant la raison pour laquelle nous avions un accès privilégié à leurs coordonnées personnelles. Nous nous assurons de communiquer avec le parent qui semblait le plus impliqué lors des idéations suicidaires ou de la tentative de suicide de son enfant. Il a été possible de recueillir cette information en questionnant directement les parents lors du premier contact téléphonique. Ce premier constat permettait de décrire non seulement les buts de la recherche, mais également les raisons qui menaient à estimer les interlocuteurs comme répondants éventuels à l'étude. Nous profitons aussi de cette première prise de contact pour communiquer les thèmes devant être abordés lors de l'entretien. Par la même occasion, nous nous assurons que les informations au dossier étaient valides. Lorsque ces derniers consentaient à collaborer à la recherche, le moment et le lieu de l'entretien étaient déterminés conjointement (Gauthier, 2008).

4.5. Collecte des données

L'entrevue semi-structurée a été la méthode de collecte des données retenue pour cette étude. Elle consiste à « une interaction sociale entre des personnes qui s'engagent volontairement dans une pareille relation afin de partager un savoir d'expertise et ce, pour mieux dégager

conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt pour les individus en présence » (Gauthier, 2008 : 339). Ce choix se justifie puisque l'entrevue semi-structurée vise à encourager « l'expression des pensées chez les répondants, en vue d'un accès direct à l'expérience des individus, tout en veillant à ce qu'ils ne s'écartent pas trop des thèmes devant être abordés » (Mayer & al., 2000 : 119). Ainsi, une entrevue permet une relation interpersonnelle avec les participants, ce qui est d'autant plus important lorsqu'un support émotif est susceptible d'être nécessaire comme c'était le cas dans le cadre de cette recherche (Gauthier, 2008).

Le choix méthodologique de l'entrevue semi-structurée offrait également l'occasion d'établir un lien de confiance entre le répondant et l'intervenant rendant ainsi l'information plus facile à recueillir. Des thèmes plutôt que des questions très définies ont été abordés. L'information était alors perçue comme permettant « d'enrichir le matériel d'analyse et le contenu de la recherche » compte tenu que les participants sont suffisamment libres pour élaborer davantage sur l'un ou l'autre des thèmes (Pourpart & al., 1997 : 183). Toutefois, nous devons recourir à une certaine structure parce que nous voulions nous assurer de l'uniformité des entrevues et du matériel recueilli (Deslauriers, 1991).

4.5.1. Schéma d'entrevue

Le schéma d'entrevue utilisé auprès des répondants était constitué à partir de thèmes. Ces derniers correspondent à l'une des couches systémiques du modèle écologique qui est le cadre théorique de ce projet de recherche. Les thèmes sont les suivants :

- Éléments sur les caractéristiques personnelles de l'ontosystème (caractéristiques personnelles de l'enfant);

- Éléments sur les caractéristiques personnelles des microsystèmes (caractéristiques personnelles des membres de la famille, les amis, les enseignants et les personnes significatives des services de loisirs);
- Éléments sur le mésosystème (rapports entre les membres de la famille et ceux des milieux à proximité);
- Éléments sur l'aide recherchée, reçue ou désirée sur les plans professionnel et personnel;
- Éléments sur les idéations suicidaires ou la tentative de suicide de l'enfant dont les éléments déclencheurs et le contexte.

4.5.2. Procédure lors des entrevues

La durée des entrevues réalisées varie entre quarante-cinq minutes et une heure trente minutes. Elles se sont déroulées à l'endroit qui convenait le mieux aux répondants. Ainsi, la majorité des entretiens se sont passés, en soirée, au domicile des participants à l'exception de trois, dont deux ont eu lieu dans un endroit public et un dernier a été réalisé au Centre d'aide 24/7. Une attention particulière a été portée au respect des horaires de travail de tous les répondants afin de leur éviter des frais de gardienne. De plus, les participants devaient être seuls, c'est-à-dire sans la présence du conjoint ou d'un enfant afin de ne pas favoriser des échanges difficiles à saisir pour nous lors de la rencontre.

Les entrevues se sont déroulées de la même façon pour chaque participant grâce au guide d'entrevue (Appendice D) servant de canevas. Nous avons pris le temps de favoriser le lien de confiance tout en décrivant le déroulement de l'entretien et ses aspects techniques. Les participants ont été informés que l'entretien serait enregistré sur cassette audio et un formulaire de consentement (Appendice A) a été signé à cet effet. Les interrogations soulevées par les participants ont été répondues par l'étudiante-intervieweuse. Chaque répondant a également reçu une liste des ressources d'aide (Appendice C) disponible dans la région de l'Outaouais.

De plus, nous nous sommes engagés à reprendre contact par téléphone avec chacun d'entre eux 24 heures après l'entretien afin de s'assurer que la remémoration de certains souvenirs plutôt désagréables n'avait pas engendré une détresse émotionnelle. Si l'un ou l'autre des répondants était perçu comme vulnérable, il était informé qu'un intervenant du Centre d'aide 24/7 serait immédiatement avisé de son état afin que ce dernier puisse investiguer la situation auprès de lui et s'assurer qu'il soit en sécurité. Cette entente a été préalablement prise avec la direction générale du Centre d'aide 24/7. Nous pouvions faire la référence au moment de la vérification de l'état émotif du répondant lors de la clôture de l'entrevue.

Les participants ont été informés des suites du projet de recherche. Aucune prise de notes ne s'est effectuée durant l'entrevue afin de ne pas éveiller la méfiance chez les personnes interrogées.

4.6. Analyse des données

L'analyse de contenu est la méthode choisie pour traiter les données recueillies et ce, même si nous n'avons pas suivi systématiquement toutes les étapes de cette méthode d'analyse. Celle-ci consiste en « une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis » (Deslauriers, 1987 : 50). Avec ses différentes étapes, c'est une méthode rigoureuse qui exige que le chercheur soit méthodique sans pour autant nuire à sa créativité lors de l'interprétation des résultats obtenus (Mayer & al., 2000). Elle permet aussi de traiter du matériel non structuré qui émerge des entretiens (Deslauriers, 1991).

Cette méthode comporte trois étapes distinctes. La première étape est la retranscription du contenu des échanges à partir de l'enregistrement. C'est ce qu'on appelle un *verbatim*. Une attention particulière a été apportée au traitement des informations sensibles afin de préserver l'anonymat des répondants. La retranscription littéraire a été favorisée, c'est-à-dire que nous avons uniformisé la qualité du français dans la retranscription du contenu des échanges en vue de la rédaction de ce rapport. Une analyse psycholinguistique des données recueillies n'était pas visée. La retranscription partielle a aussi été privilégiée, car les redondances et les informations jugées non pertinentes avec l'objet de recherche ont été triées (Deslauriers, 1987; Fortin, 2010). Toutefois, une relecture de la transcription des divers entretiens a été effectuée afin de s'imprégner des facteurs intangibles tels que le climat de la rencontre et le contenu émotif des échanges.

La deuxième étape du processus consiste à repérer des idées principales afin de les regrouper par catégories. Ces mêmes catégories permettent de constituer une première version de la grille de codification (Fortin; 2010; Mayer & al., 2000). La grille de codification peut être mixte, c'est-à-dire qu'elle est à la fois conçue à partir des éléments issus de la littérature pour être ensuite bonifiée par des éléments issus du contenu des échanges. Dans cette étude, le schéma d'analyse de contenu (Appendice G) a été non seulement bâti avec les concepts, dimensions et indicateurs de la recension des écrits, mais aussi avec le discours des parents en lien avec leur expérience qui apportait des éléments de réponses aux questions de recherche.

La dernière étape de l'analyse de contenu est l'analyse des données recueillies qui permet l'organisation des résultats en vue de la rédaction du rapport (Fortin, 2010; Mayer & al., 2000). Pour ce projet de recherche, nous nous sommes surtout intéressés à l'analyse du contenu

manifeste. Comme le souligne Deslauriers (1987), le contenu manifeste signifie « que tout le sens, la totalité de la signification, existe déjà dans le matériel tel qu'obtenu » (Deslauriers, 1987 : 51). Il est aussi important de spécifier que l'analyse des résultats portait principalement sur la présence d'un élément du discours plutôt que sur la fréquence de son apparition (Fortin, 2010; Gauthier, 2008).

4.7. Considérations éthiques

Tous les répondants ont participé de manière libre et éclairée à la recherche. Pour ce faire, les objectifs de l'étude, les risques et les avantages associés à leur participation leur ont été présentés par l'entremise d'un formulaire de consentement (Appendice A).

Des mesures particulières étaient également prises pour conserver l'anonymat des répondants et éviter que la lecture du rapport permette de les identifier. La confidentialité était assurée par l'usage de codes dans la rédaction du mémoire de recherche. Ceux-ci étaient uniquement connus par l'étudiante-intervieweuse. Quant aux données recueillies, elles seront détruites cinq ans après le dépôt du mémoire et conservées dans un classeur fermé à clé seulement accessible à la directrice de mémoire. Notons que tous les participants étaient informés qu'ils pouvaient se retirer en tout temps de cette étude sans aucun préjudice.

Les résultats feront l'objet de publications dans des revues scientifiques, ce dont les participants ont été informés. Nous nous sommes aussi engagés à transmettre, par courrier électronique, les principaux résultats aux répondants intéressés tout comme à la direction générale du Centre d'aide 24/7 qui a rendu possible ce projet grâce au soutien offert lors du recrutement des participants.

4.8. Limites de la recherche

Ce projet de recherche a été évalué et a reçu une certification éthique du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'UQO (Appendice F). Toutefois, il comporte un certain nombre de limites.

L'échantillon non probabiliste et de petite taille ne garantissent pas la représentativité de la population à l'étude (Mayer & al., 2000). La recherche se voulait uniquement une première étape dans la documentation de ce phénomène compte tenu que nous nous sommes surtout intéressés à la littérature québécoise qui porte sur le suicide chez les enfants. Cette recherche n'a pas la prétention de fournir de résultats généralisables, mais plutôt des pistes de recherche et d'intervention à approfondir ultérieurement.

En deuxième lieu, les informations recueillies auprès des répondants peuvent contenir des biais compte tenu que certains d'entre eux étaient susceptibles de s'autocensurer puisque le sujet traité est encore tabou.

En troisième lieu, la posture de l'étudiante-intervieweuse influence en partie les résultats de l'étude. Les opinions et les valeurs qu'elle a acquises à titre de professionnelle en étant employée au Centre d'aide 24/7 peuvent être vue comme un biais. Il serait donc inexact de considérer ce projet de recherche comme étant objectif (Paillé, 2007; Pires, 1997).

En quatrième lieu, la compréhension du phénomène du suicide chez les enfants peut être restreinte puisque les enfants dont il est question n'ont pas été interrogés dû à des considérations

éthiques. Le fait de rencontrer les parents et de solliciter leur point de vue mène nécessairement à des données fort différentes.

4.9. Présentation de l'échantillon

Rappelons que les 22 participants potentiels identifiés ont été téléphonés et huit d'entre eux ont accepté de participer à l'étude. Les huit personnes interrogées pour ce projet sont des femmes. Six d'entre elles sont les mères biologiques des enfants dont il est question dans cette recherche. Les deux autres sont les tuteurs de ces enfants. Toutefois, elles sont toutes considérées, dans le cadre de ce projet de recherche, comme les mères des enfants parce qu'elles jouent toutes un rôle primordial auprès des enfants. Au moment des entrevues, six des informatrices occupaient un emploi. En ce qui concerne la scolarité des répondantes, trois ont réalisé des études universitaires et une participante possédait un diplôme d'études collégiales. Deux mères ont obtenu un diplôme d'études professionnelles et deux d'entre elles détiennent un diplôme d'études secondaires.

Quant au statut civil des informatrices, trois étaient mariées depuis plus de 15 ans avec le père de l'enfant dont il est question dans cette étude au moment des entretiens. Trois autres mères étaient divorcées du papa de l'enfant depuis quatre ans et plus. Finalement, deux répondantes étaient en union de fait depuis cinq ans et moins. Ces deux derniers couples sont devenus une famille d'accueil pour les enfants dont il est question dans cette recherche.

Caractéristiques individuelles des répondantes

Caractéristiques individuelles des répondantes					
Données sociodémographiques/ Répondantes	Sexe	Lien avec l'enfant	Emploi occupé/ Occupation	Scolarité	Statut civil
R1	F	Mère	Emploi	Diplôme d'études professionnelles	Mariée
R2	F	Tutrice	Emploi	Diplôme d'études professionnelles	Union de fait
R3	F	Tutrice	Études	Diplôme d'études secondaires	Union de fait
R4	F	Mère	Emploi	Diplôme d'études universitaires	Mariée
R5	F	Mère	Emploi	Diplôme d'études universitaires	Mariée
R6	F	Mère	Études	Diplôme d'études secondaires	Divorcée
R7	F	Mère	Emploi	Diplôme d'études universitaires	Divorcée
R8	F	Mère	Emploi	Diplôme d'études collégiales	Divorcée

5- Résultats

Ce chapitre est consacré à la présentation des données recueillies lors des entretiens avec les mères dont un enfant a eu des idéations suicidaires ou a réalisé une tentative de suicide. Les résultats obtenus dans le cadre de ce projet de recherche sont exposés non seulement selon les concepts, dimensions et indicateurs de la recension des écrits, mais également selon les éléments du discours des informatrices en lien avec leur expérience. Rappelons d'ailleurs que la grille de codification (Appendice G) qui permettait de classer les idées principales contenues dans les différentes entrevues était mixte. Mentionnons que la logique de présentation des résultats suit les différentes couches systémiques du modèle écologique servant de grille d'analyse pour ce projet de recherche. Ainsi, le portrait de chacune des familles est présenté suivi des caractéristiques individuelles de l'ontosystème et des microsystèmes.

5.1. Portrait des familles

Il semble primordial de synthétiser les données sociodémographiques recueillies pour avoir une vision globale de chacune des familles. Aussi, cette synthèse permet de rendre compte

que certaines des informatrices ont davantage élaboré sur des aspects de leur situation familiale au détriment d'autres.

5.1.1. Première famille

La cellule familiale de la première répondante est nucléaire. La mère est mariée depuis 19 ans avec le père de ses deux fils respectivement âgés de 15 et 17 ans, l'enfant dont il est question dans cette étude étant le plus jeune. Les deux enfants fréquentent l'école secondaire. La mère a obtenu un diplôme d'études professionnelles et le père a complété ses études secondaires. Les deux parents ont chacun un emploi.

Portrait de la première famille

Portrait de la première famille		
Données sociodémographiques/ Parents	Mère	Père
Statut civil des parents	Marié(e)	
Emploi occupé/occupation des parents	Emploi	
Scolarité des parents	Diplôme d'études professionnelles	Diplôme d'études secondaires
Données sociodémographiques/ Enfants	Enfant 1 ¹	Enfant 2
Sexe des enfants	Masculin	
Âge des enfants	15 ans	17 ans
Niveau académique des enfants	Secondaire	

5.1.2. Deuxième famille

La famille de la seconde répondante est une famille d'accueil. Quand le couple est devenu une famille d'accueil, les conjoints étaient en union de fait depuis trois ans. L'enfant était âgé de 11 ans au moment où il a été accueilli. Le garçon a une sœur biologique qui vit dans une autre famille d'accueil. Elle ajoute que l'intégration à la maison s'est bien déroulée malgré certains changements. Elle donne comme exemple que son conjoint a réorienté sa carrière pour être plus présent lorsque son fils revient de l'école.

¹ Dans les tableaux statistiques affichant le portrait des familles, l'« Enfant 1 » correspond à l'enfant dont il est question dans le projet de recherche.

Portrait de la deuxième famille

Portrait de la deuxième famille		
Données sociodémographiques/ Parents	Mère	Père
Statut civil des parents	Union de fait	
Emploi occupé/occupation des parents	Emploi	Études
Scolarité des parents	Diplôme d'études professionnelles	Diplôme d'études secondaires
Données sociodémographiques/ Enfants	Enfant 1	
Sexe des enfants	Masculin	
Âge des enfants	13 ans	
Niveau académique des enfants	Secondaire	

5.1.3. Troisième famille

La famille de la troisième répondante est également une famille d'accueil. L'enfant a été accueilli à l'âge de deux ans. La mère est monoparentale et fait un retour aux études.

Portrait de la troisième famille

Portrait de la troisième famille	
Données sociodémographiques/ Parents	Mère
Statut civil des parents	Célibataire
Emploi occupé/occupation des parents	Études
Scolarité des parents	Diplôme d'études secondaires
Données sociodémographiques/ Enfant	Enfant 1
Sexe des enfants	Masculin
Âge des enfants	15 ans
Niveau académique des enfants	Secondaire

5.1.4. Quatrième famille

La famille de la quatrième répondante est constituée d'un couple marié depuis près de 16 ans et de deux enfants qui sont respectivement âgés de 11 et 15 ans. Les deux parents ont complété des études universitaires.

Portrait de la quatrième famille

Portrait de la quatrième famille		
Données sociodémographiques/ Parents	Mère	Père
Statut civil des parents	Marié(e)	
Emploi occupé/occupation des parents	Emploi	Emploi
Scolarité des parents	Diplôme d'études universitaires	Diplôme d'études universitaires
Données sociodémographiques/ Enfants	Enfant 1	Enfant 2
Sexe des enfants	Féminin	Masculin
Âge des enfants	11 ans	15 ans
Niveau académique des enfants	Primaire	Secondaire

5.1.5. Cinquième famille

En couple et mariée depuis 18 ans avec deux enfants âgés de 9 et 14 ans résume la situation familiale de la cinquième répondante. La répondante et son conjoint occupent un emploi à temps complet. Les deux enfants fréquentent l'école secondaire.

Portrait de la cinquième famille

Portrait de la cinquième famille		
Données sociodémographiques/ Parents	Mère	Père
Statut civil des parents	Marié(e)	
Emploi occupé/occupation des parents	Emploi	Emploi
Scolarité des parents	Diplôme d'études universitaires	Diplôme d'études universitaires
Données sociodémographiques/ Enfants	Enfant 1	Enfant 2
Sexe des enfants	Masculin	Féminin
Âge des enfants	12 ans	14 ans
Niveau académique des enfants	Secondaire	

5.1.6. Sixième famille

La répondante de la sixième famille est cheffe de famille monoparentale et a deux fils qui sont respectivement âgés de 7 et 9 ans. Elle n'occupe pas d'emploi pour le moment. Elle est retournée aux études afin de terminer son diplôme d'études secondaires. Elle considère vivre une précarité d'emploi. En effet, elle mentionne que son revenu est insuffisant pour subvenir aux

besoins de sa famille. Cette maman mentionne qu'elle n'a plus de contact avec son ex-conjoint depuis son divorce et que les enfants non plus puisque le papa a déménagé.

Portrait de la sixième famille

Portrait de la sixième famille		
Données sociodémographiques/ Parents	Mère	
Statut civil des parents	Divorcé(e)	
Emploi occupé/occupation des parents	Études	
Scolarité des parents	Diplôme d'études secondaires	
Données sociodémographiques/ Enfants	Enfant 1	Enfant 2
Sexe des enfants	Masculin	
Âge des enfants	9 ans	7 ans
Niveau académique des enfants	Primaire	

5.1.7. Septième famille

La septième répondante est aussi cheffe de famille monoparentale. Elle a un seul fils âgé de 12 ans dont elle a la garde partagée. La répondante occupe un emploi à temps complet en même temps qu'elle finalise un baccalauréat à l'université.

Son ex-conjoint et elle travaillent dans le même domaine. Ce dernier complète des études collégiales en même temps qu'il travaille à temps plein. Quant au petit garçon, il fréquente l'école primaire.

Portrait de la septième famille

Portrait de la septième famille		
Données sociodémographiques/ Parents	Mère	Père
Statut civil des parents	Divorcé(e)	
Emploi occupé/occupation des parents	Emploi	
Scolarité des parents	Diplôme d'études universitaires	Diplôme d'études collégiales
Données sociodémographiques/ Enfant	Enfant 1	
Sexe des enfants	Masculin	
Âge des enfants	12 ans	
Niveau académique des enfants	Primaire	

5.1.8. Huitième famille

La huitième répondante est divorcée. Elle vit avec ses deux enfants âgés de 12 et 13 ans et sa mère. L'informatrice n'a pas de contacts avec son ex-conjoint et ses enfants ne voient plus leur père depuis au moins trois ans.

La maman habite avec ses enfants dans une maison intergénérationnelle. La grand-mère maternelle demeure avec eux.

Portrait de la huitième famille

Portrait de la huitième famille		
Données sociodémographiques/ Parents	Mère	Grand-mère
Statut civil des parents	Divorcé(e)	N/D
Emploi occupé/occupation des parents	Emploi	N/D
Scolarité des parents	Diplôme d'études collégiales	N/D
Données sociodémographiques/ Enfants	Enfant 1	Enfant 2
Sexe des enfants	Masculin	Féminin
Âge des enfants	12 ans	13 ans
Niveau académique des enfants	Primaire	Secondaire

5.2. Ontosystème

5.2.1. Caractéristiques individuelles des enfants

L'ontosystème est représenté par les enfants dont il est question dans cette étude et dont les mères ont été rencontrées. Au moment des entrevues, les enfants étaient âgés entre 9 et 15 ans. Sept d'entre eux sont de sexe masculin, un seul est de sexe féminin. Quatre des enfants sont les benjamins de leur famille, deux en sont les aînés et deux sont des enfants uniques.

Deux des enfants dont il est question dans cette recherche était à l'école secondaire quand les informatrices ont accepté de participer au projet de recherche. Deux des enfants qui fréquentaient l'école secondaire étaient dans des classes spécialisées.

Quant à la nature des gestes suicidaires posés par les enfants, trois ont réalisé une tentative de suicide, deux ont eu des idées de suicide planifiées et deux autres ont pensé sérieusement à s'enlever la vie. Mentionnons que les moyens utilisés lors des tentatives de suicide ont été la lacération des poignets et la strangulation. Parmi les enfants qui ont tenté de s'enlever la vie dont il est question dans ce projet de recherche, un avait déjà effectué deux autres tentatives de suicide par le passé.

Caractéristiques individuelles des enfants

Caractéristiques individuelles des enfants						
Données sociodémographiques/ Répondantes	Âge	Sexe	Position dans la famille	Niveau académique	Cheminement particulier à l'école	Nature des gestes suicidaires
R1	15 ans	M	Benjamin	Secondaire	Régulier	Idées de suicide non planifiées
R2	13 ans	M	Aîné	Secondaire	Régulier	Tentative de suicide (lacération)
R3	15 ans	M	Enfant unique	Secondaire	Spécialisé	Tentative de suicide (strangulation)
R4	11 ans	F	Benjamin	Primaire	Régulier	Idées de suicide planifiées
R5	12 ans	M	Benjamin	Secondaire	Régulier	Tentative de suicide (lacération)
R6	9 ans	M	Aîné	Primaire	Spécialisé	Tentative de suicide (lacération)
R7	12 ans	M	Enfant unique	Primaire	Régulier	Idées de suicide planifiées
R8	12 ans	M	Benjamin	Primaire	Régulier	Idées de suicide non planifiées

Lorsque nous demandons aux informatrices de décrire plus spécifiquement leur enfant dont il est question dans ce projet de recherche, elles décident de parler surtout de leurs résultats scolaires, leur tempérament et leur diagnostic psychiatrique.

5.2.2. Résultats scolaires

Mentionnons que les résultats scolaires des enfants dont il est question dans ce projet de recherche sont polarisés. En effet, certains enfants performant bien à l'école et d'autres vivent des difficultés académiques importantes tout en ayant un désintérêt pour l'école.

Les deux mamans dont les enfants avaient un cheminement spécialisé à l'école disent que leur enfant a dernièrement de bons résultats scolaires. Auparavant, chacune raconte qu'elle doit négocier avec son enfant pour qu'il se présente à l'école. Également, les deux mêmes

informatrices relatent, chacune à sa façon, que leur enfant répondait toujours qu'il n'avait pas de devoirs lorsqu'elles offraient de les aider.

« Depuis qu'il a commencé l'école, il se retrouve dans des classes spéciales pour les jeunes qui ont des troubles d'apprentissage. Toutefois, il a fait beaucoup de progrès à l'école depuis quelques mois. Il a de bien meilleurs résultats. Avant, je n'aurais pas dit ça parce qu'il n'allait même pas à ses cours. Je l'encourageais à y aller, mais il ne le faisait pas toujours. Je lui demandais aussi s'il avait besoin d'aide pour ses devoirs et il me répondait que son professeur ne donnait pas de devoirs. » (R3)

Par contre, trois des participantes considèrent que leur enfant performe bien à l'école. Elles disent que leur enfant aime l'école. Une maman considère que sa fille est surdouée.

« Ma fille est bolée à l'école. Elle n'a même pas besoin d'étudier et elle a d'excellentes notes. C'est comme ça dans toutes les matières à l'école. » (R4)

Une informatrice a remarqué dernièrement que son fils est complètement démotivé à l'école. Elle semble alors découragée par ce changement important de comportement. Elle explique, entre autres, que son fils s'absente souvent de l'école pour s'amuser avec ses amis dans les parcs. La maman rajoute que son fils a abandonné l'école l'an dernier. Toutefois, l'enfant n'a pas été renvoyé de l'école puisque la direction de l'établissement scolaire a été conciliante.

« Mon fils est dans une classe normale à l'école, mais je ne sais s'il va y demeurer. Il refuse de travailler cette année et ne se présente pas à ses cours pour traîner avec ses amis. Il dérange. Au niveau académique, il n'a pas de résultat. Il n'y a rien sur son bulletin. Il a abandonné l'école l'an passé, mais la direction de l'école a décidé quand même de ne pas le faire échouer parce qu'il avait de bons résultats avant d'abandonner. » (R5)

5.2.3. *Tempérament*

Parmi toutes les mères rencontrées, quatre décident d'aborder le tempérament de leur enfant qui a eu des idées de suicide ou a réalisé une tentative de suicide. Deux d'entre elles

considèrent que leur enfant a un tempérament colérique. Une informatrice raconte ce qui se produit lorsque son fils est de mauvaise humeur. Elle dit qu'il brise des objets quand il est contrarié et qu'il est impatient.

