

Université de Montréal

**Le sens donné au suicide, à la mort et à «l'après-mort»  
par des francophones du Nouveau-Brunswick ayant fait  
une tentative de suicide**

par

Gina Girard

Programme de sciences humaines appliquées

Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)  
en sciences humaines appliquées

Février 2005

© Gina Girard, 2005



AC

20

U54

2005

v.005

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

**Le sens donné au suicide, à la mort et à «l'après-mort» par des francophones du  
Nouveau-Brunswick ayant fait une tentative de suicide**

présentée par :  
**Gina Girard**

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Marthe Cousineau, président-rapporteur  
Marie-Andrée Bertrand, directrice de recherche  
Francine Gratton, membre du jury  
Paul Bourque, examinateur externe  
Gilles Bibeau, représentant du doyen de la FES

Thèse accepté le

## Résumé

Dans cette thèse, nous avons répondu à la question suivante : **«Comment le Sujet néo-brunswickois francophone ayant fait une tentative de suicide interprète-t-il son expérience et quel sens donne-t-il au suicide, à la mort et à «l'après-mort?»»**

Deux principes paradigmatiques commandent la perspective théorique et la méthode de recherche. Le premier principe porte sur les orientations épistémologiques privilégiées, soit la phénoménologie et le constructivisme. Le second principe concerne les champs de connaissances et les perspectives théoriques retenus pour éclairer notre objet d'étude.

Notre recherche est exploratoire et qualitative. La cueillette des données s'est faite lors d'entrevues semi-structurées. Vingt-huit adultes francophones vivant dans le nord du Nouveau-Brunswick et ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie ont décrit en détail leur expérience. Plusieurs d'entre eux relient leur acte à un cumul d'épreuves et à l'incapacité d'entrevoir une vie meilleure. La majorité des Sujets voient la mort comme un événement positif et l'après-mort comme un état, un lieu, un moment plus heureux que leur existence actuelle ou en tout cas préférable à celle-ci.

Les résultats obtenus sont interprétés à la lumière des grandes théories et épistémologies. Dans quelques cas, nos conclusions viennent corroborer l'hypothèse proposée. Mais sous d'autres aspects, notre recherche apporte des données, des hypothèses et des conclusions nouvelles et originales.

Une conclusion générale se dégage chez les Sujets rencontrés : l'acte suicidaire est un acte construit par : 1) la signification donnée à des expériences passées et actuelles; 2) un projet d'action susceptible de mettre fin à des souffrances physiques et psychiques, de se libérer de conditions de vie jugées intenable ou d'obtenir de l'aide extérieure jusque-là non accessible et 3) des représentations positives et «constructives» de la mort et de l'après-mort, et est en ce sens un acte réellement 'motivé', intentionnel et ayant une visée.

**Mots-clés** : suicide, tentative de suicide, mort volontaire, mort, après-mort, signification, sens, francophones, Nouveau-Brunswick, phénoménologie et constructivisme.

## Abstract

In this dissertation, the author addresses the following question : **“How does the Francophone New-Brunswicker Subject who has attempted suicide, interpret his/her experience, and what meaning does he/she give to suicide, to death and to the after-life?”**

This thesis is based on two paradigmatic principles commanding the theoretical perspective and the research method. The first principle embodies the epistemological perspectives adopted for this study, which are the phenomenological and a constructivist approaches. The second principle concerns the fields of knowledge drawn upon to enlighten the object of this study.

The study is exploratory and qualitative in nature. Data were collected by means of semi-structured interviews. Twenty-eight Subjects living in Northern New Brunswick described their suicidal experience in detail. Several attribute their act to cumulative stress and the inability to envision a better life. Most Subjects perceive death as a positive event and the after-death as a state, a place or a moment happier than (or at least preferable to) their current existence.

The results of this study were interpreted in light of major theories and epistemological perspectives. In certain cases, these results corroborate hypothesis advanced previously. In other, they provide new data, hypotheses and conclusions.

Our conclusion generally confirms our hypothesis and objectives. The suicidal act is an action constructed through : 1) the meaning given to actual and past experiences; 2) a course of action oriented in the future, as the subject wishes to put an end to physical or psychological suffering, to free himself or herself from life conditions that are perceived as intolerable or to obtain external help unavailable and 3) positive and «constructive» representations of death and the after-life. Meaning : the suicidal attempts of our Subjects are, in fact, «motivated», intentional actions with a purpose.

**Keywords** : suicide, suicide attempt, death, after-life, meaning, Francophones, New Brunswick, phenomenology and constructivism.



## Table des matières

<i>Introduction</i> .....	1
<i>Chapitre I</i> .....	5
<i>Recension des écrits</i> .....	5
<b>1.1 Écrits sur le suicide, la tentative de suicide, les représentations de la mort et de l'après-mort</b> .....	5
1.1.1 Le suicide à travers le temps en Occident .....	6
1.1.2 Études ethnologiques.....	12
1.1.3 Écrits sociologiques .....	13
1.1.4 Autres écrits en sciences humaines .....	18
1.1.5 Écrits en sciences de la santé, en psychologie et en psychanalyse .....	22
1.1.6 Représentations de la mort et de l'après-mort .....	29
<b>1.2 Théories de la connaissance utilisées dans cette thèse</b> .....	31
1.2.1 Edmund Husserl.....	32
1.2.2 Alfred Schutz .....	33
1.2.3 Von Glasersfeld .....	36
1.2.4 Peter Berger et Thomas Luckmann.....	37
<b>1.3 Contexte de l'étude : l'Acadie du Nouveau-Brunswick</b> .....	40
<i>Chapitre II</i> .....	54
<i>Problématique et méthode de recherche</i> .....	54
<b>2.1 Introduction</b> .....	54
<b>2.2 Problématique de recherche</b> .....	56
2.2.1 La question de recherche .....	56
2.2.2 Les objectifs de recherche .....	56
2.2.3 L'hypothèse de recherche.....	57
<b>2.3 Méthode de recherche</b> .....	58

2.3.1	Technique de cueillette de données.....	58
2.3.2	Étapes de recherche.....	59
2.4	<b>Types d'analyse des données .....</b>	<b>65</b>
<b>Chapitre III.....</b>		<b>66</b>
<b><i>L'analyse des récits individuels .....</i></b>		<b>66</b>
3.1	<b>Introduction .....</b>	<b>66</b>
3.2	<b>Étapes de l'analyse des récits individuels.....</b>	<b>66</b>
3.3	<b>Profil sociodémographique des Sujets.....</b>	<b>68</b>
3.4	<b>Présentation des vignettes.....</b>	<b>73</b>
3.5	<b>Vignettes.....</b>	<b>75</b>
	Sujet 1 .....	75
	Sujet 2 .....	78
	Sujet 3 .....	80
	Sujet 4 .....	83
	Sujet 5 .....	85
	Sujet 6 .....	87
	Sujet 7 .....	90
	Sujet 8 .....	93
	Sujet 9 .....	95
	Sujet 10 .....	98
	Sujet 11 .....	100
	Sujet 12 .....	103
	Sujet 13 .....	105
	Sujet 14 .....	107
	Sujet 15 .....	109
	Sujet 16 .....	112
	Sujet 17 .....	114
	Sujet 18 .....	116

Sujet 19 .....	118
Sujet 20 .....	121
Sujet 21 .....	124
Sujet 22 .....	126
Sujet 23 .....	130
Sujet 24 .....	132
Sujet 25 .....	136
Sujet 26 .....	138
Sujet 27 .....	139
Sujet 28 .....	141
<b>Chapitre IV</b> .....	<b>143</b>
<b><i>L'analyse thématique horizontale</i></b> .....	<b>143</b>
<b>4.1 Thème 1 : La signification de l'expérience suicidaire</b> .....	<b>143</b>
4.1.1 Comment le Sujet comprend son geste suicidaire .....	143
4.1.2 Comment le Sujet interprète son geste après coup .....	148
<b>4.2 Thème 2 : La description de la scène suicidaire</b> .....	<b>156</b>
4.2.1 Le moment suicidaire .....	157
4.2.2 Le moment du «réchappage».....	160
4.2.3 L'après.....	164
<b>4.3 Thème 3 : Le sens que les Sujets donnent à la mort et à l'après-mort</b> .....	<b>169</b>
4.3.1 Le sens donné à la mort.....	170
4.3.2 Le sens donné à l'après-mort.....	172
4.3.3 Les pensées sur la mort et l'après-mort.....	174
<b>Chapitre V</b> .....	<b>179</b>
<b><i>Interprétation</i></b> .....	<b>179</b>
<b>5.1 La signification de l'expérience suicidaire et le sens que les Sujets     donnent à la mort et à l'après-mort</b> .....	<b>179</b>
5.1.1 La signification de l'expérience suicidaire.....	179

5.1.2 Le sens que les Sujets donnent à la mort et à l'après-mort .....	190
<b>5.2 La description de la scène suicidaire .....</b>	<b>193</b>
<i>Chapitre VI.....</i>	<i>201</i>
<i>Conclusion.....</i>	<i>201</i>
<b>6.1 Introduction .....</b>	<b>201</b>
<b>6.2 Objectifs de recherche .....</b>	<b>202</b>
<b>6.3 Hypothèse de recherche .....</b>	<b>206</b>
<b>6.4 Schéma de la trajectoire de l'expérience suicidaire.....</b>	<b>208</b>
<b>6.5 Limites et portée.....</b>	<b>211</b>
<b>6.6 Recherches futures.....</b>	<b>213</b>
<i>Références .....</i>	<i>215</i>
<i>Annexe A.....</i>	<i>225</i>
Document s'adressant aux professionnels/collaborateurs.....	225
<i>Annexe B.....</i>	<i>231</i>
Consignes données aux personnes référées.....	231
<i>Annexe C.....</i>	<i>234</i>
Formulaire de consentement pour les personnes référées.....	234
<i>Annexe D.....</i>	<i>236</i>
Consignes données aux Sujets .....	236
<i>Annexe E.....</i>	<i>239</i>
Formulaire de consentement définitif.....	239
<i>Annexe F.....</i>	<i>241</i>
Deux exemples de codification.....	241

## Liste des figures

Figure 1 : Carte des régions sanitaires du Nouveau-Brunswick.....	48
Figure 2 : Taux annuels de tentatives de suicide par 100 000 habitants selon le sexe, 1995-1999. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000 .....	49
Figure 3 : Proportion de tentatives de suicide selon le sexe, 1995-1999. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000.....	49
Figure 4 : Taux de tentatives de suicide par 100 000 habitants par sexe et par région sanitaire au Nouveau-Brunswick, 1995-1996. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000. ....	50
Figure 5 : Taux de tentatives de suicide par 100 000 habitants par sexe et par région sanitaire du Nouveau-Brunswick, 1996-1997. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000. ....	50
Figure 6 : Taux de tentatives de suicide par 100 000 habitants par sexe et par région sanitaire au Nouveau-Brunswick, 1997-1998. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000. ....	51
Figure 7 : Taux de tentatives de suicide par 100 000 habitants par sexe et par région sanitaire au Nouveau-Brunswick, 1998-1999. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000. ....	51
Figure 8 : Schéma de la trajectoire de l'expérience suicidaire .....	210

*À Charles*

## Remerciements

Cette thèse a été préparée sous la direction de Mme Marie-Andrée Bertrand, professeure émérite à l'Université de Montréal. Nous tenons à lui témoigner toute notre reconnaissance pour sa disponibilité, sa grande acuité d'esprit et ses précieux commentaires.

Nous voulons remercier les Sujets de cette étude, qui avec générosité, ont accepté de partager leur expérience. Sans leur témoignage, nous n'aurions pas été en mesure de saisir le sens donné au suicide, à la mort et à l'après-mort.

Nous exprimons également notre reconnaissance aux professionnels et aux intervenants qui ont montré de l'intérêt pour notre démarche et qui nous ont référé des personnes pouvant participer à cette étude.

Nous sommes aussi redevable à la Division des services de la santé mentale du Nouveau-Brunswick pour nous avoir accordé un congé d'études rémunéré.

Nous voulons souligner le travail effectué avec compétence et promptitude par Mme Lorraine Haché, dans la transcription des verbatim, et par M. Alain de Warnaffe dans la mise en page. Leur contribution a été précieuse.

Nous adressons enfin un remerciement à notre famille, particulièrement à Matthieu, et à nos amis les plus proches pour leur soutien et leurs encouragements.

## **Introduction**

Notre étude porte sur la signification donnée à l'expérience suicidaire par des personnes qui l'ont vécue. Faisant l'hypothèse que les représentations du suicide, de la mort et de l'après-mort jouent un rôle dans cette expérience, notre thèse traite aussi de ces objets.

Cette étude est née de notre besoin de comprendre le geste de ceux et celles qui se donnent la mort volontairement. C'est aussi le fruit d'une longue démarche, professionnelle et intellectuelle, dont nous jugeons opportun de reconstruire les étapes.

L'intérêt pour le suicide nous est venu, en premier lieu, de notre travail comme psychologue clinicienne dans un centre de santé mentale au nord-est du Nouveau-Brunswick, où durant plus de dix ans, nous avons œuvré auprès de personnes suicidaires. Certaines d'entre elles sont maintenant décédées, alors que d'autres ont survécu, mais n'ont plus jamais été les mêmes, car elles font face à des séquelles physiques permanentes. Ces événements nous ont amenée à remettre en question l'approche clinique plutôt biopsychosociale qui prévalait dans notre milieu. En fait, nous avons fait l'expérience de notre impuissance à aider certaines personnes à vivre d'une façon qu'elles estimerait satisfaisante et à éviter le suicide. Comprenant qu'il y avait d'autres approches que celles relevant de la biopsychologie, nous nous sommes ensuite engagée comme agente de développement communautaire en prévention du suicide et plus tard, comme principale gestionnaire d'un programme provincial de prévention du suicide. Encore là, nous avons fait face aux limites des programmes existants, car malgré tous nos efforts et ceux des membres de notre communauté, le problème persistait. C'est ainsi que progressivement, a germé l'idée d'entreprendre des études doctorales et de faire une thèse sur le suicide. Nous pensions qu'une meilleure connaissance scientifique de la population suicidaire et des mobiles conduisant au suicide allaient nous permettre de prévenir sinon tout suicide, en tout cas plusieurs. C'est avec cet espoir et cette hypothèse que nous sommes entrée au Programme de doctorat en sciences humaines appliquées.



Le choix d'un programme d'études où nous pouvions aborder notre objet sous plusieurs angles disciplinaires correspondait à notre croyance que la compréhension d'un phénomène humain dans sa globalité passe par les connaissances propres à plusieurs savoirs scientifiques. C'est durant la première année du doctorat, suivant les échanges avec les collègues et les professeurs dans les différents séminaires, notamment sur les différentes façons d'édifier un savoir scientifique, que s'est opéré un renversement épistémologique, passant d'une connaissance ancrée dans un objet (le suicide) à une connaissance s'intéressant d'abord au sens que donnent les Sujets<sup>1</sup> à leurs actions. Nos travaux sur le constructivisme (Von Glasersfeld ainsi que Berger et Luckmann) et nos lectures en phénoménologie (Schutz et Husserl) nous ont éveillée à une nouvelle manière non seulement de voir le monde et les phénomènes qui nous intéressent, mais aussi de les comprendre. Puisque nous voulions saisir comment les Sujets eux-mêmes appréhendent ces questions, il fallait nous adresser aux personnes ayant vécu l'expérience et pouvant en témoigner. Interroger leurs proches allait à l'encontre de notre désir d'entendre la version des Sujets eux-mêmes. Quant à l'analyse des notes laissées par les suicidés, il s'avérait difficile d'y recourir à cause du très petit nombre de documents de ce genre dans notre milieu; par ailleurs, les obstacles administratifs pour accéder à ces notes sont nombreux : autorisations du coroner en chef, des services de police et de l'exécuteur testamentaire pour chacune des familles, organisation d'un système provincial de transmission des documents confidentiels, etc.

Dans le premier chapitre, nous présentons les écrits sur le suicide, la tentative de suicide et les représentations de la mort et de l'après-mort. Par la suite, nous exposons les perspectives épistémologiques qui conviennent aux notions d'«expérience» et de «signification», de «sens», qui sont celles que nous privilégions. Enfin, nous présentons le contexte où s'est réalisée cette étude, soit l'Acadie du Nouveau-Brunswick.

---

<sup>1</sup> Nous mettons une lettre majuscule au terme Sujet pour désigner la personne suicidaire plutôt que le «sujet» d'une étude et, surtout pour parler des personnes que nous avons interviewées.

Au deuxième chapitre, nous posons la problématique de recherche, entre autres la question, l'hypothèse et les objectifs visés, et nous exposons la méthodologie. Nous avons opté pour une recherche qualitative découlant de nos choix épistémologiques et s'inscrivant dans une démarche exploratoire. La méthode de cueillette des données est l'entretien de recherche semi-structuré, qui nous a permis «d'entendre» la signification que les Sujets de cette étude donnent à leur expérience suicidaire et le sens donné au suicide, à la mort et à l'après-mort.

C'est aux chapitres trois et quatre que nous présentons des analyses des récits individuels et transversales. L'analyse thématique s'imposait pour rendre compte des significations que nous avons relevées dans le discours des Sujets et elle suit les thèmes annoncés au deuxième chapitre.

Au cinquième chapitre, nous présentons l'interprétation des données. Cette activité a été soumise à plusieurs opérations. Les résultats d'analyse ont été «lus» à la lumière des thèses évoquées dans la recension des écrits, puis nous avons formulé nos propres questions ou hypothèses induites de notre propre matériel.

Le sixième chapitre est consacré à la conclusion. Nous y voyons comment l'approche épistémologique choisie a permis de mettre en lumière les éléments de l'expérience suicidaire, que nous avons illustrés dans un schéma. Notre double statut de clinicienne détenant une longue expérience de la question et une bonne connaissance du milieu, d'une part, et de candidate au doctorat engagée non seulement dans cette thèse, mais aussi dans d'autres recherches sur le suicide au Nouveau-Brunswick, d'autre part, nous permettent de suggérer dans la conclusion des pistes de recherche et d'intervention.

La thèse comporte plusieurs annexes auxquelles pourra se référer au besoin le lecteur\* intéressé à voir plus en détail les caractéristiques de la population étudiée et du milieu et notre démarche de recherche.

---

\* Bien que l'usage du genre masculin est privilégié dans cette thèse, il inclut également la gent féminine.

# Chapitre I

## Recension des écrits

Ce chapitre comprend trois sections. La première contient une analyse des écrits sur le suicide, la tentative de suicide, les représentations de la mort et de l'après-mort. La deuxième présente les perspectives épistémologiques qui fondent notre étude sur le sens de ces phénomènes. La troisième porte sur le contexte de notre recherche, le Nouveau-Brunswick, sa culture et son évolution, ses caractéristiques sociales et démographiques, lesquelles permettent de bien situer les Acadiens.

### 1.1 Écrits sur le suicide<sup>2</sup>, la tentative de suicide, les représentations de la mort et de l'après-mort

Sur le suicide nous avons réparti les écrits en six parties. La première résume les travaux d'historiens, de philosophes, de sociologues et de spécialistes des sciences de la santé sur les réactions sociales au suicide et à la tentative de suicide en Occident. Nous avons constitué un deuxième bloc avec les travaux des ethnologues et anthropologues qui décrivent les représentations et les pratiques concernant le suicide dans les autres cultures et dans les sociétés prémodernes. Un troisième bloc, incluant les parties quatre et cinq, porte sur les ouvrages de sociologues, de psychanalystes et de psychologues éminents des deux derniers siècles et sur les études plus récentes en sciences humaines et de la santé qui

---

<sup>2</sup> Le suicide est l'«action de causer sa propre mort (ou de le tenter)». Est suicidaire «ce qui mène, ce qui tend au suicide». (Le nouveau Petit Robert, 2002, p. 2512)

traitent tantôt des causes du phénomène, tantôt du sens que les suicidaires donnent à leur acte. Enfin, une dernière partie résume succinctement les représentations sociales passées et actuelles sur la mort et l'après-mort.

Dans les travaux recensés, le mot suicide utilisé par les auteurs comme intitulé recouvre souvent la tentative, et le terme «suicidaire» désigne tantôt une personne qui s'est donné la mort, tantôt celle qui a tenté de le faire sans y parvenir.

### **1.1.1 Le suicide à travers le temps en Occident**

#### ***Conception du suicide chez les Grecs et les Romains : Platon, Aristote, Épicure, Sénèque***

Sans doute faut-il commencer aussi loin que possible pour comprendre l'évolution des représentations sur les actes et pensées de mort volontaire, et les contraintes normatives que les sociétés successives y appliquent. En plus de consulter les oeuvres originales des anciens, nous avons puisé chez leurs interprètes, notamment Bayet (1922), Grisé (1982, 1985), MacDonald et Murphy (1993/1990<sup>3</sup>), Minois (1995), Debout (1996) ainsi que Fortin et Boulianne (1998).

Deux courants philosophiques majeurs s'opposent sur le suicide chez les Grecs. Le premier, inspiré principalement par les pythagoriciens, les platoniciens et les aristotéliens, présente le suicide comme un acte de désobéissance envers l'autorité divine, qui entraîne un déséquilibre de l'âme et compromet le bonheur dans l'au-delà. Platon (1968) recommande que des sanctions sévères soient imposées aux suicidés (une sépulture infâme), mais reconnaît toutefois trois situations qui peuvent justifier l'acte suicidaire : une décision de la justice (le condamné à mort peut attenter à sa vie), une extrême infortune et la honte (Platon,

---

<sup>3</sup> Nous notons en italiques la date de l'édition originale

1968, p. 108 à 112). Aristote (1965), dans *Éthique de Nicomaque*, se prononce aussi contre le suicide, qu'il conçoit comme un acte de lâcheté pour éviter d'affronter la dureté de la vie; il rejette le suicide au nom du devoir moral, car pour Aristote, à la différence de Platon, l'homme n'est plus subordonné à dieu, mais à la Cité et en se suicidant, il prive l'état d'un citoyen (Aristote, 1965, p. 81).

Le second courant, regroupant, entre autres, les épicuriens et les stoïciens, prône l'indifférence et le renoncement comme façons de vivre. L'immortalité n'existe pas, elle est remplacée par l'ataraxie<sup>4</sup>. Chez Épicure, la crainte de la mort et des dieux est l'obstacle ultime qui empêche l'âme d'atteindre cette quiétude (Épicure, 1981, p. 130 et 133). Les épicuriens ne conseillent pas le suicide mais enseignent qu'il n'y a rien de mal à s'enlever la vie lorsqu'elle est devenue intenable et lorsque les justifications données à la mort volontaire sont en accord avec la raison (id., *ibid.*, p. 178). Les stoïciens, pour leur part, estiment qu'il est juste de se suicider dans certaines situations. Le suicide est alors un acte de vertu du 'sage', un droit exclusif et un devoir envers lui-même. Le suicide n'est pas un acte forcé sous la contrainte des événements extérieurs, mais l'expression d'une liberté personnelle qui s'exerce en conformité avec les exigences de la raison (Fortin et Boulianne, 1998, p. 84 à 87).

Quant aux Romains, ils accordaient peu de valeur à la vie et à la mort; ils leur préféraient la liberté et l'action. L'importance de la vie n'était pas sa durée, mais sa qualité. La notion d'immortalité était associée aux souvenirs des actes glorieux ou aux œuvres célèbres (Grisé, 1985, p. 97 à 99). Le suicide était même populaire chez les Romains et cela tenait au fait que la mort volontaire permettait d'accéder à la gloire ici-bas. Le philosophe Sénèque, dans *Lettres à Lucilius*, réclame le

---

<sup>4</sup> «L'ataraxie est l'absence de trouble qui permet la tranquillité de l'âme chez le sage, laquelle permet d'atteindre le plaisir, la seule fin véritable de l'homme». Définition prise dans Yolande Grisé, *Le suicide dans la Rome antique*, Montréal : Bellarmin, 1982, p. 175.

libre choix de sa mort au nom d'une bonne vie : «*Cette vie, il ne faut pas toujours chercher à la retenir tu le sais : ce qui est bien, ce n'est pas de vivre, mais de vivre bien*» (Sénèque, 1957, p. 9). Pour ce philosophe, lorsque le suicide est conforme à la raison, il délivre la personne d'un asservissement qui met en danger sa dignité et son honneur. Cependant, l'individu ne doit pas se donner la mort par peur ou pour fuir des réalités désagréables, mais après de longues réflexions. Quiconque s'oppose au choix de la mort volontaire d'un autre commet une faute, car il empêche l'exercice du droit de propriété que la personne détient sur sa vie. Sénèque a plutôt fait l'apologie de la liberté que celle du suicide (Sénèque, 1957, p. 8 à 16).

### ***Le début de l'ère chrétienne et le Moyen Âge : saint Augustin et saint Thomas d'Aquin***

Selon Voyelle, dans *La mort et l'Occident* (1983), au Moyen Âge, s'amorce un processus de sacralisation et de christianisation de la mort. Le christianisme a introduit dans son eschatologie la notion individuelle du jugement dernier et développé l'idée du purgatoire, un lieu où vont des âmes réprouvées, les personnes décédées de mort violente qui n'ont pas pu se repentir avant leur mort ou celles, honnies, qui ont refusé le dernier sacrement, tels les suicidés. Selon Minois (1995), à partir du début du V<sup>e</sup> siècle, l'accent est mis sur la préservation de la vie au nom de Dieu plutôt que sur le droit à la liberté individuelle. Des sanctions séculières et canoniques sont donc prises graduellement contre les suicidés (interdits de sépulture; cadavres brûlés, traînés, déchiquetés, mis en morceaux et répandus à la croisée des quatre chemins; confiscation des biens et damnation éternelle), et la mort volontaire est de plus en plus perçue comme l'œuvre du diable qui inspire le désespoir<sup>5</sup> ou la folie. À cette époque, ce sont

---

<sup>5</sup> «*Le désespoir n'est pas un état psychique, mais un péché dû à l'action du diable, qui persuade le pécheur de sa damnation certaine et lui fait douter de la miséricorde divine.*»

surtout les écrits de saint Augustin qui vont influencer l'Église dans son opposition au suicide. Dans *La Cité de Dieu*, saint Augustin interprète le commandement biblique «*Tu ne tueras point*» comme interdisant de se donner la mort (Saint Augustin, 1957, p. 71). Saint Thomas d'Aquin, au XIII<sup>e</sup> siècle dans *La Justice*, va renforcer cette interprétation : pour lui, le suicide est un crime contre Dieu, la société, la nature et la charité (Saint Thomas d'Aquin, 1933, p. 48 à 52). Ces positions ne vont toutefois pas faire que le suicide diminue en nombre à cette époque.

### ***La modernité : Descartes, Esquirol, Durkheim***

À l'époque moderne, la pensée sur le suicide, dans une bonne partie de l'Occident, est encore fortement marquée par les représentations médiévales qui condamnent le suicide, lequel ouvre les portes de l'enfer. Ces représentations sont particulièrement répandues dans le peuple (Minois, 1995, p. 139).

Mais, du XVI<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle, les humanistes et les scientifiques vont profondément ébranler les visions condamnatoires du suicide. D'une part, les humanistes vont reprendre certaines représentations courantes chez les Romains; d'autre part, les hommes de science vont 'relativiser' la mort volontaire en lui attribuant des causes physiologiques liées à la mélancolie, ou en supportant l'idée, comme l'a fait Descartes, que le suicide est une erreur d'entendement : on peut croire qu'il y a une vie meilleure après la mort (Descartes, 1953/1952, p. 1228). C'est à partir de ces dernières conceptions que, tout doucement, vont s'édifier des connaissances 'scientifiques' associées à l'étiologie du suicide (MacDonald et Murphy, 1993; Minois, 1995; Debout, 1996).

---

Définition prise dans Georges Minois, *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, Paris : Fayard, 1995, p. 45.



Au XVIII<sup>e</sup> siècle, le suicide est en Europe le sujet d'un débat public sans précédent; les prises de positions se multiplient. Les philosophes vont particulièrement s'intéresser à cette question, prônant une morale rationnelle, plus souple et critique, qui s'appuie sur des valeurs humaines. Mais les communautés religieuses et l'État résistent à cette interprétation et ressortent les arguments classiques afin de s'élever contre les esprits trop libéraux. Durant cette période, vont s'opposer deux de ces représentations de la vie et du suicide. Bien entendu, persiste la représentation religieuse sur l'existence de Dieu et du diable, qui rappelle que le suicide doit être sévèrement puni. Mais, d'un autre côté, se manifeste un certain humanisme à l'endroit des suicidés et de leur famille (MacDonald et Murphy, 1993; Minois 1995; Debout, 1996).

Même opposition au XIX<sup>e</sup> siècle : les autorités religieuses, morales et politiques en Occident vont réaffirmer que le suicide est criminel et que le suicidé agit sous l'effet du diable (Bayet, 1922; Minois, 1995), tandis que certains penseurs continuent d'aborder la question du suicide autrement. Nietzsche (1993), entre autres, prône l'aide au suicide, qu'il considère comme un droit, pendant que, vers la même époque, les études en médecine sur le suicide, entre autres celle d'Esquirol (1838), vont favoriser la représentation de la mort volontaire comme un effet de la maladie mentale (p. 576), une «*maladie honteuse*», une conception qui contribuera à dissimuler les suicides (Minois, 1995, p. 362).

À l'époque contemporaine, des auteurs s'emploient à 'normaliser' en quelque sorte la mort volontaire. Kastenbaum (1976) avance l'hypothèse que le suicide serait le mode préféré de mort; il répondrait au désir d'une bonne mort, celle-ci étant «*rapide*» et «*facile*». D'autres, comme Jonas (1996), parlent du droit de mourir inhérent au droit de vivre. Pourtant, à notre époque, persistent des représentations 'négatives' comme chez Le Senne (1947), pour qui se suicider est immoral, car c'est une abdication de la réalisation de soi et de l'humanité qui est en soi (p. 484 à 487). Selon Lipovetsky (1992), le suicide de nos jours n'est plus

considéré comme un «*manquement à un devoir*», sans constituer pour autant un acte licite, puisque ceux qui ne secourent pas les individus qui tentent de se suicider peuvent être reconnus coupables de non-assistance, et ceux qui assistent une personne durant son suicide peuvent être condamnés pour complicité de meurtre.

Au cours de la dernière décennie, on a vu apparaître des études en éthique sur le droit de décider de sa propre mort, sous forme d'euthanasie passive ou active, de suicide assisté, de mort associée aux soins palliatifs ou de suicide (The Committee on Physician-Assisted Death of the American Association of Suicidology, 1996).

Au Canada, l'article du Code pénal qui faisait du suicide un crime a été abrogé en 1985, mais subsiste l'infraction qui consiste à aider quelqu'un à se donner la mort ou à lui conseiller de le faire (Code criminel, L.R.C. (1985), chap. C-46, article 241, 1997).

Pendant ce temps, toutefois, la position de l'Église catholique sur le suicide et la tentative de suicide continue d'influencer un grand nombre de Canadiens et les croyances et la morale chrétiennes ont encore beaucoup de pouvoir sur la représentation qu'on se fait du suicide en Acadie comme nous le montrerons. Cette position est clairement rappelée dans une déclaration de la Sacrée Congrégation pour la doctrine de la foi, où il est fait mention que le suicide est inacceptable, à deux exceptions près. L'Église reconnaît que le sacrifice de soi pour Dieu est un cas à part et admet les circonstances atténuantes dans d'autres cas : «*Des troubles psychiques graves, l'angoisse ou la crainte grave de l'épreuve, de la souffrance ou de la torture peuvent diminuer la responsabilité suicidaire*» (Conférence des Évêques catholiques du Canada, 1992, p. 467).

Au Canada, un groupe d'experts travaillant sous l'égide de la Division de la santé mentale de Santé Canada a proposé une définition qu'on trouve dans *Le suicide au Canada* (1994) :

*«Le comportement suicidaire n'est pas une maladie, mais l'aboutissement d'une interaction complexe de divers facteurs neurobiologiques, psychologiques, culturels et sociaux qui ont marqué les personnes à différents niveaux, mais qui isolément ne suffisent pas à expliquer le recours au suicide»* (Santé Canada, 1994, p. xiii).

### 1.1.2 Études ethnologiques

Leighton et Hughes (1955), dans un article intitulé *Notes on Eskimo Patterns of Suicide*, soutiennent que, chez les Amérindiens d'Amérique d'avant la colonisation, la mort volontaire, loin d'être représentée comme une annihilation, est vue comme une possibilité de se régénérer et d'atteindre des lieux mythiques. Chez ces peuples, les représentations de l'au-delà sont bien structurées et organisées. Thomas (1993) observe ces mêmes représentations chez certaines tribus d'Afrique Noire comme les Diolas, mais en relève des différentes chez les Ashantis du Ghana et de la Côte d'Ivoire, où le suicide est un moyen pour les individus rejetés par leur groupe de réintégrer leur communauté et d'être libérés des sanctions sociales. Enfin, en Océanie, selon Counts (1987), pour les femmes Samsonic de la Nouvelle-Guinée victimes de violence conjugale, le suicide est un comportement culturellement accepté et considéré comme un moyen pour la victime de nuire à l'agresseur ou de se venger de ceux qui lui ont rendu la vie intolérable.

Les pratiques de la mort volontaire au Japon sont un phénomène assez connu dans le monde contemporain, notamment depuis la Deuxième Guerre mondiale avec les opérations kamikazes. Pinguet (1984), dans *La mort volontaire au Japon*, retrace à travers l'histoire de ce pays l'une des formes les plus populaires de

suicide, le *seppuku*, connu sous l'appellation hara-kiri. Ce type de suicide est apparu au XII<sup>e</sup> siècle chez les guerriers et consiste à se trancher l'abdomen avec un sabre ou une épée, le ventre étant chez les Japonais le «*siège de la vie et du vouloir*»<sup>6</sup>. Le suicidant est par la suite décapité par un pair. De même, lorsqu'un guerrier est condamné à mort par son ennemi, il peut se faire *seppuku*; ce geste lui permet d'obtenir une mort honorable et courageuse. À la fin du XVI<sup>e</sup> siècle, cette pratique est devenue un privilège des samourais; ces derniers apprenaient, dès l'enfance, que l'honneur a préséance sur la vie. Plus tard, le *seppuku* a pris d'autres formes : celle qui consiste à suivre librement son maître ('*oibara*'); à protester contre une injustice ('*munenbara*'); à expier une faute ('*sokotshushi*', '*tsumebara*')<sup>7</sup>. Cette pratique cessa progressivement vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Toutefois, en 1970, Yukio Mishima (1980), écrivain japonais, se suicide de façon spectaculaire, selon le rituel du *seppuku*. Certains observateurs ont vu dans ce geste un moment de folie, alors que d'autres l'ont perçu comme un moyen de «*posséder sa vie*».

Ces quelques études montrent bien que la mort volontaire n'est pas partout un problème moral ou social et qu'elle peut faire l'objet de rituels et de coutumes qui la normalisent en quelque sorte. Elle est parfois même valorisée. Les sens donnés au suicide et à la mort sont liés aux valeurs sociales et aux conditions de vie à une époque.

### 1.1.3 Écrits sociologiques

Maris, et al. (2000) soutiennent que la relation entre le suicide et la tentative de suicide est très complexe et difficile à établir pour cinq raisons :

---

<sup>6</sup> Pinguet, M., *La mort volontaire au Japon*, Paris : éditions Gallimard, 1984, p. 101.

<sup>7</sup> Id., *ibid.*, p. 362, 364, 370 et 376.

*«1) First, there is considerable comorbidity and interaction in etiology of suicide. There are other major factors predicting completed suicide; 2) A second problem is that most suicide completers make relatively small number of attempts before completing suicide, 70-75% of all suicide completers made only one fatal attempt; 3) Third, a clear reason why there are relatively few suicide attempts before completions (especially among men) is that lethal methods, particularly guns and hanging, tend to be used; 4) Fourth, it is well-known that white males outnumber females in their suicide completion rates (4,4 to 1 in 1996), females tend to exceed males in non fatal suicide attempts rates and in rates of depressive illness (an important precursor of suicide); 5) Fifth, how long the time interval was between a suicide attempt and death, as well as who it was who discovered the suicide» (Maris, et al., 2000, p. 285 à 287).*

Dans cette optique, il est presque impossible de prédire les tentatives pouvant s'avérer fatales. Cette position conduit d'autres auteurs à statuer que les suicidés et ceux qui ont survécu à une tentative de suicide sont deux groupes cliniquement distincts (Samy, 1989, Pommereau, 1996, Gratton, 1997). Cependant, des chercheurs disent, au contraire de Maris, que les suicidés et les personnes ayant survécu à une tentative sérieuse<sup>8</sup> de suicide possèdent des caractéristiques communes (Lester, et al., 1979; Beautrais, 2001, 2002, Grell, 2004). Nous sommes d'accord avec la position que l'auteur d'actes de suicide (tentative de suicide et suicide) pose ce geste après avoir été confronté à une multitudes de revers et de décisions difficiles.

---

<sup>8</sup> *«A medically serious suicide attempt was one that required hospital admission for longer than 24 hours and met one of the following treatment criteria : (a) treatment in specialized units including the intensive care unit, the burns unit, and the hyperbaric unit; (b) surgery under general anaesthesia; (c) extensive medical treatment, the administration of activated charcoal. In addition, individuals who attempted suicide by methods with high risk of fatality, such as hanging or gunshot, who were hospitalized for more than 24 hours but did not meet the preceding criteria, were also included in the group of persons with serious suicide attempts.» (Beautrais, 2002, p. 2)*

### *Émile Durkheim*

En 1897, Durkheim publie *Le suicide. Étude sociologique*. Ce classique est certainement l'œuvre qui a le plus influencé notre vision «sociale» du suicide. Durkheim avance que les comportements individuels sont déterminés par le rapport à la collectivité : «*C'est la constitution morale de la société qui fixe à chaque instant le contingent de mort volontaire... Ce sont les tendances des collectivités qui, en pénétrant les individus, les déterminent à se tuer. Quant aux événements privés qui passent généralement pour être des causes prochaines du suicide, ils n'ont d'autre action que celle que leur prêtent les dispositions morales de la victime, écho de l'état moral de la société.*» (Durkheim, 1997/1930, p. 336)

Selon Durkheim, le ou les sens donné(s) au mot suicide renvoient à des 'réalités' différentes selon les intentions du chercheur, du praticien, de l'auteur. La tâche du scientifique qui cherche à identifier les relations entre les facteurs explicatifs du suicide consiste à construire une définition qui permet d'effectuer une «comparaison objective» entre les groupes ou les individus ayant posé le même geste (id., ibid., p. 1 à 5). À partir de cette règle, Durkheim présente sa définition en se référant aux intentions conscientes des individus :

*«Nous disons donc définitivement : On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. La tentative, c'est l'acte ainsi défini, mais arrêté avant que la mort en ait résulté.»* (Durkheim, 1997, p. 5)

Utilisant des analyses statistiques, Durkheim va mettre en relation les taux de suicide avec des facteurs sociaux, tels que les religions, les structures familiales et les fluctuations économiques, et des types de société et de normativité. Parmi ces derniers, il identifie : l'intégration et la régulation. L'intégration procure aux individus ses buts, ses idéaux et un sentiment de communion entre les membres, alors que la régulation contrôle les désirs et les passions des membres

(Durkheim, 1997, p. 223, 224 et 264). Durkheim suggère qu'aux extrémités de ces types d'organisation et de contrôle «social», sont associés des taux de suicide et des types de suicide : égoïste, altruiste, anémique et fataliste.

Le suicide égoïste varie en relation inverse de l'intégration d'un individu à une société donnée (id., ibid., p. 222). Lorsque l'intégration est faible, le lien qui unit l'individu au groupe est fragilisé, car la société, elle-même déstabilisée, délaisse l'individu. Il en résulte une trop forte individuation des personnes par rapport à leur groupe d'appartenance, ce qui peut inciter les acteurs les plus vulnérables à se suicider (id., ibid., p. 223 et 224).

*«Si donc on convient d'appeler égoïsme cet état où le moi individuel s'affirme avec excès en face du moi social et aux dépens de ce dernier, nous pourrions donner le nom d'égoïste au type particulier de suicide qui résulte d'une individuation démesurée.»*  
(Durkheim, 1997, p. 203)

Et d'ajouter :

*«L'individu ne tient plus à être, parce qu'il ne tient plus assez au seul intermédiaire qui le rattache au réel, je veux dire la société. Ayant lui-même et de sa propre valeur un trop vif sentiment, il veut être à lui-même sa propre fin et, comme un tel objectif ne saurait lui suffire, il traîne dans la langueur et l'ennui une existence qui lui paraît dès lors comme dépourvue de sens.»* (Durkheim, 1997, p. 406)

C'est en observant les taux de suicide de trois groupes sociaux où dominant des appartenances religieuses différentes que Durkheim en est arrivé à cette conclusion : les juifs se suicident moins que les catholiques et les catholiques moins que les protestants. Cela tiendrait à l'intensité dans la pratique religieuse et à son effet intégrateur (id., ibid., p. 159).

Le suicide altruiste se situe à l'autre extrémité de l'axe d'intégration; contrairement au suicide égoïste, il résulte d'une absence d'individuation et d'une trop grande intégration de l'individu dans le groupe (id., ibid., p. 238). Dans ce

cas, les individus tiennent peu de place par rapport aux impératifs du groupe dont ils partagent les idées, les croyances et les occupations. Le groupe est habituellement assez petit pour exercer une surveillance étroite sur ses membres qui ne peuvent développer suffisamment d'individualité. Ceux-ci n'hésitent pas, lorsque leur société l'exige ou le demande, à s'enlever la vie pour le groupe (Durkheim, 1997, p. 233 à 240). Après avoir examiné quelques études sur les sociétés traditionnelles, Durkheim conclut que le suicide altruiste présente trois variantes : le suicide altruiste obligatoire; le suicide altruiste facultatif et le suicide altruiste aigu (id., ibid., p. 245).

Le suicide anémique advient lorsque le contrôle social habituellement exercé par la société à travers la régulation est relâché, laissant l'individu en proie à des désirs inassouvis qui susciteront chez lui un état constant d'irritabilité et de frustration (id., ibid., p. 288). D'après Durkheim, le divorce, par exemple, amène un affaiblissement de la régulation matrimoniale qui peut ultérieurement conduire l'homme divorcé au suicide anémique. De même, les fluctuations économiques (la prospérité alternant avec les désastres économiques) perturbent l'ordre collectif et rompent l'équilibre des capacités qu'ont les individus de répondre à leurs besoins, physiques ou passionnels. Les perturbations de l'ordre collectif conduisent à une déréglementation des normes qui régissent les conduites des individus et du groupe. Il s'ensuit un changement des conditions de vie, qui place les individus dans un état d'anomie. Ils sont alors moins protégés du suicide (id., ibid., p. 264 à 311).

Le quatrième type, le suicide fataliste<sup>9</sup>, qui se situe à l'autre extrémité de l'axe de la régulation et s'oppose au suicide anémique, est causé par un excès de contrôle et de réglementation de la société, laissant à l'individu une impression constante

---

<sup>9</sup> Durkheim a peu élaboré sur ce type de suicide. Il n'y consacra qu'une note en bas de page.



d'emprisonnement et une impossibilité d'exercer une quelconque forme de liberté (Durkheim, 1997, p. 311).

Bien que la théorie sur l'anomie de Durkheim date de plusieurs années, elle demeure toujours pertinente, comme en témoignent les études de Stack (1982) et de Leenaars et Lester (1999). Ces deux derniers ont voulu vérifier les hypothèses de Durkheim en les appliquant au Canada et aux taux de suicide dans les provinces canadiennes. Seul le divorce demeurait une cause importante de suicide chez les hommes entre les années 1950 à 1990.

#### 1.1.4 Autres écrits en sciences humaines

##### *L'étude de Jack D. Douglas*

Douglas, dans *The Social Meanings of Suicide* (1967), propose d'étudier le suicide à partir des significations qu'en donnent les Sujets. Selon lui, les chercheurs qui utilisent la théorie de Durkheim se sont peu attardés à voir si les termes qui composent sa définition chez cet auteur correspondent au sens qu'en donnent les Sujets étudiés. Or, les sens varient grandement en fonction des époques, des sous-cultures et des individus. Douglas s'appuie sur Shneidman et Farberow (1957), car ces derniers croient que la mort volontaire n'a pas le même sens pour les suicidaires et pour les chercheurs, surtout si ceux-ci sont des Occidentaux étudiant des Sujets d'autres cultures<sup>10</sup>. Douglas s'appuie aussi sur Wahl (1957), qui prétend qu'on ne peut saisir la dynamique profonde du suicide que si l'on comprend quel est le sens donné à la mort par ceux qui attendent à leur vie, et soutient qu'il y a plusieurs raisons de supposer qu'inconsciemment, les

---

<sup>10</sup> «When some Ronin of Japan or some Asian Buddhists perform actions which lead to what American or European doctors classify as death, we must recognize that this is a classification by Western doctors, not by the actors involved.» (Douglas, 1967, p. 182)

êtres humains ne considèrent pas la mort comme la fin de leur existence, mais comme un état permanent de non-retour à la vie (Wahl, 1957, p. 26). Douglas, de son côté, présente une étude sur les significations du suicide à partir d'histoires de vie, d'études de cas et d'analyses de notes laissées par les suicidés (Douglas, 1967, p. 271 à 283). Il relève quatre modèles fondamentaux chez les Occidentaux :

«1) *Suicide as Means of Transforming the Soul from this World or in the Other World*; 2) *Suicidal Actions and the Transformation of the Substantial Self in This World or in the Other World*; 3) *Suicidal Actions as a Means of Achieving Fellow-Feeling*; 4) *Suicidal Actions as a Means of Getting Revenge*» (Douglas, 1967, p. 284, 300, 304 et 310).

Le même auteur propose de regrouper les significations du suicide en Occident sous six chefs :

«1) *The initiation of an act that leads to the death of the initiator*; 2) *The willing of an act that leads to the death of the willer*; 3) *The willing of self-destruction*; 4) *The loss of will*; 5) *The motivation to be dead (or die) which leads to the initiation of an act that leads to the death of the initiator*; 6) *The knowledge of an actor that actions he initiates tend to produce the objective state of death*» (Douglas, 1967, p. 351).

### **Jean Baechler**

Baechler (1981), pour sa part, propose la définition suivante : «*Le suicide désigne tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet*» (id., *ibid.*, p. 77). Dans son étude, cet auteur élabore une typologie des suicides, à partir d'histoires de cas rapportés par d'autres auteurs. Comme Douglas (1967), il tente d'identifier les sens du suicide, la logique interne des actions suicidaires et le processus qui conduit des personnes à considérer le suicide comme une solution logique et rationnelle. Pour cet auteur:

*«Le suicide en tant qu'acte n'est pas une fin, c'est un moyen en vue d'une fin. C'est la fin qui doit permettre de conférer un sens à l'ensemble de la conduite, dont tous les éléments ne sont que des moyens qui, par eux-mêmes, n'ont pas de sens ou, mieux, peuvent recevoir des sens tout à fait différents.»* (Baechler, 1981, p. 127)

C'est, dit l'auteur, par une analyse des problèmes réels, tels qu'ils sont perçus par les sujets suicidaires, qu'il est possible de retracer les sens donnés aux conduites suicidaires. Il privilégie la méthode du type idéal élaboré par Weber. Cette méthode offre la possibilité de comparer de multiples cas de suicide et de réduire cette complexité à quelques traits généraux, voire à quelques types. Il identifie quatre grands types généraux de suicide (id., *ibid.*, p. 129 à 133 et 163). Le premier grand type, le suicide «*escapiste*», contient trois sous-types : la fuite, le deuil et le châtement. Cette catégorie regroupe les personnes ayant cherché par le suicide à échapper à quelque chose. Le deuxième, le suicide «*agressif*» (id., *ibid.*, p. 174 à 220), comprend quatre sous-types : vengeance, crime, chantage et l'appel. Le troisième, le suicide «*oblatif*» (id., *ibid.*, p. 221 à 230), se présente sous deux formes : le sacrifice et le passage. Le quatrième, le suicide «*ludique*» (id., *ibid.*, p. 328), comprend deux sous-types, l'ordalie et le jeu.

***Éric Volant avec la collaboration de Marie Douville, Michel Boulet et Jacques Pierre***

Au Québec, Volant, avec la collaboration de Douville, Boulet et Pierre, a publié, en 1990, *Adieu à la vie... Étude des derniers messages laissés par des suicidés*. Cette étude est basée sur l'analyse de 482 lettres d'adieu, écrites entre 1970 et 1980, par des personnes décédées de mort volontaire dans la région de Montréal. Volant, dans un chapitre qu'il écrit seul, cherche à comprendre les significations accordées à la mort volontaire, à saisir le «*moi posthume*» des suicidés, c'est-à-dire leur perception de la vie, du monde et d'eux-mêmes, mais aussi leur représentation de l'au-delà, leur désir de survivre à la mort et leur croyance en une autre vie après la mort (id., *ibid.*, 1990, p. 125). Un premier aspect qui ressort de

l'analyse des messages est la volonté des suicidés de «*survivre dans la mémoire d'autrui*». Ces suicidés souhaitent laisser à leurs survivants d'agréables souvenirs; ils veulent qu'on continue de les aimer après leur mort. Eux-mêmes, les suicidés, s'engagent à aimer au-delà de la mort, convaincus que leur amour durera éternellement, même si leur corps cesse de vivre. C'est la deuxième observation de l'auteur. La troisième porte sur la volonté des suicidés d'améliorer leur situation du moment. Ils veulent échapper à leur détresse, mettre fin à un processus de destruction en cours depuis plusieurs années, se soustraire à la désintégration psychique ou faire cesser l'aliénation sociale dont ils se sentent victimes. Un quatrième motif est le désir, chez certains, de trouver le repos et la paix éternelle : le suicide est perçu comme un moyen qui permet d'accéder à un lieu sécuritaire, à un endroit de calme et de béatitude, où les sensations et les passions sont éteintes ou endormies. Une cinquième possibilité est celle des suicidés qui croient que leur vie continue après la mort, que l'esprit survit à la matière; dans cette autre vie, on peut retrouver ceux qui nous ont déjà quittés. On peut aussi être plus heureux, être en relation avec Dieu et avoir une existence supérieure à celle qu'on a vécue sur la terre. Une dernière catégorie, celle du «*moi posthume*», est le fait de ceux qui croient que la mort rend puissant. Dans certaines lettres, la mort est vue par les suicidés comme leur conférant une autorité morale, le droit de dicter les conduites aux survivants (Volant, al., 1990, p. 123 à 160).