« Il lui arrive aussi très souvent d'être régulièrement de mauvaise humeur. Nous finissons toujours par le savoir quand il est de mauvaise humeur parce qu'il frappe sur les affaires. Il n'aime pas attendre pour avoir quelque chose.» (R3)

Deux autres des mamans racontent que leur enfant est introverti et a peu confiance en lui. Chacune est d'avis que son enfant ne parle pas de ce qui ne va pas. Chacune mentionne que son fils est peu exigeant et qu'il évite même de faire des demandes évaluées comme étant justifiées. Aussi, les répondantes disent que leur enfant se comporte comme s'il souhaitait passer inaperçu en public.

« Il est très renfermé. Il ne parle pas et ne veut pas déranger. Lorsqu'il est dans un groupe, il longe les murs. J'irais même jusqu'à dire qu'il a une faible estime de lui.» (R8)

5.2.4 Diagnostic(s) d'une maladie mentale

La majorité des enfants dont il est question dans ce projet de recherche ont reçu un diagnostic psychiatrique. Cinq d'entre eux souffrent d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Chacune des mères rencontrées mentionne que son enfant a été diagnostiqué avec un TDA/H quelques mois seulement avant d'avoir eu des idées de suicide ou de réaliser une tentative de suicide.

Un autre des enfants a reçu un diagnostic de dépression majeure établi par une pédopsychiatre. Pour la maman, la cause de cette dépression serait liée au vécu de violence de

l'enfant. En effet, l'informatrice considère que son fils vit du désespoir depuis qu'il a été témoin de la violence conjugale et qu'il a lui-même été victime de violence physique de la part du père.

Les répondantes ont évidemment abordé lors des entretiens les différentes étapes que leur enfant dont il est question dans cette étude a traversées avant de penser sérieusement à s'enlever la vie ou de réaliser une tentative de suicide.

5.3. Processus suicidaire

Lorsque les mères rencontrées sont interrogées sur les idées de suicide ou la tentative de suicide de leur enfant, elles sont invitées à parler de la nature et du contexte des gestes suicidaires de leur enfant. Mentionnons qu'il a été particulièrement difficile pour les participantes d'aborder ce thème. Ainsi, les enfants dont il est question dans ce projet de recherche ne semblent pas avoir tous franchi les mêmes étapes du processus suicidaire. Sans compter qu'ils n'avaient pas tous le même âge lorsqu'ils ont eu des idées de suicide ou ont réalisé une tentative de suicide. Quatre d'entre eux étaient âgés de 12 ans, trois autres de 11 ans et le dernier avait neuf ans.

5.3.1 Nature des gestes suicidaires

Deux des enfants ont pensé sérieusement à s'enlever la vie et deux autres ont eu des suicidaires planifiées. Quatre des enfants ont traversé toutes les étapes du processus suicidaire et ont commis un geste dans l'intention de s'enlever la vie. C'est donc qu'ils ont effectivement réalisé une tentative de suicide.

Les deux enfants qui ont eu des idées de suicide planifiées avaient déterminé le moyen, mais pas le moment ni l'endroit. Pour l'un, c'est la disponibilité des médicaments qui a influencé son choix.

« Il y a un médicament que mon mari prend qui ralentit le cœur. Il prend une dose de ce médicament qui pourrait faire crever toutes autres personnes et notre fille le sait. Donc, c'était sa méthode pour mourir. » (R4)

La jeune fille qui avait déterminé comme moyen les médicaments de son père a eu des idées de suicide planifiées lorsque ses parents envisageaient de se séparer. Les parents avaient justement posé des actions dans le but de se séparer. La maison familiale avait été même mise en vente. Par la suite, la séparation ne s'est toutefois jamais officialisée.

L'autre enfant qui avait déterminé le moyen a menacé à plusieurs reprises sa mère de se suicider en imitant le geste de se couper la gorge avant d'utiliser un couteau lors de son passage à l'acte.

« Il disait qu'il prendrait un ciseau et se servirait du côté coupant en imitant le geste de se trancher la gorge. » (R7)

Mentionnons que les enfants qui ont réalisé une tentative de suicide ont utilisé divers moyens. Trois des enfants se sont lacérés les poignets avec un couteau de cuisine. Dans tous les cas, les blessures étaient superficielles. Aussi, ces trois enfants ont commis ces gestes suicidaires suite à un refus à une demande et ce, en présence des mères interrogées qui tentaient de les dissuader. La majorité des tentatives de suicide ne se sont pas déroulées lors d'une journée particulière. Par contre, pour l'un des enfants, l'événement s'est produit le jour de son anniversaire. Le petit garçon s'est précipité dans sa chambre pour s'étrangler avec son pyjama à l'instant où il s'apprêtait à développer ses cadeaux pour son anniversaire. Ainsi, le quatrième enfant qui a réalisé une tentative de suicide s'est effectivement étranglé avec son pyjama.

En résumé, quatre des enfants dont les mères étaient interrogées ont effectué une tentative de suicide. Les moyens retenus pour un passage à l'acte étaient diversifiés et il semble que l'accessibilité du moyen aurait eu une influence pour en déterminer le choix. Les autres enfants ont eu des idéations suicidaires.

5.3.2. *Circonstances des gestes suicidaires*

Même si la majorité des enfants n'ont pas posé des gestes suicidaires lors d'une journée particulière, toutes les mamans associent les idéations suicidaires ou la tentative de suicide de leur enfant à des circonstances particulières. Dans cette perspective, une mère raconte qu'elle se disputait à toutes les semaines avec sa fille six mois avant qu'elle ait des idéations suicidaires planifiées. La participante explique qu'elles avaient toutes les deux pris l'habitude de se chicaner sans raison apparente.

Deux enfants dont il est question dans cette étude ont été témoins de violence conjugale et victimes de violence physique de la part du papa juste avant de commettre un geste dans l'intention de s'enlever la vie selon les données recueillies. Également, une répondante qui a la garde partagée de son fils dit que celui-ci a réalisé une tentative de suicide lorsqu'elle lui a annoncé que son père n'exercerait plus son droit de visite. Puis, une maman qui était interrogée mentionne que son fils a eu des idées de suicide au même moment où sa grand-mère maternelle, avec qui il avait des rapports harmonieux, mourrait du cancer. Finalement, trois enfants dont il est question dans ce projet de recherche vivaient de l'intimidation avec des agressions verbales et physiques quand ils ont eu des idéations suicidaires ou ont effectué une tentative de suicide.

5.3.3. *Signes d'expression suicidaire*

Tous les enfants dont il est question dans ce projet de recherche ont exprimé leur souffrance avant de commettre un geste dans l'intention de s'enlever la vie. Ils ont utilisé des messages directs ou indirects comme signaux d'alarme.

Sept enfants ont dit clairement qu'il voulait se suicider. Quatre d'entre eux ont dit qu'il voulait s'enlever la vie quelques jours avant qu'il réalise une tentative de suicide. Par ailleurs, les participantes racontent qu'elles ont tenté de dissuader leur enfant lorsqu'il s'est confié et a dit qu'il voulait s'enlever la vie. Chacune d'elles rapporte avoir dit à son enfant qu'elle l'aimait et a fait une activité avec lui.

Un enfant a rédigé une lettre et l'a fait parvenir par courrier électronique à une organisation. La lettre a été écrite sous forme d'un poème. La maman mentionne qu'elle ne connaît pas le contenu de la lettre parce qu'elle n'en a pas encore fait la lecture. Elle dit ne pas être prête à savoir tout ce qui a fait en sorte que sa fille a eu des idéations suicidaires planifiées. Elle dit savoir uniquement que son enfant a exprimé avoir de la peine dans sa lettre.

Toutes les mères disent que leur enfant a changé subitement de comportements dans les semaines ou les mois qui ont précédé les tentatives ou les idéations. L'un d'eux a réalisé ses trois tentatives de suicide à des intervalles de trois mois. La maman raconte donc les circonstances qui ont entouré la première tentative de suicide de son fils. Mentionnons que le moyen retenu par l'enfant était de se laisser tomber d'un véhicule en marche.

« Lors de sa première tentative de suicide, nous étions à [nom de l'organisme] pour les femmes monoparentales. Quand nous sommes partis en voiture pour

revenir à la maison. Il a alors ouvert la porte de la voiture et il a tenté de se lancer par terre. » (R6)

Lors de sa deuxième tentative de suicide, l'enfant s'étouffait alors avec de petits objets insérés dans le nez et la bouche. La participante laisse alors sous-entendre qu'elle ne savait pas comment réagir avec son fils qui faisait un passage à l'acte.

« La deuxième fois, il était couché alors que les deux garçons dormaient dans la même chambre. Mon fils s'était mis des perles de plastique dans le nez et la gorge. J'avais peur. Je le questionnais pour savoir pourquoi il voulait faire ça et je l'ai même chicané un peu. » (R6)

Un enfant avait des marques sur les bras quelques jours avant de réaliser sa tentative de suicide par lacération des poignets. La maman pense qu'il a posé ce geste pour tolérer la souffrance physique occasionnée par son éventuel passage à l'acte. Les blessures étaient superficielles. Le garçon se graignait les oreilles et les lèvres avec une brocheuse. L'informatrice pense maintenant que l'enfant se mutilait pour atténuer la souffrance psychologique ressentie à la remémoration des mauvais traitements subis plus tôt dans sa famille d'origine.

« Il essayait de se percer les oreilles lui-même pour se faire du mal. Des fois, c'était même sur les lèvres et il se servait d'une brocheuse. Je lui demandais pourquoi il faisait ça. Il disait que ça lui faisait moins mal en-dedans. Je pense qu'il préparait sa tentative de suicide à ce moment-là. Je pense qu'il voulait s'habituer à avoir mal physiquement. Il a mal en-dedans depuis qu'il a été maltraité par ses parents biologiques. » (R3)

Une des répondantes se rappelle que son garçon s'est mis à s'opposer et s'obstiner quelques jours avant qu'il réalise sa tentative de suicide. Pour sa mère, le changement drastique de comportements de l'enfant coïncide avec l'absence de contacts avec le père qui a décidé subitement de ne plus voir ses enfants. L'informatrice dit qu'il a adopté ce genre de comportements uniquement avec elle et ce, surtout lorsqu'elle venait tout juste de le mettre en

retrait parce qu'il n'avait pas respecté les règlements. Les crises survenaient autant à la maison que dans des endroits publics. La maman relate qu'elle était surprise du changement de comportements de son fils parce qu'elle considère qu'il aimait se coller à elle auparavant. L'enfant refusait même de faire ses activités préférées en sa compagnie quand elle le lui proposait. Il pouvait aussi s'exhiber en public.

« Mon premier garçon s'est alors mis à s'opposer. Il ne bougeait plus. Je lui demandais d'aller se brosser les dents. Il disait non. Je lui demandais de jouer à son jeu préféré. Il disait non. Si je le réprimandais, il faisait ses crises. Il pouvait aussi faire des crises en public. Il se déshabillait. Il faisait toujours ce genre de crises uniquement avec moi alors que c'était un petit garçon qui aimait se coller. »
(R6)

5.3.4. Hospitalisation

Toutes les mamans mentionnent que leur enfant a reçu les services du Centre d'aide 24/7 et qu'un intervenant s'est rendu à la maison pour évaluer l'urgence suicidaire auprès de leur enfant dans un court délai après la crise suicidaire.

Parmi tous les enfants dont il est question dans ce projet de recherche, six ont été hospitalisés lorsqu'ils ont eu des idées de suicide ou ont réalisé une tentative de suicide afin de subir une évaluation psychiatrique.

5.3.5 Réactions émotives des mères

La plupart des mamans ne parlent pas de leurs réactions émotives quand leur enfant a eu des idées de suicide ou a réalisé une tentative de suicide. Deux informatrices disent qu'elles ne pouvaient pas se permettre d'être vulnérables parce qu'elles devaient soutenir leur enfant. Tout de même, deux participantes pleurent quand elles parlent des gestes suicidaires commis par leur enfant. Elles disent vivre une détresse psychologique. Toutefois, ces deux mères rencontrées ajoutent vivre un grand soulagement à raconter ce qu'elles ont vécu sans avoir peur d'être jugées.

Une autre répondante raconte qu'elle se sent coupable parce qu'elle a l'impression d'avoir failli dans son rôle de mère. Par la même occasion, elle explique son sentiment d'impuissance lorsqu'elle tentait de dissuader son fils d'effectuer un passage à l'acte.

Dans cet ordre d'idées, deux mamans disent que les idéations suicidaires ou la tentative de suicide de leur enfant les amènent à se rappeler les gestes qu'elles ont elles-mêmes commis par le passé dans l'intention de s'enlever la vie et les éléments déclencheurs. Elles racontent qu'elles ressentent à nouveau toute la souffrance qui les envahissait à l'adolescence. La première informatrice mentionne qu'elle a effectué deux tentatives de suicide lorsqu'elle était adolescente. Elle explique sa première tentative de suicide par les difficultés qu'elle vivait avec sa mère qui lui faisait subir de la violence physique et qui avait un problème de dépendance à l'alcool. Lors de sa deuxième tentative de suicide, cette même participante dit qu'elle vivait une rupture amoureuse. Les moyens retenus étaient alors l'intoxication à l'alcool et la lacération des poignets. La deuxième maman relate qu'elle a déjà eu des idéations suicidaires non planifiées. Elle explique que la séparation de ses parents y était pour quelque chose à l'époque.

Certaines mères interrogées élaborent surtout sur les conséquences physiques. Deux d'entre elles racontent qu'elles ne réussissent plus à dormir depuis la tentative de suicide de leur enfant. Elles restent éveillées pour s'assurer que leur enfant ne commet pas d'autres gestes dans l'intention de s'enlever la vie. Deux autres mamans disent qu'elles ont des pertes d'appétit depuis que leur enfant a eu des idées de suicide parce qu'elle est craint aussi pour sa vie. Mentionnons qu'aucune mère interrogée n'élabore sur les réactions des autres membres de la famille quand leur enfant a eu des idées de suicide ou a réalisé une tentative de suicide.

5.4. Mésoystème

Il est maintenant question non seulement des rapports qu'entretiennent les enfants avec les personnes qui sont significatives dans leur vie, mais également de la relation des parents entre eux. Mentionnons que des génogrammes ont été conçus pour chacune des familles afin d'apporter un support visuel à cette section et ainsi, faciliter la compréhension de la qualité des relations mésosystémiques (Appendice H).

5.4.1. Relation avec les mères

Lors de l'entrevue, les informatrices ont été invitées à parler de la fréquence des rapports, de la qualité de la relation et du niveau de communication avec leur enfant qui a eu des idées de suicide ou a tenté de s'enlever la vie. Par exemple, elles ont spécifié si leur enfant se confie lorsqu'une situation difficile survient et si elles sont en mesure de parler de sujets délicats comme les relations interpersonnelles ou la sexualité par exemple.

Tout d'abord, mentionnons que les mères interrogées ont toutes dit avoir des contacts au quotidien avec leur enfant. Effectivement, tous les enfants dont il est question dans ce projet de recherche habitent avec leur maman. Sept des participantes perçoivent de façon positive les rapports avec leur enfant. Deux d'entre elles considèrent que leur relation s'apparente à de l'amitié.

« Je crois que nous avons une bonne relation. Il est très accroché à moi. Il me considère comme son amie. » (R7)

Chacune des deux mères soutiennent aussi que la communication est ouverte avec son enfant. Les enfants ont suffisamment confiance pour discuter de choses plus personnelles avec leur maman. De manière plus détaillée, une informatrice raconte qu'elle apprend le sens des responsabilités à un de ses fils grâce à des discussions. Elle donne l'exemple qu'elle prend le temps de sensibiliser son fils sur les risques associés à la conduite automobile avec les facultés affaiblies.

Cependant, deux des répondantes disent qu'à certaines occasions elles ont eu le sentiment que leur enfant devait se sentir pleinement en confiance pour parler ouvertement. Il semble que ce soit surtout le cas quand les sujets abordés ont une forte charge émotionnelle. Par exemple, une informatrice mentionne que son enfant lui parle ouvertement sauf quand il s'agit de discuter de sa relation antérieure avec sa famille biologique. Elle dit que son fils n'a accepté qu'une fois de lui parler de sa famille biologique. Elle croit que pour lui, se remémorer ces souvenirs lui fait de la peine.

« Il avait la parole facile sur la plupart des choses, mais je l'ai entendu une seule fois parler du passé. Quand il m'a montré ses photos de sa famille, il ne m'en a pas reparlé parce qu'il avait dit ce qu'il avait à dire et il fermait la porte ensuite. On dirait qu'il fermait la porte parce que c'était des souvenirs douloureux. » (R2)

Dans le même ordre d'idées, les répondantes qui considèrent que la communication avec leur enfant est ouverte disent être persuadées que cette confiance vient du fait qu'elles font des activités avec leur enfant.

« Je réussis à discuter avec mon fils jusqu'à ce qu'il me dise ce qui ne va pas bien. D'ailleurs, je pense qu'il s'ouvre bien à moi parce que je m'amuse aussi parfois avec lui. On joue à son jeu vidéo préféré. Je ne suis pas bonne, mais ce n'est pas grave. Je remarque qu'il ne me parle pas si je le laisse de côté et que je n'ai pas de plaisir avec lui. » (R8)

Parmi les sept informatrices qui perçoivent la relation avec leur enfant de façon positive, deux d'entre elles avouent avoir déjà eu recours à la violence physique pour corriger leur enfant. Chacune raconte qu'elle a frappé son enfant. Elles relatent qu'elles avaient l'impression qu'en ayant recours à la violence physique pour corriger leur enfant, il comprendrait plus rapidement ce qui n'est pas acceptable à la maison. Elles disent qu'elles pouvaient donner des claques à leur enfant s'il n'avait pas ramassé sa chambre ou s'il avait obtenu de mauvais résultats scolaires par exemple. Toutefois, ces mères racontent qu'elles se sont rapidement rendues compte que de frapper leur enfant détériorait la relation avec lui. Elles font ainsi des liens entre les coups qu'elles ont infligés par le passé à leur enfant et le fait que celui-ci a voulu s'enlever la vie. Dans le même ordre d'idées, chacune des deux mamans qui a déjà frappé son enfant pour le corriger dit encore vivre un grand sentiment de culpabilité face cet épisode de vie.

« Il m'est déjà arrivé avant de donner des claques à mon garçon quand il arrivait à la maison avec des mauvaises notes dans son bulletin pour qu'il comprenne ce que je m'attendais de lui. Je pensais que comme ça, il comprendrait mieux ce qu'il faut qu'il fasse pour bien réussir dans la vie, mais j'ai réalisé que ça lui faisait plus de mal que de bien. J'ai donc arrêté. Je me sens encore mal d'avoir fait ça, mais je voulais son bien. Je me sens coupable parce pour moi les idées de suicide de mon fils ont des liens avec les claques que je lui ai déjà données. » (R7)

Par ailleurs, une des deux mamans qui avouent qu'elle a déjà eu recours à la violence physique pour corriger son enfant considère que la relation avec son fils est affectée par l'abus sexuel qu'elle a subi à l'adolescence et ce, même si elle dit avoir des rapports harmonieux avec lui. Elle explique qu'elle est devenue méfiante et qu'elle s'est mise à s'isoler depuis l'abus sexuel. La maman raconte qu'elle passait toutes ses journées à dormir pour oublier l'événement traumatisant plutôt qu'à s'occuper de son enfant. Également, l'informatrice pense que ce qu'elle a vécu et les impacts sont pour quelque chose dans la tentative de suicide de son fils.

« Quand j'ai été abusé sexuellement, j'ai été un temps où je ne m'occupais plus beaucoup de mon fils. Je passais toutes mes journées à dormir pour oublier que je m'étais fait abuser sexuellement. On s'entendait très bien mon fils et moi avant l'événement, mais j'étais devenue méfiante et tout me tapait sur les nerfs. Je voulais être seule. Il m'arrivait de frapper mon garçon parce qu'il ne m'écoutait pas. Je pense que c'est un peu à cause de ça que mon fils a fait une tentative de suicide. » (R6)

Deux des mères interrogées rapportent que leur enfant a déjà été violent physiquement avec elles. De manière plus détaillée, une participante mentionne qu'elle a déjà été bousculée par son fils à plusieurs reprises sans qu'il y ait d'éléments déclencheurs. Elle raconte que son fils dont il est question dans cette étude lui faisait suffisamment mal pour que des ecchymoses apparaissent sur ses bras. Elle avoue aussi avoir eu peur.

« Il me poussait et je tombais près du mur. Il n'y avait souvent pas de raisons. J'avais peur quand il était agressif. Il s'excusait souvent, mais recommençait. On dirait qu'il ne remarquait pas ce qu'il faisait. Il me faisait vraiment mal. » (R3)

Une seule des mères interrogées indique que la communication avec son enfant est mauvaise. Également, cette participante raconte que les conflits avec son enfant sont fréquents. Elle dit qu'une dispute peut éclater sans raison apparente. La mère interrogée soupire et semble alors découragée.

« Je dois toujours prendre des gants blancs pour parler avec ma fille. On se chicane souvent et pour des banalités. Je peux lui dire que j'aimerais qu'elle ramasse son assiette et elle va me dire qu'elle aimerait ça que je meurs. Après, nous nous mettons à nous insulter toutes les deux. Nos disputes sont épuisantes et c'est agressant. » (R4)

Cette informatrice rajoute qu'il arrive que sa fille et elle soient violentes verbalement l'une envers l'autre. La mère interrogée raconte même une chicane qui s'est produite récemment avec son enfant. Elle relate que sa fille venait de recourir à de la violence physique indirecte en brisant des objets après avoir reçu un refus à une de ses demandes. Elles se sont alors mises à utiliser la violence psychologique et à se menacer. La mère dit qu'elle-même et sa fille ont tendance à réagir avec impulsivité. Elle avoue aussi être parfois l'initiatrice des chicanes entre elles. Ainsi, la maman croit que les nombreux conflits avec son enfant expliquent ses idées de suicide.

« Ma fille venait de faire une grosse crise. Elle frappait dans le mur parce que je lui avais dit non à une demande. Elle m'avait dit qu'elle voulait aller dans une famille d'accueil. Je lui avais donc dit que je voulais effectivement qu'elle aille dans une famille d'accueil pour que j'aie la paix. Je ne pensais pas ce que je disais, mais c'est le genre de choses que nous pouvons nous dire quand nous nous chicanons. » (R4)

5.4.2. Relation avec les pères

De façon générale, les répondantes de notre étude sont d'avis que les relations entre les pères et les enfants dont il est question dans cette étude sont difficiles. Quatre des mamans rapportent que les contacts avec les papas et leur enfant sont peu fréquents. Deux principales raisons sont évoquées. Deux papas quittent la maison à cause de leur travail pour des périodes d'au moins six mois. Deux autres doivent se soumettre à une décision de la cour après une séparation qui les oblige à demeurer à l'écart parce qu'ils ont déjà fait subir de la violence familiale, c'est-à-dire que les deux enfants ont déjà été témoins de violence conjugale et ont été victimes de violence physique de la part du père. Ainsi, les mères de ces deux enfants perçoivent la relation que leur fils a avec son père de façon négative et considèrent que les idées de suicide ou la tentative de suicide de leur enfant comme des impacts de la violence.

« Les enfants étaient aussi victimes de violence verbale de la part de mon ex-conjoint. Il rabaisait beaucoup les enfants. Parfois, il leur donnait aussi des claques. » (R8)

Trois répondantes sont sous l'impression que leur enfant ne parle pas ouvertement avec leur père. Elles disent qu'ils ne font pas d'activités ensemble.

« Ma fille a une relation très de base avec son père. Il ne sait pas trop comment l'aborder. Tous les deux se parlent, mais pour des affaires pratiques. Il faut dire que mon mari ne fait pas de sorties avec ma fille à moins que je les accompagne. Il ne va pas aller seul au cinéma avec elle. Nous allons au cinéma en famille uniquement. » (R4)

Une informatrice raconte que les idées de suicide de son fils coïncide en même temps qu'elle lui a dit que son père ne viendrait plus le voir. Les deux parents avaient la garde partagée des enfants et le papa aurait décidé que dorénavant il ne voulait plus exercer son droit de voir ses enfants. Elle considère que son enfant vit un choc. La maman dit que son garçon réalise qu'il ne fera plus d'activités avec son papa et se sent donc rejeté. Elle raconte que ce n'était pas la première fois que le papa abandonnait son fils et décidait de ne plus le voir.

« Lors de sa troisième tentative de suicide, son père s'était tanné et m'avait téléphoné pour me dire qu'il ne voulait plus rien savoir de lui alors qu'il devait venir le voir la fin de semaine. J'avais donc dû annoncer la nouvelle à mon fils qui a beaucoup pleuré pendant de longues heures parce qu'il savait qu'il ne pourrait plus faire de sport avec lui. » (R7)

Une mère raconte que le père de son enfant est présent à la maison. Toutefois, elle dit que son fils se plaint qu'il n'est pas disponible pour lui. La maman évoque alors le tempérament réservé de son conjoint pour expliquer son fréquent besoin de se retrouver seul à la maison. La réserve de son conjoint semble alors avoir un impact important sur la relation père-fils.

« Mon garçon se sent parfois délaissé parce que son père aime être tout seul. Son père a toujours été plus calme et réservé. Il est renfermé et je crois que c'est à cause de son caractère. La relation avec son père est donc plus difficile. » (R1)

5.4.3. *Relations avec la fratrie*

La relation entre les frères et sœurs des enfants dont il est question dans cette recherche semble s'apparenter à celle entretenue avec les mères. Rappelons que six des enfants ont un frère ou une sœur et que les deux autres sont enfants uniques. Mentionnons également qu'un enfant dont il est question dans cette étude a une sœur biologique avec qui les contacts sont inexistantes parce qu'ils n'ont pas la même famille d'accueil. Quatre participantes considèrent la relation et la communication assez bonnes entre les frères et sœurs. Elles sont d'avis que les âges rapprochés des enfants font en sorte qu'ils s'entendent bien ensemble puisque les enfants sont amenés à fréquenter le même établissement scolaire et à pratiquer des activités semblables. Mentionnons que quatre enfants dont il est question dans ce projet de recherche ont un écart d'âge de deux ans et moins avec leur frère ou leur sœur.