### ***Francine Gratton***

Gratton (1997/1996) estime que les études axées sur le modèle des sciences exactes apportent peu d'information sur les significations profondes que les individus donnent au suicide. Celles qui sont axées sur le sens sont plus utiles (id., ibid., p. 39). Cette auteure présente une étude qualitative portant sur cinq jeunes adultes québécois décédés par suicide; elle procède à la reconstitution de leur histoire de vie en interviewant des membres de leur entourage et en

consultant des notes laissées par les suicidaires. Elle s'inspire de la sociologie de Weber pour dégager quatre idéaltypes du suicide des jeunes. Ces types de suicide sont construits autour des «valeurs» et des «ressources» dont disposent les suicidés. L'idéaltype A est celui de «l'outrance des valeurs personnelles» ou de «l'idéaliste». Il s'agit d'un jeune aux ressources abondantes mais ayant des «valeurs personnelles idéalisées» qu'il ne peut satisfaire. L'idéaltype B, le suicide du «blasé» ou de «l'insuffisance», tout au contraire de l'idéaliste, correspond au jeune qui a peu de valeurs personnelles, mais qui dispose de ressources. L'idéaltype C, «l'impuissance» ou le suicide de «l'épuisé» ou du «nostalgique», c'est celui d'un jeune ayant si peu de ressources, si «faibles», qu'il ne croit plus en sa capacité de «réaliser ses valeurs personnelles». Enfin, l'idéaltype D est celui du dépendant ou du «deshérité» qui n'a ni suffisamment de ressources, ni de valeurs personnelles propres lui permettant de vivre selon ses espérances (Gratton, 1997, p. 87 et p. 93 à 234).

### 1.1.5 Écrits en sciences de la santé, en psychologie et en psychanalyse

#### *Sigmund Freud*

Dans *Le malaise dans la culture*, publié en 1930, Freud expose sa thèse sur la souffrance chez l'être humain. Celle-ci prend origine dans trois sources : l'invincibilité de la nature, la «caducité» du corps et les limites qui règlent les dynamiques relationnelles à l'intérieur de la famille, d'une société et d'un État (Freud, 1995, p. 29).

Dans *Deuil et mélancolie* (1980/1917), Freud élabore sa pensée sur deux états psychologiques, le deuil et la mélancolie, qui procèdent soit de la «perte d'un être aimé, soit d'une abstraction venue à sa place» (id., *ibid.*, 1980, p. 262). La mélancolie est caractérisée au départ par la rupture du lien d'amour entre le

mélancolique et la personne aimée. Cette rupture a amené la perte de l'objet. La libido investie dans l'objet s'est alors retirée, elle est devenue libre et, au lieu de se déplacer sur un nouvel objet, comme dans le deuil normal, elle est ramenée dans le moi. La relation avec la personne ou l'objet aimé s'est établie sur un mode narcissique et se complète par des sentiments d'ambivalence qui s'expriment par l'apparition de haine et de sadisme au sein même du mouvement d'amour. Selon Freud (1980), «*seul ce sadisme vient résoudre l'énigme de la tendance au suicide, qui rend la mélancolie si intéressante - et si dangereuse*» (id., ibid., p. 271). Le suicide devient donc la réponse au désir, retourné vers soi, de détruire la personne aimée qui nous a abandonné. En d'autres mots, la personne qui s'est suicidée a tourné contre soi ses impulsions ou ses désirs de punition, voire de meurtre, qui étaient d'abord destinés à quelqu'un d'autre.

### ***Karl Menninger***

Menninger (1956/1938) va élaborer davantage l'hypothèse de Freud (1980) à propos de la pulsion de mort. Pour Menninger, le suicide est un geste psychologique complexe qui s'instaure progressivement selon les événements traumatiques vécus à partir de la petite enfance. Le suicide est une forme particulière de mort qui traduit trois types de désir, conscients et inconscients : le désir de tuer, le désir d'être tué et le désir de mourir. Le désir de tuer est régi par les impulsions de destruction qui surviennent lorsqu'un individu se sent menacé par l'extérieur. Celles-ci sont instinctives et servent à supprimer, à anéantir ou à éliminer un ennemi ou une privation. Le désir d'être tué est lié à la représentation psychologique de l'autorité d'abord parentale et ensuite sociale. L'auteur reconnaît que cet état psychique peut être à la fois un bon et un mauvais guide. Il agit comme un juge interne et fonctionne selon des lois, la plus universelle étant celle où l'individu doit souffrir proportionnellement au niveau d'agressivité qu'il ressent envers un objet externe. Le désir de mourir est une hypothèse formulée par Menninger à la suite de son expérience clinique. Certains patients, après leur

tentative, ont avoué qu'ils ne souhaitent pas réellement mourir. D'après Menninger (1956), il importe de distinguer le désir conscient du désir inconscient de mourir. Le désir conscient de mourir peut ne pas être une intention inconsciente de mourir. Par ailleurs, le désir inconscient de mourir est répandu, notamment chez ceux qui prennent des risques extrêmes ou qui s'exposent inutilement à de graves dangers. Quant au suicide, il exprime un «désir conscient et inconscient de mourir». Il est la conséquence d'une capacité précaire d'établir des relations positives qui suppose une altération de l'instinct de vie. La pulsion de mort l'emporte sur celle de la vie et conduit certains individus à la mort.

### ***Edwin Shneidman***

Shneidman (1998) s'est intéressé aux motifs qui amènent une personne à désirer la mort, et aux caractéristiques communes entre les suicidés et les suicidaires dans le but de construire des modèles de prévention du suicide. Il a procédé à des autopsies psychologiques à partir des témoignages de ceux qui ont survécu à leur tentative de suicide, des histoires de vie ou des notes laissées par les suicidés. Shneidman (1985) définit le suicide comme suit :

*«Currently in the Western world, suicide is a conscious act of self-induced annihilation, best understood as a multidimensional malaise in a needful individual who defines an issue for which the suicide is perceived as the best solution.»* (Shneidman, 1985, p. 203)

Pour cet auteur, le suicide est la résultante de plusieurs dynamiques psychologiques, biologiques, physiologiques, intrapsychiques, philosophiques, logiques, conscientes ou inconscientes. Le suicide est un désir de fuir ou d'arrêter la souffrance. Cette souffrance est d'abord psychologique et prend de multiples formes (peur, culpabilité, honte, deuil, frustration, désespoir, solitude, etc.). L'auteur qualifie cette souffrance de «*psychache*». Il identifie quatre constellations qui caractérisent les conditions propres aux personnes suicidaires.

Ces constellations sont :

«1) *thwarted love, acceptance, or belonging*; 2) *fractured control, excessive helplessness, and frustration*; 3) *assaulted self-image and avoidance of shame, defeat, humiliation, and disgrace*; 4) *rupture of key relationships and attendant grief and bereftness*» (Shneidman, 2001, p. 202 et 203).

### ***Robin D. Everall***

Tout récemment, Everall (2000) a présenté une étude qualitative portant sur l'interprétation que cinq jeunes adultes albertains font de leur tentative de suicide. L'auteure identifie six thèmes. Le premier, «*Childhood Family Interactions*», traite des relations familiales vécues dans l'enfance (ruptures de la relation familiale ou interactions familiales instables), dont les Sujets eux-mêmes disent qu'elles jouent un rôle dans leur décision d'attenter à leur vie. Le deuxième thème, «*Peer Interactions and Social Expectations*», permet à l'auteure de rapporter que les expériences de rejet et de séparations vécues dans les relations avec les pairs, dans l'enfance et dans la jeune adolescence, favorisent le développement d'une image de soi négative et des sentiments d'infériorité et d'indignité et rendent difficile, voire même impossible, l'intégration dans un milieu. Toutes ces expériences sont identifiées par les jeunes eux-mêmes comme contribuant à la tentative de suicide. Le troisième thème, «*Emotional Experiences*», se réfère à d'autres expériences émotives négatives, notamment le rejet par les parents, qu'il soit réel ou non, qui se sont succédé de l'enfance à l'âge adulte. Ces expériences ont entraîné des sentiments suicidaires. Sous le quatrième thème, «*Self-Destructive Behaviors*», l'auteure aborde la notion de comportements autodestructeurs ou à risque, apparaissant au milieu de l'adolescence, d'abord de manière non intentionnelle (pallier la détresse momentanée), pour ensuite devenir un pattern de comportements. Le cinquième thème, «*Depression*», expose les divers symptômes de dépression présents dans la vie des Sujets dès leur enfance. Enfin, dans «*Self-Control*», l'auteure montre que



les Sujets ont cherché à maintes reprises à contrôler leur vie émotionnelle et sociale sans y parvenir, ce qui les a convaincus qu'ils étaient «inadéquats» et «incapables» de réussir leur vie et que le suicide était une option «valable». En conclusion, l'auteure dit que les comportements suicidaires sont tributaires de situations répétées de stress et de pertes qui entraînent une détresse émotionnelle et cognitive.

### *Autres études ou hypothèses*

Une autre auteure, Lineham (2000), affirme que certains individus posent un geste suicidaire non pas dans l'intention de mourir, mais plutôt pour obtenir de l'aide. Plusieurs années plus tôt, Menahem (1974) allait déjà dans ce sens : la personne suicidaire ne vise pas toujours la mort dans l'acte de suicide, mais cherche à se «reconstruire, à renaître après une mort qui ne serait pas définitive». Bordeleau (1997) est aussi de cet avis et affirme que :

*«L'expérience suicidaire est une confrontation avec sa mort au même titre que tout événement permettant de prendre conscience de la réalité existentielle de la mort. Ce genre d'événement entraîne généralement une interrogation en profondeur, bouleversante bien que nécessaire, difficile mais potentiellement transformatrice.» (Bordeleau, 1997, p. 13)*

Moins positif, Hawton (2000) évoque des motifs négatifs dans un article intitulé «*General Hospital Management of Suicide Attempters*», huit «motivations» qui inciteraient certaines personnes à attenter à leur vie : «*to die*»; «*to escape from unbearable anguish*»; «*to get relief*»; «*to escape from a situation*»; «*to show desperation to others*»; «*to change the behaviors of others*»; «*to get back at other people/make them feel guilty*»; «*to get help*» (id., ibid., p. 523).

Dans une autre recherche particulièrement pertinente pour notre étude, Michel (2000) traite de la prévention du suicide et des soins primaires. L'auteur rapporte que les patients et les professionnels qui les soignent n'attribuent pas les mêmes

motivations aux gestes suicidaires. Les professionnels pensent que les personnes qui font une surdose veulent, par exemple, soit «*communiquer leur hostilité ou désirent influencer les autres*», alors que les suicidaires<sup>11</sup> disent qu'ils «*voulaient fuir ou avaient perdu le contrôle*».

### *Études sur les facteurs de risque*

Nous résumons ci-après quelques études sur les facteurs de risque qui postulent que les conditions de vie structurent la personnalité de la personne suicidaire et que l'identification de ces conditions permet de prédire l'occurrence du geste suicidaire. Ces études partent d'une position épistémologique différente de celle que nous privilégions, mais les conclusions de leurs auteurs ne sont pas sans intérêt pour nous et rejoignent souvent les nôtres.

Plusieurs chercheurs ont identifié les variables suivantes comme étant associées aux comportements suicidaires : la dépression, les troubles de la panique, la schizophrénie, les troubles de la personnalité limite et antisociale et l'abus de substances psychoactives (Andrews et Lewinshon, 1992, Brent, et al., 1994).

Certains chercheurs ont relevé une association entre les troubles mentaux et le suicide. Brent et ses collaborateurs (1993) affirment que la dépression majeure est un facteur clinique significativement associé au décès par suicide et à ceux qui ont fait une tentative de suicide. S'intéressant à la répétition des comportements suicidaires, Brent et al. montrent que les personnes souffrant de dépression qui ont fait une tentative de suicide présentent un risque important de récurrence pouvant s'avérer fatal.

Au cours des dernières années, d'autres chercheurs ont démontré une corrélation entre les comportements suicidaires et des symptômes de dépression ou de

---

<sup>11</sup>Ceux qui ont été choisis au hasard ou qui ont été référés par des psychiatres.

désespoir (Beck, et al., 1993; Lönnqvist, 2000; Weishaar, 2000; Dieserud, et al., 2001). Certains ont exprimé l'idée qu'une personne qui perçoit le suicide comme une solution, souffre de «*distorsions cognitives*», c'est-à-dire qu'elle démontre une rigidité de la pensée pouvant entraîner des erreurs de logique, une tendance à porter des jugements absolus, à entretenir des pensées négatives envers soi-même et les autres, etc. Weishaar (2000) rapporte que ce sont surtout les travaux de Aaron T. Beck et ses associés qui ont fait avancer ce modèle en psychologie cognitive. Bien que nous trouvions cette hypothèse de «*distorsions cognitives*» intéressante, et peut-être même plausible, nous considérons qu'elle est réductionniste et qu'elle discrédite les personnes qui un jour attendent à leur vie, en les disqualifiant aux plans du jugement et de l'intelligence. Nous ne partageons donc pas cette hypothèse (sur la distorsion cognitive), mais les symptômes observés et surtout les motifs de s'enlever la vie notés par certains de ces auteurs se retrouvent chez nos Sujets.

#### ***Attitudes sociales contribuant aux comportements suicidaires***

Quelques études ont montré que l'attitude favorable du milieu, de l'entourage et du groupe social envers le suicide et la mort, est elle-même un facteur de risque (Shaffer, et al., 1988; Orbach, et al., 1993). D'autres études ont fait ressortir l'influence sur les jeunes adultes d'expériences suicidaires vécues par un ami proche, montrant que ces exemples, chez les témoins et les proches, sont susceptibles de favoriser une plus grande attitude d'acceptation du suicide (Stein, et al., 1992).

Par ailleurs, les auteurs des études sur la réaction sociale envers le suicide ont aussi signalé que les familles en deuil, à la suite du suicide d'un membre, sont stigmatisées et font face au rejet social. Les personnes en deuil après un suicide seraient moins «supportées socialement» que les autres endeuillés (Ness et Pfeffer, 1990; Santé Canada, 1994).

### 1.1.6 Représentations de la mort et de l'après-mort

Nous avons vu dans les pages précédentes que certains auteurs ont souligné l'importance de comprendre le sens donné à la mort pour mieux saisir l'expérience suicidaire. Or, la littérature sur la mort est très abondante. Notre intention n'est pas de présenter une rétrospection de tous les écrits sur la mort et l'après-mort, mais de relever les grands types principaux de représentations de ces 'moments'.

Nous nous attarderons aux travaux de six auteurs, qui nous seront utiles dans notre interprétation des propos de nos Sujets sur la représentation de la mort et de l'après-mort. Ces auteurs sont Ariès, Jankelevitch, Morin, Quillot, Beaudry et Beaudrillard.

Le premier, Ariès (1975), identifie trois attitudes devant la mort qui ont marqué l'histoire de sa représentation. La première est *la mort apprivoisée* : jusqu'au Moyen Âge, «l'homme était averti» de sa mort par «des signes naturels ou par une conviction intime», ce qui donnait l'occasion au mourant 'd'accepter' sa mort et de prendre ses dernières dispositions selon un ordre et rite reconnus. La deuxième, *la mort de soi et de toi*, apparue vers le XII<sup>e</sup> siècle et s'étendant jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle, est une façon nouvelle de voir la mort. Elle s'est lentement transformée pour devenir un acte transgressif qui arrache l'homme à sa vie quotidienne et à ceux qui l'aiment; la mort est alors considérée comme une rupture. La troisième, *la mort interdite*, est l'attitude moderne devant la mort; elle est devenue «innommable», imprégnée de honte et de non-dits. Le moment de la mort est dissimulé au mourant et nié. La thèse du 'déli' social de la mort dans les sociétés occidentales modernes est aussi soutenue par d'autres auteurs (Beaudrillard, 1976; Beaudry, 1999; Morin, 1970, 2004), qui montrent que la mort est placée en dehors du champ des représentations; la mort et ce qui la signifie sont cachés. Ces constructions conduisent à la médicalisation à outrance et à

l'apologie de la jeunesse, et tentent d'isoler le mourant pour mieux oublier sa condition et la réalité de la fin de la vie corporelle (Beaudry, 1999).

Le second, Jankelevitch (1977), identifie trois «objets» autour desquels nous organisons nos représentations de la mort : «*la mort de soi, la mort de l'autre et la mort en général*». La mort de soi est source de mystère et d'angoisse; c'est une «*expérience solitaire du Je... c'est le point de vue «réfléchi» de chacun sur soi-même*». La mort d'autrui se situe entre l'anonymat de la mort en général et la «*conscience funeste de la mort de soi*». La mort d'un proche nous rappelle la mort de soi par la dimension de la perte. Quant à la mort en général, elle est «*abstraite et anonyme*» (id., ibid., p. 24 à 29).

Quant à Morin (1970, 2004), il s'intéresse à nos représentations de l'après-mort. Selon cet auteur, la prise de conscience du caractère incontournable de notre mort propre soulève fatalement des questions sur ce qu'il y a après la mort. C'est cette conscience qui fait naître une 'croyance' en l'éternité (Morin, 1970, p. 44). Sur cette croyance et ses sources, il faut rappeler l'influence de la religion chrétienne : l'image de l'après-mort est construite sur la croyance de l'existence en Dieu, au retour de la mort à la vie (la mort du corps et la survie de l'âme). En somme, le christiannisme a prêché la foi dans l'immortalité. Par ailleurs, ce sont les représentations proposées ou imposées par cette religion qui ont dominé une bonne partie de l'Occident du III<sup>e</sup> au XX<sup>e</sup> siècle avec les croyances suivantes : le Jugement dernier, la résurrection des corps et le devoir de repentance des fautes commises pour accéder à la béatitude éternelle ou sinon être condamné à la damnation également éternelle.

Quillot (2000) va dans le même sens que Morin quand il affirme que la mort éveille chez plusieurs «*l'espoir que notre disparition ne sera pas totale, et qu'une autre vie, peut-être plus belle, nous attend quand celle-ci sera finie*» (id., ibid., p. 7). Quillot note avec raison que nos représentations actuelles peuvent être bien

différentes. Certaines sont un mélange de croyances religieuses orientales (ex. : réincarnation) et d'ésotérisme, telle la «foi» dans l'expérience de mort approchée (*near death experience*, NDE ; en français : *expérience de mort imminente*, EMI), où le mourant quitte son corps, entre dans un long tunnel, est accueilli par un proche qui l'a précédé dans la mort, rencontre ensuite «un être de lumière», revoit sa vie dans sa totalité et entrevoit ce qu'il y a après la mort avant de revenir à la vie. Les adeptes de l'EMI voient cette expérience comme une preuve tangible (des personnes en ont témoigné) qu'il y a une autre vie après la mort.

Enfin, Beaudrillard (1976), pour sa part, note qu'il existe des représentations sur l'après-mort qui ne sont pas nécessairement construites sur le principe d'immortalité, mais sur une «*pensée évolutionniste*». Elles renvoient à la croyance que la mort est inhérente à la vie, qu'elle est le but de toute vie (id., *ibid.*, p. 244).

\*\*\*

À la fin du présent chapitre, après avoir exposé les orientations épistémologiques de cette thèse et le contexte de l'étude, nous identifierons les auteurs et les ouvrages de cette section, qui serviront de repères dans l'analyse de nos données.

## **1.2 Théories de la connaissance utilisées dans cette thèse**

Nous avons choisi d'aborder notre sujet d'étude selon une perspective épistémologique phénoménologique et constructiviste. Nos lectures sur le sens donné au suicide nous ont fait réaliser que la phénoménologie de Husserl et de Schutz et le constructivisme de Von Glasersfeld et de Berger et Luckman allaient nous servir de paradigme de base, car ils nous apparaissent comme les perspectives métathéoriques qui abordent le mieux la question du Sujet, de son action, de son expérience et du sens qu'il donne à ses gestes dans son interaction

avec les autres et son milieu. Ils guideront nos choix théoriques, opérationnels et méthodologiques.

### 1.2.1 Edmund Husserl

Dans ces quelques lignes, il ne saurait être question de 'résumer' la phénoménologie husserlienne; l'ensemble de l'œuvre est vaste et complexe. Notre intention est plus modeste. Il s'agit de rappeler certains principes qui ont guidé le choix de la perspective théorique et de la méthode utilisée dans le cadre de cette thèse. Husserl (1998/1950) veut remonter aux racines de notre «*expérience du monde phénoménologique*», aux «*choses mêmes*». Il s'est intéressé à ce qui se donne à «*l'expérience vécue*», au «*monde phénoménologique*» (tel qu'il apparaît à l'expérience) et au rapport du sujet et de l'objet dans l'acte de la connaissance. Husserl a mis en évidence le caractère intentionnel de la conscience. La conscience est le moyen d'accès à tout ce qui se donne à l'expérience (id., *ibid.*, p. 87 et 88). Husserl introduisit aussi la méthode de «*réduction phénoménologique*» ou la «*épochè*», qui consiste à mettre entre parenthèses ou à suspendre la question de l'existence réelle de l'objet ou du phénomène pour le décrire tel qu'il apparaît dans l'expérience. Chez Husserl, opter pour cette position ne consiste pas à nier l'existence du réel ou à mettre en doute les connaissances scientifiques acquises (id., *ibid.*, p. 102 et 103), mais permet d'éviter de faire usage de cette première saisie pour qu'apparaisse «*le monde tel qu'il est avant tout retour sur nous-mêmes*» (Merleau-Ponty, 1967/1945, p. XI). Il s'agit de décrire un phénomène tel qu'on en fait l'expérience et de retenir tous les éléments qui le constituent dans le monde naturel. Merleau-Ponty, un disciple français de Husserl, dit de la phénoménologie husserlienne qu'elle s'attarde à décrire l'expérience subjective et non à l'expliquer ou l'analyser (Merleau-Ponty, 1967, p. II).

Nous retenons chez Husserl (1998) trois principes théoriques : l'intentionnalité de la conscience, l'indissociabilité du Sujet connaissant et de l'objet et la méthode de «réduction phénoménologique». L'adoption de ces postures théoriques nous amène à considérer les suicidaires comme des personnes conscientes de leur geste et ayant des intentions, des objectifs, que nous pourrions relever dans leur discours. Nous privilégions la réduction phénoménologique, qui par la réflexion sur l'expérience, fait émerger les significations qui y sont attachées.

Mais il existe une sociologie fondée sur la théorie de Husserl, qui nous sera, croyons-nous, d'un grand secours dans notre thèse. C'est celle d'Alfred Schutz.

### 1.2.2 Alfred Schutz

Schutz (1987/1967), un sociologue phénoménologue influencé par Husserl, soutient que tout individu est dans une :

*«situation biographiquement déterminée, c'est-à-dire dans un environnement physique et socioculturel qu'il a défini. Il y occupe une position, non seulement en termes d'espace physique et de temps extérieur, ou de son statut, et de son rôle à l'intérieur du système social, mais aussi de position morale et idéologique.»*  
(Schutz, 1987, p. 14 et 15)

La phénoménologie de Schutz en est une de la vie quotidienne. Pour ce sociologue, «*le monde du quotidien*» est un univers «*intersubjectif*» et «*culturel*». Il est intersubjectif, interpersonnel, car nous vivons parmi nos semblables, qui subissent les «*mêmes influences*», des êtres que nous comprenons et qui nous comprennent. C'est aussi un monde «*culturel*», puisque les activités de la vie quotidienne constituent un univers de significations qui nécessite une interprétation continue si on veut en comprendre le sens et la cohérence. Les objets et les actes appartiennent à cet univers culturel et nous ne pouvons les comprendre sans nous référer à l'activité humaine qui l'a créé (id., ibid., p. 16).



Appliquant ce principe à notre objet d'étude, cela revient à dire que nous ne pouvons comprendre un acte comme celui de la mort volontaire, si nous ne comprenons pas ce qu'il signifie pour les individus autour de nous qui en font l'expérience, et que, par ailleurs, cette compréhension est le fruit d'une construction culturelle et sociale.

Si nous voulons comprendre les expériences que constituent nos propres conduites, il est nécessaire de prendre une posture réflexive sur notre agir, soit un acte passé, soit un acte qui vient de se produire (agir présent). Les conduites renvoient aux «*expériences subjectives significatives qui émanent de notre vie spontanée*», la vie de tous les jours, qu'elles soient «*intérieures*» ou qu'elles émergent de l'interaction sociale. Cette attitude de retour sur soi est ce qui permet l'attribution des significations à l'agir et à l'acte. Quant au terme action, Schutz le définit comme suit : «*conduite humaine, en tant que prévue à l'avance par son acteur, c'est-à-dire, la conduite basée sur un projet préconçu*» (Schutz, 1987, p. 26).