Une participante parle de la complicité entre ses enfants. Elle le remarque dans plusieurs aspects de leur relation. Elle spécifie que son fils confie ses mauvais coups à sa sœur parce qu'il sait qu'elle ne le dénoncera pas. Il semble donc qu'une grande relation de confiance s'est installée entre eux.

« Mon fils se confie à sa sœur. Il lui raconte ses mauvais coups. Il se vide le cœur. Il peut raconter ses mauvais coups sans se faire disputer et il sait que sa sœur ne viendra pas me raconter tout ce qu'il lui dit. Je dis que mon fils confie ses mauvais coups à sa sœur parce que j'ai récemment appris qu'il avait fumé la cigarette. Moi, j'étais surprise et sa sœur le savait depuis un bout. » (R5)

Deux des mères disent que les disputes entre leurs enfants sont peu fréquentes, mais elles insistent pour dire qu'elles sont d'une forte intensité. Chacune d'elles raconte que leurs enfants sont même parfois violents et qu'ils brisent des objets lorsqu'ils se chicanent.

« Il n'y a pas tant que ça des disputes entre les gars, mais quand il y en a une, c'est une bonne. Tous les deux se mettent à se crier des bêtises. Puis, j'ai déjà vu mon plus vieux claquer suffisamment fort la porte pour arracher les pentures. Il disait que son frère l'avait fait chier. » (R1)

Deux des enfants dont il est question dans notre étude ont des grands frères. Leurs mamans considèrent que le fait d'avoir un frère plus âgé influence positivement le petit frère. Elles remarquent que ce dernier a tendance à agir par imitation. Une participante parle de la forte impression que le grand frère exerce sur son autre fils, qui va jusqu'à faire le même choix de carrière que l'aîné de la famille dans le but de suivre ses traces.

« Mon plus jeune regarde son frère sur un plateau et il veut être comme lui. Il fait souvent comme son frère. Par exemple, mon plus vieux m'a avoué qu'il aimerait s'inscrire dans l'armée après son cégep. Son frère veut suivre alors qu'il ne savait pas ce qu'il voulait faire dans la vie. » (R1)

Pour une autre maman, les rapports que ses enfants entretiennent lui apparaissent plutôt inégaux ou en dents de scie. D'après ce qu'elle nous mentionne, il semble que les enfants n'aiment pas partager l'attention de leurs parents. En effet, l'informatrice dit que ses deux enfants sont jaloux lorsque chacun croit que l'autre bénéficie davantage d'un moment privilégié avec ses parents. De plus, il semble que les rapports entre les enfants soient conflictuels et paradoxaux puisque la maman explique aussi que la benjamine de la famille entretient des liens difficiles avec son frère qui se caractérisent par des moments où elle se rapproche de son frère pour le rejeter rapidement par la suite. La maman explique ces comportements de cette façon :

« Tous les deux se sentent en compétition avec l'autre. Ils ont toujours l'impression que l'un reçoit plus d'amour. Je ne comprends pas. Il y a d'autres fois où elle ne lâchera pas son frère. Elle va lui donner des câlins pour lui montrer qu'elle l'aime. C'est spécial un peu. On dirait une relation avec de l'amour et de la haine. » (R4)

Elle ajoute qu'elle ne croit pas que ses enfants entretiennent un lien de confiance ou même qu'ils se confient l'un à l'autre. Chose intéressante, elle fait le parallèle entre les rapports qu'entretiennent ses enfants entre eux et ceux qu'elle-même vit avec son propre frère.

« Mon frère n'habite pas la même ville que moi et nous pouvons être dix ans sans nous parler. Nous avons toujours eu une relation tumultueuse. Quand nous étions jeunes, nous pouvions être des jours sans se parler si un disait quelque chose qui ne faisait pas l'affaire de l'autre. Pourtant, nous habitons la même maison. Je remarque que mes enfants sont pareils et ça me fait mal. Ils peuvent aussi s'éviter pendant quelques heures. » (R4)

5.4.4. *Relation conjugale des parents*

Nous pouvons penser que les rapports conjugaux des parents ont une influence sur les enfants considérant que la séparation des parents est un facteur de risque du suicide chez les enfants dans la littérature (Cyrulnik, 2011). C'est pourquoi, les informatrices ont été invitées à aborder la relation avec leur conjoint respectif durant l'entretien. Rappelons que cinq informatrices sont engagées dans une relation avec le père de leur enfant. D'après les données recueillies, la majorité des rapports entre les participantes et leur conjoint sont bons. Il est aussi intéressant de souligner que trois des informatrices qui sont engagées dans une relation avec le père de leur enfant sont mariées depuis 16 ans et plus. De manière plus détaillée, quatre des mères interrogées perçoivent leur relation conjugale de façon positive. Une d'entre elles considère son conjoint comme son meilleur ami.

« Mon conjoint c'est mon meilleur ami. Nous avons chacun nos caractères, mais nous savons ce que nous aimons. Les enfants voient la communication et le sens

de l'humour que nous avons à la maison. Mon conjoint et moi avons une excellente relation. » (R1)

Soulignons que deux participantes restent très discrètes sur leur relation conjugale et prennent la décision de ne pas aborder, non seulement le niveau de communication, mais également la fréquence et l'intensité des conflits dans leur relation conjugale. Mentionnons qu'elles ont toutes davantage élaboré lorsqu'elles ont parlé de leur relation avec l'enfant dont il est question dans cette étude. Par contre, l'une d'entre elles fait un lien entre les difficultés vécues avec son fils et les frictions qui existent dans son couple.

« Il y a de grosses tensions avec mon conjoint parce que nous sommes toujours dans des situations impossibles à cause de notre fils. Nous ne savons pas quoi faire avec notre fils et c'est ce qui crée des tensions entre nous. Aussi, c'est le sujet central entre mon conjoint et moi. Nous tentons de continuer à mettre un pied devant l'autre, mais c'est très difficile sur notre couple. » (R5)

Pour leur part, les trois mamans divorcées ont été invitées à aborder la relation entretenue avec leur ex-conjoint qui est le papa de l'enfant. Deux d'entre elles disent que les rapports sont tendus et que les contacts sont mêmes inexistants. Ces trois mères interrogées disent avoir subi de la violence conjugale, incluant des épisodes de violence physique. Une d'elle dit avoir eu à déménager pour ne plus vivre dans la même ville que son ex-conjoint parce qu'elle a peur de lui.

« Quand j'ai divorcé, j'ai décidé de déménager. J'avais peur de mon ex-mari. La violence s'était mise à escalader et il était rendu qu'il me donnait des coups de poing dans le visage. » (R6)

Deux mamans qui disent avoir déjà subi de la violence conjugale de la part que leur ex-conjoint qui est le papa de l'enfant dont il est question dans cette étude racontent qu'elles ont chacune reçu un diagnostic psychiatrique suite aux épisodes de violence. Ainsi, une d'entre elles a un diagnostic de dépression majeure, et l'autre vit avec un trouble de stress post-traumatique.

Une autre mère raconte qu'elle vit la situation inverse et qu'elle a des contacts réguliers avec son ex-conjoint. Elle parle de sa relation avec le père de son enfant de façon positive. Elle dit que l'enfant les oblige à conserver des liens étroits. Cette informatrice mentionne que son ex-conjoint et elle se concertent lorsqu'ils ont des décisions à prendre concernant l'éducation de leur fils.

5.4.5. Relation avec les familles élargies

Les relations que les répondantes entretiennent avec leur famille élargie respective est abordée. Ces informations recueillies auprès de notre échantillon sont pertinentes dans la mesure où la qualité des rapports avec la famille élargie qui se compose majoritairement des cousins et cousines, des oncles et tantes ainsi que des grands-parents influence nécessairement le type de soutien offert aux parents avec les enfants.

Quatre répondantes disent que les contacts sont peu fréquents avec les grands-parents des enfants. Dans tous les cas, les membres des familles élargies vivent éloignés, ce qui a comme conséquence que les mères reçoivent peu de soutien avec les enfants. D'ailleurs, une informatrice raconte que sa famille en sait très peu sur sa vie personnelle et familiale et qu'elle préfère rester discrète. Elle insiste sur le fait qu'elle ne parle pas de ce qui va mal dans sa vie à ses parents parce qu'elle ne les voit pas souvent.

« Je ne suis pas portée de discuter avec mes parents des difficultés que nous vivons à la maison. Nous parlons plutôt de choses moins profondes. Nous ne nous voyons pas souvent. Donc, nous voulons que ça soit plaisant lorsque nous nous voyons. »
(R5)

Deux participantes disent avoir de la difficulté dans leur relation avec leur mère. En fait, les deux répondantes disent ne pas avoir du tout de contacts avec leur mère respective. Elles disent qu'elles n'ont jamais eu de modèle positif dans leur rôle de mère. Ainsi, l'absence de contacts des informatrices avec leur mère a un impact sur leur rôle en tant que maman. Le fait d'avoir une personne significative dans leur vie qui pourrait pallier cette absence n'a toutefois pas été abordée durant l'entrevue avec ces répondantes.

« Je n'ai pas de points de repère en tant que mère. Je suis lancée dans l'univers de la famille. » (R4)

Deux autres au contraire disent qu'elles ont des rapports positifs avec leurs parents et elles disent entretenir des contacts réguliers avec leur famille. Elles sont d'avis que c'est important que les grands-parents aient un rôle à jouer dans l'éducation des enfants. C'est pourquoi, elles abordent avec eux les difficultés avec les enfants. Pour une des participantes les contacts sont quotidiens puisqu'elle habite avec ses enfants, sa mère et sa grand-mère maternelle.

L'autre maman souligne que la grand-mère de son fils occupe une place importante dans la vie de celui-ci et qu'elle est une personne significative pour lui. En effet, à la lumière des propos de la mère, il semble que l'enfant a entretenu des liens suffisamment étroits avec sa grand-mère pour éprouver une grande compassion envers elle puisqu'il l'a beaucoup soutenu lorsque celle-ci a été atteinte d'un cancer. Il semble aussi que ce soit ce qui l'a incité à commettre un geste dans l'intention de s'enlever la vie sans avoir peur de la mort. Effectivement, l'informatrice raconte que son fils a voulu se suicider en même temps que sa grand-mère maternelle décédait du cancer.

« Pour ce qui est de l'environnement dans lequel mes enfants ont été élevés, ils sont très proches de leurs grands-parents de mon côté. Par exemple, mon fils s'est fait raser les cheveux alors qu'il avait huit ans pour supporter sa grand-mère qui venait d'apprendre qu'elle avait le cancer. Aussi mon fils a voulu se tuer en même temps que ma mère était en train de mourir d'un cancer. Mon fils avait de la peine. Il disait que c'était correct qu'il meurt si sa grand-maman mourrait aussi. » (R1)

5.4.6. Relation avec les parents biologiques

Rappelons que deux des informatrices sont les tuteurs des enfants dont il est question dans ce projet de recherche. La relation de leur enfant avec les parents biologiques a été abordée avec elles. Les deux considèrent que les rapports n'ont jamais été faciles ou harmonieux.

La première répondante raconte que son enfant n'a plus vraiment de contact avec sa mère biologique depuis qu'il a été confié à une famille d'accueil. Elle mentionne que son fils était âgé de quatre ans la dernière fois qu'il a eu des contacts avec sa mère. L'informatrice dit même que le petit est effrayé à l'idée que sa mère biologique puisse tenter d'avoir à nouveau des contacts avec lui. La répondante spécifie qu'elle ne connaît pas la nature des mauvais traitements que sa mère biologique lui a infligés. Cependant, elle sait que cette dernière est sous interdiction de contacts avec son fils par ordonnance de cour.

« Je sais que sa mère n'a pas le droit de s'approcher de lui. Je ne sais pas ce qu'elle a fait dans la vie pour que ça arrive. Il n'a jamais questionné sur sa mère. Il a peur de sa mère. S'il savait que sa mère rôdait dans les parages, il ne sortirait pas dehors. » (R2)

La seconde répondante qui est tutrice de l'enfant dont il est question dans cette étude raconte que l'enfant dont elle a la garde a des contacts irréguliers avec sa mère biologique parce que celle-ci n'utilise pas toujours son droit de visite. De plus, la répondante est sous l'impression que la mère biologique de son garçon ne le nourrissait pas toujours bien lorsqu'elle en avait la garde. Le petit garçon souffrait de carences alimentaires à son arrivée chez elle. Sans compter que

l'informatrice raconte qu'il pleurait souvent lorsqu'elle l'a amené chez elle à cause de carences affectives. Il semble effectivement qu'aucun soin de base n'était prodigué à l'enfant. Bref, la participante pense que l'enfant a déjà été victime de négligence parentale.

« Elle ne s'en est jamais fait pour lui. Mon copain et moi étions allés le chercher parce qu'elle était en train de pogner les nerfs alors qu'il avait juste quatre mois. Elle était fatiguée parce qu'il pleurait beaucoup quand il était bébé. Elle m'avait dit de venir le chercher parce qu'elle le lancerait dans le mur. Je sais qu'elle ne l'aurait pas fait. Il était pleurnichard parce qu'il n'avait pas d'affection de la part de sa mère. À la place de le prendre dans ses bras et de lui donner à boire, elle le mettait dans sa chaise et lui donnait sa bouteille pour qu'il s'arrange. Elle lui donnait du lait pourri. » (R3)

Ces deux mêmes participantes disent que les contacts sont aussi inexistantes entre les pères biologiques et les enfants depuis qu'elles ont la garde. D'ailleurs, une des informatrices ajoute que son enfant ne connaît pas l'identité de son père biologique. Ainsi, cette participante associe la tentative de suicide de son fils à l'absence de contacts avec le père biologique. Elle raconte que son garçon répète souvent qu'il n'est pas aimé même si elle est présente en tant que figure maternelle.

« Quand il a tenté de se suicider, il nommait qu'il voulait se tuer parce qu'il croyait qu'il n'était pas aimé. Il disait que c'était difficile pour lui de ne pas savoir qui était son père. Il disait alors que personne ne voulait l'avoir. Je disais que j'étais là, mais il répondait que ce n'était pas pareil. » (R3)

L'autre mère dit que son enfant a subi de la violence physique sévère de la part de son père biologique par le passé. Elle sait que son fils a déjà souffert de blessures graves. Toutefois, l'informatrice dit qu'elle ne connaît pas les circonstances de l'incident malgré qu'elle ait obtenu ces informations de la part des instances publiques.

« Je ne connais pas toute l'histoire, mais je sais qu'il a subi beaucoup de violence par son père lorsqu'il était jeune. Il s'est déjà fait casser plusieurs côtes par son père. » (R2)

5.4.7. *Relation avec les familles d'accueil antérieures*

Une des répondantes nous informe que son fils a vécu deux placements en famille d'accueil avant qu'il ne vienne habiter chez elle. Le premier placement a eu lieu alors que l'enfant était âgé de quatre ans. La répondante raconte que l'enfant est demeuré cinq ans dans cette famille. Elle pense que les relations entre l'enfant et la famille étaient positives. Elle dit que la maman de cette famille d'accueil considérait l'enfant comme son propre fils. La participante raconte l'avoir déjà vu dans un endroit public et qu'elles ont eu alors l'occasion d'échanger des confidences.

« Sa première famille d'accueil mettait des photos de lui partout dans la maison parce que la mère le considérait comme son fils. J'ai déjà rencontré la maman et elle disait justement que c'était son fils. Pour elle, elle l'avait élevé et aimé depuis toujours comme si c'était son propre enfant. » (R2)

Toutefois, la participante raconte que son fils a été placé dans une deuxième famille d'accueil lorsque sa sœur biologique a été adoptée par sa première famille d'accueil. Il n'a effectivement pas pu lui aussi être adopté. Elle dit que son fils ne comprenait alors pas la décision qui était prise et avait le sentiment d'être abandonné. L'informatrice mentionne qu'il ne s'agit pas d'une décision prise par sa famille d'accueil, mais par les instances publiques.

« Sa première famille d'accueil qui a adopté sa sœur voulait aussi l'adopter, mais elle se serait fait dire qu'elle ne pouvait pas adopter les deux enfants. C'était un choc pour toute la famille y compris mon fils de savoir qu'elle ne pouvait pas l'adopter. La famille voulait l'adopter. Elle ne voulait pas le rejeter, mais elle ne pouvait pas. » (R2)

La répondante a une opinion moins positive de la deuxième famille d'accueil de l'enfant. Elle raconte que son enfant n'y est demeuré que deux ans. Cependant, elle explique qu'à cette époque, son fils pouvait déjà passer les fins de semaine chez elle. Effectivement, il semble que la deuxième famille d'accueil s'était plainte, lorsqu'elle avait la garde, aux instances publiques que son garçon était un enfant difficile et qu'elle avait donc besoin de répit. Pourtant, la répondante raconte que son fils était respectueux lorsqu'il venait chez elle. Elle poursuit en racontant ce que son fils lui a rapporté concernant sa deuxième famille d'accueil.

« Une fois, mon fils est parti d'ici après une fin de semaine de répit pour retourner dans sa famille d'accueil où il était. Quand il est entré dans sa famille d'accueil, il aurait dit qu'il avait aimé ça chez nous. La famille là-bas était rendue qu'elle lui disait qu'elle s'en foutait de ce qu'il avait vécu durant la fin de semaine. » (R2)

La participante dit que son enfant mentionne très rarement ce qu'il a vécu lors de son passage dans la deuxième famille d'accueil et qu'il lui parle uniquement de ses bons souvenirs avec sa première famille d'accueil.

« Il ne parle jamais de sa famille d'accueil où il est demeuré deux ans. Il parle uniquement de sa famille d'accueil où sa sœur a été adoptée. Quand il parle de sa première famille d'accueil, il raconte toutes les activités qu'il faisait en famille. » (R2)

Cette informatrice est convaincue que les nombreux placements de son fils ont contribué à la tentative de suicide de celui-ci. Elle dit que ces placements ont obligé son fils à affronter des périodes d'instabilité intenses. Elle raconte aussi que son fils éprouve des difficultés dans ses relations interpersonnelles depuis les nombreux placements puisqu'il a l'impression que les liens se brisent lorsqu'il s'attache.

« Il s'est promené d'une famille à l'autre avec de faux espoirs. Maintenant, il n'ose plus aimer quelqu'un puisqu'il pense que cette personne va ensuite disparaître de

sa vie. Nous pouvons supposer dans son cas qu'il a fait sa tentative de suicide parce qu'il s'est promené d'une place à l'autre. Il faut dire qu'il changeait aussi souvent d'école à cause des déplacements. C'était donc difficile pour lui d'avoir une routine. » (R2)

5.4.8. Relation avec les amis

Les données recueillies auprès de notre échantillon concernant les rapports qu'entretiennent les enfants dont il est question dans cette étude avec les amis sont pertinentes dans la mesure où les relations amicales sont primordiales à la préadolescence puisque les jeunes se détachent peu à peu des parents (de Montigny, 2012; Freud, 1917). Il semble ainsi que tous les enfants dont il est question dans ce projet de recherche ont de la difficulté à maintenir des liens significatifs avec des amis de leur âge et qu'ils ont un réseau social restreint.

Une informatrice raconte que son fils a très peu de contacts avec d'autres enfants. Il n'a pas d'amis significatifs. Elle a l'impression que les amis de son fils le contactent uniquement lorsqu'il manque un joueur au soccer.

« Dans le fond, ce n'est pas des amis qui viennent cogner ici seulement pour jouer avec lui. Les petits garçons demandent plutôt s'il veut aller jouer au soccer le soir parce qu'il manque un joueur pour la partie. Les amis se servent un peu de lui. » (R2)

Toutes les répondantes mentionnent que leur enfant voit à tous les jours ses amis, mais rarement à l'extérieur de l'école.

Par ailleurs, deux participantes racontent l'emploi occupé par leur conjoint oblige souvent toute la famille à déménager dans diverses villes. Elles relatent que leur enfant dont il est question dans cette étude a déménagé au moins à quatre reprises depuis sa naissance. Pour tous

les enfants, vivre de nombreux déménagements dans diverses villes font vivre la perte de points de repères. Ils doivent alors s'adapter à un quartier inconnu et à une nouvelle école (de Montigny, 2012). Les deux mamans rencontrées vont même jusqu'à faire des liens entre les nombreux déménagements de leur famille dans diverses villes qui amènent leur enfant à avoir peu d'amis et les gestes suicidaires de leur enfant.

« Nous avons déménagé à plusieurs reprises. Je pense que nous avons déménagé à peu près cinq fois toute la famille ensemble. Nous suivions mon conjoint qui devait changer de place à cause de son travail. Quand ça arrivait, les enfants devaient changer d'école et avaient beaucoup de difficulté à se faire de nouveaux amis. Je pense que mon fils a eu des idées de suicide en même temps que nous déménagions encore. Il trouve ça difficile de ne pas avoir d'amis à cause des déménagements. » (R1)

Une participante va même jusqu'à dire que les amies de sa fille sont méchantes avec elle. Elle dit que sa fille en est consciente, mais qu'elle continue à entretenir les liens pour ne pas être seule à l'école. Elle semble avoir peur du jugement des autres. Les amies de sa fille lui font subir de la violence psychologique puisqu'elles l'humilient devant les autres.

« Elle est comme la cinquième roue d'un carrosse. Elles ne peuvent pas se passer d'elle, mais elles lui font toujours mal psychologiquement. Il y en a une qui prend les mots de ma fille et va toujours s'arranger pour que ça se retourne contre elle. Elle a tellement peur de ne pas avoir d'amis. Elle endure donc certaines choses qui sont inacceptables. Elle ne veut pas être étiquetée comme étant toute seule à l'école. » (R4)

Au moment où ils ont eu des idées de suicide ou ont réalisé une tentative de suicide, trois des mères interrogées disent que leur enfant vivait de l'intimidation à l'école. Deux d'entre-eux ont même subi des agressions physiques. Toutes deux racontent que leur enfant se faisait bousculer et coincer dans un coin.

« Lorsqu'il sortait pour aller prendre l'autobus, il se faisait souvent mettre la tête dans les poubelles et embarrassé dans un casier. » (R1)

Une informatrice raconte que son fils a surtout été victime d'agressions verbales. Elle explique que les pairs se servaient des difficultés de son fils à bien performer au niveau académique pour lui crier des noms.

« Quand il se faisait niaiser par les autres élèves, il se faisait dire que j'avais acheté son cerveau au Dollorama. » (R8)

D'ailleurs, deux mamans considèrent que leur enfant est moins motivé et plus isolé à l'école depuis qu'il a vécu de l'intimidation. Une d'elle raconte que son fils ne voulait plus se rendre à l'école. Elle devait l'encourager à y aller. Le petit garçon s'isolait dans sa chambre pour ne plus avoir de contacts avec sa propre famille. Il ne se nourrissait plus pour éviter de devoir sortir de sa chambre et répondre aux interrogations des membres de sa famille qui s'inquiétaient.

« À partir de là, il faisait tous ses travaux en classe pour se débarrasser. Sa concentration n'était pas bonne. Il ne voulait plus aller à l'école ni sortir de sa chambre. Il ne voulait même plus parler à sa famille. Il ne venait plus manger et évitait le plus possible d'aller au toilette. Il ne voulait sûrement pas que nous lui posions des questions sur ce qui lui arrivait. » (R1)

5.4.9. Relation avec les enseignants

Il est important d'aborder la relation entre les enfants et les enseignants parce que les chercheurs s'intéressant au phénomène du suicide chez les enfants avancent que les enseignants dans les établissements scolaires sont ordinairement les premiers à venir en aide à un enfant qui commet des gestes dans l'intention de s'enlever la vie (Gallagher & Daigle, 2008b). Six des mères interrogées perçoivent les relations que leur enfant entretient avec les enseignants de façon

positive. Les deux autres informatrices soutiennent plutôt que les rapports avec les enseignants sont plus difficiles à cause du roulement de personnel.

Six répondantes considèrent que les enseignants soutiennent suffisamment leur enfant. Une d'elle parle même des projets spéciaux auxquels son fils participe à l'école. De cette façon, son fils semble avoir développé un intérêt pour l'école puisqu'il s'implique dans les projets spéciaux initiés par ses professeurs.

« Mon fils a toujours été mis dans des classes où les professeurs faisaient des projets ou des activités différentes des autres classes. Par exemple, il faisait partie d'une chorale où il y avait une possibilité d'aller en France et d'enregistrer un disque lorsqu'il était en quatrième année à l'école primaire. Il était dans une classe régulière, mais il faisait un projet spécial que les autres élèves ne faisaient pas. »
(R7)

Deux des mamans sont sous l'impression que leur enfant respectif ne parle pas ouvertement à ses enseignants. Pour l'une d'entre elles, l'explication pourrait être liée au fait que l'école a connu des changements fréquents de personnel, ce qui a comme conséquence de rendre difficile pour son enfant d'établir des liens de confiance.

« Je sais que mon fils aime bien son professeur, mais il ne se confie pas à lui. Il ne lui raconte pas ses petites bibittes. Je pense qu'il a de la difficulté à faire confiance aux enseignants parce qu'ils viennent et repartent tous. Cette année, il a déjà changé trois fois de professeur. » (R3)

5.4.10. Relation avec les responsables des services des loisirs

Les responsables des services des loisirs sont importants dans la vie des enfants non seulement parce qu'ils les côtoient au quotidien, mais également parce que les jeunes ont besoin de modèles pour construire leur propre identité (Badinter, 1992; Soulière, 2013). Seulement deux enfants dont il est question dans ce projet de recherche participent à des loisirs structurés. Ils font du sport. Rappelons qu'un sentiment de fierté est décelé chez une mère interrogée lorsqu'elle

raconte que son fils performe aussi bien au niveau académique que dans les sports. D'ailleurs, il semble que c'est le seul enfant qui s'implique dans les sports et qui a une relation positive avec les personnes significatives des services des loisirs. La maman raconte que l'entraîneur de hockey de son fils a une bonne influence sur lui. Elle dit qu'il incite son enfant à prendre sa médication pour son trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

« Son entraîneur de hockey est extrêmement bon pour lui. C'est un infirmier de métier. Donc, il invite constamment mon fils à prendre adéquatement sa médication pour son TDAH et ça marche. Ils ont de bonnes discussions ensemble. Un jeune comme mon fils a justement besoin d'une attention comme ça. » (R1)

5.4.11. *Violence*

En résumé, la violence, très présente dans les relations mésosystémiques des enfants dont il est question dans cette recherche, est transversale. Entre autres, il est question de violence dans la relation de l'enfant avec ses parents adoptifs ou biologiques tout comme dans les rapports de l'enfant avec sa fratrie. Également, il y a déjà eu des épisodes de violence entre les parents. Sans compter que certains enfants dont les mères étaient interrogées ont vécu de la violence par les pairs à l'école.

D'abord, le lien d'attachement entre l'enfant et la mère semble avoir déjà été effrité par le passé à cause de contextes de violence et ce, même si la majorité des mères interrogées disent entretenir des liens étroits avec leur enfant dont il est question dans cette étude. Effectivement, deux mamans ont déjà eu recours à la violence physique directe pour corriger leur enfant. Une autre a avoué avoir été violente psychologiquement lors de conflits avec sa fille par le passé. Également, deux informatrices ont déjà été victimes de violence physique de la part de leur fils. Les enfants frappaient leur maman lorsqu'ils se butaient à un refus à leur demande.

Ensuite, il semble que la plupart des papas n'entretiennent pas une bonne relation avec leur enfant dont il est question dans cette étude avec nos données recueillies. Dans cet ordre d'idées, deux enfants ont déjà été témoins de violence conjugale et victimes de violence physique directe de la part du papa. Effectivement, deux mamans racontent que les rapports avec leur ex-conjoint sont tendus parce qu'elles disent avoir subi auparavant de la violence conjugale, incluant des épisodes de violence physique directe. Un autre père a abandonné son fils puisque subitement, il n'exerçait plus son droit de visite.

De plus, les deux enfants dont les mères interrogées sont des tutrices ont subi des mauvais traitements dans sa famille d'origine. Rappelons qu'une maman biologique a abandonné son fils puisqu'elle n'utilise pas toujours son droit de visite. Une autre a déjà fait preuve de négligence envers son enfant en ne l'alimentant pas bien selon les données recueillies. Pour ce qui est des papas biologiques, ils ont abandonné leur enfant. D'après les dires des participantes, un a également déjà été violent physiquement envers son fils qui a souffert de blessures graves à la suite des événements.

Puis, les disputent de deux fratries qui sont d'une forte intensité se terminent souvent par de la violence physique directe malgré que la majorité des rapports entre les frères et sœurs des enfants dont il est question dans ce projet de recherche sont harmonieux selon les informations recueillies.

Finalement, certaines relations amicales des enfants dont il est question dans ce projet de recherche sont teintées de violence. D'après une répondante, une fillette est victime de violence

psychologique de la part de ses copines qui la dénigrent. Aussi, trois enfants sont victimes d'intimidation à l'école alors que deux d'entre-eux subissent de la violence physique directe.

La partie suivante des résultats présente le processus de demande d'aide des mères auprès de différentes ressources ainsi que les réponses obtenues. Il est aussi question des insatisfactions des mamans à l'égard de l'aide bénéficiée. Les types de ressources sollicitées sont présentés par catégories, soit le réseau formel composé des ressources médicales, psychosociales et communautaires et le réseau informel auquel sont rattachés les parents et les amis. Chacune de ces ressources est définie avec la présentation des résultats correspondants.

5.5. Réseau formel

5.5.1. Traitements psychosociaux

Plusieurs mères nous parlent de démarches auprès de professionnels pour soutenir leur enfant. Lorsque les informatrices élaborent ainsi sur les traitements psychosociaux reçus suite aux idées de suicide ou à la tentative de suicide de leur enfant, elles mentionnent à la fois ceux dont a bénéficié l'enfant et sa famille. Mentionnons que le réseau formel fait référence aux services de santé et aux services psychosociaux incluant les groupes communautaires, les lignes d'écoute et les centres d'hébergement ainsi qu'aux établissements scolaires.

Au moment des entrevues, deux mères interrogées disent ainsi recevoir quotidiennement le soutien d'un travailleur social du CLSC pour elles-mêmes et ce, suite aux démarches qu'elles ont entreprises pour recevoir de l'aide. Elles racontent que ce suivi psychosocial permet d'exprimer leurs émotions en lien avec les idées de suicide ou la tentative de suicide de leur enfant.

« J'ai moi-même vu un travailleur social pour passer au travers. C'était difficile. Le travailleur social me permettait de ventiler sur ce que je vivais avec mon fils suite à sa tentative de suicide. » (R8)

Deux mamans relatent plutôt obtenir ponctuellement de l'aide d'intervenants psychosociaux d'une organisation des Centres jeunesse pour rebâtir le lien d'attachement avec leur enfant depuis qu'il a réalisé une tentative de suicide ou qu'il a eu des idées de suicide.

Quatre des participantes mentionnent ne bénéficier d'aucun traitement psychosocial. Deux raisons sont évoquées par ces informatrices. Deux d'entre-elles craignent un bris de confidentialité de la part des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Elles disent avoir eu de mauvaises expériences par le passé.

« J'ai déjà fait confiance à un psychologue et il m'avait expliqué que tout ce que je disais était confidentiel, mais ce n'était pas le cas. Donc, je n'ai plus confiance.» (R3)

Les deux autres répondantes estiment avoir des ressources personnelles suffisantes pour affronter l'épisode de suicide de leur enfant sans une aide professionnelle pour elle.

« Je n'ai pas eu besoin d'aide parce que je suis une personne forte mentalement. J'ai vécu beaucoup de drames dans ma vie. Je sais ce que ce sont des photos sur la première page des journaux. J'ai vécu autant des accidents que des décès de proches. Cette situation ne m'a donc pas effrayée. » (R2)

D'après les propos des mères interrogées, aucun membre des fratries ne reçoit de traitements psychosociaux. Rappelons qu'aucune participante ne mentionne les réactions des frères et sœurs lorsque l'enfant dont il est question a commis un geste dans l'intention de s'enlever la vie.

Pour ce qui est des enfants dont il est question dans cette étude, quatre ont un suivi psychosocial. Dans un cas, il s'agit d'un psychologue du secteur privé. Dans les autres cas, les enfants bénéficient du soutien d'un travailleur social du CLSC.

Soulignons que tous les enfants ont reçu les services du Centre d'aide 24/7. Des intervenants ont été envoyés à domicile pour évaluer l'urgence suicidaire auprès de l'enfant. Même si la plupart des répondantes n'a mentionné aucune insatisfaction à l'égard de services offerts par le Centre d'aide 24/7, deux informatrices déplorent ne pas avoir été consultées pour les soins et les services offerts à leur enfant dont il est question dans ce projet de recherche. Une informatrice dit s'être sentie exclue et impuissante quand elle a accompagné sa fille qui était en situation de crise pour une évaluation en présence des intervenants du Centre d'aide 24/7. Elle raconte que cette dernière n'a pas créé de lien de confiance avec les intervenants du Centre d'aide 24/7 et sa fille non plus.

« J'ai senti que je n'avais plus de contrôle sur les décisions à prendre concernant ma fille lorsque le Centre d'aide 24/7 s'est présenté à la maison. Il aurait pu prendre le temps de bâtir un lien de confiance avec nous et de cette façon, notre fille n'aurait pas vu des parents pris au dépourvu qui ne pouvaient pas prendre de décisions. Lorsque le médecin posait des questions concernant notre fille à l'hôpital et que nous étions accompagnés des intervenants du Centre d'aide 24/7, c'était les intervenants qui répondaient à notre place. » (R4)

5.5.2. Traitements médicaux

Rappelons que six enfants ont été hospitalisés lorsqu'ils ont eu des idées de suicide ou ont réalisé une tentative de suicide afin de subir une évaluation psychiatrique.

Par ailleurs, une participante dont l'enfant a été hospitalisé suite à des idéations suicidaires nomme qu'elle ne comprend pas les raisons qui ont poussé les professionnels de la santé à garder son fils à l'hôpital tandis qu'il n'a jamais eu de malaises physiques. Elle déplore la complexité de la trajectoire de services.

« J'ai trouvé qu'il y avait une perte d'argent et de temps pour le système de la santé. C'était illogique qu'il soit hospitalisé dans un hôpital alors qu'il allait bien physiquement. La façon de faire n'a pas aidée, elle a augmenté la frustration. Je ne revivrais pas cette façon de faire. » (R2)

Trois des enfants reçoivent un suivi pédopsychiatrique. Le suivi pédopsychiatrique a pour objectif d'ajuster la médication. Il est à noter qu'aucun des enfants ne prend de la médication pour atténuer ses idéations suicidaires. D'après les données recueillies, trois enfants diagnostiqués avec un TDA/H ont des médicaments pour accroître leur concentration à l'école. Rappelons que cinq des enfants souffrent d'un TDA/H et un a reçu un diagnostic de dépression majeure établi par un pédopsychiatre. Toutes les mamans racontent que la prise des médicaments se passe généralement bien même s'il y a parfois certains oublis de la part des enfants.

Lorsqu'interrogées sur le processus de demande d'aide suite aux idées de suicide ou à la tentative de suicide de leur enfant, deux répondantes dénoncent la difficulté d'avoir accès à des soins et des services pour leur enfant. De manière plus détaillée, une maman relate qu'elle devait faire appel à un pédopsychiatre du secteur privé et déboursé de l'argent pour que sa fille puisse rapidement recevoir de l'aide parce qu'il y avait plusieurs mois d'attente avant de pouvoir bénéficier d'un suivi pédopsychiatrique gratuit du secteur public.

« Une chance que nous avons de l'argent parce que nous avons déboursé six cent dollars pour un pédopsychiatre alors que je n'avais pas de prescription d'un

médecin. Donc, c'est une activité de moins que nous pouvons faire avec les enfants. Je ne sais pas ce qu'une personne qui n'a pas d'argent pour payer un pédopsychiatre aurait pu faire. L'enfant serait resté à la maison sans suivi pendant près d'un an. » (R4)

5.6. Réseau informel

Mentionnons que le réseau informel est principalement constitué du conjoint de la participante, des membres de la famille et des amis. Ainsi, toutes les mères interrogées disent qu'elles ont parlé pour le moins à un membre de leur entourage suite aux idées de suicide ou à la tentative de suicide de leur enfant. Cinq participantes racontent qu'elles sont suffisamment supportées par leur réseau informel.

Trois informatrices disent qu'elles sont épaulées par leur conjoint. Une d'entre elles relate qu'elle apprécie pouvoir parler librement de la tentative de suicide de son enfant à son partenaire de vie sans avoir le sentiment d'être une mauvaise mère.

« J'étais capable d'aborder le sujet avec mon conjoint et il me supportait. Je ne sentais jamais qu'il me jugeait par rapport à ça. Il ne m'a jamais dit que j'étais une mauvaise mère à cause de ça. » (R3)

Une répondante raconte que ses enfants réalisent souvent une activité sportive ensemble à l'extérieur de la maison afin qu'elle puisse se reposer. Elle soupçonne que ses enfants veulent passer plus de temps ensemble parce qu'ils ont mutuellement eu peur de se perdre. Par ailleurs, il s'agit de la seule maman qui élabore un peu sur les impacts des gestes suicidaires posés par l'enfant dont il est question dans cette recherche sur la fratrie.

« Mon plus vieux passait une journée par semaine avec lui pour faire du sport. Je crois que mon plus vieux voulait s'impliquer parce qu'il avait eu peur de perdre son frère et voyait que j'étais épuisée. Je crois aussi que mon plus jeune a eu peur de ne plus revoir son frère. » (R1)

Quatre participantes disent qu'elles ne reçoivent pas le soutien dont elles ont besoin de la part des membres de leur famille. Elles attribuent cela au fait qu'elles n'habitent pas la même ville qu'eux. Trois répondantes racontent que leur enfant a demandé à ce que les grands-parents ne soient pas mis au courant de ses idéations suicidaires ou de sa tentative de suicide. Une mère relate qu'elle est supportée par sa famille élargie. Elle dit que sa tante l'amène magasiner pour lui changer les idées

Une maman mentionne qu'elle peut compter sur la présence de ses amis. Elle dit qu'ils lui ont permis de connaître les services offerts par le Centre d'aide 24/7.

Deux types de réactions sont donc identifiés chez les répondantes et leur famille. En effet, certaines participantes ont préféré cacher la vérité aux parents et amis concernant les idées de suicide ou la tentative de suicide de leur enfant et d'autres ont plutôt demandé de l'aide et du soutien aux membres de leur entourage. Ainsi, le trois-quarts des informatrices avoue qu'elles n'osent pas demander de l'aide à leur famille élargie. Mentionnons qu'il semble qu'il ne s'agit pas nécessairement des informatrices qui entretiennent des liens étroits avec les membres de leur famille qui ont bénéficié de plus de soutien lorsque leur enfant a eu des idéations suicidaires ou a réalisé une tentative de suicide. En effet, une maman raconte que son fils a refusé à ce que ses grands-parents soient mis au courant de ses idées de suicide même si la grand-maman occupait une place suffisamment importante pour la supporter dans son combat contre le cancer.

Lorsqu'interrogées sur l'aide bénéficiée par le réseau informel, trois participantes nomment qu'elles auraient aimé recevoir du répit quand leur enfant a eu des idéations suicidaires ou a réalisé une tentative de suicide. Deux mamans racontent qu'elles ne dormaient plus depuis la

tentative de suicide de leur enfant pour s'assurer qu'il ne commet pas d'autres gestes dans l'intention de s'enlever la vie.

Je ne dormais pas pour veiller sur lui pour qu'il ne fasse pas de gaffes. J'aurais aimé que quelqu'un qui me connaît s'occupe de mes enfants pour que je puisse des fois décrocher.» (R1)

5.6.1. *Soutien collectif*

Toutes les mères interrogées considèrent ne pas recevoir de soutien de la collectivité. Les huit informatrices se sont senties jugées par le voisinage lorsque leur enfant a eu des idées de suicide ou a réalisé une tentative de suicide. Une répondante raconte que les préjugés ont renforcé son sentiment de culpabilité et son impression d'avoir failli dans son rôle de mère.

« Lorsque les voisins ont su que mon fils avait fait une tentative de suicide, il me regardait bizarrement quand je sortais de la maison. On dirait qu'ils se demandaient si j'étais correcte comme parent. Je n'avais pas besoin de ça puisque je me sentais suffisamment coupable. J'ai même su qu'il y avait des parents qui avaient averti leurs enfants de ne pas jouer avec mon fils. C'est comme si c'était contagieux. » (R8)

Brièvement, les enfants qui forment l'ontosystème de cette recherche étaient âgés entre 9 et 15 ans au moment où les mamans ont été interrogées. Tous ces enfants se sont inscrits dans un processus suicidaire entre l'âge de 8 et 12 ans. Plus spécifiquement, trois enfants ont effectué une tentative de suicide, deux ont eu des idées de suicide planifiées et deux autres ont pensé sérieusement à s'enlever la vie. Quant aux relations mésosystémiques des enfants dont les mères ont été rencontrées, elles sont empruntes de violence. Même si la majorité des mamans disent entretenir une relation positive avec leur enfant, il semble effectivement qu'il y ait eu des épisodes de violence par le passé dans certains. Pour ce qui est des rapports avec les pères, deux enfants auraient déjà été témoins et victimes de violence conjugale. Finalement, il semble que les

enfants dont il est question dans ce projet de recherche et leur famille aient bénéficié de l'aide du réseau formel dans la mesure où ils en ressentaient le besoin. Cependant, il semble que l'aide reçue de la part du réseau informel ait été plus minimale lorsque les enfants ont eu des idées de suicide ou ont réalisé une tentative de suicide.

6- Analyse des résultats et conclusion

Cette partie présente l'analyse des résultats, basée sur une discussion des données recueillies à la lumière des informations relevées lors de la recension des écrits. Mentionnons que nous nous sommes surtout intéressés au contenu manifeste pour analyser les résultats, ce qui signifie que la totalité du sens est dans ce qui est dit par les informatrices. Sans compter qu'une attention particulière a été portée à l'adéquation entre les éléments et le modèle théorique afin que toutes les couches systémiques du modèle écologique soient représentées dans l'analyse des données. La conclusion de ce chapitre apporte des recommandations pour la pratique, la recherche et les politiques sociales.

6.1. Facteurs de risque ontosystémiques

Les facteurs de risque rendent plus susceptibles une personne à s'enlever la vie. Les facteurs de risque ontosystémiques font référence à la personnalité, les habiletés et les comportements de l'individu qui entraînent pour lui une probabilité plus élevée de se suicider (Bouchard, 1987). Même s'il existe peu de documentation qui porte sur ce qui rend vulnérable un enfant à se suicider, rappelons que les problèmes de santé mentale et le tempérament de l'enfant sont des facteurs de risque ontosystémiques qui se retrouvent déjà dans notre recension d'écrits (Barrio, 2007; Gallagher & Daigle, 2008a; Lambin, 2004; Mvilongo & Beauvolsk, 2001; Pronovost, 1998; Salimi & al., 2012; Stordeur, 2012).

6.1.1. Âge

La documentation sur le suicide chez les adolescents porte à croire que le risque suicidaire s'accroît avec l'âge. Dans l'étude quantitative de Côté et al. (1990) qui a été effectuée auprès de 2850 adolescents québécois âgés entre 12 et 18 ans provenant de quatre écoles secondaires de Trois-Rivières, les résultats révèlent que les tentatives de suicide sont plus élevées chez les adolescents plus âgés. Dans un premier temps, il se peut que le risque suicidaire s'accroît plus les enfants sont âgés parce qu'ils ont davantage une conception de la mort. Ils ont acquis le concept de mort volontaire (Cyrulnik, 2011; Girouard-Archambault, 1982). Dans un deuxième temps, il est possible que ces jeunes aient déjà vécu le décès d'un proche et désire atténuer la souffrance ressentie face au deuil en posant des gestes dans l'intention de s'enlever la vie (Gallagher, 2005). Dans le cadre de notre projet de recherche, il est impossible d'arriver au constat que le risque suicidaire augmente avec l'âge chez les enfants parce qu'un des critères d'inclusion était que les participants devaient être le parent d'un enfant âgé entre 8 et 12 ans qui a eu des idéations suicidaires ou a tenté de s'enlever la vie.

6.1.2. Diagnostic(s) d'une maladie mentale

D'après notre recension des écrits, les problèmes de santé mentale sont un facteur de risque du suicide chez les enfants. De manière plus détaillée, Mvilongo et Beauvolsk (2001) disent que les troubles de conduites, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont davantage diagnostiqués chez les enfants suicidaires. À partir des données recueillies, nous avons pu remarquer que six des enfants dont il est question dans notre étude ont reçu un diagnostic de TDA/H. Mentionnons que les trois principaux symptômes du TDAH sont l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité (Leblanc, 2009). Dans cette perspective, un enfant impulsif ne pense habituellement pas aux conséquences des gestes posés et pourrait donc traverser plus

rapidement les différentes étapes du processus suicidaire qui se termine ultimement par un passage à l'acte (Côté & al., 1990; Gallagher, 2005; Laflamme, 2007; Phaneuf & Séguin, 1987). Contrairement aux résultats de Bruchmuller & Schneider (2012), nous ne pouvons pas prétendre que les enfants qui reçoivent un diagnostic de TDAH sont plus susceptibles de s'enlever la vie en raison surtout du risque bien réel de surdiagnostic du TDAH chez les jeunes garçons. Dans le cadre de notre projet de recherche, cinq mères interrogées disent que leur fils souffre du TDA/H.

Aussi, certains auteurs considèrent que les gestes d'automutilation sont un facteur de risque parce qu'ils servent de « pratique » aux actes suicidaires et ce, même s'il existe des contradictions dans la littérature sur le suicide chez les adultes (Bouchard, 2010; Gardner & Cowdry, 1986). Au contraire, une étude sur les patients japonais hospitalisés en psychiatrie perçoit les gestes d'automutilation comme un facteur de protection. Ainsi, les gestes d'automutilation seraient une forme amoindrie du suicide selon les auteurs occidentaux. Il s'agirait d'un compromis qui permet à une personne d'atténuer sa souffrance ressentie tout en conservant la vie. Nagata, Kawarda et Kiriike (2000) qualifient même les gestes d'automutilation d'actes « anti-suicide ». Quant à la documentation qui porte sur le suicide chez les enfants au Québec, il n'y a vraisemblablement aucune donnée à ce sujet. Dans le cadre de notre projet de recherche, une participante a tout de même raconté que son fils s'est automutilé quelques jours avant d'effectuer sa tentative de suicide. Évidemment, nous ne pouvons pas prétendre qu'il existe un lien entre les gestes d'automutilation et le suicide chez les enfants uniquement avec nos données recueillies à partir du discours des mères interrogées. En effet, des recherches ultérieures seraient nécessaires pour approfondir les connaissances sur cet aspect du phénomène en croissance.

6.1.3. Tempérament

Un des articles recensés faisant état des facteurs de protection du suicide chez les enfants associe le tempérament flegmatique à ce qui aide au maintien d'un état d'équilibre. On peut différencier un enfant qui a un tempérament flegmatique considérant qu'il a généralement beaucoup d'amis parce qu'il est attentif aux autres tout en étant calme et maître de ses émotions. Inversement, un enfant de nature colérique éprouve de la difficulté à entrer en relation et est plus à risque de se suicider. (Barrio, 2007; Pronovost, 1998; Stordeur, 2012). Dans le cadre de notre projet de recherche, deux des informatrices disent que leur enfant a un tempérament colérique. Selon les dires de ces mamans, leur enfant aurait l'habitude d'être de mauvaise humeur et de briser des objets lorsqu'il est contrarié et impatient. Toutefois, nous ne pouvons pas conclure que notre étude va dans le même sens que la littérature déjà existante sur le phénomène du suicide puisqu'il y a autant de mères interrogées qui considèrent que leur enfant est timide.

6.2. Facteurs de risque microsystemiques et mésosystemiques

Les facteurs de risque microsystemiques et mésosystemiques se traduisent par les endroits visités par la personne et les interactions qu'elle entretient avec ceux-ci qui engendrent une probabilité plus élevée de s'enlever la vie (Bouchard, 1987). Dans le microsysteme, nous retrouvons la maison, l'école et le club sportif entre autres. Quant à lui, le mésosysteme comprend les relations entre les parents, avec la famille élargie ainsi qu'avec les pairs. Rappelons que la séparation des parents, les nombreux placements dans une famille d'accueil, le décès d'un parent et l'intimidation par les pairs sont considérés comme des facteurs de risque microsystemiques et mésosystemiques du suicide chez les enfants dans la littérature au même titre que les problèmes de santé mentale chez les parents (Barrio, 2007; Bigras & al., 1999;

Cyrulnik, 2011; Delamare et al., 2007; de Montigny, 2012; Gallagher, 2005; Gallagher & Daigle, 2008a; Lambin, 2004; Perisse & Cohen, 2003; Salimi et al., 2012; Stordeur, 2012).

6.2.1. Perte de contacts avec les personnes significatives

Mentionnons que la perte d'un être cher comme un parent peut engendrer une détresse émotionnelle importante chez les enfants. Sans compter qu'il semble que la séparation temporaire avec une personne significative ait autant d'impacts négatifs dans la vie de l'enfant que celle qui est définitive (Cyrulnik, 2011; Gallagher & Daigle, 2008a).

Dans le peu de documentation qui existe sur le suicide chez les enfants, la séparation des parents est ainsi considérée comme un stress suffisamment important pour mener au suicide (Cyrulnik, 2001; Gallagher & Daigle, 2008a). D'après Dubois (2004), les enfants ont souvent une peur d'être abandonnés par l'un des deux parents lorsqu'ils vivent la séparation de leurs parents. Sans compter qu'ils peuvent ressentir un sentiment de honte et de culpabilité puisqu'ils ont l'impression d'être responsables de ce qui arrive. L'auteur soulève que les enfants vont souvent tenter de « recoller les morceaux » lors de la séparation de leurs parents. Également, ils peuvent entretenir de faux espoirs que la dynamique familiale redevienne comme avant. Dubois (2004) soulève que les enfants se sentent parfois obligés de prendre parti pour l'un ou l'autre de ses parents, ce qui les place dans une position déchirante et les amène à vivre une détresse suffisamment importante pour vouloir mourir volontairement. Dans cette perspective, trois mamans qui ont accepté de participer à notre projet de recherche étaient divorcées du père de l'enfant qui a eu des idées de suicide ou a réalisé une tentative de suicide. Toutefois, il est impossible de savoir si les enfants dont les trois mères étaient interrogées étaient suicidaires pendant qu'avait lieu le divorce. Une autre informatrice a relaté que sa fille a eu des idéations

suicidaires planifiées en même temps qu'elle envisageait de se séparer. Elle allait même jusqu'à considérer sa séparation qui ne s'est finalement jamais officialisée comme un élément déclencheur des idées de suicide de son enfant. Mentionnons qu'une étude qualitative sur la dépression chez les enfants et les adolescents démontre justement que les jeunes qui connaissent la séparation de leurs parents risquent de développer des symptômes dépressifs comme du désespoir et un goût de mourir (Bigras & al., 1999). Par ailleurs, certains auteurs lancent des hypothèses similaires pour expliquer que les enfants qui ont vécu de nombreux placements dans une famille d'accueil soient plus à risque de se suicider.