Pour Schutz (1987), tout «*projet d'action*» commence par une anticipation du futur menée dans la sphère de l'imagination. «*L'acte imaginaire est le point de départ de tous les projets que l'on peut faire. Je dois visualiser la situation qu'engendrera mon action future avant de pouvoir entreprendre la moindre étape de cette action dont la situation va résulter.*» (id., *ibid.*, p. 26) Cette perspective temporelle a des répercussions sur l'aspect rationnel, en ce sens que tous les projets de mes actes futurs s'appuient sur la connaissance que je possède lors de l'élaboration du projet.

Cette perspective a aussi des conséquences sur la relation entre le «*projet*» et le «*motif*». Pour Schutz (1998), le terme motif recouvre deux ensembles de concepts : les «*motifs parce-que*» et les «*motifs en-vue-de*».

À propos des «*motifs parce-que*», Schutz écrit :

*«Du point de vue de l'acteur le motif «parce-que» réfère à ses expériences passées. Ces expériences ( l'histoire de sa vie, en tant que sédimentée dans ses circonstances personnelles) l'ont déterminé à agir comme il l'a fait. Ce qui est motivé dans une action sur le mode «parce-que» c'est le projet d'action lui-même.»* (Schutz, 1998, p. 57),

et d'ajouter :

*«C'est seulement dans la mesure où l'acteur fait un retour sur son passé et devient ainsi un observateur de ses propres actes, qu'il peut réussir à saisir les véritables motifs parce-que de ses propres actes.»* (Schutz, 1998, p. 58 et 59)

Quant aux «*motifs en-vue-de*» :

*«Du point de vue de l'acteur cette classe de motifs réfère à son futur. Dans la terminologie proposée, nous pouvons dire que l'acte projeté, c'est-à-dire l'état de chose pré-imaginé pour l'action future constitue le motif en-vue-de de ce dernier.»* (Schutz, 1998, p. 56)

Le sens ou la signification (meaning) est «*le résultat d'une interprétation d'une expérience passée, que l'on envisage réflexivement à partir du Maintenant.*» (Schutz, 1987, p. 107) Cette signification comprend les «*motifs parce-que*» et les «*motifs en-vue-de*» et dans le cas des projets d'action, ce qui joue c'est la chose préimaginée.

Chez Schutz (1987), nous retenons donc, pour comprendre les «*expériences subjectives significatives*», qu'il est nécessaire de prendre une posture réflexive sur l'agir. La signification donnée à l'expérience suicidaire sera considérée dans le cadre de cette thèse comme l'interprétation d'une expérience passée (les «*motifs parce-que*» et les «*motifs en-vue-de*») que le Sujet de l'étude va reconstituer à notre demande, (id., ibid., p. 107). Le contexte de l'entrevue

amène à reconstituer cette expérience de façon particulière pour deux raisons : à cause du moment (temps) où le sujet se confie à l'intervieweur(se), qui est distant du geste suicidaire, et de notre présence. C'est à nous qu'il accepte de raconter cet épisode après coup.

La reconstruction est aussi marquée par l'histoire personnelle du Sujet et par le contexte dans lequel il vit. Le contexte est ici le Nouveau-Brunswick du début du XX<sup>e</sup> siècle, mais plus précisément par la place qu'y occupent les francophones sur le plan économique, politique et éducationnel ainsi que leurs croyances et valeurs religieuses et séculières.

### 1.2.3 Von Glasersfeld

Von Glasersfeld énonce quatre principes dans *Introduction à un constructivisme radical* (1988/1981, p. 20). Le premier est que l'être humain, et lui seul, est responsable de sa pensée, de sa connaissance et de ce qu'il en fait. «*Alors que les behavioristes sont résolus à rejeter toute responsabilité sur l'environnement et les sociobiologistes à en placer une bonne partie dans les gènes*», etc., Von Glasersfeld soutient que «*c'est le fait de connaître et surtout la façon de s'y prendre pour connaître qui façonne notre vie*». Le deuxième principe est que les êtres humains construisent leur «monde» sans être conscients totalement de la manière dont ils le font. Le troisième est que cette ignorance n'est pas du tout nécessaire. Et, enfin, Von Glasersfeld affirme qu'il est possible d'étudier les moyens avec lesquels un sujet connaissant s'édifie un monde empirique et que la «*conscience d'effectuer ces opérations*» peut nous aider à le faire autrement et peut-être même mieux (id., ibid., p. 20). En somme, pour Von Glasersfeld (1988), ce qui est connu est le produit de l'activité d'un sujet, à travers les représentations cognitives qu'il s'en fait. Alors que l'épistémologie traditionnelle et la psychocognition conçoivent la relation entre 'connaissance' et 'réalité' comme une correspondance, un «*match*», le constructivisme radical soutient plutôt que

cette relation en est une d'adaptation, au sens fonctionnel *«fit»*. Toutes les activités cognitives conscientes visent des buts. C'est en fonction de ces buts que le Sujet évalue ensuite les expériences faites à l'intérieur de l'univers empirique afin de procéder à des éliminations, mais, en même temps, pour garder et répéter les expériences qui permettent d'atteindre ces buts. Pour réaliser cette performance, la conscience doit établir des constantes et des régularités à partir du *«caractère conceptuel des éléments comparés»* (Von Glasersfeld, 1988, p. 36). Si les Sujets décident d'une *«équivalence»*, ils auront déterminé qu'ils ont affaire à un seul objet qui a conservé les mêmes propriétés entre les deux expériences. S'ils concluent à *«une identité individuelle»*, les Sujets auront déterminé soit que les deux objets étudiés ont des propriétés différentes, soit que c'est le même objet, mais qu'il s'est transformé dans l'intervalle, et ne répéteront pas leur geste ou ne chercheront pas la même expérience. Ce choix est le résultat d'un construit effectué par des opérations cognitives, à partir d'un point de vue particulier choisi par le sujet connaissant, en termes de buts et d'a priori, et ne peut en aucune manière être considéré *«comme un fait donné dans une réalité objective»* (id., ibid., p. 37 à 39).

Nous retenons des principes et des énoncés évoqués par Von Glasersfeld qu'il est possible de connaître comment s'est «construite», chez le Sujet suicidaire, la décision de poser un tel geste.

#### **1.2.4 Peter Berger et Thomas Luckmann**

Dans *La construction sociale de la réalité*, Berger et Luckmann (1996), deux sociologues, présentent un «traité de sociologie de la connaissance»; celle-ci est une «construction sociale» (id., ibid., p. 1). Les humains, lorsqu'ils construisent leur connaissance de la réalité, le font 'socialement'. Et ce faisant, ils passent par trois moments : l'extériorisation, l'objectivation et l'intériorisation (Berger et Luckmann, 1996, p. 87). Ces moments constituent en eux-mêmes un *«processus*

*dialectique continu*», c'est-à-dire que premièrement, les humains interagissent constamment entre eux et avec leur environnement; que deuxièmement, à travers leurs actions et leurs expériences ils visent des buts spécifiques auxquels ils donnent des significations subjectives, qu'elles soient individuelles ou sociales et qu'enfin, à partir de ces actions et de ces expériences, émergent des schémas de «*typifications*» d'actions qui peuvent être constamment modifiés à l'intérieur des enchaînements interactionnels (id., ibid., p. 44 à 51). Les schémas de «*typifications*» sont «*objectivés*» par des signes ou par divers systèmes de signes, le langage étant le système de signes le plus utilisé par les humains (id., ibid., p. 54 et 55). Ces objectivations deviennent progressivement anonymes et sont intégrées au «*stock social de connaissances*». Le «*stock social de connaissances*» est le produit de l'édification, par le langage, de champs sémantiques ou de «*zones de sens*». Ces champs sémantiques ou zones de sens sont, en quelque sorte, le lieu où sont sélectionnées, emmagasinées et objectivées les expériences historiques et biographiques des individus et de la société. C'est par un processus d'emmagasinage continu et de sédimentation des expériences retenues par la conscience que le «*stock social de connaissances*» est créé, véhiculé de génération en génération et accessible à l'ensemble des individus dans une société donnée, à travers la tradition, les institutions et les rôles (id., ibid., p. 61 à 97). D'après Berger et Luckmann (1996), les institutions sont créées lorsque des individus ou types d'individus partagent les habitudes significantes qui tendent à se répéter dans le temps. «*L'institutionnalisation*» est le fruit d'une histoire, d'un processus qui l'a précédée, d'une histoire qui l'a produite. Les institutions sont «*intégrées*» par les individus par l'entremise des rôles. Les conduites inhérentes à chaque rôle peuvent être exécutées par tous les types d'acteurs, et ce de façon interchangeable (id., ibid., p. 102 à 104).

L'analyse de la relation entre les rôles et la connaissance dans une société donnée permet de mieux saisir la portée de ce monde significatif dans la conscience des

individus. Cette analyse peut être faite à partir de deux perspectives, celle de l'ordre institutionnel, où les rôles sont considérés comme les représentants de l'institution et comme des médiateurs du savoir objectivé, et celle des connaissances socialement attachées aux différents rôles (Berger et Luckmann, 1996, p. 110 et 111).

Pour ces auteurs, toute tentative de compréhension d'une société doit nécessairement traiter de la réalité objective et de la réalité subjective, et de l'acquisition symétrique de la compréhension de ces deux 'réalités'. Ces réalités sont imbriquées dans les trois moments cités plus haut (objectivation, extériorisation et intériorisation). L'intériorisation est l'interprétation d'un événement objectif à travers le prisme de la signification individuelle. Également, elle est à la base de la compréhension des autres et du monde en tant que réalité sociale objective et signifiante, puisque la conception culturelle a inspiré la signification. L'intériorisation va permettre ultérieurement de devenir membre d'une société. C'est par la socialisation que les êtres humains peuvent avoir accès au monde «objectif» et signifiant qui les entoure. Les auteurs identifient la socialisation primaire et la socialisation secondaire. La première est la plus marquante. Elle se fait dans l'enfance et permet, par l'apprentissage du langage et l'identification subjective aux pairs, l'intégration aux structures sociales objectives et à leurs significations. Une fois que l'intériorisation de la société, de l'identité et de la «réalité» sont acquises, l'enfant passe à la phase de la socialisation secondaire. Cette socialisation consiste en l'intégration, par le langage, des sous-univers institutionnels. L'étendue et les caractéristiques de cette deuxième socialisation sont déterminées par la complexité du milieu, en termes de division du travail et de distribution sociale de la connaissance. Comme l'affirment Berger et Luckmann :

*«une analyse micro-sociologique ou socio-psychologique des phénomènes d'intériorisation doit toujours s'accompagner en*

*arrière-plan d'une compréhension macro-sociologique de leurs aspects structurels.»* (Berger et Luckmann, 1996, p. 122)

En somme, Berger et Luckmann nous proposent une théorie sociologique de la construction sociale de la réalité qui met en contexte les diverses représentations intériorisées durant les processus de socialisation.

Dans cette thèse, le constructivisme nous amènera à tenir compte de la façon dont se sont élaborées les connaissances et les croyances des Sujets sur la mort, le suicide, la tentative de suicide et l'après-mort. À partir de ces principes, il est possible de penser que nous parviendrons à saisir les représentations du suicide dans les entretiens de recherche, telles qu'elles se sont construites pendant la socialisation primaire et secondaire, et transformées dans l'âge adulte (Schutz). Il nous faudra tenir compte des déterminants historiques, culturels et contextuels des représentations dans l'analyse des entretiens de recherche. Nous comprenons donc que le discours des Sujets reflète le stock de connaissances et d'expériences culturelles partagées par les Acadiens du Nouveau-Brunswick, entre autres sur les institutions, les rôles et les sous-univers de significations (Schutz, 1987; Berger et Luckmann, 1996).

### **1.3 Contexte de l'étude : l'Acadie du Nouveau-Brunswick**

Cette section porte sur trois objets : l'histoire de l'Acadie du Nouveau-Brunswick et une interprétation sociologique de l'évolution de cette province; le Nouveau-Brunswick d'aujourd'hui, ses caractéristiques sociodémographiques et économiques et enfin, les statistiques sur les suicides et les tentatives de suicide au Nouveau-Brunswick.

Les Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick possèdent une histoire commune, qui est marquée par une langue, le français, et une religion, catholique. Ils ont aussi en commun des conditions de vie économiques et sociales

particulières. Ensemble comme «peuple», ils ont démontré, à plusieurs reprises au cours de leur histoire, un sentiment d'appartenance à une «*nation-culture*» distincte de celle de l'ensemble de la francophonie canadienne et de la majorité anglophone avec laquelle ils partagent un territoire (L. Thériault, 2000). Joseph Yvon Thériault propose, dans «*Naissance, déploiement et crise de l'idéologie nationale acadienne*» (1995b), une périodisation à quatre temps, qu'il a déjà énoncée dans «*Lectures et conjonctures*», texte qu'il a co-écrit avec Allain et Mc Kee-Allain (1993). Le premier temps, *le moment traditionnel (1860-1960)*, est considéré comme une période charnière, car il correspond à la naissance, en 1881, de l'idéologie nationale lors de la Première Convention nationale des Acadiens. C'est au *moment traditionnel* que les Acadiens ont démontré la «*force organisatrice de l'idéologie nationale*» sous deux angles: celui de la croissance démographique et celui de la création d'un «individu acadien» à travers le processus de socialisation. C'est aussi l'époque de l'Acadie politique où un projet national de créer une société centrée sur l'idéologie nationale a vu le jour.

Le deuxième temps identifié par Allain, McKee-Allain et Thériault (1993) est *le moment modernisateur (1960-1970)*. Il est caractérisé par l'élection d'un premier ministre acadien, Louis J. Robichaud, marquant ainsi pour la première fois de l'histoire du Nouveau-Brunswick la présence manifeste et significative des francophones dans l'appareil politique, et par le constat que les régions acadiennes du Nouveau-Brunswick sont nettement sous-développées au niveau socioéconomique et culturel par rapport à celles où vivent les anglophones au Nouveau-Brunswick et au Canada dans son ensemble (Allain, et al., 1993, p. 350 à 356).

Le troisième temps, *le moment critique (1970-1980)*, est une tentative de réappropriation de tout le champ politique (de l'idéologie aux pratiques) avec l'intention de reconstruire la cohérence d'un discours national en tenant compte des règles de la modernité. Mais cette volonté sociale de réappropriation, portée



surtout par la jeunesse acadienne, n'aura toutefois pas l'effet attendu. Cet activisme ne conduit cependant pas à un échec total. Les Acadiens ont pu investir de nouveaux espaces politiques et organisationnels, notamment en éducation, dans les affaires municipales, au niveau de la reconnaissance officielle de leur communauté linguistique (Loi 88) et de l'accroissement de groupes associatifs représentatifs des intérêts et de l'identité de la société acadienne (Société des Acadiennes et des Acadiens du Nouveau-Brunswick) (Allain, et al., 1993).

Enfin, il y a le quatrième temps, soit *le moment organisationnel mais fragmenté (1980-1990)*. Selon Thériault (1995a), «*l'individualisme*» et «*la montée du libéralisme en Acadie*» favorisent un discours social et politique axé sur les performances individuelles et d'entrepreneurs ainsi que sur une vision légale des questions acadiennes (id., ibid., p. 238). L'Acadien devient l'auteur de son identité et ses appartenances à une société peuvent être multiples. «*L'individualisme*» est également perceptible dans la rupture de la solidarité familiale et communautaire et par «*la prise en charge massive de l'État provincial afin de contrer l'anomie*» (id., ibid., p. 42 et 43). Ce processus d'étatisation de la mise en forme du «*vivre ensemble*» aura comme effet de marginaliser la société acadienne, même si elle demeure malgré tout un lieu de socialisation et d'identité (id., ibid., p. 45).

### ***Le Nouveau-Brunswick actuel***

Sans perdre de vue cette théorisation des étapes de l'identité acadienne et ses effets sur les mentalités, il nous faut aussi considérer les éléments matériels de la situation présente des Acadiens afin de bien comprendre les propos de nos Sujets

Au recensement de 2001, le Nouveau-Brunswick comptait 729 500 personnes, dont 356 705 (49%) femmes et 372 795 (51%) hommes. Nous y retrouvons deux

principales communautés linguistiques<sup>12</sup> : anglophone et francophone. La population anglophone se chiffrait à environ 465 179 (65%), alors que l'on comptait 236 665 (33%) personnes ayant le français comme langue maternelle, c'est-à-dire le tiers de la population totale de cette province.

Les anglophones occupent la majorité de l'espace géographique, tandis que les francophones acadiens sont plutôt concentrés dans le nord-ouest (77%) et le nord-est (63,3%) de la province, mais on les trouve également dans plusieurs autres régions, notamment dans le sud-est (43,9%) (Beaudin, 1999, p. 241).

La communauté francophone est habituellement identifiée à l'ensemble des régions dites «*acadiennes*», qui comprennent les comtés de Madawaska (environ 95% de la population est de langue maternelle française), de Gloucester (85%), de Kent (80%), de Restigouche (64%), de Victoria (43%), de Westmorland (43%) et de Northumberland (29%) (Roy, 1993, p. 141).

Sur le plan économique, le Nouveau-Brunswick a vécu une crise entraînant une perte de plus de milliers d'emplois au début des années 1990. Les années qui suivirent ont été marquées par une croissance économique plutôt moyenne (LeBreton, 1999). En général, les régions du nord-est, où la majorité est francophone, sont défavorisées et ne comptent que sur une seule industrie (la pêche); l'économie, relativement restreinte, dépend pour le reste de ressources naturelles, notamment la pêche, la forêt, l'agriculture et les mines. Les travailleurs ont souvent des emplois saisonniers, qui requièrent peu de qualifications professionnelles. La région du nord-est vit présentement une

---

<sup>12</sup> Les autochtones constituent le troisième groupe linguistique et culturel de cette province. Nous y retrouvons deux communautés : les Micmacs et les Malécites. Selon le recensement de 2001, on comptait 16 990 personnes ayant une identité autochtone. Elles sont réparties sur 16 réserves (Mi'kmaq Council Composition in New Brunswick, 2003). La grande majorité d'entre elles utilisent l'anglais comme langue seconde.

«*phase de transition*» à tous les points de vue : économique, social, communautaire, politique et organisationnel, car les ressources naturelles sont en voie d'épuisement (Beaudin, 1999). Les francophones vivent surtout dans des régions rurales. Quant aux anglophones, ils vivent en majorité dans les centres urbains, ce qui leur permet d'occuper des emplois plus diversifiés, mais aussi d'accéder en plus grand nombre à des postes décisionnels et spécialisés.

Par ailleurs, selon le recensement de 2001, au Nouveau-Brunswick, la population totale de 15 ans et plus se chiffre à 589 370. Le niveau de scolarité s'établit ainsi : 1) 219 820 (37%) ont un niveau inférieur au certificat d'études secondaires<sup>13</sup>; 2) 143 530 (24%) détiennent un diplôme d'études secondaires; 3) 66 645 (11%) possèdent un certificat ou un diplôme d'une école de métiers; 4) 81 545 (14%) ont un certificat ou un diplôme collégial et 5) 77 830 (13%) possèdent un certificat, un diplôme ou un grade universitaire<sup>14</sup>.

Toujours selon le recensement de 2001, la population active se chiffre à 371 805 avec un taux d'activité de 63,1 %. Le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus est de 24 091\$, celui des ménages<sup>15</sup>, de 47 352\$ et celui des familles<sup>16</sup>, de 52

---

<sup>13</sup> Selon Beaudin (1999), en général, ce sont les régions de Kent et de la Péninsule acadienne où l'on retrouve les plus fortes proportions, soit 30% des personnes ayant ce niveau de scolarité.

<sup>14</sup> Selon Beaudin (1999), la majorité d'entre eux demeurent dans les centres urbains.

<sup>15</sup> « *Ménage – personne ou groupe de personnes (autres que des résidents étrangers) occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada* » (Statistiques Canada. <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/prprofile>).

<sup>16</sup> « *Famille de recensement – couple marié (avec ou sans enfants des deux conjoints ou de l'un d'eux), couple vivant en union libre (avec ou sans enfants des deux partenaires ou de l'un d'eux) ou parent seul (peu importe son état matrimonial) demeurant avec au moins un enfant dans le même logement. Un couple vivant en union libre peut être de sexe opposé ou de même sexe. Les*

704\$. Selon Beaudin (1999), les deux communautés linguistiques sont également touchées par le chômage. Au dernier recensement de 2001, on compte 46 475 chômeurs, soit un taux de chômage de 12,5 %.

Au plan religieux, les Acadiens sont en majorité de confession catholique romaine, alors que chez les Anglais, les loyalistes sont de confession protestante et les Irlandais sont catholiques romains (Johnson et McKee-Allain, 1999). Au dernier recensement de 2001, la population totale de confession 'catholique'<sup>17</sup> se chiffre à 386 050 et celle de confession 'protestante' est de 263 075. De plus, on compte 635 personnes de confession 'orthodoxe chrétienne', 8 120 personnes de confession chrétienne n.i.a.<sup>18</sup> et 4 810 personnes appartenant à d'autres confessions religieuses<sup>19</sup>. Enfin, 57 660 personnes disent n'être d'aucune appartenance religieuse<sup>20</sup>.

---

*« enfants » dans une famille de recensement incluent les petits-enfants vivant dans le ménage d'au moins un de leurs grands-parents, en l'absence de parents.»*

(Statistiques Canada. <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/prprofile>).

<sup>17</sup>*«Comprend catholique romaine, catholique orientale, Église catholique nationale polonaise et vieille-catholique.»*

(Statistiques Canada. <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/prprofile>)

<sup>18</sup>*«Comprend la plupart des réponses chrétienne, non déterminée autrement.»* (Statistiques Canada. <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/prprofile>).

<sup>19</sup>*«Comprend Musulmane, Juive, Bouddhiste, Hindoue, Sikh, religions orientales (Baha'i, Eckankar, etc.), et autres religions (Spiritualité autochtone, Païenne, Wicca, Nouvel Âge, Gnostique, Statanique, etc.)»*

(Statistiques Canada. <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/prprofile>).

<sup>20</sup>*«Comprend Agnostique, Athée, Humaniste, et Aucune religion, et autres réponses, telles que darwiniste, etc.»*

Ces données détaillées auront leur importance dans l'analyse des discours des Sujets.

### *Statistiques sur le suicide au Nouveau-Brunswick*

En 2001, le taux de suicide général non ajusté au Nouveau-Brunswick est de 12,6 par 100 000 habitants selon les estimations de la population de 2000 (ministère de la Santé et du Mieux-être du N.-B., 2003).

Au Nouveau-Brunswick comme ailleurs, le suicide touche plus particulièrement la population masculine. Durant les années 1995, 1996 et 1997, le suicide est la principale cause de décès chez les hommes entre 25 et 29 ans. Le taux de suicide des hommes âgés de 35 à 49 ans connaît une augmentation importante entre 1987 et 1998, passant de 15,71 à 23,4 par 100 000 habitants de ce sexe et de ce groupe d'âge (Barcelo, et al., 1997; MSSC, N.-B., 1998, 1999, 2001). Chez les garçons de 15 à 19 ans, le taux de mortalité par suicide passe, entre 1990 et 1995, de 19,72 à 28,57 par 100 000 habitants. Au Canada, le ratio de suicides homme/femme est de quatre pour un. Dans l'ensemble au Nouveau-Brunswick, ce ratio est plus élevé en général.

Dans cette province, d'année en année, la mortalité (connue) par suicide touche davantage les régions du Nord, dont la population est surtout francophone (MSSC, N.-B., 1997, 1998; MSME, 2003).

En 2001, les moyens les plus utilisés par les hommes en vue de se suicider sont la pendaison, la strangulation ou la suffocation (41%), suivi de l'utilisation de l'arme à feu (27%), tandis que les femmes recourent d'abord aux surdoses de médicaments (45%) et, plus rarement, aux armes à feu (20%) (MSME, 2003).

Concernant les antécédents, on note dans les données récentes (1994-1998) que le quart des suicidés ont déjà fait une tentative avant celle qui a conduit à leur mort (Barcelo, et al. 1997; MSSC, 1997, 1998, 1999). C'est la seule donnée dont témoignent les documents disponibles. Parmi les autres écrits consultés (ne portant pas sur le Nouveau-Brunswick), des auteurs estiment qu'environ 17% des personnes ayant fait une tentative de suicide vont répéter leur geste au cours de la première année et que de 3 à 13 % de ceux qui ont posé un geste suicidaire vont finalement se suicider (Hawton et Fagg, 1988).

### *Statistiques sur les tentatives de suicide au Nouveau-Brunswick*

Les données sur les tentatives de suicide au Nouveau-Brunswick nous ont été fournies, à notre demande par le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick<sup>21</sup>. Aux fins de cette thèse, nous avons compilé des données brutes sur les tentatives de suicide ayant donné lieu à des hospitalisations<sup>22</sup>. Ces données ont été analysées par région sanitaire. Au Nouveau-Brunswick, il existe sept régions sanitaires : Région I Sud-Est (Moncton); Région II Sud (Saint-Jean); Région III Centre-Ouest (Fredericton); Région IV Nord-Ouest (Edmundston); Région V Nord (Campbellton); Région VI Nord-Est (Acadie-Bathurst) et Région VII Centre-Est (Miramichi) (voir la figure 1).

---

<sup>21</sup> En avril 2000, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a changé l'appellation du ministère des Services sociaux communautaires (MSSC) pour le ministère de la Santé et du Mieux-être (MSME).

<sup>22</sup> Celles-ci ne tiennent pas compte des personnes qui se présentent dans les services d'urgence ou dans d'autres services pour y recevoir les premiers soins à la suite d'une tentative de suicide, si elles ne sont pas hospitalisées.

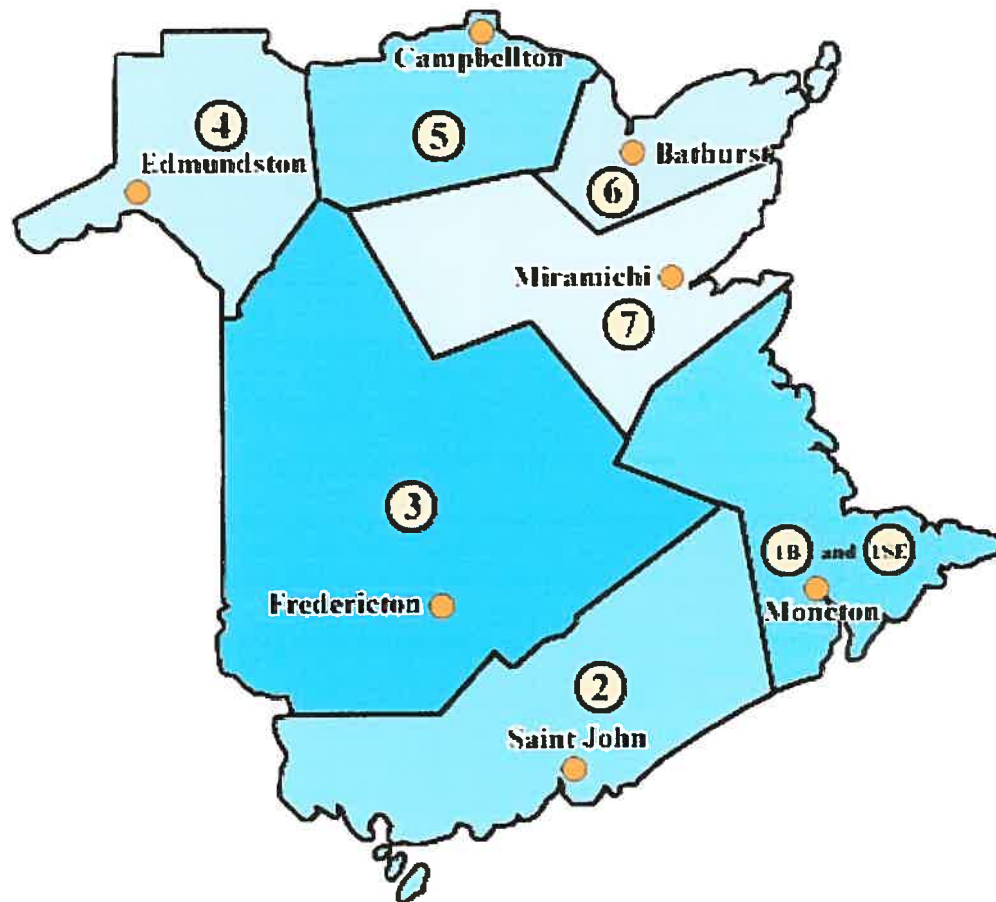


Figure 1 : Carte des régions sanitaires du Nouveau-Brunswick.

D'après les données brutes du ministère de la Santé et du Mieux-être (2000) sur les personnes ayant été hospitalisées après avoir attenté à leur vie entre 1995 et 1999 et selon nos calculs, le taux moyen annuel de personnes hospitalisées après avoir fait une tentative de suicide est de 120,6 par 100 000 habitants, le taux annuel variant entre 112,4 et 128,5. Le taux diminue tant chez les hommes que chez les femmes, mais la période considérée (1995-1999) est trop courte pour qu'on puisse émettre une hypothèse à ce sujet (voir la figure 2).

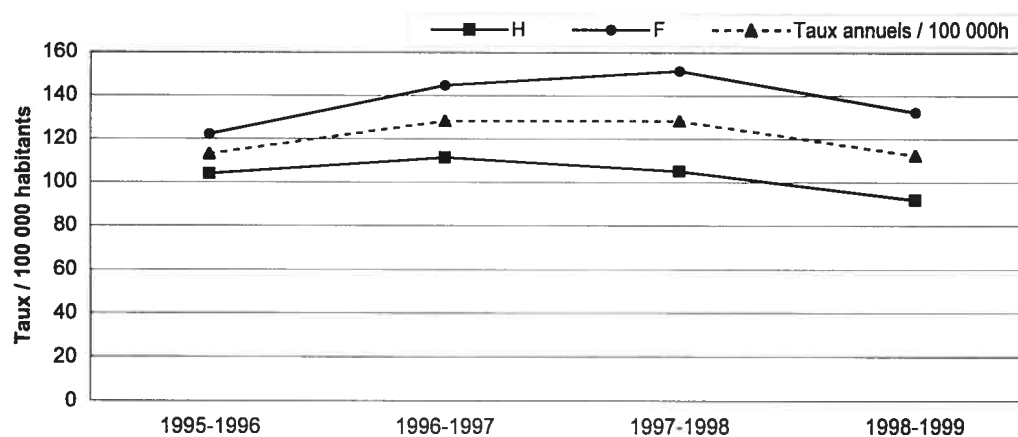


Figure 2 : Taux annuels de tentatives de suicide par 100 000 habitants selon le sexe, 1995-1999. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000.

Entre 1995 et 1999, quarante-deux pour cent (42%) des personnes qui attendent à leur vie sont des hommes et cinquante-huit pour cent (58%) sont des femmes (voir figure 3).

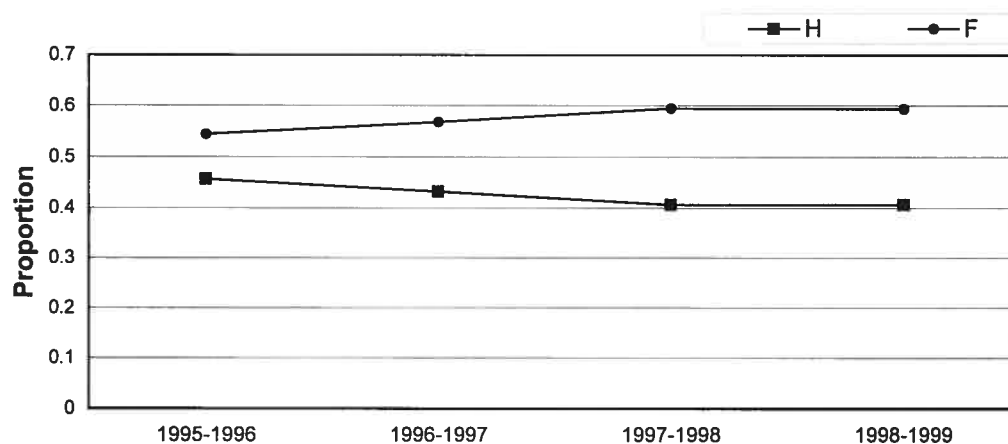


Figure 3 : Proportion de tentatives de suicide selon le sexe, 1995-1999. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000.

En ce qui concerne les régions, le nombre de tentatives de suicide varie. Les régions IV, V, VI, VII sont, pour cette période, celles dont les taux sont les plus



élevés. Ce sont celles, sauf la région 7, dont la population est majoritairement francophone (voir les figures 4, 5, 6, et 7).

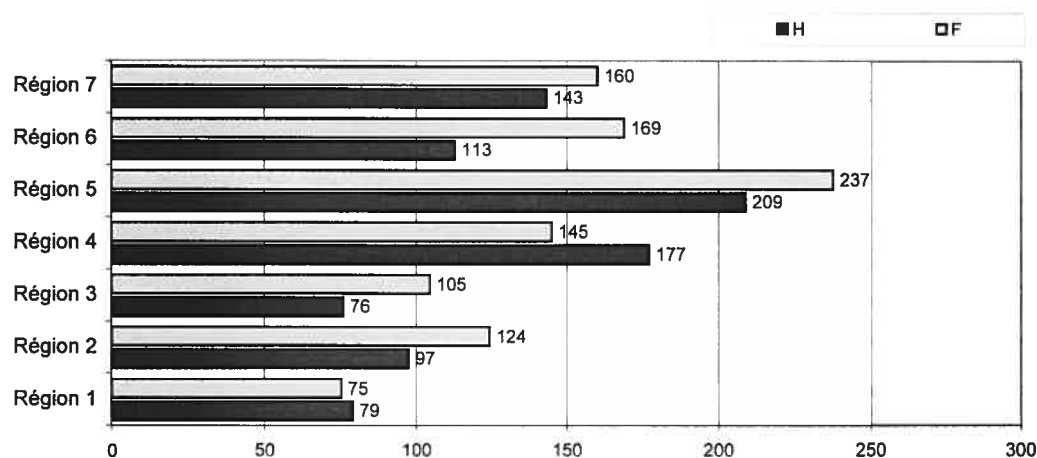


Figure 4 : Taux de tentatives de suicide par 100 000 habitants par sexe et par région sanitaire au Nouveau-Brunswick, 1995-1996. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000.

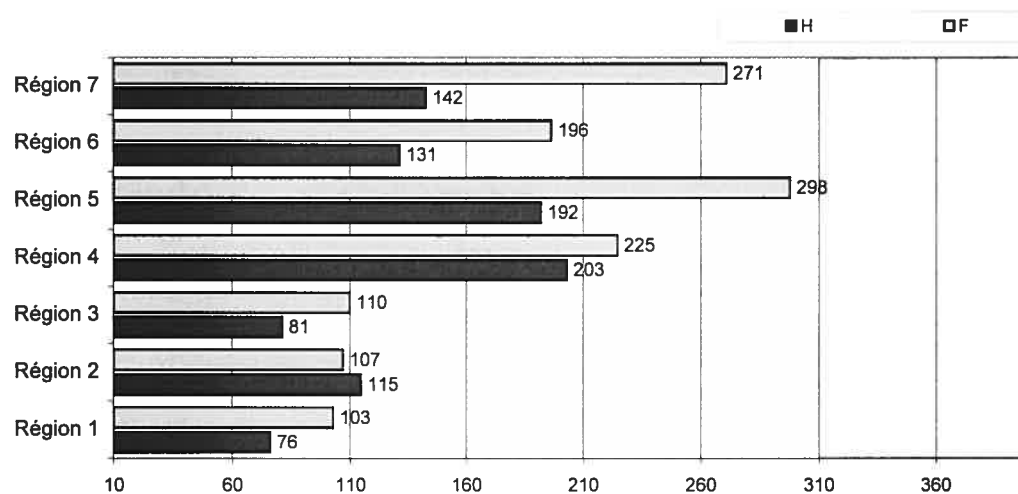


Figure 5 : Taux de tentatives de suicide par 100 000 habitants par sexe et par région sanitaire du Nouveau-Brunswick, 1996-1997. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000.

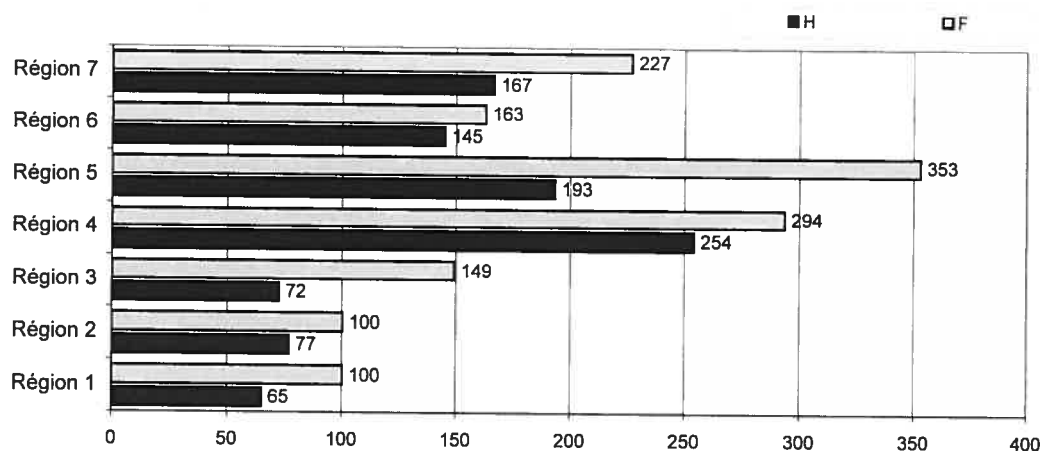


Figure 6 : Taux de tentatives de suicide par 100 000 habitants par sexe et par région sanitaire au Nouveau-Brunswick, 1997-1998. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000.

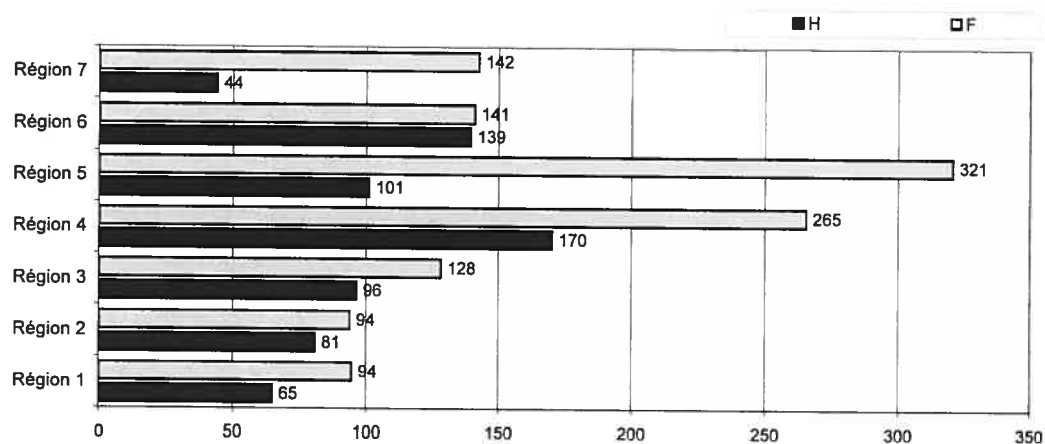


Figure 7 : Taux de tentatives de suicide par 100 000 habitants par sexe et par région sanitaire au Nouveau-Brunswick, 1998-1999. Source : ministère de la Santé et du Mieux-être, N.-B., 2000.

En résumé, dans l'ensemble de la province, le taux de suicide des hommes est plus élevé que celui des femmes, mais le taux de femmes hospitalisées après avoir fait une tentative de suicide est plus élevé que celui des hommes. Cette situation n'est pas propre au Nouveau-Brunswick; les autres provinces canadiennes et les États-Unis font état de données similaires (Sakinosfsky, 1998; Maris, 2000).

## Conclusion

Notre recension des écrits a montré que ce sont les études inspirées par une approche compréhensive qui ont, plus que celles qui utilisent une approche positiviste, recherché et tenu compte des idées et des conceptions que les suicidaires ont de la mort, et qui s'intéressent aux intentions ou aux significations que les suicidaires donnent à leur acte, à la mort et à l'après-mort. Toutefois, d'autres perspectives, comme celle de Durkheim, et les hypothèses, notamment celle des corrélations entre suicide et facteurs macrosociaux, nous seront utiles lorsque viendra le temps d'interpréter nos données. Mais au niveau opérationnel, ce sont les études de Douglas, Baechler, Volant, Gratton, Shneidman et Everall qui nous paraissent proches des perspectives qui sont les nôtres.

L'étude de Douglas est importante pour notre recherche. D'après ce sociologue (1967), la signification de la mort prend des sens différents selon le milieu culturel des individus. Il appuie son raisonnement sur celui de Wahl (1957), qui soutient qu'on ne peut saisir la dynamique profonde du suicide que si l'on comprend le sens donné à la mort dans un milieu précis. Nous pensons que chez les Acadiens du Nouveau-Brunswick, les représentations de la mort et de l'après-mort sont entre autres marquées par les croyances chrétiennes, mais aussi par les nouvelles représentations caractéristiques des dernières décennies.

Par ailleurs, la typologie de Baechler (1981) nous aidera à catégoriser les manifestations et la signification de l'acte suicidaire. L'étude de Volant et de ses collaborateurs (1990) nous fournira plusieurs pistes quant aux significations que les suicidaires peuvent donner à leur geste et à la mort dans un contexte canadien. Quant à l'étude de Gratton (1996), qui porte aussi sur des Sujets québécois, elle se situe, comme la précédente, dans une perspective herméneutique et vient rejoindre nos préoccupations.

La majorité des études en sciences de la santé ne traitent pas de la représentation du suicide, de la tentative de suicide, de la mort et de l'après-mort. Cependant, l'étude de l'auteure canadienne Everall (2000) a retenu notre attention. Everall s'intéresse au Sujet suicidaire et à l'interprétation que ce dernier donne à son geste. Nous y reviendrons donc dans l'interprétation de nos données.

Parmi les considérations sur le contexte, rappelons que sur le plan épidémiologique, le Nouveau-Brunswick n'est pas plus touché que les autres provinces canadiennes par le suicide et la tentative de suicide. Toutefois, les régions du Nord du Nouveau-Brunswick où vivent en majorité des francophones, sont plus affectées que les régions du Sud, où il y a une plus forte concentration de citoyens anglophones.

En somme, ce premier chapitre pose le cadre et l'orientation de notre étude qui en détermineront la méthode. C'est notre expérience clinique et l'inefficacité d'autres approches pour comprendre et prévenir le phénomène et les gestes suicidaires qui nous ont amenée à retenir la perspective du sens dans cette thèse, où nous poursuivons un but préventif autant que heuristique.

## Chapitre II

### Problématique et méthode de recherche

Ce chapitre comporte trois parties : l'introduction, la problématique et la méthode de recherche.

#### 2.1 Introduction

Dans le cadre de cette thèse, nous avons choisi un paradigme de la connaissance qui réunit deux orientations épistémologiques, celle de Husserl (1998) et de Schutz (1987, 1998) en phénoménologie, et celle de Berger et Luckmann (1996), deux sociologues qui ont porté une attention particulière à la construction sociale de la signification à partir des expériences de la vie quotidienne. Pour aborder notre objet à partir de ces perspectives, nous avons opté pour une recherche qualitative qui s'inscrit dans une démarche exploratoire portant sur le sens donné par les Sujets à l'acte suicidaire.

Les méthodes associées à la phénoménologie scientifique et à la théorie de la construction sociale de la réalité ont guidé les stratégies de recherche. La méthode phénoménologique scientifique commandait de mettre en lumière l'expérience suicidaire à partir du vécu du Sujet ayant attenté à sa vie. En phénoménologie, l'expérience ou «*le monde phénoménologique*» est l'élément de conciliation entre «*l'extrême objectivisme et l'extrême subjectivisme*» (Merleau-Ponty, 1967, p. xv). Le Sujet connaissant et l'objet connu sont indissociables. Ils constituent ce que Husserl appelle «*le monde de l'attitude naturelle*». Le sens ou la signification (meaning), comme le soutient Schutz, est «*le résultat d'une interprétation d'une expérience passée, que l'on envisage réflexivement à partir du Maintenant.*» (Schutz, 1987, p. 107) Cette signification

comprend les «*motifs parce-que*» et les «*motifs en-vue-de*». Lorsque nous avons commencé cette thèse, nous étions intéressée à connaître le sens que des personnes décédées par suicide donnaient à leur geste, à leur mort et à l'après-mort. Mais, comme il était impossible de les interviewer et que nous ne voulions pas obtenir cette information d'autres sources, nous avons alors choisi de diriger notre attention vers ceux et celles qui, à un moment précis de leur vie, avaient vécu une expérience suicidaire et avaient survécu. Pour notre thèse, le Sujet suicidaire sera considéré comme un informateur privilégié ayant une connaissance singulière de son geste. Notre idée n'est pas de déterminer le degré de létalité de la tentative de suicide au moment du passage à l'acte, mais d'amener le Sujet à décrire ce qu'il considère comme une ou des tentatives de suicide afin de relever, à travers son discours, la ou les signification(s) donnée(s) à son expérience et le sens donné au suicide, à la mort et à l'après-mort. Chaque Sujet rencontré a été invité à décrire son geste et le contexte entourant sa tentative de suicide et à «reconstruire» la signification qu'il y donne maintenant. Cette reconstruction du sens donné à l'expérience suicidaire est considérée dans cette étude comme une interprétation d'une expérience passée (les «*motifs parce-que*» et les «*motifs en-vue-de*») que le Sujet de l'étude va re-reconstruire à notre demande, (Schutz, 1987). C'est à travers l'analyse de la narration de chacun que nous retracerons les aspects du contexte de l'acte, du sens qu'y attache le Sujet (Guba et Lincoln, 1994; Kvale, 1996).

Il nous faudra tenir compte des déterminants historiques, culturels et contextuels des représentations dans l'analyse des entretiens de recherche. Nous comprenons donc que le discours des Sujets reflète le stock de connaissances et d'expériences culturelles partagées par les Acadiens du Nouveau-Brunswick, entre autres sur les institutions, les rôles et les sous-univers de significations (Schutz, 1987; Berger et Luckmann, 1996).

## **2.2 Problématique de recherche**

Les études qui portent sur le suicide et la tentative de suicide sont souvent commandées par des considérations de santé publique et, en conséquence, adoptent une approche épidémiologique; elles sont davantage tournées vers la mesure du phénomène et son évolution dans le temps. D'autres recherches tournées vers la prévention adoptent aussi une approche quantitative; certaines sont comportementales et prédictives. Nous avons choisi une tout autre voie, phénoménologique et constructiviste, qui suppose un intérêt constant au discours des intéressés, les Sujets qui ont fait une tentative de suicide. Ce choix commande une approche qualitative, l'écoute des Sujets, de la signification et du sens qu'ils donnent à leur vie, à leurs tentatives, au suicide et à la fin de la vie.

### **2.2.1 La question de recherche**

La question de recherche dans le cadre de cette thèse se pose comme suit :

*Comment le Sujet néo-brunswickois francophone ayant fait une tentative de suicide interprète-t-il son expérience et quel sens donne-t-il au suicide, à la mort et à l'après-mort?*

### **2.2.2 Les objectifs de recherche**

Nous poursuivons quatre objectifs dans cette thèse :

1. Saisir comment est apparu chez certaines personnes, à un moment et dans un contexte précis de leur vie, la décision de poser un geste suicidaire;
2. Mettre en lumière la signification qu'elles donnent à leur acte, au suicide, à la mort et à l'après-mort et découvrir et analyser, à travers leur discours, ce qui les a poussées à agir comme elles l'ont fait et le but qu'elles visaient dans cet acte;

3. Appréhender comment la culture et le monde social dans lesquels elles vivent interviennent dans la «construction» du contenu de la signification qu'elles attachent à la mort volontaire;
4. Faire apparaître les représentations que ces personnes attachent au suicide, à la mort et à l'après-mort en vue de proposer aux cliniciens et aux administrateurs des pistes d'intervention auprès des personnes suicidaires.

### **2.2.3 L'hypothèse de recherche**

Nous faisons l'hypothèse, comme d'autres auteurs avant nous, que les significations que les individus donnent à leurs expériences et à leurs conduites sont des produits de construits culturels et sociaux. En quelque sorte, les individus sont porteurs des représentations culturelles et sociales, qu'ils attachent à leurs conduites, y compris au suicide et à la tentative de suicide.

Nous voulons vérifier cette hypothèse auprès de Sujets suicidaires de notre milieu de travail, des Néo-Brunswickois de langue française. Des auteurs estiment que la population acadienne de notre province constitue une société particulière de langue, de destin politique, de croyances, de valeurs et de contexte économique et socio-éducatif, comme nous l'avons montré au chapitre précédent. Nous tiendrons compte de cela en analysant les propos des Sujets interviewés, afin de mieux comprendre la signification de leur expérience suicidaire et le sens qu'ils donnent au suicide, à la mort et à l'après-mort. Ce sens et cette signification renvoient aux conceptions du suicide exposées, entre autres par les médias de la province et du pays, dans les politiques gouvernementales et véhiculées par l'Église. Tout cela construit le sens de la mort volontaire, de la vie et de la vie après la mort et structure les valeurs, les croyances et les normes de la société dans laquelle vivent les Sujets. Ces valeurs ont été intériorisées par les Sujets au cours de l'histoire personnelle et sociale.