Les nombreux placements dans une famille d'accueil sont effectivement un autre facteur de risque. D'après Bigras et al. (1999), l'enfant qui grandit dans plusieurs familles d'accueil différentes a le sentiment d'être abandonné à chaque fois qu'il vit un nouveau placement. L'enfant en vient à ne plus chercher à comprendre ce qui l'amène à vivre des placements qui se succèdent et ne s'investit plus auprès de ses familles d'accueil. Les auteurs soulèvent que l'enfant a le sentiment qu'il ne lui sert à rien de s'attacher à ses familles d'accueil compte tenu qu'il est convaincu qu'on se lassera rapidement de lui et qu'on demandera à ce qu'une nouvelle famille d'accueil le prenne en charge. Bigras et al. (1999) considère ainsi qu'il est possible que l'enfant se sente rejeté par ses parents biologiques, ce qui peut l'amener à développer une faible estime de soi. Il peut alors entretenir certaines croyances erronées comme être persuadé qu'il a été abandonné par ses parents biologiques parce qu'il est inintéressant. Cet élément d'information dans la littérature semble donc concorder avec les données recueillies dans le cadre de notre projet de recherche même s'il est impossible d'arriver à une conclusion satisfaisante puisque nos résultats sont non généralisables. Une participante associe la tentative de suicide de son enfant aux nombreux placements dans une famille d'accueil.

Cependant, les études disponibles sur le suicide chez les enfants font peu de liens avec l'absence de contacts avec les parents biologiques (Bigras, Chagnon & Royer, 1999; Cyrulnik, 2011; Delamare et al., 2007; de Montigny, 2012; Gallagher, 2005; Gallagher & Daigle, 2008a). Dans le cadre de notre projet de recherche, deux répondantes considèrent que l'absence de contacts avec le père a engendré les idéations suicidaires ou la tentative de suicide de leur fils. Bloss (1988) et Soulière (2013) soulèvent que les jeunes ont besoin d'une figure parentale de même sexe qu'eux dans la construction de leur identité sexuelle. Selon ces auteurs, l'établissement de ce rôle de genre se fait effectivement habituellement par imitation. La formation de l'identité sexuelle qui se produit à la préadolescence inclut l'impression d'appartenir à un sexe plus qu'à un autre. Évidemment, il importe de ne pas tomber dans le piège de faire des liens trop rapidement entre ces résultats obtenus dans le cadre de cette étude psychanalytique et ceux de notre recherche sociale. Mentionnons également qu'un autre concept appelé « séparation interactive » en lien avec l'absence de contacts avec les parents biologiques est mis en lumière dans la littérature. Ambert et Gagnon (1995) définissent ainsi la « séparation interactive » comme un parent indisponible accaparé par d'autres événements de la vie. Dans cet ordre d'idées, une maman interrogée raconte que sa relation avec son fils s'est détériorée depuis qu'elle a vécu un abus sexuel. Elle considère qu'elle est moins présente pour son enfant parce qu'elle est constamment tourmentée par des cauchemars qui l'empêche de bien dormir et qui lui génère donc une grande fatigue durant la journée. Dans cette perspective, il paraît évident que la perte définitive d'un parent causée par la mort soit également néfaste pour un enfant.

Selon Gallagher et Daigle (2008a), le décès d'un parent augmente également le risque suicidaire chez les enfants. Quant à Devi (2012), Lemay (1995) et Lonetto (1991), ils démontrent

plutôt que la mort d'une personne significative est autant néfaste que celle d'un parent. Selon eux, l'enfant vit un sentiment d'impuissance même si la personne décédée n'est pas un parent. Sans compter que la mort d'une personne significative lui fait concrètement comprendre que la vie n'est pas éternelle. Lemay (1995) soulève que l'enfant peut entretenir une peur constante de vivre la perte de ses proches. Il développerait alors une dépendance anxieuse. Également, l'enfant peut s'identifier au défunt et vouloir mourir volontairement (Devi, 2012; Lonetto, 1991). Dans cet ordre d'idées, il est intéressant de mentionner que la grand-maman d'un enfant dont il est question dans cette étude occupait une place suffisamment importante dans sa vie pour l'inciter à commettre un geste irréparable sans avoir peur de la mort. Effectivement, un enfant dont la mère était interrogée a eu des idées de suicide immédiatement après le décès de sa grand-mère maternelle.

6.2.2. Diagnostic(s) d'une maladie mentale chez les parents

L'une des conclusions de l'étude de Lambin (2004) annonce que la plupart des enfants décédés par suicide avaient des parents qui ont reçu un diagnostic psychiatrique ou qu'ils ont déjà commis des gestes dans l'intention de mourir volontairement. Dans cette perspective, deux informatrices racontent qu'elles ont réalisé une tentative de suicide ou ont eu des idées de suicide durant leur adolescence. Deux autres disent qu'elles ont respectivement eu un diagnostic de dépression majeure et de trouble de stress post-traumatique. Selon la littérature, il n'est pas surprenant que les pathologies psychiatriques chez les parents rendent plus vulnérable un enfant à se suicider. Bourguignon (1984) indique effectivement que le risque de développer un problème de santé mentale chez l'enfant peut d'abord venir de l'héritage des gènes par les parents. Ensuite, l'enfant doit faire le deuil que sa famille est différente et doit apprendre à composer parfois avec les agissements bizarres du parent atteint d'une pathologie psychiatrique. Selon l'auteur, l'enfant

peut ainsi avoir honte de la différence et entretenir de la colère face à la maladie. Comme mentionné par Bourguignon (1984) et Salimi et al (2012), les parents qui souffrent d'un problème de santé mentale ont aussi moins la capacité de répondre aux besoins physiologiques et de sécurité de l'enfant, ce qui contribue fortement à l'accomplissement de soi.

6.2.3. Nombreux déménagements de la famille dans diverses villes

Dans l'échelle du stress de Holmes et Rahe (1967), le déménagement est considéré comme l'une des sources de stress les plus importantes chez l'individu. Ainsi, il est intéressant de souligner que deux enfants dont il est question dans notre projet de recherche ont déménagé au moins à quatre reprises depuis leur naissance. Dans les deux cas, l'emploi occupé par le père est la raison évoquée pour expliquer les déménagements. Le peu de documentation qui existe sur le phénomène du suicide chez les enfants ne semble cependant pas faire le rapprochement avec les nombreux déménagements de la famille dans diverses villes (Barrio, 2007; Bigras & al., 1999; Cyrulnik, 2011; Delamare et al., 2007; Gallagher, 2005; Gallagher & Daigle, 2008a; Lambin, 2004; Perisse & Cohen, 2003; Salimi et al., 2012; Stordeur, 2012). Tout de même, de Montigny (2012) et Houdé (1998) dévoilent qu'un déménagement est anxiogène pour un enfant parce qu'il brise momentanément sa routine clairement établie qui lui procure un sentiment de sécurité et de confort primordiaux à son bon développement. Ces auteurs soulèvent que l'enfant peut avoir beaucoup moins envie de s'investir dans la création de nouveaux liens amicaux considérant qu'il a l'habitude de fréquenter la même école seulement pendant un court laps de temps lorsqu'il déménage souvent. Ainsi, l'enfant peut se refermer sur lui-même et s'isoler.

6.2.4. Précarité d'emploi des parents

D'après une étude canadienne qui a utilisé une méthodologie qualitative pour recueillir ses données, les adolescents des quartiers défavorisés sont quatre fois plus susceptibles de se

suicider que ceux qui vivent dans des quartiers mieux nantis (Dupéré, 2005). Mentionnons que Dupéré (2005) explique ses résultats obtenus considérant que les adolescents dont la situation socio-économique de la famille est précaire sont plus souvent exclus par leurs camarades de classe à l'école parce qu'ils ne s'habillent pas avec les mêmes vêtements à la mode. Aussi, l'auteur soulève que les élèves plus défavorisés peuvent présenter un retard dans leur cheminement scolaire à cause de carences alimentaires qui les empêchent d'être pleinement fonctionnelles à l'école et peuvent avoir une préoccupation constante face à la situation socio-économique précaire de leur famille. Dans la littérature qui porte sur le suicide chez les enfants, aucune information ne semble avoir été recueillie à ce sujet (Barrio, 2007; Bigras & al., 1999; Cyrulnik, 2011; Delamare et al., 2007; de Montigny, 2012; Gallagher, 2005; Gallagher & Daigle, 2008a; Lambin, 2004; Perisse & Cohen, 2003; Salimi et al., 2012; Stordeur, 2012). Pour ce qui est de notre étude, il est impossible d'arriver à une conclusion satisfaisante puisqu'une seule participante avoue qu'elle vit une précarité d'emploi.

6.2.5. Violence

Rappelons que la violence est très présente dans les relations mésosytémiques des enfants dont il est question dans ce projet de recherche selon les données recueillies. La violence est représentée sous plusieurs formes. Entre autres, les enfants ont été victimes d'agressions verbales et physiques de la part de différentes personnes significatives qui gravitent autour d'eux.

Certains auteurs soutiennent ainsi que les mauvais traitements sont un facteur de risque du suicide chez les enfants (Delamare & al., 2007; Gallagher, 2005; Gallagher & Daigle, 2008a; Hawton, 1986). Selon Bettschart et al. (1999) et Devi (2012), la maltraitance a une influence particulièrement négative sur l'estime de soi qui contribue à ce qu'un enfant conserve un état

d'équilibre. L'enfant, dès son plus jeune âge, se fait une idée de lui en fonction souvent du reflet du regard de ses parents. Lorsque l'enfant est dévalorisé parce que nous lui répétons sans cesse qu'il ne vaut rien, il finit par le croire et se décourager (Pourtois, 2000). D'après la littérature, les risques d'une faible estime de soi sont notables pour un enfant. Il va souvent développer une timidité extrême et une peur excessive et constante de se tromper. Une faible estime de soi peut aussi provoquer des attitudes négatives chez l'enfant et même de la violence (Bettschart & al., 1999; Devi, 2012). L'enfant peut alors décider de retourner la violence contre lui-même et de commettre des gestes dans l'intention de s'enlever la vie puisqu'il considère que tout ce qu'il entreprend échoue (Bettschart & al., 1999; Devi, 2012; Pourtois, 2000). Il est donc intéressant de souligner que deux des enfants dont il est question dans notre étude ont été à la fois témoins de violence conjugale et victimes de violence physique. Deux autres des mères disent avoir déjà eu recours à la violence physique pour corriger leur enfant lorsqu'il désobéissait aux règles de la maison.

Dans la littérature, les difficultés d'intégration sociale dont le rejet et l'intimidation qui sont une forme de violence sont aussi traitées comme des facteurs de risque du suicide chez les enfants (Perisse & Cohen, 2003). Un réseau social restreint a un impact négatif dans la vie des enfants parce qu'ils découvrent l'importance de s'investir dans des relations interpersonnelles pour mieux s'épanouir (Cyrulnik, 2011). Sans compter que les enfants âgés entre 6 et 12 ans se détachent progressivement de leurs parents. Ils deviennent effectivement significativement moins importants dans la vie des enfants, ce qui leur permet d'être plus attentifs à la création de liens amicaux (de Montigny, 2012; Freud, 1917). Dans cet ordre d'idées, toutes les informatrices disent que leur enfant a un réseau social restreint. Quant à l'intimidation, elle amène les enfants à développer une faible estime de soi et à se rabaisser jusqu'à ne plus trouver de raisons valables de

vivre. L'agresseur choisit souvent sa victime en fonction de ses différenciations sociales comme son surpoids et la couleur de sa peau alors que la victime est déjà complexée par ses différences (Lepage, Marcotte & Fortin, 2006). Dans cette visée, il est important de relever que trois mères interrogées racontent que leur enfant a déjà vécu de l'intimidation à l'école. Deux d'entre eux subissaient des agressions physiques.

Notons que le tableau suivant fait ressortir l'ensemble des facteurs explicatifs des idées de suicide ou de la tentative de suicide des enfants dont il est question dans cette étude qui sont relevés suite à l'interprétation des résultats obtenus. Mentionnons qu'aucune différence n'a pu être remarquée quant aux facteurs explicatifs entre les enfants qui ont fait une tentative de suicide et ceux qui ont pensé sérieusement à s'enlever la vie. Rappelons que les informations ont été recueillies à partir discours des parents. Ainsi, ce tableau est pertinent dans la mesure où il sert à démontrer que tous les enfants ont chacun plusieurs facteurs de risque qui les ont amenés à vouloir se suicider. Aussi, il permet de constater que les facteurs de risque microsystémiques et mésosystémiques servent surtout à expliquer le phénomène du suicide chez les enfants, ce qui va dans le même sens que la documentation (Gallagher & Daigle, 2008a).

Facteurs de risque des gestes suicidaires de l'ontosystème

Facteurs de risque des gestes suicidaires de l'ontosystème								
Facteurs de risque ontosystémiques/ Répondantes	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Âge	X	X	X					X
Sexe	X	X	X		X	X	X	X
Diagnostic(s) d'une maladie mentale	X	X	X		X	X	X	X
Tempérament	X		X	X				X
Antécédent(s) de gestes d'automutilation			X					
Facteurs de risque microsystemiques et mésosystemiques/ Répondantes								
Facteurs de risque microsystemiques et mésosystemiques/ Répondantes	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Séparation des parents				X				
Nombreux placements dans une famille d'accueil		X						
Absence des familles biologiques		X	X			X		
Décès d'un proche	X							
Diagnostic(s) d'une maladie mentale chez les parents						X		X
Antécédent(s) de gestes suicidaires chez les parents				X				X
Violence chez les parents						X		X
Nombreux déménagements de la famille dans diverses villes	X				X			
Précarité d'emploi des parents	X					X		X
Intimidation						X		
Mauvais traitement					X	X		X

6.3. Réponses sociales

Comme le phénomène du suicide chez les enfants est encore très peu connu, les stratégies d'intervention sont au stade embryonnaire. Les chercheurs qui se sont intéressés au phénomène du suicide chez les enfants avancent que les intervenants psychosociaux et les enseignants dans les établissements scolaires sont ordinairement les premiers à venir en aide à un enfant qui commet des gestes dans l'intention de s'enlever la vie (Beautrais, 2001; Gallagher & Daigle, 2008b). En ce qui concerne nos données recueillies, tous les enfants suicidaires dont les mères étaient interrogées ont d'abord reçu les services du Centre d'aide 24/7. Cet élément d'information obtenu grâce à notre échantillon n'est pas surprenant parce que le Centre d'aide 24/7 dispense des services de première ligne. Sans compter que toutes les participantes ont été recrutées par l'intermédiaire du Centre d'aide 24/7. Les services de première ligne servent de porte d'entrée

pour recevoir des soins de santé mentale et assurent l'accès aux services spécialisés de deuxième ligne (MSSS, 2005). Il semble donc que le processus de demande d'aide des enfants suicidaires et de leur famille dont il est question dans notre étude a débuté de manière comparable à celui des adultes qui ont des pensées suicidaires. Dans un premier temps, les adultes suicidaires reçoivent généralement de l'aide des CPS (Lester, 1994). Toutefois, il importe d'éviter de généraliser nos résultats obtenus puisqu'il y a certainement des parents dont l'enfant est suicidaire qui ne font pas appel au Centre d'aide 24/7 pour les soutenir.

Quant au suivi psychosocial, Renaud et Marquette (2002) annoncent qu'il existe surtout suite à l'hospitalisation de l'enfant suicidaire. Laflamme (2007) soutient que les protocoles d'entente de services entre les services médicaux d'urgence et les ressources psychosociales permettraient à l'enfant qui désire mourir volontairement d'avoir accès à un suivi psychosocial plus rapidement. Dans cet ordre d'idées, il est intéressant de souligner que six des enfants dont il est question dans notre recherche ont été hospitalisés quand ils ont eu des idées de suicide ou ont réalisé une tentative de suicide. Quatre d'entre eux ont ensuite obtenu un suivi avec un intervenant psychosocial.

Dans l'une de ses études, le Conseil Permanent de la Jeunesse (CPJ) (1997) ne recommande pas le traitement pharmacologique auprès des enfants suicidaires puisqu'il y a une faible assiduité à ce dernier. Les enfants qui ont une prescription de médicaments ne suivraient pas toujours la posologie. Nos résultats obtenus semblent concorder avec ce qui est dit dans la documentation sur le suicide chez les enfants concernant le traitement pharmacologique puisqu'aucun enfant dont les mamans étaient interrogées n'a pris de la médication pour atténuer ses idéations suicidaires.

Mentionnons que le support du réseau naturel qui comprend principalement des membres de la famille, des amis et des collègues de travail est primordial selon un document produit par le Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) à l'intention des parents et des aidants qui apportent du soutien aux enfants et aux adolescents qui ont des pensées suicidaires. Ce document invite ainsi les parents à utiliser leur réseau naturel pour éviter de rester seuls pendant qu'il cherche de l'aide professionnelle pour leur enfant suicidaire (CHEO, 2007). Quoique qu'une participante relate qu'elle a été supportée par sa famille élargie, il s'agit de plus du trois-quarts des informatrices qui n'ont pas bénéficié du soutien des membres de leur entourage lorsque leur enfant a eu des idées de suicide ou a réalisé une tentative de suicide. Effectivement, quatre mères interrogées disent qu'elles ont reçu peu de soutien de la part leur famille élargie parce qu'elle n'habite pas la même ville. Trois autres répondantes racontent que leur enfant a demandé à ce que la famille élargie ne soit mis pas au courant de ses idéations suicidaires ou de sa tentative de suicide.

En résumé, le processus de demande d'aide semble avoir suivi pratiquement la même trajectoire pour l'ensemble des enfants dont les mères étaient interrogées. Par contre, la trajectoire de services des enfants suicidaires et de leur famille dont il est question dans notre étude est différente de celle avancée dans la littérature. Beautrais (2001) et Gallagher et Daigle (2008a) considèrent qu'il s'agit habituellement des enseignants dans les écoles qui sont les premiers à venir en aide à un enfant suicidaire et à sa famille alors que tous les enfants dont il est question dans ce projet de recherche ont d'abord bénéficié du soutien des intervenants de crise du Centre d'aide 24/7.

6.4. Recommandations

Nos recommandations sont formulées surtout à partir des insatisfactions des mères interrogées à propos de l'aide professionnelle et personnelle reçue. Mentionnons que c'est trois des mères interrogées qui déplorent les services rendus parmi les six participantes qui ont reçu des services médicaux d'urgence et les deux informatrices qui ont bénéficié de l'aide ponctuelle d'une organisation spécialisée pour leur enfant suicidaire. Par la même occasion, ces insatisfactions des informatrices nous permettent de soulever des facteurs de risque exosystémiques et macrosystémiques qui sont semblables à ceux relevés dans la littérature sur le suicide chez les enfants (Barrio, 2007; Gallagher & Daigle, 2008a; Lambin, 2004; Mvilongo & Beauvolks, 2001; Pronovost, 1998; Salimi & al., 2012; Stordeur, 2012). Entre autres, Lambin (2004) dans l'une de ses conclusions de son étude soulève que le niveau de soutien familial influence le risque suicidaire chez les enfants. Nous émettrons ainsi des recommandations concernant la recherche, la pratique et les politiques sociales.

6.4.1. Recommandations concernant la recherche

Même si les mamans qui ont accepté de participer à ce projet de recherche n'ont pas soulevé d'insatisfactions quant à la recherche, il semble primordial de développer nos connaissances scientifiques sur le suicide chez les enfants considérant qu'il existe peu de documentation qui porte sur ce phénomène en croissance (Barrio, 2007; Gallagher & Daigle, 2008a; Lambin, 2004; Mvilongo & Beauvolks, 2001; Pronovost, 1998; Salimi & al., 2012; Stordeur, 2012). Entre autres, il serait intéressant que des études ultérieures s'intéressent aux liens qui peuvent subsister entre le suicide chez les enfants et l'âge. Dans le cadre de notre projet de recherche, il est impossible d'arriver à une conclusion satisfaisante puisqu'un des critères de sélection était que les participants devaient être le parent d'un enfant âgé entre 8 et 12 ans qui a eu des idéations suicidaires ou a tenté de s'enlever la vie. Sans compter qu'aucun constat ne

semble avoir été fait sur cet aspect du phénomène du suicide chez les enfants par les chercheurs (Barrio, 2007; Gallagher & Daigle, 2008a; Lambin, 2004; Mvilongo & Beauvolsk, 2001; Pronovost, 1998; Salimi & al., 2012; Stordeur, 2012). Également, il pourrait être fort pertinent que d'éventuelles recherches traitent des différences possibles entre les sexes afin de vérifier si les facteurs explicatifs du suicide chez les enfants sont les mêmes pour les deux sexes. Dans le cadre de notre projet de recherche, il est impossible de prétendre que les facteurs explicatifs du suicide se distinguent tout dépendamment le sexe des enfants compte tenu qu'un seul des enfants dont les mères étaient interrogées est une fille. Quant à la littérature, elle ne semble pas faire de liens entre le sexe des enfants et le suicide (Barrio, 2007; Gallagher & Daigle, 2008a; Lambin, 2004; Mvilongo & Beauvolsk, 2001; Pronovost, 1998; Salimi & al., 2012; Stordeur, 2012).

6.4.2. Recommandations concernant la pratique

Dans la littérature, l'utilisation de l'approche psycho-éducationnelle qui cherche à impliquer les parents dans la réhabilitation des enfants qui commettent des gestes suicidaires de manière répétitive est recommandée (Renaud & Marquette, 2002). Cependant, deux répondantes déplorent ne pas avoir été consultées dans les prises de décisions concernant les soins de santé mentale prodigués à leur enfant dont il est question dans notre projet de recherche. Ainsi, il semble qu'il y ait une méconnaissance du phénomène du suicide chez les enfants et des interventions à privilégier auprès de ces enfants et de leur famille de la part des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Il serait donc primordial d'offrir des formations aux intervenants qui sont susceptibles de travailler auprès d'enfants suicidaires et de leur famille. Pour ce faire, les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux qui détiennent une expertise en intervention en situation de crise et de crise suicidaire pourraient s'allier à des chercheurs chevronnés dans le but de développer des formations pertinentes (Mishara, 2003b).

Selon le registre des ressources communautaires de la région de l'Outaouais, il semble qu'il n'existe aucun service d'aide qui a des locaux aménagés de façon suffisamment sécuritaire pour héberger un enfant suicidaire et ainsi, offrir du répit à un parent (ASSO, 2012). Le Centre d'aide 24/7 qui offre un service d'hébergement à court terme peut proposer du répit à un parent dans un état de vulnérabilité qui a un enfant suicidaire (Centre d'aide 24/7, 2011). Toutefois, le parent doit chercher dans son réseau social une personne suffisamment digne de confiance pour prendre à sa charge un enfant suicidaire en son absence, ce qui peut s'avérer un véritable casse-tête. Dans le cadre de notre projet de recherche, il s'agit de trois mères interrogées qui auraient aimé recevoir du répit. Lors de l'entretien, deux mamans racontent qu'elles ne réussissent plus à dormir depuis la tentative de suicide de leur enfant. Elles demeurent éveillées pour s'assurer que leur enfant ne commet pas d'autres gestes dans l'intention de s'enlever la vie. Si le Centre d'aide 24/7 offre un milieu sécuritaire pour éviter un passage à l'acte aux adultes qui vivent une situation de crise, il faudrait voir à développer l'équivalent pour les enfants (Centre d'aide 24/7, 2011).

Lors de la Semaine de promotion de la vie et de la prévention du suicide qui a lieu la première semaine du mois de février de chaque année depuis 1990, des activités de sensibilisation sont réalisées. Mentionnons que la Semaine de promotion de la vie et de la prévention du suicide est une initiative de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) qui a pour but de sensibiliser tous les acteurs de la société québécoise à l'ampleur de la problématique et de faire prendre conscience au grand public que chacun a un rôle à jouer dans l'enrayement du suicide. Effectivement, nous n'avons pas nécessairement besoin d'être un expert pour venir en aide à un individu suicidaire. Nous avons tous les qualités humaines pour aider puisque ce dont une

personne suicidaire a d'abord besoin, est d'une oreille attentive (AQPS, 2011). Par ailleurs, toutes les participantes disent qu'elles n'ont pas reçu de support de la part de la collectivité lorsque leur enfant a eu des idéations suicidaires ou a réalisé une tentative de suicide. Elles ont plutôt eu l'impression d'être condamnées en tant que mère, ce qui semble avoir ravitaillé leur sentiment de culpabilité. Dans un autre ordre d'idées, toutes les informatrices racontent qu'elles ont remarqué des changements drastiques dans le comportement de leur enfant quelques semaines avant qu'il commette des gestes dans l'intention de s'enlever la vie. Toutefois, il semble que les mamans ne savaient pas qu'il s'agissait de signes d'expression suicidaire. Nos données recueillies nous amènent donc à recommander la multiplication des activités de sensibilisation comme il en existe lors de la Semaine de la promotion de la vie et de la prévention du suicide afin d'enrayer les préjugés et pour permettre aux membres de l'entourage de développer suffisamment d'outils afin d'offrir une oreille attentive à un proche qui a des pensées suicidaires.

6.4.3. Recommandations concernant les politiques sociales

Dandurand et Kempeners (2002) annoncent que le recours plus grand des québécois à une intervention extérieure pour affronter les situations problématiques de la vie quotidienne s'explique par l'effritement des valeurs familiales comme l'entraide. Dans cet ordre d'idées, six participantes avouent qu'elles n'ont pas osé demander de l'aide à leur famille élargie quand leur enfant a eu des idées de suicide ou a réalisé une tentative de suicide. Elles disent qu'elles ont eu peur de déranger. Il semble qu'il n'existe pas de mesures de soutien mises en place par l'État provincial pour les familles dont un enfant souffre d'un problème de santé mentale. Les parents bénéficieraient d'un support financier uniquement lorsque l'enfant a un handicap physique important même si un enfant qui reçoit un diagnostic psychiatrique est autant hypothéqué parce

qu'il ne peut pas toujours bien communiquer et participer à la vie sociale (MFE, 2009). Quant aux parents qui ont un enfant avec une pathologie psychiatrique, ils vivent une certaine détresse émotionnelle qui peut les amener à ne plus être capables de travailler à tous les jours (Mvilongo & Beauvolsk, 2001). Il serait donc intéressant que l'État provincial constate les similitudes entre l'enfant qui souffre d'un handicap physique et celui qui a un diagnostic psychiatrique afin que les parents puissent profiter du même support financier dans les deux cas.