## 2.3 Méthode de recherche

### 2.3.1 Technique de cueillette de données

La technique de cueillette des données consistait en des entretiens semi-structurés, au cours desquels les Sujets étaient invités à s'exprimer librement sur les thèmes de l'étude : leur expérience de la tentative de suicide et le sens donné à la mort et à l'après-mort. Nous n'avons pas choisi l'entrevue non-directive pour deux raisons : l'une éthique. L'entrevue en était une de recherche et ne devait pas prendre un tour thérapeutique. La deuxième, la pré-expérimentation nous avait montré que les Sujets réclamaient une structure et des questions précises afin de mieux contrôler l'aspect anxiogène que suscitait la divulgation de leur expérience suicidaire.

Le type d'entretien semi-structuré que nous avons utilisé est défini entre autres par Quivy et Campenhoudt (1995), qui distinguent cette technique de l'entrevue entièrement 'ouverte', d'une part, et de l'entretien structuré, d'autre part :

*«L'entretien est toujours demandé par le chercheur et non par l'interlocuteur. Il porte plus ou moins directement sur le thème imposé par le chercheur et non sur ce dont son interlocuteur désire parler... (S)on objectif est lié aux objectifs de la recherche et non au développement personnel de la personne interviewée. Cependant et sans s'abuser lui-même sur le caractère non-directif des entretiens exploratoires qu'il sollicite, le chercheur en sciences sociales peut s'inspirer avec grand profit de certaines caractéristiques majeures de la méthode de Rogers et, à certains points de vue, calquer son comportement sur celui du psychothérapeute non-directif. En effet, mis à part le fait qu'il évitera de laisser son interlocuteur parler longuement de sujets qui n'ont aucun rapport avec le thème prévu au départ, il s'efforcera d'adopter une attitude aussi peu directive et aussi «facilitante» que possible.» (Quivy et Campenhoudt, 1995, p. 68)*

### 2.3.2 Étapes de recherche

#### *Entrevues préparatoires*

Dans l'intention d'examiner la faisabilité de l'étude et de construire une grille de questions adaptées aux thèmes de recherche, cinq premiers Sujets ont été interviewés. Ces entrevues allaient nous assurer que les questions que nous projetions de poser permettraient de recueillir des données pertinentes à notre objet et bien reliées aux thèmes retenus : l'expérience suicidaire et le sens donné au suicide, à la mort et à l'après-mort<sup>23</sup>. Ces préentrevues ne sont pas incluses dans le corpus, car nous avons ensuite modifié la structure de l'entrevue et la grille proprement dite n'était d'ailleurs pas encore complète lors de ces entretiens exploratoires.

#### *Le recrutement des Sujets*

Nous avons demandé à des collègues travaillant dans le secteur de la santé mentale de contacter pour nous des Sujets. Il importait pour recruter une population suffisamment diversifiée, que les lieux de 'recrutement' des Sujets soient variés. Aussi nous sommes-nous adressée à des professionnels et intervenants (référents) travaillant dans des centres de santé mentale, des hôpitaux, des unités psychiatriques et des cliniques médicales, à des psychologues et psychiatres travaillant en pratique privée et à des intervenants dans les centres

---

<sup>23</sup> À cet effet, Deslauriers (1991) mentionne : «*Le guide d'entrevue comprend ordinairement une douzaine de points, parfois un peu moins, qui constituent autant de jalons pour orienter l'entrevue. En l'élaborant, le chercheur essaie d'adopter le point de vue du répondant potentiel et de saisir ce qui l'intéressera d'abord. La plupart du temps, il faut tester le guide adopté au début de la recherche et l'ajuster aux réponses obtenues : il arrive souvent que les questions retenues initialement ne soient pas suffisamment pertinentes et qu'il faille les changer pour adapter la phraséologie au langage des personnes interviewées*» (p. 36).

de crise. Nous avons aussi demandé la collaboration de non-professionnels membres de groupes d'entraide, d'organismes à but non lucratif, de centres d'activités pour les bénéficiaires en santé mentale, du clergé et de l'Association des bénéficiaires en santé mentale.

Les référents identifiaient, dans leur milieu de travail ou dans leur entourage, les suicidaires répondant à nos critères, qui devaient être âgés de 18 ans et plus, avoir fait au moins une tentative de suicide au cours des cinq dernières années, être mentalement compétents, être à même de s'exprimer en français et consentir à parler de leur expérience suicidaire (être capables de se rappeler les circonstances entourant l'acte suicidaire).

La description qui précède constituait en quelque sorte le 'plan théorique' que nous comptions suivre. Toutefois, un problème de recrutement a surgi. Parmi les personnes ayant fait une tentative récente, il s'en est trouvé moins que nous n'avions cru qui ont accepté de collaborer et moins que nous nous y attendions qui ont été référées par les intervenants à qui nous avons demandé de collaborer à notre recherche. Les professionnels expliquaient cette difficulté en partie par la nature de la question de recherche, qui traite de l'expérience suicidaire, de la représentation de la mort et de l'après-mort; ce serait, disaient-ils, «malaisé» pour les Sujets de s'exprimer sur ces thèmes<sup>24</sup>. Dans le but de recruter un nombre suffisant de Sujets et d'avoir une population diversifiée, nous avons parfois dû déroger au critère de «récence de l'expérience suicidaire» (une tentative de suicide faite au cours des cinq dernières années). Nous avons interviewé tous les «volontaires» qui se souvenaient de leur expérience.

---

<sup>24</sup>Après coup, cependant, la majorité des personnes qui se sont prêtées à l'entrevue ont trouvé cela «moins difficile» (à la fin) qu'ils ne l'avaient craint au départ.

Les référents contactaient les Sujets potentiels et sollicitaient leur participation. Lorsque les Sujets se montraient intéressés, les référents leur exposaient, comme l'exigent les codes d'éthique, les risques et les avantages de participer à ce type d'entrevue. Ils présentaient la chercheuse et indiquaient aux Sujets qu'ils seraient libres en tout temps de mettre fin à l'entretien. Si les Sujets maintenaient leur décision de participer, les professionnels ou intervenants leur faisaient signer, en présence d'un témoin, un formulaire les autorisant à divulguer à la chercheuse leurs nom et coordonnées (voir les annexes A, B et C).

La chercheuse entraînait alors en contact par téléphone avec les Sujets volontaires, leur rappelait l'objet de la recherche, leur proposait une date pour l'entrevue et s'entendait avec eux sur l'heure et le lieu. Au moment de l'entrevue, nous faisons à nouveau un rappel du cadre de la recherche (thèse de doctorat) et des raisons pour lesquelles leur participation était sollicitée. Les Sujets étaient invités à formuler des questions sur le projet ou leur participation, puis nous procédions aux formalités requises par les règles éthiques. Ce n'est que lorsque le formulaire de «*consentement définitif*» était signé que l'entrevue commençait (voir les annexes D et E).

### ***Corpus empirique***

Les entrevues ont toutes été conduites par l'auteure de cette thèse. Les propos des Sujets ont été enregistrés et retranscrits intégralement par une secrétaire dont la discrétion est assurée. Les verbatim ont été relus et comparés aux versions audio par la chercheuse afin de s'assurer que le discours était retranscrit intégralement<sup>25</sup>. Les entretiens étaient d'une durée maximale de quatre-vingt-dix minutes. Ils se sont tenus à la convenance des interviewés, à leur domicile ou à un endroit neutre.

---

<sup>25</sup>Dans certains cas, cela n'a pas été facile, car la langue parlée par les Sujets renvoyait à la langue acadienne; par ailleurs, certains Sujets étaient confus.

La collecte des données s'est échelonnée sur une période de cinq mois, de décembre 2000 à mai 2001.

Le corpus empirique est constitué de 28 entrevues<sup>26</sup>. Les Sujets sont 18 femmes et 10 hommes. À partir de notre connaissance du milieu et de la clientèle des services de santé mentale, nous estimons que les Sujets et leur récit sont représentatifs. La population étudiée est comparable à celle du réseau et les récits contiennent de nombreux renseignements similaires à ce que nous connaissons. Les discours recueillis répondent aux critères de saturation<sup>27</sup>, car nous avons cessé de recruter des Sujets que lorsque les récits entendus n'apportaient pas de nouvelles données.

### ***Grille d'entrevue***

Notre grille d'entrevue respecte le plus possible la perspective phénoménologique. Nous avons cherché à amener les Sujets à décrire la mise en oeuvre adoptée dans l'acte de suicide. L'approche constructiviste nous rendait attentive aux éléments du récit qui témoignent de ce qui avait amené les Sujets à construire et à édifier le sens et la signification du geste, les motivations, les moyens et les objectifs visés.

Dans le cadre des entrevues retenues, nous avons utilisé la grille suivante pour structurer les rencontres :

---

<sup>26</sup> La chercheuse a interviewé 29 personnes. Un entretien a dû être rejeté parce qu'il était trop confus. Nous ne parvenions pas à reconstruire la trame de l'événement ni à faire le lien entre les personnages et les incidents relatés.

<sup>27</sup> «*Si le chercheur décide d'utiliser la notion de saturation, c'est dans le sens d'atteindre «l'exhaustivité» de chaque univers de travail; elle ne concerne pas l'accumulation extensive des données pour généraliser au niveau empirique à la population correspondante, mais bien une accumulation intensive et complète. La notion de saturation ou, mieux encore, d'exhaustivité ne conserve ici que sa « fonction opérationnelle » : elle nous dit quand arrêter la collecte verticale, en suggérant qu'on a fait le tour du cas concret (all-around study).*» (Pirès, 1997, p. 162)

### **Introduction**

- a) Formalités éthiques et prise des coordonnées sociodémographiques

### **Thème I La signification de l'expérience suicidaire**

- a) Comment le Sujet comprend son geste suicidaire.
  - i) Les facteurs déclenchant le geste.
  - ii) Les facteurs appartenant à un passé récent (dans l'année).
  - iii) Les facteurs éloignés ou appartenant à un passé moins récent.
- b) Comment le Sujet interprète son geste après coup
  - i) Les motifs parce-que... et les motifs en-vue-de...
  - ii) Les réactions qui perdurent

### **Thème 2 La description de la scène suicidaire**

- a) Le moment suicidaire.
  - i) Le ou les moyens employés pour se suicider.
  - ii) Le lieu où s'est déroulée l'expérience suicidaire.
- b) Le moment du 'réchappage'.
  - i) Qui a fait l'appel et comment le Sujet s'est 'réchappé'.
  - ii) Le ou les traitements reçus.
  - iii) La ou les réactions personnelles suivant le 'réchappage'.
- c) L'après.
  - i) La ou les réactions des proches.
  - ii) La ou les réactions de l'entourage et ce qu'elles inspirent aux Sujets.
  - iii) Le ou les traitements auxquels ils ont eu recours par la suite.

### **Thème 3 Le sens que les Sujets donnent à la mort et à l'après-mort**

- a) Le sens donné à la mort.
- b) Le sens donné à l'après-mort.

### **Conclusion**

- a) Commentaires des Sujets sur le déroulement de l'entrevue.

### *Déroulement des entrevues de recherche*

Après avoir posé quelques questions sur les caractéristiques sociodémographiques des Sujets, nous enchaînions avec le premier thème à l'étude, en demandant : *Voulez-vous me parler de votre (vos) tentative(s) de suicide? Vous pouvez commencer où vous voulez.* Comme c'était la première fois, pour la majorité des Sujets, qu'ils avaient l'occasion de s'exprimer sur cette expérience, nous les avons relancés à quelques reprises en cours de récit dans l'intention de les aider à mettre de l'ordre dans leurs idées ou pour susciter leur réflexion :

*Quel âge aviez-vous à l'époque?(ou)*

*Que se passait-il à ce moment-là dans votre vie?*

Ensuite, nous abordions le thème 2, si le Sujet ne l'avait pas fait lui-même :

*Pouvez-vous me décrire votre tentative de suicide? (ou)*

*Quelle a été la réaction des membres de votre famille à votre geste? (ou)*

*Que vous ont-ils dit? (ou)*

*En dehors de votre famille, cela s'est-il su? Si oui, quelle a été la réaction?*

Quand les Sujets avaient terminé la description de l'acte suicidaire, nous explorions avec eux quelles significations ils donnaient, à ce point de l'entrevue, à leur geste :

*Aujourd'hui, comment voyez-vous cela?*

En troisième lieu, nous invitons les Sujets à nous dire ce qu'ils pensaient de la mort et de l'après-mort :

*Je voudrais que vous me disiez ce qu'est pour vous la mort.*

*Que pensez-vous qu'il y a après la mort?*

Enfin, nous recueillions les commentaires des Sujets sur l'entretien de recherche.

## **2.4 Types d'analyse des données**

Les entrevues textuelles ont été soumises à deux types d'analyse, une par récit individuel et une autre thématique horizontale, recoupant tous les récits. Nous expliquons les méthodes d'analyse aux chapitres 3 et 4.



## **Chapitre III**

### **L'analyse des récits individuels**

#### **3.1 Introduction**

Avant de laisser le lecteur s'engager dans deux chapitres d'analyse, le premier portant sur chaque récit et l'autre les reprenant par thèmes, il nous paraît nécessaire de rappeler l'orientation de notre thèse. Nous avons choisi de faire une étude s'inspirant de l'approche phénoménologique. Cette perspective exige que nous nous tenions le plus proche possible de la description des événements, tels qu'ils sont perçus et racontés par les Sujets eux-mêmes, et recherche sans cesse la signification que ceux-ci donnent à leur geste, leur compréhension de ce qui l'a déclenché, les mobiles invoqués pour vouloir se suicider et enfin, le sens que chacun donne à la tentative de suicide (la leur, mais aussi toute tentative de suicide), au suicide, à la mort et à l'après-mort.

Aussi, dans l'analyse verticale des récits individuels, avons-nous laissé beaucoup de place aux Sujets. Les vignettes étant forcément des résumés de plusieurs pages de récits, nous les parsemons d'extraits textuels qui permettront au lecteur de juger de notre compréhension des propos textuels.

#### **3.2 Étapes de l'analyse des récits individuels**

Le texte intégral de chaque entrevue a été analysé et entièrement découpé en unités en fonction des questions, thèmes et sous-thèmes contenus dans la grille d'entrevue présentée à la fin du chapitre II, pages 61 et 62. L'analyse s'est faite par étapes en nous inspirant des méthodes proposées par Kvale (1996) et Giorgi (1997a, 1997b).

- Étape 1 : Les verbatim ont été découpés (surlignés) en unités en suivant les questions, thèmes et sous-thèmes de la grille d'entrevue.
- Étape 2 : Les unités ont été réduites à quelques mots.
- Étape 3 : Des significations ont été assignées à chaque unité synthétique par thèmes et sous-thèmes et une donnée numérique a été accolée à chacune, indiquant sa localisation dans le texte d'entrevue (voir l'annexe F).
- Étape 4 : Pour nous assurer de la validité du processus utilisé, nous avons demandé à deux collègues de procéder à l'analyse de trois entretiens, sans notre présence, et de coter ces entretiens à partir de la grille. Ils sont arrivés à des résultats semblables aux nôtres dans plus de 70% des cas.
- Étape 5 : À partir des unités synthétiques, par thèmes et sous-thèmes, nous avons construit de brèves synthèses des propos des Sujets.
- Étape 6 : Pour nous assurer de la fiabilité de nos résumés par rapport au sens que les Sujets eux-mêmes donnent à leurs propos, nous en avons soumis le contenu par téléphone à des interviewés. Dix ont été approchés, dont cinq ont été joints et ont accepté d'entendre la synthèse de leurs propos. Chacun nous a assuré que notre résumé correspondait à ce qu'il avait confié concernant son expérience suicidaire, la description qu'il nous en avait faite et le sens qu'il donne à la mort et à l'après-mort.

### 3.3 Profil sociodémographique des Sujets<sup>28</sup>

#### *L'âge<sup>29</sup> des Sujets*

L'âge moyen des Sujets est de 45 ans. Le plus jeune Sujet a 19 ans et le plus âgé a 67 ans.

#### *Statut civil*

Sur les 28 Sujets :

- 7 sont mariés;
- 6 vivent en union de fait;
- 6 sont séparés;
- 6 sont célibataires;
- 3 sont divorcés.

Sur les 28 Sujets : 22 ont des enfants.

#### *Scolarité*

- 1 Sujet n'a pas terminé la scolarité primaire.
- 7 n'ont pas terminé leurs études secondaires.
- 16 ont terminé une 12<sup>e</sup> année.
- 1 a terminé des études collégiales.
- 3 possèdent un baccalauréat universitaire.

---

<sup>28</sup>Nous tenons à la disposition du jury un tableau, mais nous ne l'incluons pas dans la thèse, car il rend facile l'identification des Sujets.

<sup>29</sup>Dans l'analyse cas par cas, les âges ont été légèrement déguisés (5 ans de plus ou de moins) pour rendre impossible l'identification.

### ***Occupation et revenu***

La majorité des répondants n'occupent pas d'emploi rémunéré au moment de l'interview de recherche :

11 Sujets reçoivent une pension d'invalidité (5 Sujets), de retraite (5 Sujets) ou alimentaire (1 Sujet).

7 occupent un emploi rémunéré.

4 bénéficient de prestations d'assurance emploi.

4 s'occupent des soins domestiques (l'un d'entre eux est à la recherche d'un emploi).

1 vit de l'aide sociale.

1 est aux études et reçoit l'aide financière de ses parents.

Le revenu annuel des Sujets qui ne reçoivent pas de pension d'invalidité ni de prestations d'aide au revenu ou d'assurance emploi varie entre 8 700\$ et 40 000\$.

Le revenu annuel moyen est de 15 500\$.

### ***Statut de résidence***

11 Sujets sont locataires.

8 sont propriétaires.

4 sont «pensionnaires».

5 vivent chez leurs parents.

### *Identité politique*

Les Sujets se définissent politiquement en fonction de plusieurs appartenances :

7 Sujets s'identifient comme étant Canadiens-Acadiens ou Acadiens-Canadiens.

3 se disent Brayons-Canadiens ou Canadiens-Brayons<sup>30</sup>.

4 se définissent comme des Canadiens-Français.

5 s'identifient comme étant Acadiens.

3 se disent Canadiens.

1 se reconnaît comme étant «Anglo-Saxon», 1 se dit «Canadien», «Québécois-Acadien» et 1 est d'une autre nationalité.

L'identité nationale de 3 d'entre eux nous est inconnue.

### *Les croyances et les pratiques religieuses*

La majorité des Sujets sont catholiques et pratiquants :

26 Sujets se déclarent catholiques.

1 se définit comme étant agnostique.

1 autre est mormon.

Des 26 Sujets qui se déclarent catholiques :

18 se considèrent comme pratiquants.

8, non pratiquants.

---

<sup>30</sup>Le terme vient de «Brayon» et se rapporte à ceux qui vivent dans le nord-ouest du Nouveau-Brunswick. Ces personnes se sont désignées ainsi.

***Date de la tentative de suicide évoquée***

Plus de la moitié des Sujets, soit 17\*, ont parlé d'une tentative de suicide qui a eu lieu entre 1996 et 2001 :

En 2001, 2 hommes ont reconnu avoir posé un geste suicidaire;

En 2000, 6 femmes et 2 hommes;

En 1999, 1 femme et 1 homme;

En 1998, 1 homme;

En 1997, 2 femmes;

En 1996, 2 femmes.

Onze (11) Sujets ont décrit des tentatives moins récentes :

Entre 1990 et 1994, 3 femmes et 1 homme;

Entre 1985 et 1989, 1 femme et 1 homme;

Entre 1980 et 1984, 1 femme;

Entre 1975 et 1979, 1 femme et 1 homme;

Entre 1970 et 1974, 1 femme et 1 homme.

***Tentatives de suicide antérieures***

Sur l'ensemble des 28 Sujets :

13 (9 femmes et 4 hommes) ont fait plus de deux tentatives de suicide;

12 (8 femmes et 4 hommes) ont fait une seule tentative de suicide;

3 (2 hommes et 1 femme) ont fait deux tentatives de suicide.

---

\*Un des Sujets féminins est décédé à la suite d'une nouvelle tentative de suicide trois mois après l'interview de recherche. La chercheuse ne connaît pas les circonstances entourant sa mort. Au moment de l'entretien de recherche, elle nous avait fait part d'un plan de suicide qu'elle mettrait à exécution, si son état ne s'améliorait pas. Elle a refusé de nous dire les modalités de son plan, en matière de temps et de moyens. Après l'entretien, nous avons alerté le référent.

Les moyens utilisés par les Sujets lors des tentatives de suicide antérieures ou ultérieures à celle qui a déjà été analysée étaient :

Des surdoses de médicaments avec ou sans alcool (9 Sujets);

Des armes blanches (8 Sujets);

Une arme à feu (3 Sujets);

Le gaz (2 Sujets);

La pendaison (1 Sujet);

L'autoétranglement (1 Sujet);

Provoquer un accident avec une automobile (1 Sujet);

Le refus de se nourrir (1 Sujet).

Un même Sujet peut avoir utilisé, lors de tentatives antérieures à celle dont il a été question dans cette recherche, des moyens soit différents, soit similaires.

### 3.4 Présentation des vignettes

Dans cette section sont présentées les vignettes. Il s'agit de synthèses très condensées de «l'analyse cas par cas». Chaque vignette est un condensé des unités des récits individuels. Ces unités sont forcément induites par les questions que nous avons soumises aux Sujets. La structure des vignettes est la suivante :

- La présentation du Sujet par lui-même (le sexe, l'âge, le statut civil et parental, la situation d'emploi, le niveau d'études terminé et l'identité politique);
- La tentative de suicide : le moment, le nombre de tentatives dans la vie du Sujet et comment il comprend son geste sur le plan des faits ou des événements immédiats ou dans un passé plus ou moins lointain;
- La description de la tentative de suicide (le moyen, le lieu, la mise en scène, le «réchappage» et la réaction suivant le «réchappage»); la ou les réactions de la famille et de l'entourage face au Sujet suicidaire;
- Comment l'interviewé comprend son geste suicidaire aujourd'hui, en matière de «*parce-que...*» et «*en-vue-de...*»; si le Sujet entretient encore des idées suicidaires (au moment de l'entretien), quelles sont-elles?;
- Le sens que donne le Sujet à la mort et les idées qu'il entretient sur l'après-mort;
- La connaissance qu'a le Sujet des ressources sociales et médicales pour les personnes suicidaires et l'expression de sa satisfaction (ou non) par rapport à l'aide reçue;
- Ses commentaires sur l'entretien de recherche.



### *Citation des propos des Sujets*

À l'occasion, dans les vignettes, les propos des Sujets sont présentés textuellement dans l'intention de marquer la signification qu'ils attachent au thème abordé.

### *La langue acadienne ou française du Nouveau-Brunswick*

Au Nouveau-Brunswick, les francophones sont généralement reconnus comme étant des Acadiens, même s'ils ne sont pas tous des descendants des Français qui sont venus peupler l'Acadie au moment de la colonisation (Roy, 1993, p. 141 à 206). Les Acadiens ou les francophones du Nouveau-Brunswick ont leur propre parler régional.

Les régionalismes et l'originalité du parler acadien sont particulièrement bien documentés par Pascal Poirier (1995/1993). Dans le glossaire établi par cet auteur, nous pouvons retracer certaines expressions ou certains mots utilisés par les Sujets, notamment le verbe «avoir» qui se prononce «aouère» «awoir» ou «awère». À ne pas confondre avec l'infinitif des verbes qui se terminent en «oir» (id., ibid., p. 328) comme «voir», qui se prononce «ouère». Aujourd'hui encore, plusieurs Acadiens ont recours dans leur parler quotidien, au pronom «nous», habituellement utilisé avec «disons» (id., ibid., p. XIV). Les Acadiens ont aussi des expressions ou des mots qu'ils utilisent fréquemment, même s'ils ne sont pas acceptés par l'Académie (id., ibid., p. 246), comme «grouiller», qui signifie «bouger» ou «se remuer», ou encore «menterie» pour «mensonge». Par ailleurs, le lecteur apercevra, dans les passages cités textuellement dans les vignettes et dans l'analyse horizontale, l'usage de conjonctions ou de locutions conjonctives comme «quance que» ou «quoice que», utilisées couramment pour signifier «désormais», «lorsque», «quand» ou «quoique». Enfin, à l'occasion, nous avons

transcrit en français standard les propos des Sujets pour en faciliter la compréhension.

### 3.5 Vignettes

#### Sujet 1

---

Le Sujet est une jeune femme de 24 ans. Elle est célibataire. Elle a terminé une 12<sup>e</sup> année. Sur le plan politique, elle se définit comme une Acadienne.

La tentative de suicide dont il est question date de 1999. Le Sujet s'était auparavant, à d'autres occasions, «*grafignée*» dans l'intention de «*se venger d'elle-même*». Elle dit qu'au moment de la tentative de suicide de 1999, elle se sentait «*plus tannée que les autres jours*». Elle ne «*pensait pas à grand-chose*», elle ne prenait intérêt à rien et se sentait indifférente à tout. Son «*désintérêt*» avait commencé au début de la semaine et s'était amplifié progressivement. Elle vivait une «*peine d'amour*» par rapport à un jeune homme qu'elle voulait épouser. Elle avait essayé en vain de regagner son affection. Cet échec lui a fait revivre des sentiments associés à sa première rupture amoureuse. Ce sont toutes ces émotions qui «*l'ont portée à faire cette grosse tentative-là*». Par ailleurs, elle avait aussi de la difficulté à accepter «*tout ce qui s'était passé*» avec ses amies, qui l'avaient trahie. Enfin elle est aussi «*tannée*» d'être ridiculisée et rejetée par ses pairs depuis qu'elle est jeune. Après ces «*trahisons*», elle ne faisait plus confiance à personne, elle se sentait seule. Elle dit qu'elle a eu ses premières pensées suicidaires au moment de la puberté, car déjà, elle n'avait pas d'intérêt dans la vie. Sa grand-mère qu'elle considérait comme sa mère, est décédée lorsqu'elle était jeune; elle dit qu'elle n'a jamais accepté cette mort. À l'adolescence, elle a recouru à l'avortement et dit qu'elle ne s'est jamais remise de cette décision.

Au moment de sa tentative de suicide, elle était seule au domicile de ses parents. Elle dit qu'elle n'avait pas planifié son geste, mais avoue qu'elle avait accumulé des comprimés qu'elle a consommés avec de l'alcool. Lorsqu'elle s'est sentie «*droguée*», elle a réalisé qu'elle ne voulait plus mourir. Elle a téléphoné à une amie pour lui dire adieu. Cette dernière a compris le sens de son message et a contacté le père de l'interviewée, qui s'est précipité à la maison, a défoncé la porte et a téléphoné au service d'urgence 911. Voici les propos textuels du Sujet :

*«... je crois bien que je suis devenue pas mal droguée ou quelque chose, j'avais pas assez d'intention de le faire jusqu'au bout, j'ai appelé mon amie pour lui dire que je lui disais adieu, ben j'ai dit je m'en vas, tu ne me verras plus. Elle a paniqué et elle a appelé mon père et il a réussi (j'avais la porte barrée), ça fait que il a ouvert la porte et il a appelé le 911...»*

Elle a été transportée à l'hôpital pour y recevoir les premiers soins; elle y est restée 24 heures. Le lendemain, elle a été référée aux Services de santé mentale communautaires et une intervenante est venue la voir et l'a placée pour 24 heures dans un lit de crise. On devait assurer un suivi, mais on ne l'a pas fait. L'interviewée pense que les Services de santé mentale communautaires n'ont pas jugé son état suffisamment critique pour qu'elle reçoive un traitement additionnel:

*«Le lendemain qu'ils m'ont sortie et ils m'ont transférée d'urgence pour une nuit au lit de crise. Il y a une intervenante qui était supposée de venir et elle est venue puis après elle était supposée revenir et elle n'est jamais revenue. Je sais pas si ils ont trouvé que mon cas était pas assez sérieux mais en tout cas, j'ai jamais vu personne d'autre après.»*

Lorsqu'elle repense à son geste, elle dit qu'elle voulait faire cesser la souffrance, celle qui est liée aux pertes et aux événements passés qu'elle n'acceptait pas. Elle voulait rejoindre sa grand-mère, être auprès d'elle et revivre des moments agréables : *«Moi, dans mon idée c'était pour aller la (grand-mère) trouver, puis en même temps je ne souffrirai plus.»* Elle pense qu'elle avait des symptômes de

dépression et de découragement, un «*moral bas*», mais elle ne saurait le confirmer. Par ailleurs, elle admet son ambivalence quant à la tentative de suicide, car dit-elle, si elle avait vraiment voulu mourir, elle n'aurait pas téléphoné pour être sauvée. Mais, il y a des jours où elle s'interroge sur «*l'utilité*» de sa vie et sa finalité et ne trouve toujours pas de réponse. Elle a alors des regrets de ne pas être morte et, à d'autres instants, elle croit que peut-être un jour, elle va trouver réponse à ses questions et n'aura plus de regret d'être ici-bas. Aujourd'hui, elle dit que les idées suicidaires varient selon son humeur du matin.

Lorsqu'elle est interrogée sur les réactions de sa famille et de son entourage, elle dit que sa famille a démontré de l'inquiétude pour elle et qu'elle lui a trouvé des services thérapeutiques pour l'aider. L'interviewée n'a pas voulu discuter de son expérience avec ses parents. Quelques amis lui offrent de l'encouragement et du soutien, mais un d'entre eux lui a exprimé de la colère. Par ailleurs, elle croit que la nouvelle à propos de son geste suicidaire s'est répandue dans son entourage et qu'on en a parlé à la radio à ondes courtes.

Elle dit qu'elle ne sait pas ce qu'est la mort parce qu'elle ne l'a pas vécue. Elle croit que la mort permet de retrouver ceux qui sont déjà morts et de revivre des moments agréables. La mort permet aussi de ne plus souffrir. Elle affirme avoir entendu dire que Jésus décide du temps de la mort de chacun ainsi que du lieu où nous irons après la mort, soit le paradis ou l'enfer. Dans le cas de la mort volontaire, l'individu sera obligé de vivre une autre vie plus difficile que celle qu'il quitte, un lieu de nulle part.

Elle connaît plusieurs centres de services, puisqu'elle a fait des demandes d'aide avant et après sa tentative de suicide, mais aucun d'entre eux n'a été bénéfique dans son cas.

Concernant l'entretien de recherche, le Sujet n'a aucun commentaire. Les questions sur la mort sont celles qui lui sont apparues les plus difficiles et auxquelles elle n'a pas vraiment apporté de réponse.

## Sujet 2

---

L'interviewé est un homme de 69 ans. Il est divorcé<sup>31</sup> et père de famille. Il est retraité. Sur le plan politique, il se définit comme un Québécois en Acadie.

La tentative de suicide qu'il raconte date de 1998. C'est la seule qu'il a faite. Son malheur a commencé en 1997, lorsque sa deuxième femme lui a dit qu'elle voulait vivre seule et qu'elle ne l'aimait plus : *«J'ai pas su attiser la flamme avec ma femme. Elle rentre une journée et puis elle me dit. 'J'aimerais ça vivre seule.' Ça fait que moi sur le coup, j'ai pas réagi, à part de faire ma valise.»* Il est donc parti et il a alors commencé à boire et à fumer (après plusieurs années d'abstinence) jusqu'à ce que son état, mental, physique et financier soit suffisamment fragile pour que les services sociaux le placent temporairement dans un foyer de soins. Lorsqu'il a ensuite emménagé seul dans un appartement, il a appris que son ex-femme avait un nouvel ami. Il ne pouvait pas supporter la douleur ressentie et a décidé que *«la meilleure manière de ne plus avoir mal, c'est de se suicider; j'aurai pus mal»*.

Pour se donner le courage de se suicider, il s'est acheté de l'alcool et a réuni tous les médicaments qu'il avait en sa possession :

*«Alors, j'ai été acheté encore une fois de l'alcool et j'avais beaucoup de pilules à la maison, différentes sortes. Et puis j'avais pas le courage de le faire, ça fait que j'ai pris un grand verre de fort pur et puis pendant ce temps-là, je m'étais préparé un cocktail*

---

<sup>31</sup> Il s'est marié deux fois et s'est séparé deux fois.

*avec toutes les pilules que j'avais. J'ai tout mis ça dans un autre verre.»*

Il s'est endormi et ne se souvient plus de la suite des événements. Après une journée et demie de silence et devant l'absence de mouvements chez son locataire, le propriétaire s'est inquiété et a pensé qu'il était malade. Il a alors téléphoné à un membre de sa famille pour qu'il vienne le voir. On l'a trouvé inanimé sur une chaise. On a cru qu'il était mort et on a téléphoné à la police, qui l'a transporté à l'hôpital. Il a dormi plusieurs jours, puis a été conduit dans un second hôpital afin d'y recevoir des soins spécialisés. Enfin, on l'a admis au département de désintoxication, où on l'a gardé pendant près de deux mois. Au moment de son réveil, l'interviewé n'était pas content d'être en vie : *«J'étais pas content certain. J'ai fait ça pour rien.»* L'interviewé dit qu'il cherchait la mort. D'une part, il n'a pas de regret d'être vivant, car depuis sa tentative de suicide, il a vécu de bons moments, mais d'autre part, la souffrance qu'il ressent encore à la suite du départ d'une autre *«grande amie»* lui fait croire que la mort est plus enviable que la vie. Il n'a pas peur de la mort. Au contraire, il lui arrive certains soirs de l'implorer pour qu'elle vienne le prendre pendant son sommeil. Il voudrait être mort à *«80%»*. Il ne fera pas d'autre tentative de suicide. Ce qu'il souhaite surtout, c'est de ne plus se réveiller.

Lorsqu'il repense à son geste, il dit que sa douleur (à la suite du départ de sa deuxième femme) était insupportable. Il croyait que son suicide allait lui permettre d'enrayer cette douleur. Il était persuadé que personne ne pouvait l'aider; d'ailleurs, il aurait probablement refusé d'être aidé, s'il avait été conscient.

Lorsqu'il est interrogé sur les réactions de sa famille et de son entourage, il dit qu'il a reçu des témoignages d'encouragement de la part de son ex-femme et de sa belle-famille, ce qu'il a apprécié, mais il croit que la plupart de ses amis l'ont

rejeté ou l'ont ignoré : «Ça a été pas à 100%, mais à 90% ils m'ont rejeté ou ils m'ont ignoré.»

Il pense que la mort est une délivrance, que c'est la fin de la vie : «*Tu meurs et puis ça vient de s'éteindre.*» Il ne croit pas ce qu'enseigne l'Église catholique sur l'après-mort. Il ne sait pas ce qui va se passer après sa mort. Il croit qu'il n'y a rien. «*Les affaires qu'ils enseignent dans la religion catholique, le ciel et ces affaires-là je ne crois pas à ça moi. Moi, je me dis (rire) que quand tu es mort, tu es mort.*» Pour lui, la mort, c'est la délivrance de la peine. Il ne réclame pas la mort tous les soirs, mais certains jours, selon les événements. Il ne pense pas tous les jours à la mort; dans l'éventualité où il y penserait quotidiennement, ce ne serait «*pas de bon signe*». L'interviewé a organisé son rite funéraire.

Il connaît plusieurs services auxquels peuvent recourir les personnes suicidaires : les services de santé mentale, la ligne d'écoute CHIMO et les centres d'activités où, à l'occasion, les responsables offrent des ateliers en prévention du suicide.

En guise de commentaires sur l'entretien de recherche, il dit que l'interview l'a aidé dans un moment difficile de sa vie. Bien qu'il ait été tendu au début de l'entrevue et qu'il craignait de «*faire monter des choses*», le fait de se confier et d'exprimer ses sentiments lui a «*fait du bien*».

### **Sujet 3**

---

L'interviewée est une femme de 29 ans. Elle est mère de famille. Elle occupe un travail saisonnier. Politiquement, elle se définit comme une «*Acadienne-Canadienne parlant français*».

Elle a tenté de se suicider en septembre 2000. C'était la première fois, et la seule. Le matin où elle a fait sa tentative de suicide, elle venait de se disputer avec son conjoint; il lui a alors enjoint de quitter la maison si elle n'était pas contente. Ces

paroles lui ont fait l'effet d'un «*coup de poing*», puisqu'il pouvait la chasser; cela lui a fait réaliser qu'elle avait commis une erreur en lui vendant sa maison. Cette transaction la rendait plus à l'aise financièrement, mais elle avait perdu ce qui avait été le sens de sa vie durant plusieurs années. Elle ne se sentait plus chez elle, mais en même temps, elle était incapable de déménager, croyant qu'elle priverait ses enfants de leur maison et de leur entourage.

Ce jour-là, après que les enfants et son conjoint eurent quitté la maison, elle s'est sentie très déprimée et déstabilisée et ne voulait voir personne. Seule, couchée en chien de fusil sur le lit de son adolescent le plus jeune, elle s'est mise à s'interroger, à «*peser le pour et le contre*» et à repenser à certains événements de sa vie. Elle avait (croyait-elle) tout donné à ses enfants. Ils pouvaient vivre sans elle et elle n'avait plus d'utilité ici-bas. Ces réflexions l'ont amenée à faire une attaque de panique qu'elle a tenté de contrôler en prenant ses médicaments, mais voyant qu'elle continuait à «*jongler*» et à souffrir, elle a décidé d'en prendre davantage pour dormir profondément et pour en finir. Son état émotif vacillait entre les pleurs et la rage autodestructrice : «*J'arrêtais de pleurer et je devenais comme enragée.*» Sous l'effet de la colère, elle a alors décidé «*d'en finir*» et a pris tous les médicaments qu'elle avait. Elle a cependant regardé l'heure et a pensé que son plus jeune enfant allait bientôt rentrer de l'école. Elle a perdu contact avec la réalité et s'est crue «*déjà rendue au ciel*».

Elle n'a pas de souvenirs du sauvetage. Les faits qu'elle raconte lui ont été rapportés par un membre de sa famille. Lorsqu'un de ses enfants est rentré de l'école, il l'a trouvée étendue dans son lit et a essayé de la réveiller, mais en a été incapable. Il a alors téléphoné à un membre de sa famille, mais voyant que le secours ne venait pas, il a composé le 911. En peu de temps, l'ambulance et le conjoint sont arrivés. Selon l'interviewée, l'enfant était en état de choc. L'interviewée est sortie de l'hôpital contre l'avis du médecin et reconnaît qu'elle aurait dû y demeurer quelque temps. Aujourd'hui, elle ressent une grande



culpabilité envers ses enfants et à cause d'eux, elle ne fera pas d'autre tentative. Elle se dit incapable d'aborder avec eux les événements entourant sa tentative de suicide et craint que l'enfant qui l'a sauvée ne l'imiter lorsque, à son tour adulte, il aura à affronter des problèmes. Depuis sa tentative de suicide, elle perçoit sa vie et ses relations familiales plus positivement. Ce changement de perception serait dû au fait d'avoir été près de la mort et d'avoir échappé à la possibilité de ne plus revoir ses enfants. Elle soutient que «*ça valait la peine*» d'attenter à sa vie et que cela «*va (l') aider à mieux vivre*».

Par ailleurs, elle n'a pas voulu que son expérience suicidaire soit connue de son entourage, car elle ne se sentait pas à l'aise et risquait de se «*faire questionner*», bien que les gens aient une opinion positive d'elle. Sa famille a gardé le secret.

D'après le Sujet, ce qui l'a conduite à faire une tentative de suicide n'est pas seulement attribuable à des circonstances immédiates, mais aussi à certains événements antérieurs; ceux-ci ont refait surface lors de sa tentative de suicide. Ces événements sont : 1) les nombreux problèmes vécus avec un autre conjoint; 2) un état dépressif, qu'elle soigne depuis douze ans; 3) l'adaptation à un nouveau conjoint; 4) la perte du «*sens fondateur de sa vie*», celui de mère, une perte entraînée par l'indépendance croissante des enfants et 5) des difficultés à s'adapter aux arrêts de travail.

Elle dit qu'elle percevait la mort comme une «*délivrance*», une façon d'arrêter «*la grosse machine de la vie*». Elle ne «*voulait plus vivre*», elle «*voulait mourir*». Mais en même temps, elle pense que la peur de la mort lui a fait planifier son sauvetage. Elle se sentait incomprise et voulait «*faire peur*» aux siens, leur faire comprendre ce dont elle avait besoin et qu'elle «*n'en pouvait plus*».

Elle perçoit la mort comme une délivrance suivie d'une vie meilleure, mais cela ne justifie pas de mettre fin à sa vie.

Elle connaît et apprécie les services que dispensent les professionnels de la santé mentale.

Elle était hésitante à participer à la recherche, car elle craignait de faire «*remonter des émotions*», entre autres sa culpabilité face à ses enfants. Toutefois, le fait de raconter son expérience suicidaire en détail lui a permis d'apaiser ses peurs, de faire quelque chose pour sa santé et son bien-être et de mieux comprendre ce qui l'a poussée à faire ce geste.

#### **Sujet 4**

---

Le Sujet est une femme de 39 ans. Elle est séparée et mère de famille. Elle ne vit pas avec ses enfants. Elle reçoit une pension d'invalidité. Elle a terminé une 12<sup>e</sup> année. Sur le plan politique, elle se définit comme une personne d'origine anglo-saxonne, mais parlant français.

L'interviewée a fait une seule tentative de suicide, en 1992. Elle raconte qu'elle a fait sa tentative de suicide sur un «*coup de tête*» et non parce qu'elle était dépressive : «*tu peux le vouloir pis jamais le faire, mais tu peux le faire dans une fraction de seconde.*» Elle était «*tannée de la vie*» ou «*fatiguée de la vie*». Elle dit n'avoir pensé à rien d'autre que d'en finir subitement. Elle n'a pas pensé à ses proches : «*Je voulais dormir et ne plus me réveiller.*» C'est une idée qui surgit quand il n'y a plus de solutions.

Lorsqu'elle a fait sa tentative de suicide, elle demeurait avec son mari et ses enfants. Après avoir rendu visite à son médecin, de qui elle a obtenu des médicaments, elle s'est enfermée dans sa chambre et les a tous absorbés. Elle a dormi pendant quatre jours.

Dans l'interview, elle laisse d'abord entendre qu'elle s'est réveillée d'elle-même, mais elle raconte que plus tard ce sont ses enfants qui sont venus la voir dans sa

chambre (ils constataient qu'elle n'allait pas au travail, ce qui n'était pas dans ses habitudes). La voyant malade à son réveil, ils ont téléphoné à leurs grands-parents, qui sont venus et l'ont conduite à l'hôpital, où elle a reçu les premiers soins. Lors de son hospitalisation, un membre de l'équipe de soins lui a proposé de parler de sa tentative de suicide, mais elle n'a pas accepté de le faire. Elle était «gênée» de se retrouver à l'hôpital; elle avait honte devant le médecin, car dit-elle, il savait ce qu'elle avait fait. La honte d'avoir raté sa tentative de suicide était d'autant plus grande qu'elle l'avait faite dans l'intention de la réussir : «*T'as honte de l'avoir manquée.*» Après cet insuccès, elle n'a pas voulu réessayer par peur de rater à nouveau et d'avoir l'air ridicule.

Elle dit qu'après plusieurs années de mariage, elle voulait rompre, mais qu'elle ne voyait pas comment elle pouvait réaliser son désir «avec» ni «sans» ses enfants. Elle aimerait oublier cette période de sa vie, car elle n'était pas heureuse dans ce temps-là.

Interrogée sur les réactions de sa famille et de son entourage, elle croit qu'il n'y en a pas eues car ils ne l'ont pas su. Dernièrement, elle a pensé à nouveau au suicide. Elle n'avait plus le goût de vivre quand elle a rompu avec son ami. Elle aurait voulu ne plus se réveiller, mais elle s'est souvenue des membres de sa famille décédés (à la suite d'une maladie ou d'un accident) dans l'année et qui auraient préféré vivre plutôt que mourir. Elle pense que se suicider pour «ses petits problèmes» serait faire preuve de lâcheté.

Pour l'interviewée, la mort, c'est la paix et plus personne pour juger. Elle croit que si elle se suicidait, elle ne pourrait pas aller retrouver ses proches. Elle serait condamnée à être à part et seule. Elle pense souvent à la mort, à ses proches décédés.

Elle ne se sent pas très à l'aise de parler de son expérience suicidaire avec son psychiatre traitant. Lorsqu'elle a des idées suicidaires, elle en parle à une amie et cela a un effet positif : «*Ça éloigne de moi l'idée.*»

Comme commentaires sur l'entretien de recherche, elle dit que c'est la première fois qu'elle raconte l'ensemble de son expérience suicidaire à un professionnel. Elle se sentait bien et en confiance.

### **Sujet 5**

---

Le Sujet est une femme de 59 ans. Elle est séparée et mère de famille. Elle est à la retraite. Sur le plan politique, elle s'identifie comme étant Canadienne-Acadienne.

La tentative de suicide dont il est question date de 1997. Elle en a fait d'autres auparavant, mais son mari l'a toujours «réchappée». Après chaque tentative, elle pensait à d'autres moyens plus efficaces de se suicider.

La journée de la tentative de suicide, elle cherchait à attirer l'attention de son mari, qui (selon elle) la repoussait, car il n'acceptait pas qu'elle abuse de l'alcool. Elle dit que son mari n'éprouvait plus de désir pour elle. Elle se sentait rejetée et ce sentiment lui faisait revivre «*l'ennui*» et l'isolement qu'elle avait ressentis lorsqu'elle était pensionnaire.

Elle s'est engagée dans plusieurs programmes de traitement (en résidence) pour alcooliques. Elle voulait résoudre définitivement son problème d'alcoolisme, même si cela signifiait qu'elle devrait regarder en face ses problèmes conjugaux. Après une cure de désintoxication, elle et son mari ont consulté un thérapeute, mais cela n'a rien donné.

Le soir de la tentative de suicide qu'elle évoque, celle de 1997, elle s'est retirée dans sa chambre, tandis que son mari et son enfant étaient couchés, et a pris ses médicaments avec de l'alcool. *«Ça fait que j'en prenais une poignée (médicaments) d'une sorte, pis j'avalais la boisson avec pis une poignée d'une autre sorte pis, mais j'voulais vraiment finir...»* Sentant qu'elle étouffait, elle s'est levée et s'est rendue à la fenêtre. Elle s'est alors évanouie. Lorsque son mari a entendu le bruit de sa chute, il est venu voir et a appelé leur enfant. Ils ont téléphoné aux ambulanciers. Elle s'est réveillée à l'hôpital, aux soins intensifs.

Elle n'a pas de souvenirs de la façon dont on l'a sauvée, sinon le fait qu'on l'a transportée à l'hôpital en ambulance et qu'on a eu de la difficulté à l'intuber. À son réveil, elle n'a pas regretté d'avoir posé ce geste car elle voulait mourir : *«Pis on dirait que quand j'chus r'venu, ben j'ai pas regretté quoice que j'avais faite. J'arais aimé d'awoir yu réussi par exemple.»* À sa sortie de l'hôpital, son mari et son enfant ont pris soin d'elle. Ils surveillaient de près ses allées et venues, ce qu'elle a trouvé particulièrement désagréable ou difficile à supporter. Elle croit que son enfant a eu un choc émotif, mais ils n'ont jamais parlé de ce qui s'était passé. Par ailleurs, les membres de sa famille et des amis lui ont témoigné de la compassion.

Lors de sa tentative de suicide, elle ne voyait pas d'autres solutions à ses difficultés que celle de mourir. Elle ne pouvait pas s'imaginer quitter son mari, car elle avait besoin de lui physiquement pour se déplacer et pour exécuter certains travaux domestiques. Elle percevait le suicide comme un moyen de se délivrer de ses souffrances et de *«laisser la paix à son mari»* :

*«Pis là cette fois-là on va dire, tu sais j'voyais pas d'autres moyens d'm'en sortir tu sais. J'arais jamais cru que j'arais pu m'séparer. Premièrement parce que j'ai de la difficulté à, tu sais, à m'occuper de moi-même, pis tu sais, j'chus obligée d'awoir de l'aide pour faire les choses à la maison. J'arais jamais vu ça possible avant*

*(pleure). Ça fait que ma seule porte de sortie c'était ça, disparaître de la terre.»*

Aujourd'hui encore, à l'occasion, des idées suicidaires lui viennent lorsqu'elle se sent à nouveau abandonnée et inutile, mais par ailleurs, elle reconnaît qu'elle est aussi entourée de personnes qui l'aiment.

Pour elle, la mort, c'est «*la fin des souffrances physiques et psychologiques*», c'est la «*délivrance*», c'est une solution. Elle croit qu'après la mort, il y a un endroit où il n'y a pas de souffrance et qui ressemble au paradis. Elle n'a pas peur de la mort, car elle sera libérée de ses souffrances. Après sa mort, elle espère être récompensée pour la vie difficile qu'elle a eue, mais quelquefois, elle s'interroge sur sa destinée et craint qu'il n'y ait rien après la mort, tout en se disant qu'il n'est pas possible qu'un tel sort lui soit réservé. D'un autre côté, elle pense à ceux qui ont vu la mort de près et qui disent que c'est «*beau l'autre côté*».

Elle connaît et utilise les services de santé mentale. Elle dit que depuis qu'elle a changé de psychologue, elle est déçue des services reçus.

Le Sujet n'a pas émis de commentaires sur l'entretien de recherche.

## **Sujet 6**

---

Le Sujet est une femme de 44 ans, séparée et mère de famille. Elle reçoit des prestations d'aide sociale. Elle a terminé une 12<sup>e</sup> année. Sur le plan politique, elle se définit comme une Acadienne.

La tentative de suicide qu'elle raconte date de 1992. Elle aurait posé plusieurs gestes suicidaires dans sa vie, la première fois à l'âge de 10 ans.