En continuité, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) avec le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens émet des orientations. Mentionnons que ce plan d'action a été élaboré dans le but de « faciliter la vie des personnes utilisant des services dans le domaine de la santé mentale, pour leur donner accès aux services qu'elles veulent recevoir et pour alléger la tâche de leurs proches » (MSSS, 2005 : 8). Entre autres, il vise à faciliter l'accès des services de deuxième et troisième ligne en santé mentale pour les enfants. Nous espérons alors diminuer de 30% la liste d'attente en pédopsychiatrie et de donner accès à un suivi psychosocial à l'intérieur de 60 jours aux enfants diagnostiqués avec un problème de santé mentale (MSSS, 2005). Cependant, l'évaluation préliminaire du plan d'action qui sert « à établir une prévision des dépenses et des volumes d'activités, puis à comparer les résultats obtenus avec l'activité réelle en fin d'exercice » démontre que les actions doivent se continuer pour l'atteinte des objectifs (MSSS, 2009 : 4). Dans le cadre de notre projet de recherche, une répondante déplore devoir déboursier de l'argent afin que sa fille qui a eu des idées de suicide planifiées puisse rapidement avoir accès à un pédopsychiatre. Par ailleurs, le MSSS (2011) a présenté les grandes lignes du Plan d'action en santé mentale 2012-2017 – La force du respect des droits. Ce document qui est en continuité avec le Plan d'action 2005-2010 – La force des liens veut mettre l'accent sur les jeunes et les enfants, ce qui laisse croire qu'une des priorités

demeurent d'offrir des soins de qualité aux enfants avec un diagnostic psychiatrique. À la lumière de nos données recueillies, il apparaît effectivement primordial d'injecter davantage de l'argent dans les soins de santé mentale prodigués aux enfants pour permettre l'accessibilité des services de deuxième et troisième ligne. Il importe d'augmenter le nombre de pédopsychiatres pour mieux répondre aux besoins de la population d'enfants qui sont de plus en plus grandissants. Rappelons que le nombre d'enfants québécois âgés de 11 ans et 12 ans décédés par suicide a quadruplé entre 1995 et 2001 d'après les données les plus récemment publiées (MSSS, 2001).

Les données de notre étude à propos des demandes d'aide des enfants suicidaires et de leur famille nous mènent aux interrogations suivantes : Qu'est-ce qui pourrait davantage venir en aide aux enfants suicidaires et à leur famille? Est-ce qu'il serait possible d'enrayer le phénomène du suicide chez les enfants en offrant une aide plus adéquate?

Selon les informations recueillies, il apparaît exister des similitudes entre les facteurs explicatifs du suicide chez les enfants et chez les adultes. Dans cet ordre d'idées, les études sur le suicide chez les adultes ont déjà établi un lien non seulement entre un ensemble de facteurs liés à la situation sociodémographique, mais également avec l'accessibilité des ressources offertes. Donc, il serait intéressant, ultérieurement, d'étudier les liens possibles entre la disponibilité des ressources et le suicide chez les enfants.

À notre question de recherche « Quel est le point de vue des parents des facteurs explicatifs des idéations suicidaires ou de la tentative de suicide de leur enfant? », la violence et la perte de personnes significatives sont souvent revenues dans le discours des mères qui ont participé au projet pour expliquer que leur enfant a pensé sérieusement à s'enlever la vie. Il

serait ainsi également pertinent que des études ultérieures approfondissent davantage les connaissances sur cet aspect du phénomène du suicide chez les enfants.

IV. Références bibliographiques

- Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. (2012). *Registre des organismes communautaires reconnus par l'Agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais*. Gatineau : ASSO.
- Ambert, A-M., & Gagnon L. (1995). The effect of male delinquency on mothers and fathers. *Criminologie*, 28(2), 131-142.
- Association québécoise de prévention du suicide. (2011). *L'association*. Québec : AQPS.
- Aujard, M-F. (2008). *Genèse et nature de la suicidologie*. Thèse de doctorat inédite, Université de Laval, Québec, Québec.
- Babin, S., & Bourgault, V. (2008). *Intervenir dans la phase de choc à la suite d'un suicide, la postvention en Chaudière-Appalaches, une approche globale*. Sainte-Marie : Agence de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches (ASSSCA).
- Baddeley, A. (1999). *La mémoire humaine*. Grenoble : Pug.
- Badinter, E. (1992). *De l'identité masculine*. Paris : Odile Jacob.
- Baechler, J. (1975). *Les suicides*. Paris : Calmann-Levy.
- Barrio, C. A. (2007). Assessing Suicide Risk in Children: Guidelines for Developmentally Appropriate Interviewing. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 50-66.
- Baudelot, C., & Establet, R. (2006). *Suicide : l'envers de notre monde*. Paris : Seuil.
- Beautrais, A. (2001). Child and young adolescent suicide in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 647-653.
- Belsky, J. (1993). *Etiology of child maltreatment: a developmental ecological analysis*. New York: Psychological newsletter.
- Bettschart, W., Nunes, R., Bolognini, M., & Plancherel, B. (1999). *L'estime de soi à la préadolescence : une étude longitudinale*. Paris : Nervure.
- Bigras, R., Chagnon, F., & Royer, E. (1999). *Le dépistage des enfants suicidaires au Centre Jeunesse de Québec*. Québec : Centre jeunesse de Québec (CJQ).
- Bloss, P. (1988). L'insoumission au père ou l'effort adolescent pour être masculin. *Adolescence*, 1(6), 19-31.
- Bouchard, C. (1987). Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre de l'intervenant. *Service social*, 26(2), 454-477.

Bouchard, C. (2001). *Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans en contextes éducatifs*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Bouchard, C., & Saint-laurent, D. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?*. Québec : Institut national de la santé publique du Québec (INSQ).

Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement dans personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85.

Bourguignon, O (1984). *Mort des enfants et structure familiale*. Paris : Presses universitaires de France.

Bournival, C., Séguin, M., & Drouin, M-S. (2011). Étude des facteurs d'ajustement au deuil après un suicide et après un décès soudain non intentionnel. *Frontières*, 24(2), 55-62.

Boyer, R., & Loyer, M. (1996). La prévention du suicide par la prévention des troubles mentaux, où en sommes-nous au Québec? *Santé mentale au Québec*, 21(2), 139-157.

Brandt, R. (1975). *The morality and rationality of suicide*. New York: Oxford University Press.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.

Bruchmuller, K., & Schneider, S. (2012). Psychotherapeut. *Behavioral science*, 57(1), 77-89.

Bryant, L., & Range, M. (1995). Suicidality in college whoman who were sexually and physically abused and physically punished. *Violence et victims*, 10(3), 23-24.

Carbonell-Camòs, (1998). Les dimensions temporelles du suicide: une hypothèse. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 225-245.

Caron, J. (2002). Hypothèses macrosociales sur le suicide des hommes au Québec : l'éclairage de l'Abitibi. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 281-301.

Caron, J., & Robitaille, C. (2007). Les taux de suicide des jeunes hommes québécois : facteurs de risque et de protection. *Recherches sociodémographiques*, 48(3), 97-120.

Centre d'aide 24/7. (2011). *Le Centre d'aide 24/7*. Gatineau : Centre d'aide 24/7.

Centre hospitalier Pierre-Janet. (2010). *Centre hospitalier Pierre-Janet : dans la communauté, pour la communauté*. Gatineau : Centre hospitalier Pierre-Janet (CHPJ).

Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario. (2007). *L'aide à apporter aux enfants et aux adolescents suicidaires – Information à l'intention des parents et des aidants*. Ontario : Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario (CHEO).

Centre Intersection. (2011). *Intersection*. Gatineau : Centre Intersection.

Chagnon, F. (2008). Recherche et pratique en prévention du suicide. *Frontières*, 21(1), 8-9.

Cicchetti, D., & Toth, S. (1997). *Transactional ecological systems in developmental psychopathology*. Cambridge : Cambridge University Press.

Collette, S., & Renaud, J. (2002). Activité sérotoninergique, agressivité et comportements suicidaires. *Prisme*, 38(2), 179-187.

Conseil permanent de la jeunesse (1997). *Le suicide chez les jeunes : S.O.S jeunes en détresse*. Québec : Conseil permanent de la jeunesse (CPJ).

Côté, L., Pronovost, J., & Ross, C. (1990). Étude des tendances suicidaires chez des adolescents de niveau secondaire. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 29-45.

Couture-Trudel, P-M., & Morin, M-È. (2007). La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 229-244.

Crockenberg, S., & Litman, C. (1990). Autonomy as competence in two year olds: maternal correlates of child defiance, compliance and self-assertion. *Developmental Psychology*, 3(26), 961-971.

Cyrułnik, B. (2011). *Quand un enfant se donne la mort : attachement et sociétés*. Paris : Odile Jacob.

Dagenais, D. (2007). Le suicide au Québec comme révélateur de la signification du suicide contemporain. *Recherches sociographiques*, 48(3), 11-25.

Daigle, M. (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*. Laval : Agence de la santé et des services sociaux de Laval (ASSSL).

Dandurand, R., & Kempeneers, M. (2002). Pour une analyse comparative et contextuelle de la politique familiale au Québec. *Recherches sociographiques*, 43(1), 49-78.

Delamare, C., Martin, C., & Blanchon, Y.-C. (2007). Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. / Suicide attempts in children under 13 years old. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(1), 41-51.

de Montigny Gauthier, L. (2012). L'impact de l'amitié sur le développement des enfants. Récupéré à http://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/Cahier2_de%20Montigny-Gauthier_web.pdf

Devi, S. (2012). Antidepressant-suicide link in children questioned. *The lancet*, 379 (9818), 791.

Deslauriers, J-P. (1987). *Les méthodes de la recherche qualitative*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal : Chenelière McGraw-Hill.
- Drewermann, E. (1993). *Le suicide et le mensonge*. Paris : Cerf.
- Dubois, L. (2004). *La dépression chez les enfants et les adolescents*. Paris : Nervure.
- Dufort, F. (2001). *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social*. Laval : Presses de l'Université Laval.
- Dupéré, V. (2005). *La pauvreté du quartier de résidence et le développement de comportements à risque chez les adolescents au Canada*. Thèse de doctorat inédite. Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec.
- Dupré, F. (1996). Le meurtre de soi. *Horizons philosophiques*, 7(1), 30-50.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide*. Paris : Presses universitaires de France.
- Elnour, A., & Harrison, J. (2008). Lethality of suicide methods. *Inj Prev*, 14(1), 39-45.
- Ernst, C. (2009). *A role for astrocyte-related genes in suicide*. New-York: Oxford University Press.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Freud, S. (1917). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Gallagher, R. (2005). *Le problème du suicide chez les enfants... Comprendre et agir à l'école primaire*. Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine : Agence de développement de réseaux locaux de services de la santé et des services sociaux (ADRLSSSS).
- Gallagher, R., & Daigle, M. (2008a). La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins. *Frontières*, 21(1), 98-106.
- Gallagher, R., & Daigle, M. (2008b). Le programme Intervention-suicide en milieu scolaire-primaire : évaluation de l'implantation en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. *Frontières*, 21(1), 107-112.
- Gardner, D., & Cowdry, R. (1986). Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Psychiatry*, 142(4), 98-100.
- Gauthier, B. (2008). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Gauvin-Lepage, J. (2007). *Les perceptions des adolescents, de leurs parents et des professionnels quant à l'inclusion sociale des adolescents ayant vécu un traumatisme craniocérébral modéré*. Thèse de doctorat inédite. Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Geest, S., & Whyte, S. (2003). Popularité et scepticisme : opinions contradictoires sur les médicaments. *Anthropologie et sociétés*, 27(2), 97-117.
- Girouard-Archambault, A. (1982). La mort chez l'enfant. *Santé mentale au Québec*, 7(2), 47-52.
- Giroux, M. (1999). La garde en établissement et examen psychiatrique. *Médecin du Québec*, 29(5), 109-110.
- Ministère des Finances et de l'Économie. (2009). La politique familiale du Québec, où en sommes-nous?. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/PolitiqueFamiliale.pdf>
- Gratton, F., & Bouchard, L. (2001). Comment des adolescents vivent le suicide d'un jeune ami : une étude exploratoire. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 203-226.
- Groupe d'étude national sur le suicide au Canada. (1994). *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*. Ottawa : GENSC.
- Halbwachs, M. (1930). *Les causes du suicide*. New York : Arno Press.
- Harvey, J., & Liebling, A. (2001). Suicide et tentatives de suicide en prison : vulnérabilité, ostracisme et soutien social. *Criminologie*, (34)2, 57-85.
- Hawton, K. (1986). *Suicide and attempted suicide among children and adolescents*. Beverly Hills: Sage.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom*, 3(2), 2-32.
- Houdé, O. (1998). De la pensée du bébé à celle de l'enfant : l'exemple du nombre. *Sciences humaines*, 87(2), 14-33.
- Institut de la Statistique du Québec. (2002). D'une génération à l'autre : évolution des conditions de vie. Récupéré à http://www.bdso.gouv.qc.ca/docsken/multimedia/PB01614FR_Generation_vol21998H0003.pdf.
- Institut de la statistique du Québec. (2009). Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état physique ou mental et le milieu social. Récupéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/zoom_sante_jan10_no20.pdf.
- Isacsson, G., Lesage, A., Grunberg, F., & Séguin, M. (2002). Données récentes d'études scandinaves. Traiter la dépression : une stratégie efficace de prévention du suicide?. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 235-259.

- Julien, M., & Breton, J-J. (2008). La prévention du suicide chez les adolescents. *Frontières*, 21(1), 23-31.
- Lacroix, L. (1990). Le suicide et les politiques sociales au Québec. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 46-61.
- Laflamme, F. (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique*. Westmount : OIIQ.
- Laliberté, A. (2007). *Un modèle écologique pour mieux comprendre le suicide chez les autochtones : une étude exploratoire*. Thèse de doctorat inédite. Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec.
- Lambin, M. (2004). *Aider à prévenir le suicide chez les jeunes, un livre pour les parents*. Montréal : CHUSJ.
- Laurier, C. (2008). Les facteurs associés au risque suicidaire chez les adolescents délinquants. *Frontières*, 21(1), 32-43.
- Leblanc, A., & Piché, T. (2000). *Un appel à la vie : guide à l'usage des intervenants du Bas-Saint-Laurent. Outil de dépistage et de postvention auprès des personnes touchées par la problématique du suicide : MRC Les Basques*. Rimouski : ASSSBSL.
- Leblanc, N. (2009). Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité au préscolaire : nature, évaluation et traitement. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 199-205.
- Lecomte, Y., & Lefevre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 122-142.
- Lefevre, Y. (1991). La désinstitutionnalisation de l'intervention en situation de crise : une histoire à réinventer. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 23-39.
- Lemay, M. (1995). *Les suicides et les tentatives de suicide chez l'enfant*. Montréal : Suicide Action Montréal.
- Lepage, C., Marcotte, D., & FORTIN, L. (2006). L'intimidation et la dépression à l'école : analyse critique des écrits. *Revue des sciences de l'éducation*, 32(1), 227-246.
- Lester, D. (1994). L'efficacité des centres de prévention du suicide. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 15-24.
- Lonetto, R. (1991). *Dis, c'est quoi quand on est mort? / L'idée de la mort chez l'enfant*. Paris : Eschel.
- Lustman, M. (2009). De la prévention du suicide comme une question sociologique. *Frontières*, 21(1), 15-22.

- Martel, J. (2002). *Le suicide assisté*. Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Mavrikakis, C. (2009). Les visages de l'antidépresseur. *Frontières*, 21(2), 21-26.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Mccracken, D. (1988). *The long interview*. Californie: Newbury Park.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001). Fichier des décès. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/c11/FicheSource.asp?src=230>.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). Fichier des décès. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/struc_poplt/i210.htm.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2011). Nouveau plan d'action en santé mentale. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presses/ficheCommunique.php?id=460>.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001). Fichier des décès. Québec : Gouvernement du Québec. Récupéré de <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/c11/FicheSource.asp?src=230>.
- Minois, G. (1998). *Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire*. Paris : Fayard.
- Mishara, B. (2003a). Des pratiques novatrices pour la prévention du suicide : un défi de société. *Santé mentale du Québec*, 28(1), 111-125.
- Mishara, B. (2003b). Succès, échecs et défis en prévention du suicide au Québec. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 15-22.
- Mishara, B., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Chicoutimi : Jean-Marie Tremblay.
- Monestier, M. (1995). *Suicides : histoire, techniques et bizarreries de la mort volontaire des origines à nos jours*. Ottawa : Le Cherche midi.
- Mucchielli, L., & Renneville, M. (1998). Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps. *Déviance et société*, 5(1), 3-36.

- Mvilongo, A., & Beauvolsk, M-A. (2001). Santé mentale et suicide des jeunes. *Revue d'intervention sociale et communautaire*, 7(1), 70-89.
- Myilibrery, A. (1998). *Suicide in the Middle Ages*. New York: Oxford University Press.
- Nagata, T., Kawaraka, Y., & Kiriike, N. (2000). Multi-impulsivity of japanese patients with eating disorders : primary and secondary impulsivity. *Psychiatry*, 2(94), 239-250.
- Paillé, P. (2007). *Théories et méthodologies de la recherche*. Thèse de doctorat inédite. Université de Laval, Québec, Québec.
- Périsse, D., & Cohen, D. (2003). Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque. *Le carnet PSY*, 3(85), 5-6.
- Phaneuf, J., & Séguin, M. (1987). *Suicide : prévention et intervention : guide à l'usage des intervenants*. Montréal : Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.
- Pires, A. (1997). *De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Pouliot, L. (2001). Les médias de masse sont-ils responsables des suicides en grappes?. *Frontières*, 21(1), 120-125.
- Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Pourtois, J-P. (2000). *Blessure d'enfant*. Bruxelles : De Boeck.
- Pronovost, J. (1998). Le suicide chez les jeunes : prévenir en misant sur les facteurs de protection. *Revue québécoise de psychologie*, 19(2), 20-21.
- Proulx, F., & Grunberg, F. (1994). Le suicide chez les patients hospitalisés. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 131-143.
- Rafie, M. (1972). Positivisme chez Émile Durkheim. *Sociologie et société*, 4(2), 275-287.
- Renaud, J., & Marquette, C. (2002). Position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires. *Le Médecin du Québec*, 37(5), 6-7.
- Rondal, J-A. (1999). *Manuel de psychologie de l'enfant*. Sprimont : Mardaga.
- Routhier, D. (2008). *Schizophrénie et dépression : recours aux services avant et après une hospitalisation pour tentative de suicide*. Thèse de doctorat inédite. Université de Montréal, Montréal, Québec.

- Roy, P. (2012). La sociologie du genre : une contribution originale à la compréhension du suicide chez les hommes. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 45-55.
- Salimi, S., Bouhdadi, A., Atlas, R., & Dehbi, F. (2012). Tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent : une expérience marocaine. *Journal de pédiatrie et puériculture*, 21(3), 62-73.
- Sakinofsky, I. (1998). *The epidemiology of suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press.
- Seguin, M., Di Mambro, M., & Desgranges, A. (2012). L'apport de la recherche en psychologie dans la compréhension complexe de l'étiologie du suicide. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 95-105.
- Séguin, M., Leblanc, A., & Brunet, L. (2006). *Interventions en situation de crise et en contexte traumatique*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Sevigny, L. (1996). Problématique suicidaire: intervenant et intervention. *Orientation*, 9(2), 20-21.
- Shneidman, E. (1998). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Soulière, M. 2013. La construction de soi chez les adolescents: Une histoire d'ouverture et de temps. *Service social*. 59(1), 108-128.
- Statistique Canada. (2009). Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge. Récupéré à <http://www40.statcan.gc.ca/102/cst01/hlth66a-fra.htm>.
- Stodeur, C. (2012). Risque suicidaire chez l'enfant et l'acte et attitudes médicales face à ce risque. Paris : Les entretiens de Bichat.
- Théorêt, M. (2005). La résilience, de l'observation du phénomène vers l'appropriation du concept par l'éducation. *Revue des sciences et de l'éducation*, 31(3), 633-658.
- Thibodeau, L. (2007). *Lecture sociodémographique de la mortalité par suicide (1926-2004) : la question de l'âge et des générations*. Thèse de doctorat inédite. Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Trabacchi, G. (2001). Quelle prise en charge après une crise suicidaire?. *Soins*, 3(654), 19-20.
- Tremblay, A. (2007). Suicide, migration et rapports sociaux de sexe. *Recherches sociographiques*, 48(3), 65-96.
- Tremblay, J. (2009). *Les rôles que les enseignants disent avoir auprès des élèves ayant des idéations suicidaires*. Thèse de doctorat inédite. Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi, Québec.

Viger, R. (2006). *L'intervention de crise auprès d'une personne suicidaire*. Montréal : Technologies Nouvelles et Transfert.

Walter, M & Kermarrec, I. (1999). Idées ou conduites suicidaires : orientation diagnostique et conduite à tenir en situation d'urgence. *Revue du Praticien*, 49(1), 1685-1690.

Weishaar, M., & Beck, A. (2003). En présence d'un individu suicidaire, comment le thérapeute peut-il intervenir?. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 22-23.

White, J. (1998). *La prévention du suicide chez les jeunes : un cadre pour la Colombie-Britannique*. Colombie-Britannique : Suicide Prevention, Information and Resource.

Appendice A – Formulaire de consentement



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement

Le suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans. Une étude exploratoire à partir du point de vue des parents. - Karine Leclair – Département de travail social – Sous la direction de Sylvie Thibault

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à documenter le phénomène du suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans de la région de l'Outaouais à partir du point de vue des parents. Plus spécifiquement, elle a pour but d'obtenir la perception des parents des facteurs explicatifs des idéations suicidaires ou de la tentative de suicide de leur enfant et de documenter les réponses sociales obtenues.

Votre collaboration à ce projet de recherche consiste à participer à une entrevue d'une durée d'environ 1h30 se déroulant à l'endroit de votre choix qui puisse assurer la confidentialité de vos propos. L'entretien est enregistré intégralement sur cassette audio.

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par l'usage de codes dans le rapport de recherche. Ces codes seront utilisés sur les documents de recherche alors qu'uniquement l'étudiante-intervieweuse aura accès à la liste de noms et des codes. Les données recueillies seront détruites cinq ans après le dépôt du rapport de recherche et ne seront pas utilisées, sans votre consentement, à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Elles sont conservées sous clé dans le local de Sylvie Thibault, directrice de mémoire, à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Les résultats de la recherche ne permettront donc pas d'identifier les participants. Les résultats seront diffusés dans le cadre d'un rapport de recherche remis au Comité de programme de Maîtrise en travail. Un résumé des principaux résultats sera aussi envoyé aux répondants qui en feront la demande.

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirez en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont moyens et l'étudiante-intervieweuse s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Le principal inconvénient est la détresse

émotionnelle qui est susceptible de survenir à la remémoration d'événements passés. Une liste de ressources d'aide dans la région vous sera non seulement remise systématiquement à la fin de l'entrevue, mais également l'étudiante-intervieweuse s'engage à entrer en contact avec vous par téléphone afin de prendre de vos nouvelles 24 heures après l'entretien et à vous référer personnellement au Centre d'aide 24/7 si le besoin d'un plus grand support est perceptible. La contribution à l'avancement des connaissances sur ce phénomène ainsi que la possibilité de ventiler sur votre vécu sont les avantages de la participation au projet de recherche. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les conditions de votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer l'étudiante-intervieweuse de ses responsabilités professionnelles. Si certaines informations transmises laissent présager que le développement d'un enfant est compromis, l'étudiante-intervieweuse se verra dans l'obligation d'en avertir les autorités publiques. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement de la recherche. En conséquence, vous ne devriez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet de recherche.

Si vous avez des questions concernant certains aspects éthiques du projet de recherche, vous êtes invités à communiquer avec André Durrivage, président du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'UQO au (819) 595-3900 poste 1781.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du participant : _____

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom de l'étudiante-intervieweuse : _____

Signature de l'étudiante-intervieweuse : _____

Date : _____

Appendice B – Lettre de présentation



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Lettre de présentation

Le suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans. Une étude exploratoire à partir du point de vue des parents.

Karine Leclair – Département de travail social – Sous la direction de Sylvie Thibault

À qui de droit,

Nous sollicitons par la présente votre aide dans le recrutement des participants à la recherche en titre, qui vise à mieux comprendre le suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans de l'Outaouais. L'objectif général de ce projet de recherche est de documenter le phénomène du suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans dans la région de l'Outaouais à partir du point de vue des parents. Plus spécifiquement, elle a pour but d'obtenir la perception des parents des facteurs explicatifs des idéations suicidaires ou de la tentative de suicide de leur enfant et de documenter les réponses sociales obtenues. Par la réalisation du présent projet de recherche, nous espérons amorcer des stratégies préventives adaptées. L'originalité de l'étude provient surtout de l'analyse des données réalisée à partir du modèle écologique qui offre l'opportunité de dessiner un portrait global de ce qui incite les enfants à commettre un geste suicidaire.

L'objectif lancé est de recruter huit répondants. Les participants se doivent d'être parent d'un enfant âgé entre 8 et 12 ans qui a eu des idéations suicidaires ou a réalisé une tentative de suicide il y a cinq ans ou moins et habiter la région de l'Outaouais. Les répondants seront amenés à participer à une entrevue d'environ 1h30 se déroulant à l'endroit de leur choix qui puisse assurer la confidentialité de leurs propos. La participation à cette étude se fait sur une base volontaire.

Des mesures sont entreprises afin de préserver l'anonymat des répondants. La confidentialité est assurée par l'usage de codes dans le rapport de recherche. Ceux-ci seront uniquement connus par l'étudiante-intervieweuse. Les données recueillies seront détruites cinq ans après le dépôt du rapport de recherche. Elles sont conservées sous clé dans le local de Sylvie Thibault, directrice de mémoire, à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Effectivement, les résultats du projet de recherche seront diffusés dans le cadre d'un rapport remis au Comité de

programme de Maîtrise en travail social. Les principaux résultats vous seront transmis par courrier électronique à votre demande seulement.

Nous avons conscience que des risques sont associés à la participation à cette étude. Le principal inconvénient est la détresse émotionnelle qui est susceptible de survenir à la remémoration des événements passés. Toutefois, une liste de ressources d'aide dans la région sera non seulement remise, mais également l'étudiante-intervieweuse s'engage à entrer en contact avec les répondants afin de prendre de leurs nouvelles 24 heures après les entretiens et à les référer personnellement au Centre d'aide 24/7 si le besoin d'un plus grand support est perceptible chez eux.

Pour plus amples informations, n'hésitez pas à communiquer avec l'étudiante-intervieweuse, Karine Leclair, au (819) 210-1660 ou avec la directrice de mémoire, Sylvie Thibault, Ph.D., professeur au Département de travail social et des sciences sociales de l'UQO, au (819) 595-3900 poste 2263. Si vous avez plutôt des questions concernant certains aspects éthiques du projet de recherche, vous êtes invités à entrer en contact avec André Durrivage, président du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'UQO au (819) 595-3900 poste 1781.

En terminant, nous vous remercions de votre participation qui contribuera largement à l'avancement des connaissances sur ce phénomène peu reconnu.

Mes meilleures salutations,

Karine Leclair

Appendice C – Liste des ressources d'aide

Liste des ressources d'aide

<i>Noms</i>	<i>Téléphones</i>	<i>Descriptifs</i>
Les Centres Jeunesse de l'Outaouais	(819)771-6631	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services d'accueil, d'évaluation de la demande et d'orientation vers les services appropriés
Pavillon Jellinek	(819)776-5584	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programmes pour traiter la toxicomanie et le jeu pathologique
Centre d'aide 24/7	(819)595-9999	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervention en situation de crise ou de détresse, au téléphone, à la maison ou au centre
Deuil Après suicide	(819)568-4555	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupes pour adultes et groupes pour jeunes ayant perdu un être cher par suicide
Entraide-Deuil Outaouais	(819)770-4814	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe d'entraide, d'écoute et de partage pour les personnes vivant un deuil suite à un décès
Parentraide	1(800)361-5085	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la relation parents-enfant, soutenir les compétences parentales et briser l'isolement
Maison Alonzo-Wright	(819)246-7277	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thérapie individuelle et de couple ▪ Ateliers de croissance personnelle et spirituelle ▪ Coûts : selon les capacités
Tel-Aide Outaouais	1(800)567-9699	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services d'écoute téléphonique anonyme et confidentielle ▪ Services d'information et de référence
Centre de Counseling Université St-Paul	(613)782-3022	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thérapie individuelle, de couple et familiale ▪ Coûts : selon les capacités
Centre local de services communautaires (CLSC) Aylmer Buckingham Gatineau Hull Des Collines Fort-Coulonge Gracefield Low Maniwaki Masham Pontiac Quyon Saint-André-Avelin	(819)684-2251 (819)986-3359 (819)561-2550 (819)770-6900 (819)463-2100 (819)683-3000 (819)463-2604 (819)422-3548 (819)449-2513 (819)456-2819 1(800)567-9625 (819)458-2848 (819)983-7341	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accueil, évaluation, orientation vers les ressources pertinentes ▪ Aide en situation de crise ou de détresse ▪ Services sociaux courants : dépistage, thérapie individuelle, couple, familiale ou de groupes ▪ Service d'aide à domicile ▪ Variété de groupes d'entraide ou thérapie

Appendice D – Guide d’entrevue

Guide d'entrevue

Pour commencer l'entrevue et pour me familiariser avec votre famille je vais d'abord vous demander de me parler de vous et de votre famille...

Éléments sur la situation familiale

Parlez-moi de votre famille.

On peut aller vers un objectif descriptif...

Éléments sur les membres de la famille

Pouvez-vous me présenter chacun des membres de votre famille?

J'aimerais maintenant qu'on aborde les rapports entre les membres de votre famille...

Éléments sur les rapports entre les membres de la famille

Comment ça se passe en général avec votre enfant?

Comment ça se déroule entre frères et sœurs?

Comment me décririez-vous votre relation avec votre conjoint?

Nous allons parler maintenant des relations de votre famille avec votre entourage...

Éléments sur les rapports entre les membres de la famille et ceux des milieux à proximité

J'aimerais que vous me parliez de la relation de votre enfant avec ses amis.

Comment ça se passe entre votre enfant et ses enseignants?

Avez-vous des contacts avec ses amis? Pouvez-vous me parler de comment ça se passe avec eux?

Et les enseignants, pourriez-vous me décrire un peu vos rapports avec eux?

Avez-vous eu l'occasion de rencontrer l'intervenant qui suit votre enfant? Pouvez-vous me parler de vos rencontres?

J'aimerais maintenant qu'on aborde le sujet central de notre entrevue, soit les idéations suicidaires ou la tentative de suicide de votre enfant...

Éléments sur la tentative de suicide ou les idéations suicidaires de l'enfant

J'aimerais que vous me parliez de ce qui s'est passé lors de la tentative de suicide ou des idéations suicidaires de votre enfant.

Pouvez-vous me rappeler le contexte?

Quel a été l'élément déclencheur?

Suite à la tentative de suicide ou aux idéations suicidaires de votre enfant...

Éléments sur l'aide recherchée, reçue ou désirée sur les plans personnel et professionnel

Quel support avez-vous reçu dans votre entourage?

Quelle aide avez-vous reçue des professionnels?

Quel support auriez-vous davantage apprécié recevoir de votre entourage?

Quelle aide professionnelle auriez-vous davantage désirée?

Appendice E – Autorisation Centre d'aide 24/7



Gatineau, 8 décembre

À qui de droit,

Cette présente lettre a pour objectif de vous informer que nous consentons à collaborer au projet de recherche de Karine Leclair, étudiante à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec en Outaouais (UQO), intitulé « Le suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans. Une étude exploratoire à partir du point de vue des parents. ». Notre aide a principalement été sollicitée dans le recrutement des participants à la recherche en titre. Évidemment, il nous a été préalablement expliqué que toutes personnes intéressées pouvaient participer à la recherche en autant qu'elles puissent répondre aux critères d'inclusion. Nous avons également été informés des objectifs généraux et spécifiques de cette étude ainsi que du rôle des participants tout en sachant que certaines mesures sont prises pour conserver l'anonymat et la confidentialité de ces derniers avec la remise d'une lettre de présentation. Nous espérons que notre participation à ce projet de recherche permettra largement l'avancement des connaissances sur ce phénomène peu reconnu.

Nous vous prions d'agréer nos meilleures salutations,

Lynda Clouâtre
Coordonnatrice intérimaire des services à la personne
Centre d'aide 24/7

19 rue Caron, Gatineau (Québec) J8Y 1Y6

Intervention : 819.595.9999

Télécopieur : 819.595.0734

Administration : 819.595.3476

1.866.APPELLE
(277.3553)

Appendice F - Certificat d'approbation éthique

Notre référence : 1301

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

Projet : « Le suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans. Une étude exploratoire à partir du point de vue des parents ».


Soumis par: Karine Leclair
Étudiante
Département de travail social et des sciences sociales
Université du Québec en Outaouais

Financement:

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au **31 janvier 2012**.

Au nom du Comité,



André Durivage
Président
Comité d'éthique de la recherche

Date d'émission : Le **31 janvier 2011**



Université du Québec en Outaouais

Cas postale 125, succursale FELL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca

Gatineau, le 22 décembre 2011

Notre référence : 1301

Karine Leclair
Étudiante
Département de travail social

c. c. Sylvie Thibault
Professeure
Département de travail social

Objet : **Renouvellement du certificat d'éthique pour le projet :**
Le suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans. Une étude exploratoire à partir du point de vue des parents


Madame Leclair,

Le secrétariat du comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre certificat d'éthique pour une période d'un an, soit jusqu'au 31 janvier 2013.

Comme vous le savez sans doute, le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait pendant la période de validité de votre certificat et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. **Pour maintenir la validité de votre certificat d'éthique, vous devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu avant le 31 décembre 2012.**

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie de recevoir mes plus cordiales salutations.

Le président du Comité d'éthique de la recherche


pour André Durivage
Professeur
Département des sciences administratives

secrétaire du CÉR



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250 succursale HULL, Gatineau (Québec) J9K 0K7
www.uqo.ca

Gatineau, le 13 décembre 2012

Notre référence : 1301

Mme Karine Leclair
Étudiante
Département de travail social

c. c. Mme Sylvie Thibault, professeure
Département de travail social

Objet : **Renouvellement du certificat d'éthique pour le projet :**
Le suicide chez les enfants âgés entre 8 et 12 ans. Une étude exploratoire à partir du point de vue des parents

Madame Leclair,

Le secrétariat du comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre certificat d'éthique pour une période d'un an, soit jusqu'au **13 décembre 2013**.

Comme vous le savez sans doute, le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait pendant la période de validité de votre certificat et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. **Pour maintenir la validité de votre certificat d'éthique, vous devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu avant le 13 décembre 2013.**

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie de recevoir mes plus cordiales salutations.

Le président du Comité d'éthique de la recherche


pour **André Durivage**
Professeur
Département des sciences administratives

Appendice G – Grille de codification

Grille de codification

1. Caractéristiques personnelles de membres de la famille
 - 1.1. Caractéristiques personnelles des figures parentales
 - 1.1.1. Statut civil
 - 1.1.2. Traits de personnalité
 - 1.1.3. Présence/absence d'activité(s) sociale(s)
 - 1.1.4. Diagnostic(s) d'une maladie mentale
 - 1.1.5. Diagnostic(s) d'une maladie physique
 - 1.1.6. Antécédent(s) de gestes suicidaires
 - 1.1.7. Présence de violence
 - 1.2. Caractéristiques personnelles de la fratrie
 - 1.2.1. Âge
 - 1.2.2. Sexe
 - 1.2.3. Niveau académique
 - 1.2.4. Traits de personnalité
 - 1.2.5. Présence/absence d'activité(s) sociale(s)
 - 1.2.6. Présence/absence de projet(s) futur(s)
 - 1.2.7. Diagnostic(s) d'une maladie mentale
 - 1.2.8. Forme(s) de dépendance
 - 1.2.9. Présence de mauvais traitements
 - 1.3. Caractéristiques personnelles des enfants dont il est question
 - 1.3.1. Position dans la famille
 - 1.3.2. Âge
 - 1.3.3. Sexe
 - 1.3.4. Niveau académique
 - 1.3.5. Traits de personnalité
 - 1.3.6. Degré d'estime de soi
 - 1.3.7. Présence/absence d'activité(s) sociale(s)
 - 1.3.8. Présence/absence de projet(s) futur(s)
 - 1.3.9. Diagnostic(s) d'une maladie mentale
 - 1.3.10. Diagnostic(s) d'une maladie neurologique
 - 1.3.11. Diagnostic(s) d'une maladie physique
 - 1.3.12. Forme(s) de dépendance
 - 1.3.13. Présence d'acte(s) criminel(s)
 - 1.3.14. Présence de mauvais traitements
 - 1.4. Caractéristiques de la famille élargie
 - 1.4.1. Diagnostic(s) d'une maladie mentale
 - 1.4.2. Antécédent(s) de gestes suicidaires
2. Rapports entre les membres de la famille
 - 2.1. Rapports avec les figures parentales
 - 2.1.1. Présence/absence de la figure maternelle
 - 2.1.2. Présence/absence de la figure paternelle
 - 2.1.3. Perception de la relation
 - 2.1.4. Niveau de communication
 - 2.1.5. Niveau de flexibilité
 - 2.1.6. Présence/absence de conflits
 - 2.1.7. Fréquence des conflits

- 2.1.8. Intensité des conflits
- 2.1.9. Présence/absence de règles à la maison
- 2.1.10. Fréquence de désobéissance aux règles de la maison
- 2.2. Rappports avec la fratrie
 - 2.2.1. Perception de la relation
 - 2.2.2. Niveau de communication
 - 2.2.3. Présence/absence de conflits
 - 2.2.4. Fréquence des conflits
 - 2.2.5. Intensité des conflits
- 2.3. Relation conjugale
 - 2.3.1. Perception de la relation
 - 2.3.2. Niveau de communication
 - 2.3.3. Présence/absence de conflits
 - 2.3.4. Fréquence des conflits
 - 2.3.5. Intensité des conflits
 - 2.3.6. Répartition des tâches domestiques
 - 2.3.7. Infidélité d'un(e) conjoint(e)
- 2.4. Rappports avec la famille élargie
 - 2.4.1. Présence/absence de la famille élargie
 - 2.4.2. Perception de la relation
 - 2.4.3. Présence/absence de conflits
 - 2.4.4. Fréquence des conflits
 - 2.4.5. Intensité des conflits
 - 2.4.6. Fréquence des rapports
 - 2.4.7. Niveau d'influence
- 2.5. Rappports avec la famille biologique
 - 2.5.1. Présence/absence de la famille biologique
 - 2.5.2. Perception de la relation
 - 2.5.3. Présence/absence de conflits
 - 2.5.4. Fréquence des conflits
 - 2.5.5. Intensité des conflits
 - 2.5.6. Fréquence des rapports
 - 2.5.7. Niveau d'influence
 - 2.5.8. Présence de mauvais traitements
- 2.6. Rappports avec les familles d'accueil antérieures
 - 2.6.1. Perception de la relation
 - 2.6.2. Présence/absence de conflits
 - 2.6.3. Fréquence des conflits
 - 2.6.4. Intensité des conflits
 - 2.6.5. Fréquence des rapports
 - 2.6.6. Niveau d'influence
- 3. Rappports entre les membres de la famille et l'entourage
 - 3.1. Rappports avec les pairs
 - 3.1.1. Présence/absence d'amis
 - 3.1.2. Perception de la relation
 - 3.1.3. Niveau de communication
 - 3.1.4. Présence/absence de conflits

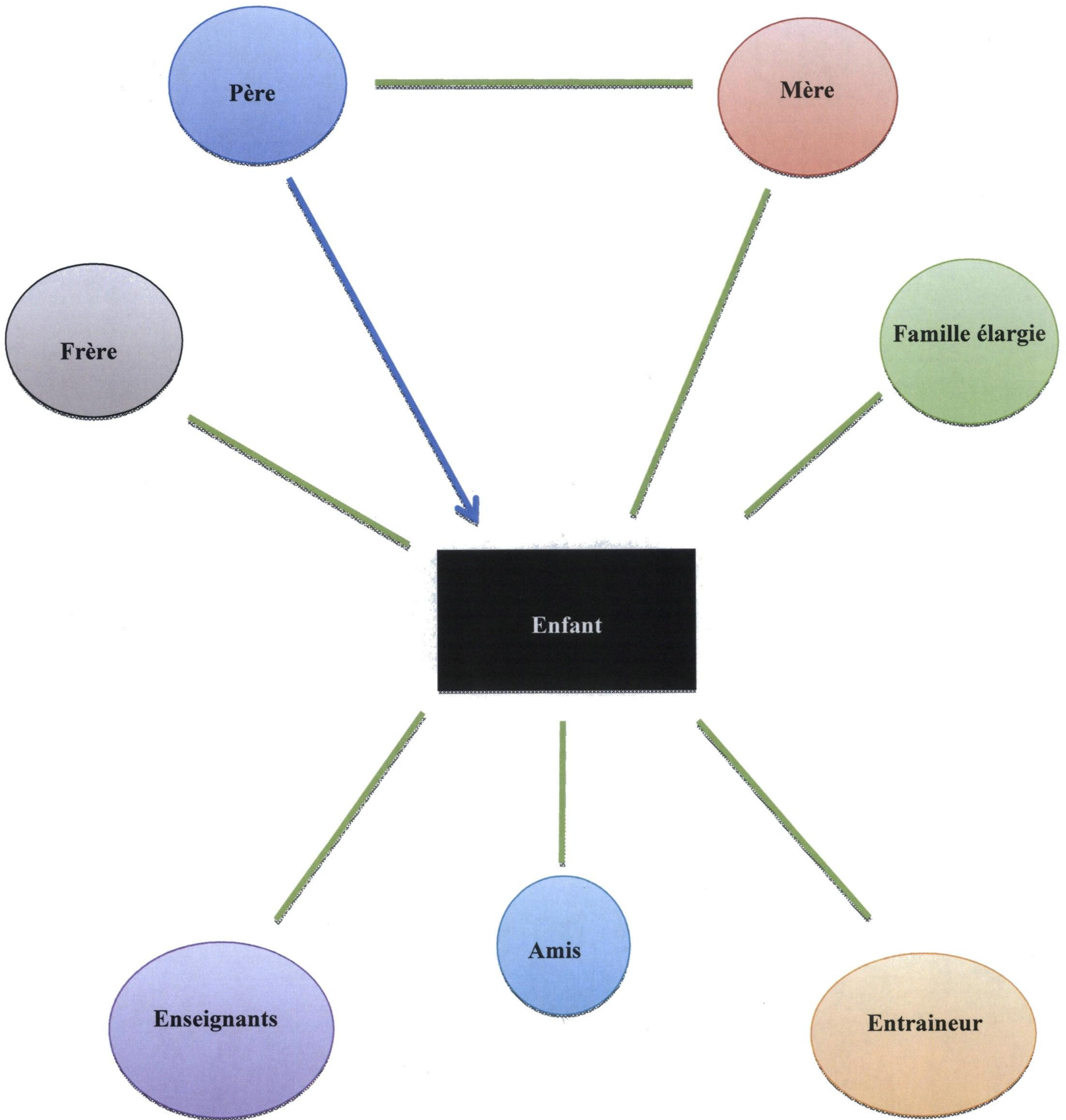
- 3.1.5. Fréquence des conflits
- 3.1.6. Intensité des conflits
- 3.1.7. Fréquence des rapports
- 3.1.8. Niveau d'influence
- 3.2. Rapports avec les enseignants
 - 3.2.1. Perception de la relation
 - 3.2.2. Fréquence des rapports
 - 3.2.3. Niveau d'implication
- 3.3. Rapports avec les intervenants psychosociaux
 - 3.3.1. Présence/absence de traitements psychosociaux
 - 3.3.2. Raison(s) de la présence/absence de traitements psychosociaux
 - 3.3.3. Type(s) de traitements psychosociaux
 - 3.3.4. Objectif(s) poursuivi(s) par les traitements psychosociaux
 - 3.3.5. Perception de la relation
 - 3.3.6. Fréquence des rapports
 - 3.3.7. Niveau d'influence
 - 3.3.8. Niveau d'implication
- 3.4. Rapports avec les responsables des services des loisirs
 - 3.4.1. Présence/absence de responsables des services des loisirs
 - 3.4.2. Perception de la relation
 - 3.4.3. Fréquence des rapports
 - 3.4.4. Niveau d'influence
- 4. Processus suicidaire
 - 4.1. Idéations suicidaires non planifiées
 - 4.1.1. Présence/absence de messages directs
 - 4.1.2. Présence/absence de messages indirects
 - 4.1.3. Présence/absence de changements subis dans le comportement
 - 4.1.4. État psychique
 - 4.2. Idéations suicidaires planifiées
 - 4.2.1. Disponibilité du moyen
 - 4.2.2. Accessibilité du moyen
 - 4.2.3. Létalité du moyen
 - 4.2.4. Moment déterminé
 - 4.2.5. Endroit déterminé
 - 4.2.6. Présence/absence de messages directs
 - 4.2.7. Présence/absence de messages indirects
 - 4.2.8. Présence/absence de changements subis dans le comportement
 - 4.2.9. État psychique
 - 4.3. Tentative de suicide
 - 4.3.1. Létalité du moyen
 - 4.3.2. Moment déterminé
 - 4.3.3. Endroit déterminé
 - 4.3.4. Présence/absence de messages directs
 - 4.3.5. Présence/absence de messages indirects
 - 4.3.6. Présence/absence de changements subis dans le comportement
 - 4.3.7. État psychique
- 5. Circonstance particulières lors des gestes suicidaires des enfants dont il est question

- 5.1. Stade de vie des enfants dont il est question
 - 5.1.1. Âge
 - 5.1.2. Niveau académique
 - 5.1.3. Diagnostic(s) d'une maladie mentale
 - 5.1.4. Antécédent(s) de gestes suicidaires
 - 5.1.5. Antécédent(s) de gestes d'automutilation
 - 5.1.6. Rupture amoureuse
- 5.2. Climat familial
 - 5.2.1. Décès d'un proche
 - 5.2.2. Naissance d'un second enfant
 - 5.2.3. Séparation des parents
 - 5.2.4. Présence/absence de la famille biologique
 - 5.2.5. Présence/absence de la famille paternelle
 - 5.2.6. Présence de conflits avec les figures parentales
 - 5.2.7. Fréquence des conflits avec les figures parentales
 - 5.2.8. Intensité des conflits avec les figures parentales
 - 5.2.9. Diagnostic(s) d'une maladie mentale chez les figures parentales
 - 5.2.10. Nombre de placements dans une famille d'accueil
 - 5.2.11. Présence de mauvais traitements
- 5.3. Climat environnant
 - 5.3.1. Présence/absence d'amis
 - 5.3.2. Présence d'intimidation
 - 5.3.3. Forme(s) d'intimidation
 - 5.3.4. Nombre de déménagements
 - 5.3.5. Pauvreté en conditions de vie
- 6. Aide professionnelle reçue
 - 6.1. Traitements psychosociaux
 - 6.1.1. Présence/absence de traitements psychosociaux
 - 6.1.2. Raison(s) de la présence/absence des traitements psychosociaux
 - 6.1.3. Type(s) de traitements psychosociaux
 - 6.1.4. Objectif(s) poursuivi(s) par les traitements psychosociaux
 - 6.1.5. Fréquence des traitements psychosociaux
 - 6.1.6. Niveau d'implication
 - 6.2. Traitements médicaux
 - 6.2.1. Présence/absence de traitements médicaux
 - 6.2.2. Type(s) de traitements médicaux
 - 6.2.3. Objectif(s) poursuivi(s) par les traitements médicaux
 - 6.2.4. Fréquence des traitements médicaux
 - 6.2.5. Durée de(s) hospitalisation(s)
 - 6.3. Traitements pharmacologiques
 - 6.3.1. Présence/absence de traitements pharmacologiques
 - 6.3.2. Type(s) de médicaments
 - 6.3.3. Effets secondaires
 - 6.3.4. Conséquence(s) d'une utilisation inadéquate des traitements pharmacologiques
 - 6.3.5. Fréquence du réajustement des traitements pharmacologiques
- 7. Aide professionnelle recherchée et désirée

- 7.1. Traitements psychosociaux
 - 7.1.1. Suivis psychologiques gratuits
 - 7.1.2. Alternative(s) aux placements dans une famille d'accueil
 - 7.1.3. Considération des figures parentales dans les prises de décisions
 - 7.1.4. Respect du rythme de l'enfant dans le cheminement
- 7.2. Traitements médicaux
 - 7.2.1. Services de deuxième et troisième ligne accessibles
 - 7.2.2. Arrêt progressif des traitements médicaux
 - 7.2.3. Traitements médicaux axés sur la recherche de(s) élément(s) déclencheur(s)
 - 7.2.4. Considération des figures parentales dans les prises de décisions
- 7.3. Aide pédagogique
 - 7.3.1. Création de programmes de prévention dans les écoles primaires
 - 7.3.2. Créations de diverses classes spécialisées
 - 7.3.3. Communication des difficultés de l'enfant aux figures parentales
- 7.4. Traitements pharmacologiques
 - 7.4.1. Alternative(s) aux traitements pharmacologiques
- 8. Aide personnelle reçue
 - 8.1. Support émotif
 - 8.1.1. Présence/absence des pairs
 - 8.1.2. Degré du support des pairs
 - 8.1.3. Présence/absence de la famille
 - 8.1.4. Degré du support de la famille
 - 8.1.5. Présence/absence de la famille élargie
 - 8.1.6. Degré du support de la famille élargie
 - 8.1.7. Raison(s) de l'absence de support de la famille élargie
 - 8.2. Support physique
 - 8.2.1. Présence/absence des pairs
 - 8.2.2. Degré du support des pairs
 - 8.2.3. Présence/absence de la famille
 - 8.2.4. Degré du support de la famille
 - 8.2.5. Présence/absence de la famille élargie
 - 8.2.6. Degré du support de la famille élargie
 - 8.3. Soutien collectif
 - 8.3.1. Présence/absence du soutien collectif
 - 8.3.2. Présence de préjugés
- 9. Aide personnelle recherchée et désirée
 - 9.1. Support physique
 - 9.1.1. Répit offert par les pairs et la famille élargie

Appendice H – Génomogramme des familles

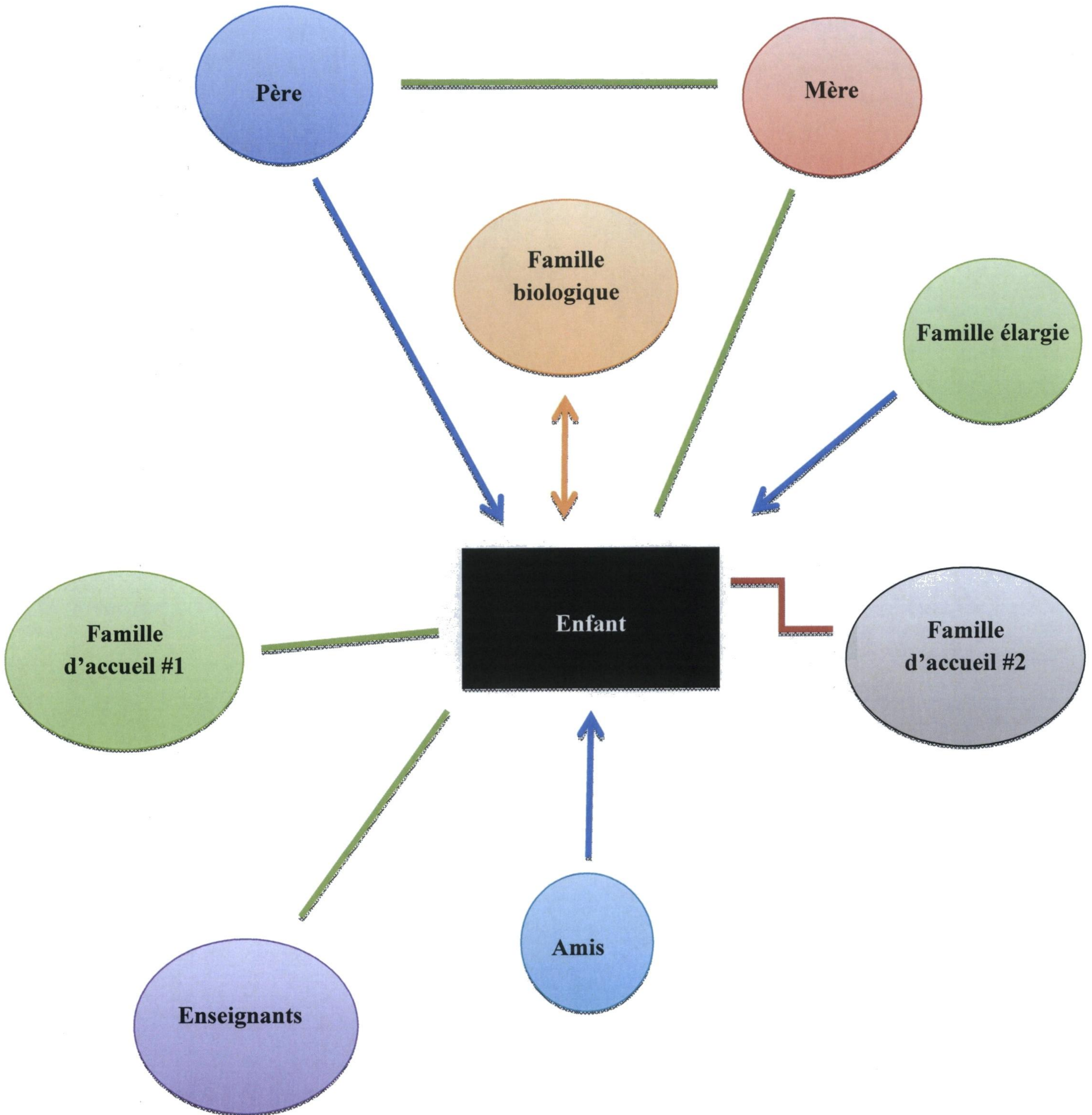
Génogramme de la première famille







Légende :

- Relation positive :
- Relation négative :
- Relation inégale :
- Absence de contacts :

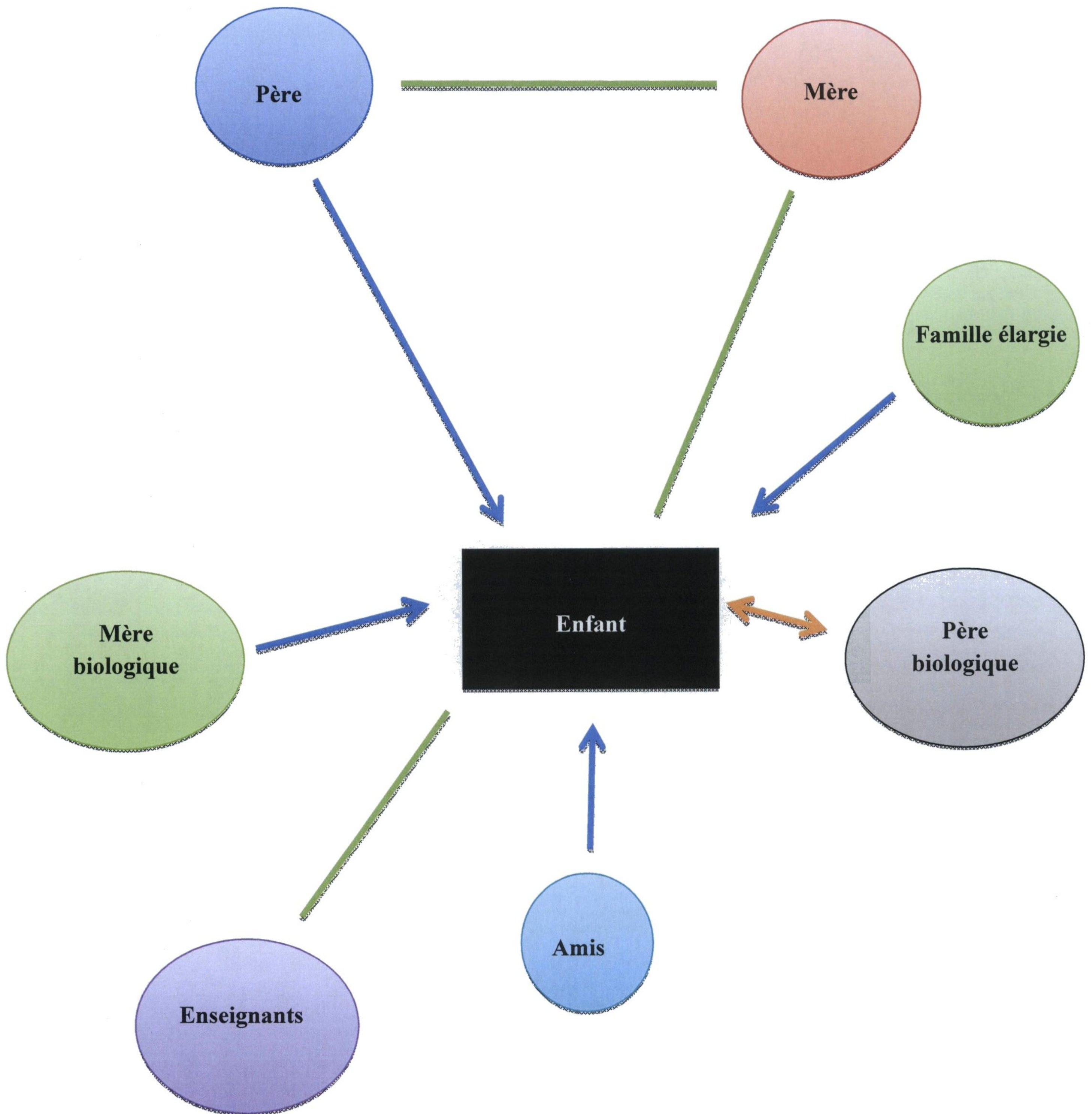
Génogramme de la deuxième famille







Légende :

- Relation positive : 
- Relation négative : 
- Relation inégale : 
- Absence de contacts : 

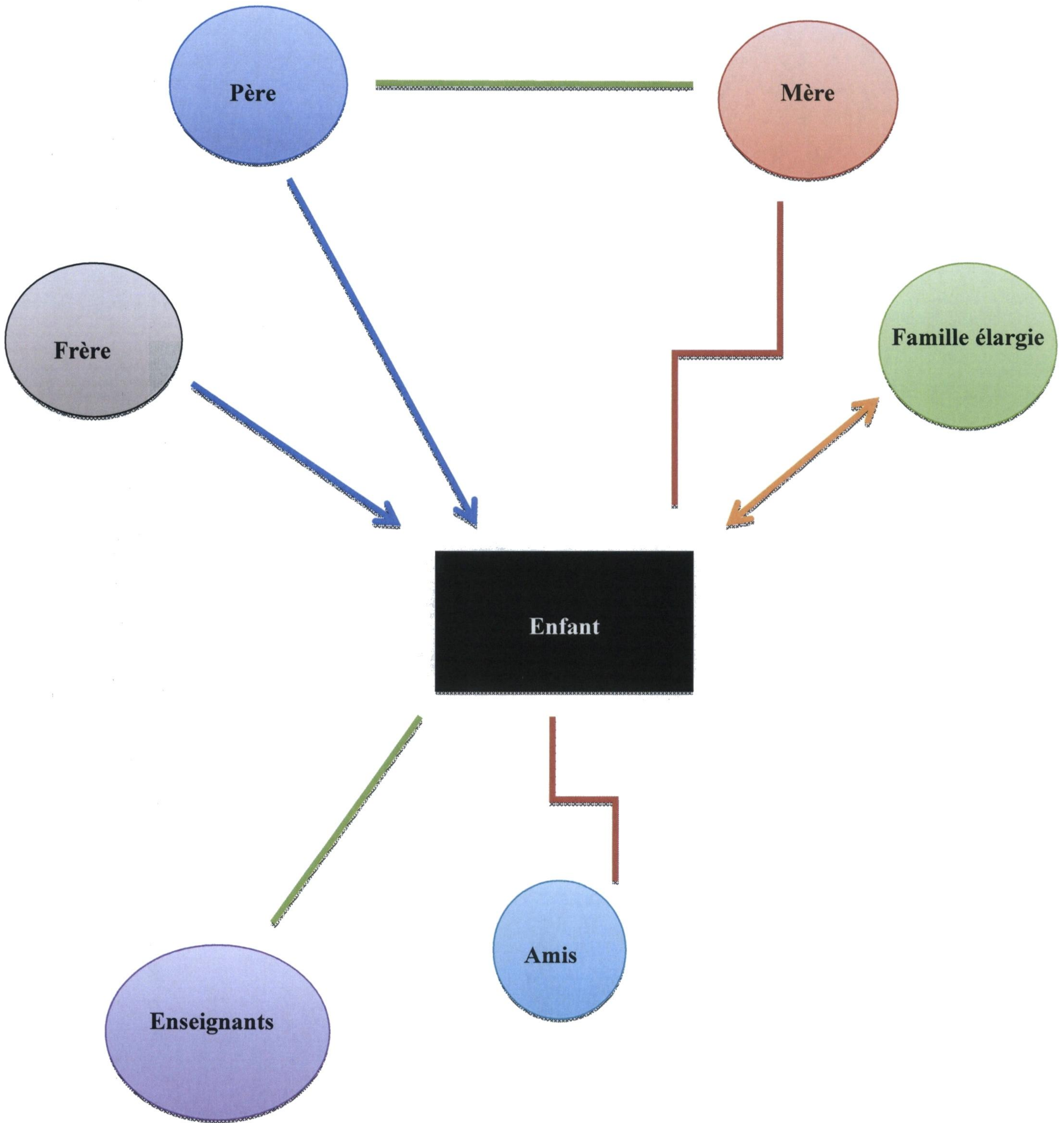
Génogramme de la troisième famille



Légende :

- Relation positive : 
- Relation négative : 
- Relation inégale : 
- Absence de contacts : 

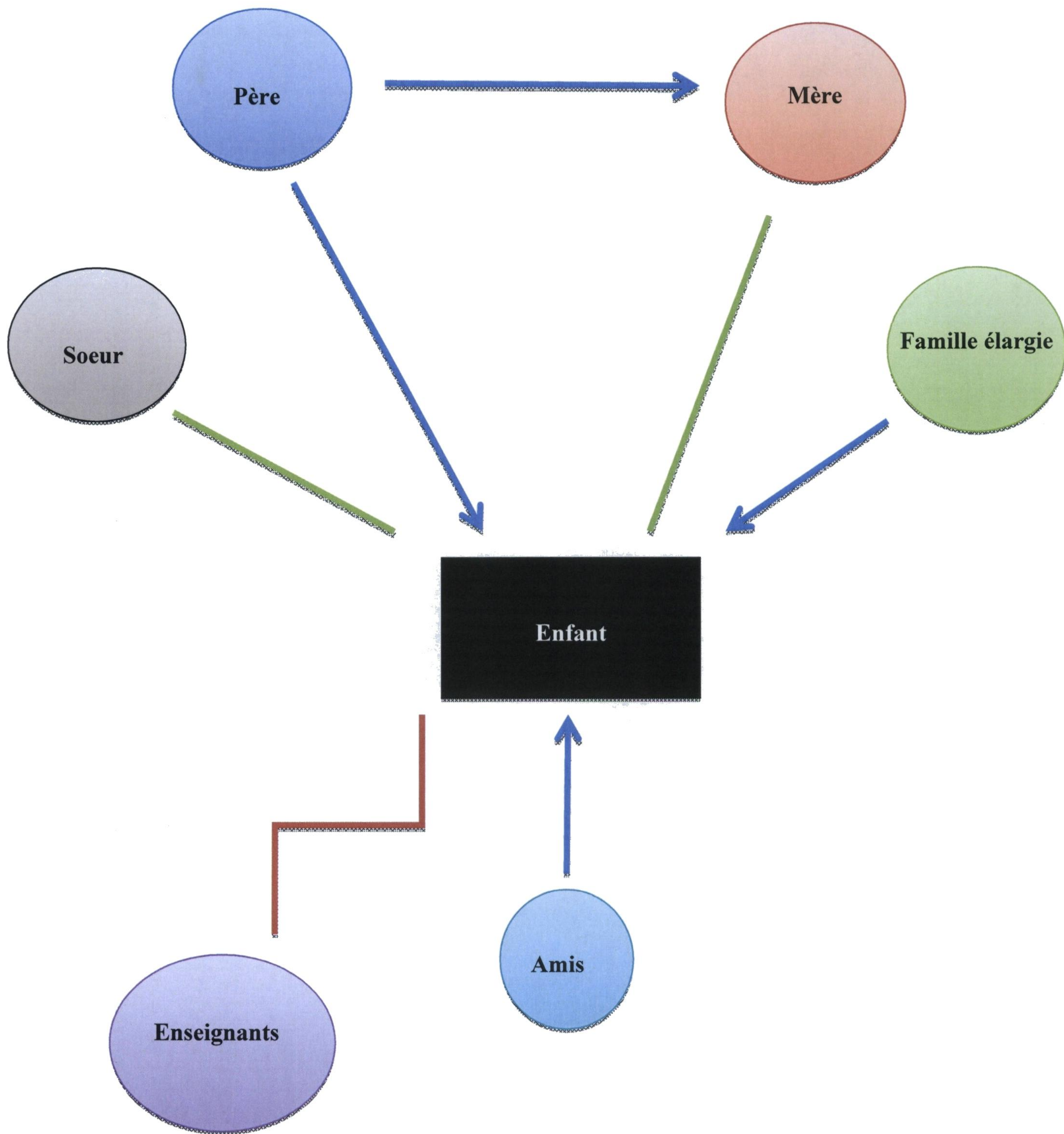
Génogramme de la quatrième famille







Légende :

- Relation positive :
- Relation négative :
- Relation inégale :
- Absence de contacts :

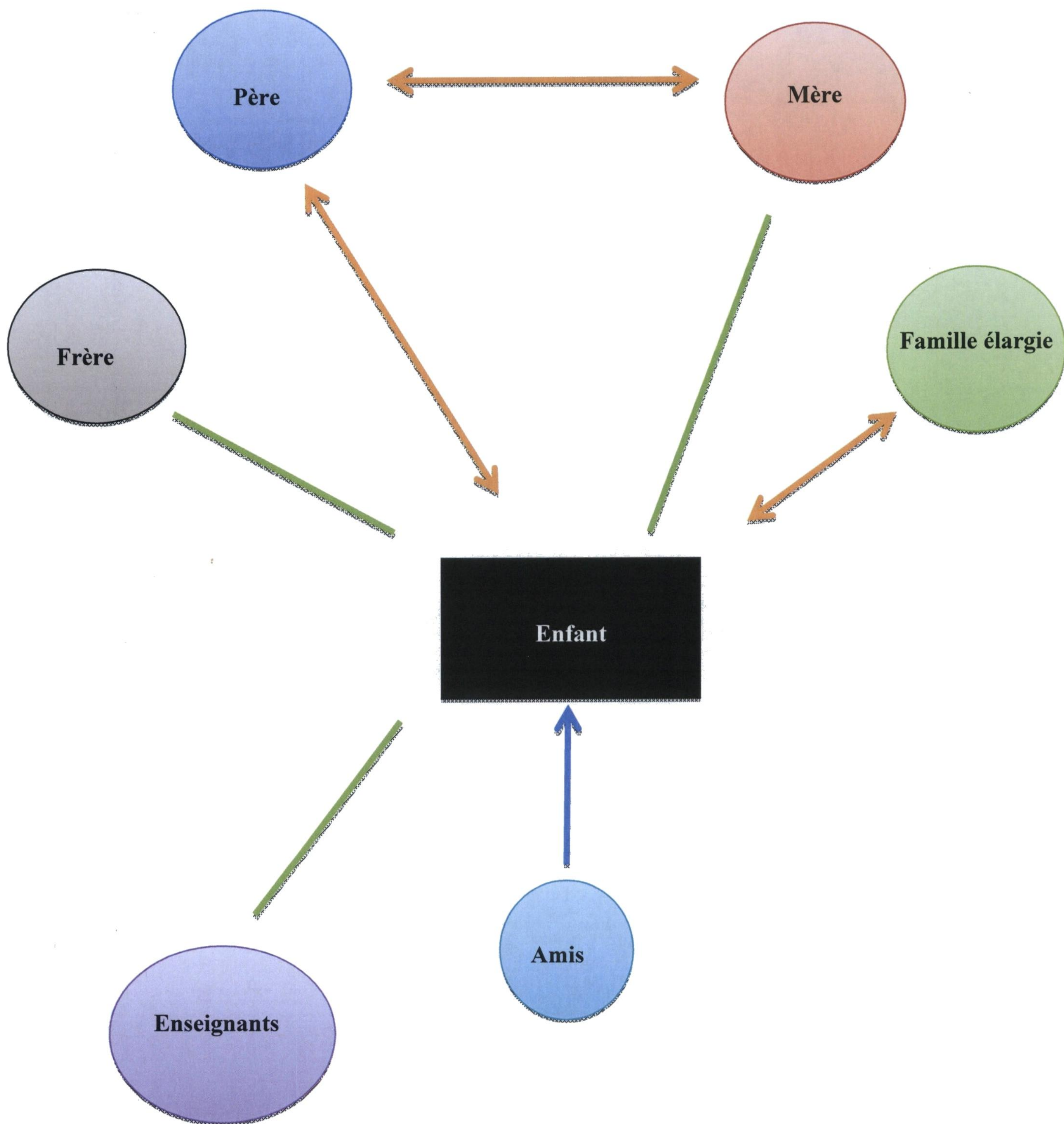
Génogramme de la cinquième famille



Légende :

- Relation positive : 
- Relation négative : 
- Relation inégale : 
- Absence de contacts : 

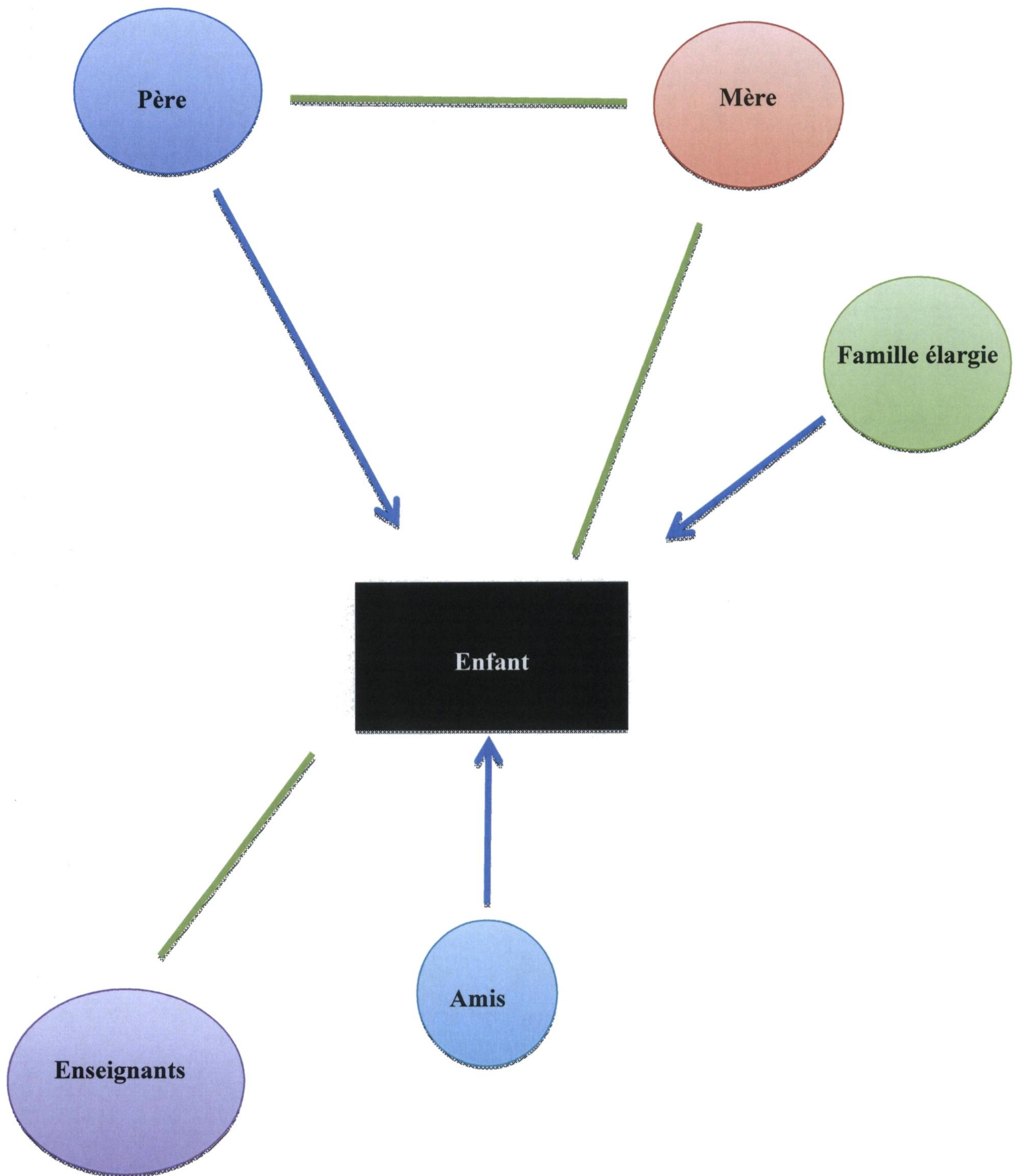
Génogramme de la sixième famille







Légende :

- Relation positive :
- Relation négative :
- Relation inégale :
- Absence de contacts :

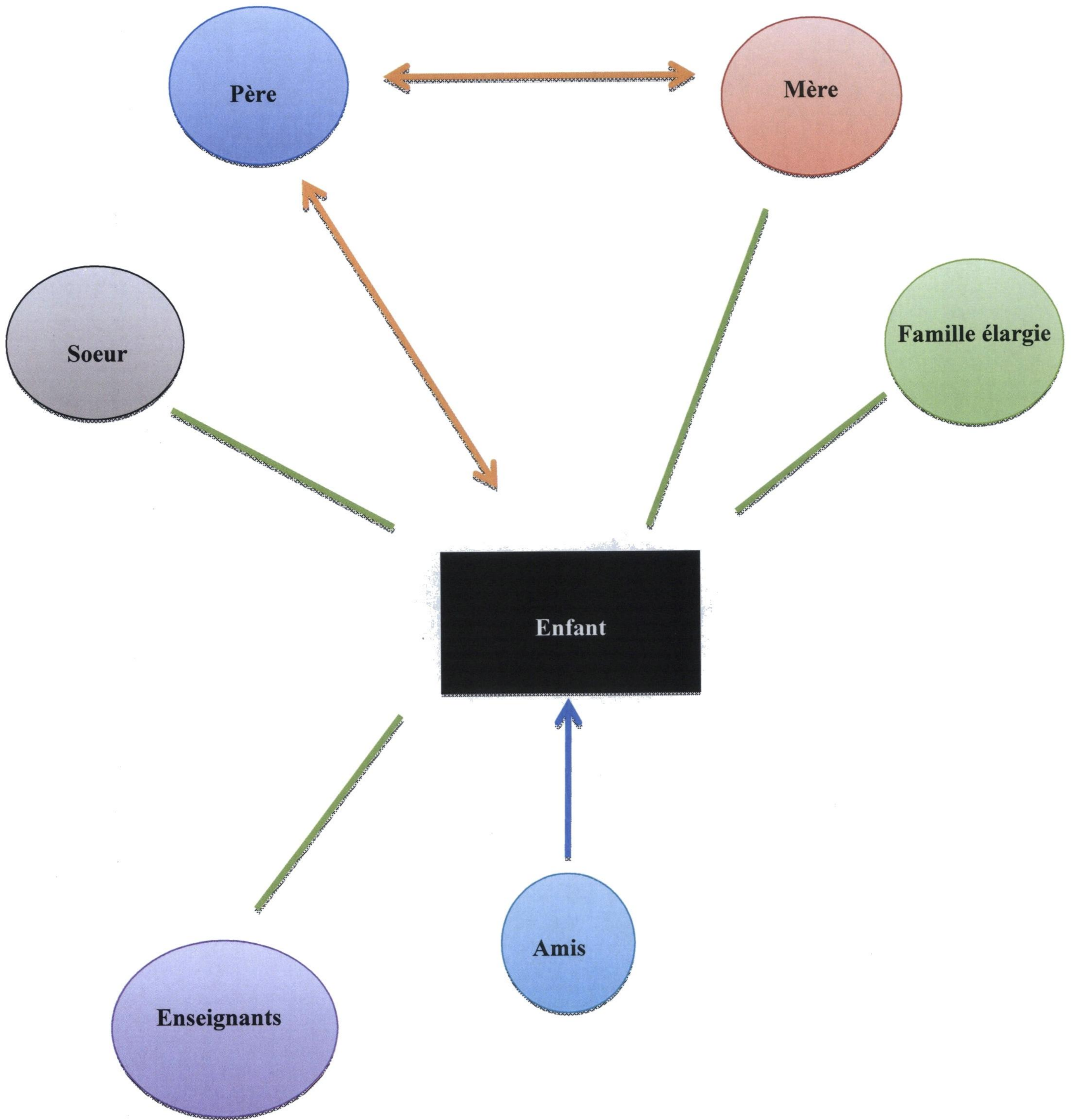
Génogramme de la septième famille



Légende :

- Relation positive : 
- Relation négative : 
- Relation inégale : 
- Absence de contacts : 

Génogramme de la huitième famille



Légende :

- Relation positive :
- Relation négative :
- Relation inégale :
- Absence de contacts :