Lors de la tentative de 1992, elle était fermement décidée à mourir et aucune personne, pas même son enfant, n'aurait pu l'amener à changer d'idée : *J'étais*

*plus que décidée. J'avais plus que des idées là. J'étais vraiment prête. Pis ça là quand tu as une idée de suicide, tu penses plus à ton enfant. Moi ma meilleure place c'était six pieds sous terre.»* Elle n'a pas rapporté en entrevue les circonstances immédiates ayant déclenché le désir de mourir, mais a parlé d'un sentiment d'intolérance aux violences de son conjoint ou à la «*jalousie*» de son entourage. Elle mentionne qu'à cette époque, elle était déjà dépressive et suicidaire et recevait des services en santé mentale. Elle dit qu'elle abusait des médicaments. En 1991, elle avait fait face à plusieurs conflits avec l'ex-femme de son conjoint au sujet de la garde de l'enfant de son conjoint. Par ailleurs, elle dit qu'elle pense au suicide depuis qu'elle est jeune. À cette époque, elle «*voulait aussi mourir*» parce qu'elle n'acceptait pas la violence de son père ni de ne pas être aimée par lui.

Elle a planifié la tentative de suicide en se procurant des médicaments (chez différents médecins et pharmaciens) qu'elle a pris tout au long de la journée : «*La journée que c'est arrivé, j'avais contacté maman, j'avais commencé à en prendre. J'avais tout caché mes médicaments dans le garde-robe. Je voulais pas que maman les voyait au cas qu'elle allait dans ma chambre.*» Ensuite, elle a annulé son rendez-vous avec sa travailleuse sociale, en se disant que «*c'était fini*». Elle a téléphoné à sa mère pour qu'elle vienne s'occuper du foyer en attendant que son conjoint revienne du travail et elle s'est enfermée dans sa chambre et a pris les médicaments. Sa travailleuse sociale est allée la visiter quand même car elle se doutait qu'elle n'allait pas bien, et c'est ainsi que la mère et la travailleuse sociale l'ont trouvée semi-consciente. Elles ont contacté le 911 et l'ont transportée en auto à l'hôpital où elle a reçu les premiers soins. Il semble qu'elle ait fait un arrêt cardiaque. Elle dit qu'elle a vu «*la lumière au bout du tunnel*» et qu'elle en «*étai(t) vraiment contente*». Elle considère cependant que la travailleuse sociale l'a sauvée : «*Ça fait qu'elle (la travailleuse sociale) a fait que ça m'a sauvée. Ça ça m'a toujours resté marquée*». Ensuite, elle a fait un séjour non volontaire en

psychiatrie, où on l'a placée en isolement. Elle dit qu'elle n'a pas aimé son expérience à l'unité psychiatrique et qu'elle ne veut pas y retourner :

*«Oui, pis j'irai jamais de nouveau. J'ai rentré là, c'est que j'étais à l'hôpital ici, pis le médecin a dit on va la transférer dans un autre hôpital. Moi, j'ai pensé que c'était ben mieux que j'aille me faire soigner, moi je savais pas que c'était là (unité psychiatrique) que j'allais là. J'ai été de force, ils m'ont attachée, j'ai resté dans une chambre deux jours avec des murs en ciment là.»*

À son réveil à l'hôpital, certains membres de sa famille étaient présents et lui ont démontré de la compassion. Elle a eu peur de perdre la garde de son enfant et son travail. Son entourage a su qu'elle avait fait une tentative de suicide, car *«tout se sait»*, et ils ont dit *«garde vouère y elle (regarde-la elle)»*. Le curé lui a dit qu'elle n'avait aucune raison de penser au suicide, vu sa jeunesse et sa beauté.

Lorsqu'elle repense à ce geste d'il y a dix ans, et à tous les précédents, elle se dit que c'est le sentiment *«d'être une personne qui n'aurait pas dû venir au monde»* qui l'a *«toujours»* poussée à vouloir se suicider. Lors de la tentative de 1992, elle *«voulait mourir»*, que *«tout cesse»*. Elle voulait être *«six pieds sous terre»*. Elle se sentait *«vraiment prête»* et n'avait *«absolument peur de rien»*. Elle ne voulait *«rien savoir du monde»*. Elle avait *«besoin de support»*; elle n'avait *«plus de porte de sortie»*. Elle dit aussi qu'elle cherchait à faire comprendre aux autres qu'elle était en *«détresse»*, qu'elle avait *«besoin des autres»*. Elle voulait de l'aide et être *«bien accueillie»*. Aujourd'hui, elle considère que c'est un choix personnel de se suicider et qu'elle pourrait le faire, si quelque chose de grave lui arrivait.

Pour l'interviewée, la mort, c'est la fin de la vie. Elle *«n'a jamais eu peur de la mort»*, mais elle a peur de mourir du cancer un jour. Elle croit qu'il y a quelque chose de beau après la mort.

Elle a déjà utilisé la ligne d'écoute téléphonique pour les suicidaires.



En guise de commentaires sur l'entretien de recherche, elle dit qu'elle n'a pas trouvé difficile d'y participer. Elle aimerait aider les personnes qui ont des difficultés de ce genre.

### **Sujet 7**

---

L'interviewée est une femme de 72 ans, célibataire et sans enfant. Elle est retraitée. Elle a terminé ses études secondaires et suivi une formation comme infirmière auxiliaire. Sur le plan politique, nous ne pouvons pas dire comment elle s'identifie.

L'interviewée raconte l'unique tentative de suicide qu'elle a faite et qui date de 1997. En vieillissant, le manque de courage, la vulnérabilité psychique, la difficulté à se trouver un logement stable et le sentiment d'avoir besoin d'aide pour le trouver l'avaient amenée à demander une place dans un foyer de soins spéciaux, mais elle s'est heurtée au refus de la Santé mentale et des Services communautaires de lui en reconnaître le droit. C'est ce qui l'aurait déprimée et incitée à faire une tentative de suicide : *«À la fin, pourquoi tu penses qu'il y a tant de monde qui se suicide? Ils attendent qu'on est mort avant de grouiller.»* Elle dit que si elle avait réussi son suicide, sa famille et la *«santé mentale»* auraient compris l'effet de leur refus.

Elle a planifié son geste trois jours à l'avance, dit-elle. Elle a demandé à son propriétaire d'aller à la pharmacie pour elle afin de renouveler ses médicaments, ce que le propriétaire a fait. Elle a attendu que sa colocataire soit sortie de l'appartement pour visiter son propriétaire, qui habitait à l'étage au-dessus. Puis une fois rentrée chez elle, elle s'est étendue sur le sofa du salon et a pris neuf pilules. C'était d'abord dans l'intention de calmer ses angoisses et voyant qu'elle n'y parvenait pas, elle a décidé d'en prendre davantage, mais cette fois-ci dans l'intention de mourir.

On lui a raconté que c'est la colocataire qui l'a trouvée sur le divan : *«Pis là quand que la fille a venu pis a m'a vue couchée sur le sofa, blanche comme un drap, pis elle a vu la bouteille de pilules qui était là, elle a crié à la propriétaire en haut»*. Elles l'ont transportée immédiatement à l'hôpital, où dit-elle, elle n'a pas reçu de lavement d'estomac (car elle n'avait pas assez pris de médicaments), mais plutôt un calmant. Le lendemain, elle a été transférée dans un autre hôpital, au département de médecine, pour une semaine. Elle y a vu un psychiatre, qui après l'avoir évaluée, voulait la renvoyer chez elle, la jugeant suffisamment autonome. Elle dit qu'elle s'y est vivement opposée, en le menaçant de répéter son geste dès qu'elle serait sortie de l'hôpital. Elle a alors été transférée en psychiatrie, où elle est restée deux semaines. Là aussi, elle a fait des menaces de suicide, si on ne lui accordait pas un placement dans un foyer de soins spéciaux, ce qu'elle a obtenu. Finalement, à sa sortie, elle a été placée dans le foyer où elle demeure présentement.

Elle dit que si c'était à recommencer, elle se suiciderait bien plus tôt afin de ne pas revivre *«d'horribles»* moments et qu'elle prendrait de meilleurs moyens pour réussir son suicide. Au moment de sa tentative de suicide, elle était convaincue que la mort était l'unique solution car personne, ni même Dieu, ne pouvait l'aider : *«J'étais toute seule, j'étais pris.»* Elle est *«déçue d'avoir été sauvée»*, *«désappointée d'avoir raté son suicide»*.

Aujourd'hui, elle veut toujours mourir, car elle se sent *«inutile, de trop et ne fait que déranger les autres»*. Bien qu'elle vive dans un foyer de soins, elle se sent seule et est convaincue que même si elle faisait des démarches pour être moins seule, cela ne changerait rien. Elle voudrait mourir rapidement, bien qu'elle tienne davantage à la vie qu'avant cette tentative. Elle est satisfaite des soins qu'elle reçoit en psychiatrie, où elle est toujours suivie, et du foyer où elle demeure, mais elle garde *«l'impression»* qu'elle aura toujours des idées suicidaires, malgré les antidépresseurs.

Interrogée sur les réactions de sa famille et de son entourage à propos de sa tentative de suicide, elle dit que lors de son hospitalisation, certains membres de sa famille sont venus la voir et lui ont exprimé leur colère et leur sentiment de «*déshonneur*». Ils ont insisté pour qu'elle ne recommence pas, mais elle n'a rien voulu leur promettre. Il n'y a pas eu de réaction dans son voisinage et chez ses amis, car le personnel médical et sa famille sont demeurés discrets.

Pour le Sujet, la mort, c'est la «*fin de sa vie et de sa misère*», c'est «*le repos éternel*», c'est la «*fin du monde*», c'est la mise en tombeau. C'est aussi dormir profondément sans jamais se réveiller. Elle dit que bien qu'elle ait l'espoir de voir sa mère après sa mort, elle y croit peu. Elle pense qu'il n'y a rien après la mort, sinon un corps enseveli sous terre. D'un autre côté, elle dit que lorsqu'elle sera morte, elle «*ne sera plus toute seule*». Elle prie Dieu le soir pour qu'il vienne la chercher dans son sommeil, même si aujourd'hui, elle tient plus à la vie qu'au moment de sa tentative de suicide. Elle affirme que son heure de mourir n'est pas encore venue, car «*Dieu ne vient pas la chercher*».

Elle utilise les services en santé mentale et connaît la ligne d'écoute téléphonique CHIMO. Elle se dit très insatisfaite des services reçus, car les travailleurs sociaux et les psychiatres ont pris trop de temps pour l'évaluer et décider de son placement. Certains professionnels de la santé ne font pas leur travail, alors que d'autres sont surchargés.

En guise de commentaires sur l'entretien de recherche, elle dit qu'il faut prendre au sérieux une personne qui demande de l'aide, car dit-elle, elle en a réellement besoin. Dans sa situation, elle ne trouvait plus de solutions. Elle ne voyait «*qu'un tunnel, qu'un trou noir, pas de fin*».

## Sujet 8

---

Le Sujet est une femme de 45 ans. Elle est divorcée et mère de famille. Elle travaille comme préposée dans un service public. Elle a terminé une neuvième année. Le français est sa langue maternelle. Nous ne savons pas comment elle s'identifie au plan politique.

La tentative de suicide que raconte le Sujet date de 2000. Elle a fait une seule tentative de suicide.

Elle évoque plusieurs raisons *«y'a eu bien des affaires, des découragements»*. Elle n'avait pas de plan et si elle en avait eu, elle n'aurait pas raté son coup, et ne l'aurait pas fait chez elle. Elle venait tout juste d'avoir une *«dispute»* avec un homme qu'elle aimait mais qui n'était pas libre. Elle dit *«j'étais devenue maline»* et *«désappointée, fâchée, pis là j'ai dit j'le fais»*. Elle évoque d'autres raisons, moins immédiatement reliées à son geste. Elle éprouve de sérieuses difficultés à partager son logis avec son enfant handicapé. Celui-ci refuse que sa mère ait une relation amoureuse. Par ailleurs, elle se sent obligée de rester avec lui car elle ne peut pas le placer dans une résidence publique spécialisée. Elle n'a pas non plus les ressources financières pour lui organiser une vie indépendante. Elle se sent très agressive à l'endroit de cet enfant : *«un jour tu vas être surpris, ce sera toi qui va t'en aller pis si tu tiens à rester icitte dedans, j'sais que tu pourras pas arriver (financièrement), ben c'est moi qui va partir parce qu'il va arriver quelque chose ici.»*. Elle se sent seule, sans vie affective *«le manque affectif là ...ça tue ben raide.»*0

Toujours pour expliquer ce qui a pu l'amener à faire une tentative de suicide, elle évoque encore d'autres faits. Elle a eu plusieurs épisodes dépressifs : *«j'étais maniaco-dépressive»*. Mais elle a eu aussi une relation conjugale difficile avec son ex-mari; il était alcoolique et violent et la laissait seule s'occuper de ses

enfants. Elle croit qu'elle a elle-même des problèmes de santé mentale et n'accepte pas les handicaps. Plusieurs aspects de sa vie ont été modifiés à cause des effets secondaires des médicaments (prise de poids, assèchement des muqueuses, problèmes de mémoire, etc.), qui ont entraîné un sentiment de dévalorisation, un changement de l'image corporelle et une incapacité de se réaliser professionnellement. Elle dit que «*c'est (la maladie) pire qu'un handicap*», qu'elle est plus impulsive, irritable, révoltée, voire même explosive, et qu'elle change rapidement d'humeur. Elle raconte que certains de ses amis l'ont rejetée à cause de sa maladie mentale. Elle s'est sentie traitée comme une «*poubelle*». Par ailleurs, ses premières idées suicidaires sont apparues vers l'âge de 12 ans, lorsque ses parents vivaient des problèmes conjugaux importants, dans lesquels elle se sentait impliquée. Elle dit que souvent, elle souhaitait leur mort pour se sortir de l'impasse dans laquelle ils la mettaient.

Elle a tenté de se suicider en ingurgitant des médicaments. Elle était seule dans sa chambre, tandis qu'un de ses enfants était dans la pièce voisine. Elle avalait les médicaments «*comme des bonbons*», lorsque tout à coup, elle a réalisé qu'elle ne pouvait pas poser ce geste en présence d'un de ses enfants. Au même moment, une amie aurait téléphoné et lui aurait envoyé une autre amie pour la secourir. Avec cette dernière, elle est sortie de la maison et elles ont signalé le 911 à partir d'une boîte téléphonique; on leur a recommandé d'attendre l'ambulance sur place. Une fois à l'hôpital, elle a reçu les premiers soins, puis a été transférée en psychiatrie comme patiente non volontaire, car elle disait aux médecins qu'elle allait recommencer si on la laissait sortir.

Lorsqu'elle repense à sa tentative de suicide, elle est «*déçue d'avoir manqué son coup*». Elle continue de penser que sa vie «*n'a pas de sens*», car rien ne va, même sa vie amoureuse. Elle a un «*plan de suicide*» qu'elle mettra à exécution d'ici six mois, à moins qu'elle ne rencontre quelqu'un qui prendra soin d'elle. Elle a

encore fréquemment des idées suicidaires et voudrait ne plus les avoir et être bien avec elle-même.

Interviewée sur les réactions de sa famille et de son entourage, elle dit qu'elle a une sœur qui s'inquiète pour elle et qui lui offre du soutien. Quant à son entourage, peu de personnes savent qu'elle a fait une tentative de suicide; elle a caché les vraies raisons de son hospitalisation. Elle ne veut pas que les gens le sachent.

Elle perçoit la mort comme une «*libération totale*», la fin des souffrances. Elle pense qu'après la mort, il y a la paix et l'absence de soucis. Elle croit qu'un membre décédé de sa famille va venir «*lui tendre la main*» à sa mort.

Elle est suivie en santé mentale par un psychiatre et un psychologue et participe au programme Al-Anon<sup>32</sup>, qu'elle apprécie beaucoup. Elle se dit satisfaite de son rapport avec le psychiatre, malgré qu'elle soit toujours malade. Elle est insatisfaite du suivi psychologique.

En guise de commentaires sur l'entrevue de recherche, elle dit qu'elle va oublier plusieurs aspects de notre discussion, mais qu'elle va se souvenir qu'elle a toujours l'idée de se suicider. Elle espérait que sa participation à la recherche la débarrasserait de ses idées de suicide, mais malheureusement, elle sent que rien n'a changé.

## **Sujet 9**

---

Le Sujet est un homme de 56 ans. Il est marié et père de famille. Il est retraité. Il a terminé une 13<sup>e</sup> année commerciale. Il se définit comme un Acadien-Canadien.

---

<sup>32</sup> Association à but non lucratif venant en aide aux enfants et aux conjoints d'une personne atteinte d'alcoolisme.

La tentative de suicide dont il est question date de 1999. Il en a fait une seule. Lors de cette tentative, il voulait autant en finir que recevoir de l'aide et, sous l'effet du désespoir, il a joué le *«tout pour le tout»*, *«il a pris le gros risque»*.

Il raconte que la journée où il a tenté de se suicider, il était très tourmenté par l'idée de se suicider, que la vie lui en *«demandait trop»* et qu'il n'en pouvait plus de *«lutter contre les obsessions (de faire une tentative de suicide), pis de lutter contre la maladie»*, et qu'il a décidé d'en finir. Il pensait que le suicide était sa *«seule solution»*. Il souffre de *«maladies mentales»* : *«Ben c'est ça les obsessions pis obsessif-compulsif... oui j'sus toujours en dépression»*, pour laquelle il a été hospitalisé plusieurs fois. En remontant plus loin dans le passé, il dit qu'il a toujours eu des périodes de pensées suicidaires intenses : *«Tout le temps eu des idées suicidaires depuis que je me rappelle... J'ai tout le temps été tourmenté par la mort»*. Il se demande si dans son cas, les idées de suicide et la dépression, ce n'est pas *«héréditaire»*. car d'autres personnes dans sa famille souffrent des mêmes maux.

Il était seul chez lui lorsqu'il a tenté de se suicider. Il avait écrit une lettre d'adieu, dans laquelle il demandait aux siens de ne pas se sentir coupables. Il voulait d'abord, se suicider avec des médicaments, mais il n'en avait pas assez, car sa médication était contrôlée par son psychiatre et son pharmacien. Ensuite, il a décidé de se lacérer les poignets et de prendre les médicaments qu'il avait. Il a dû s'y prendre trois fois avant que le sang gicle, car le couteau qu'il a utilisé n'était pas assez tranchant. À la vue du sang, il a paniqué et il a téléphoné à une infirmière qu'il connaissait. Il se sentait très fatigué. L'infirmière est venue chez lui et elle a organisé son admission en psychiatrie où il a reçu les premiers soins. Il a ensuite été référé à un psychiatre et à un psychologue :

*«J'avais toute sorti mes médicaments, mais j'en avais pas pris parce quand que j'ai essayé de me couper avec le couteau, pis que ça a commencé à saigner, là ça m'a comme ressaisi là, pis là j'ai*

*vraiment paniqué sur qu'ice que c'est qui arrivait, quoi j'allais faire, fallait-tu que je prenne mes médicaments, fallait-tu pas? Pis j'ai téléphoné, pis tout de suite a l'a (l'infirmière) venu à la maison, pis a s'a occupé de téléphoner à l'hôpital, pis de toute faire les démarches pour me faire hospitaliser.»*

Lorsqu'il repense à son «sauvetage», il reconnaît que c'est contradictoire d'avoir tenté de se suicider et d'avoir téléphoné pour demander de l'aide. Il dit que c'est peut-être un moyen pour obtenir de l'aide en psychiatrie et, en même temps, il ne doute pas de son désir de mourir.

À plusieurs reprises, dans l'entretien, l'interviewé parle de son combat avec ses idées suicidaires envahissantes et de son désir de mourir de mort naturelle. Il ne veut pas mourir de manière spectaculaire et voudrait trouver un plan qui lui permettrait d'échapper au sauvetage.

Lorsqu'il est interrogé sur les réactions de sa famille et de son entourage, l'interviewé dit que les membres de sa famille ne sont jamais revenus sur l'incident parce qu'ils ont reçu des explications d'un professionnel de la santé mentale. Il affirme que ses enfants ont été très affectés par son geste. Par ailleurs, il ne sait pas comment les gens de son entourage ont réagi, mais il pense que cela s'est su, car il vit dans une *«petite place où tout se sait»*.

L'interviewé pense que la mort, *«c'est la solution ultime à tous les problèmes»*, c'est une libération des problèmes terrestres. C'est pour ces raisons qu'il demande à Dieu de venir le chercher. Il lui est difficile de parler de la mort, car c'est l'inconnu. Il croit au paradis, qu'il définit comme un endroit dans l'au-delà où l'humain est dans un état éternel de bonheur, et à l'enfer, où le malheur est aussi éternel. Il affirme que la prière et son amour pour Dieu l'aident et l'empêcheront de se suicider. Il croit que les suicidés vont en enfer parce qu'on n'a pas le droit de s'enlever la vie, même si on est désespéré. S'il se suicide, il a peur d'aller en enfer : *«Quance qu'on arrive l'autre côté, est-ce que ça va être le*



*ciel ou l'enfer, parce que ça, ça joue beaucoup parce que je suis une personne assez religieuse, ça fait que ça joue beaucoup dans l'empêchement de faire mon, de commettre le suicide.»*

Il reçoit de l'aide des Services de santé mentale, qu'il apprécie, et il ne connaît pas d'autres endroits où il peut être aidé.

Ce Sujet n'a pas émis de commentaires sur l'entretien de recherche.

## **Sujet 10**

---

Le Sujet est un homme de 20 ans. Il est célibataire et n'a pas d'enfants. Il est à la recherche d'un emploi. Il possède un diplôme collégial. Politiquement, il se définit comme un Canadien français.

Il a fait une tentative de suicide en 2000. C'était la première.

La journée où il a posé son geste, il se sentait «*mal intérieurement*». Pour pallier sa souffrance, il voulait consommer de la marijuana, mais n'avait pas d'argent pour s'en procurer. Le mal devenant de plus en plus intense, il a décidé de prendre les médicaments qu'il avait en sa possession. Ce «*mal-être*» est présent depuis son enfance et il ne parvient pas à s'en défaire. Il raconte qu'il est allé quelques fois à l'unité psychiatrique à cause de cela. Il dit qu'il a reçu un diagnostic différent selon le psychiatre qui le traitait. Un des psychiatres dit qu'il souffrait d'un trouble affectif bipolaire. Un autre dit qu'il souffrait d'un trouble limite de la personnalité. Il n'est pas d'accord avec ce dernier diagnostic, car il ne se reconnaît pas dans le profil clinique que les professionnels de la santé mentale lui ont donné.

Il n'était pas seul dans la maison. Sa mère et sa grand-mère étaient présentes lorsqu'il a pris ses médicaments. Peu de temps après avoir ingérés les

médicaments, il est allé visiter un ami, qui lui a dit qu'il allait recevoir de la marijuana dans la journée. Il a alors changé d'idée et ne voulait plus mourir. Il a eu peur. Il dit qu'il a senti la mort. Il a tenté de se faire vomir, mais il n'y parvenait pas. Il est alors rentré chez lui et a téléphoné à l'hôpital pour s'informer des conséquences de son geste. Il ne se souvient plus des événements subséquents. Ce qu'il sait lui a été raconté par un membre de sa famille. Il aurait téléphoné à un membre de sa famille, qui aurait immédiatement accouru et appelé l'ambulance et la police. On l'a transporté à l'hôpital, où il a reçu les premiers soins.

Quand son état a été stable, il a été transféré dans un hôpital régional. Au moment de son réveil, il était bien. Il dit qu'il était «gelé» et dans un état «*de passivité et de calme*».

À ses yeux, son geste a été à l'origine «*d'une étape importante de sa vie*», dont il va toujours se souvenir comme «*un cri de détresse*» déclenché par le besoin d'arrêter son mal-être. Il a agi spontanément. Il voudrait oublier le geste suicidaire et ce qui a suivi, le garder caché, mais il dit en être incapable, car il ne parvient pas à oublier : «*Je me rappelle toujours que j'ai posé un acte de tentative de suicide*». Il relate qu'il n'a pas de remords, car il n'a pas eu de séquelles. Il se sent triste non pas d'avoir fait une tentative de suicide, mais de toujours ressentir cette souffrance dont il ne connaît pas l'origine et qui entraîne chez lui un désintéressement de la vie. Il croit qu'il ne va plus tenter de se suicider, car un intervenant lui a dit que son «*mal-être*» va devenir moins intense en vieillissant. Mais en même temps, il pense aussi que la souffrance sera toujours là. Cette souffrance l'angoisse et il compte sur les médicaments pour l'aider à la supporter.

Les membres de sa famille ne lui ont pas parlé de sa tentative de suicide, bien qu'ils étaient venus le visiter à l'hôpital. Il dit préférer que cette expérience reste cachée, oubliée, mais en même temps, il ne s'attend pas à ce que sa famille et ses

amis oublient ce qu'il a fait. Il voudrait que ce geste soit considéré comme un événement du passé dont on ne reparle pas.

De la mort, il dit que c'est une délivrance, la «*fin de la vie*» et de la «*souffrance*». Il y pense tous les jours, soit sous la forme d'un suicide (pendaison et lacération) ou en général. Il dit rechercher «*une sensation d'être dans un état second*». Il ne croit pas en une vie après la mort. Il affirme ne pas avoir peur de mourir, mais être angoissé à la pensée que la mort, c'est «*la fin pour l'éternité*». Il croit qu'après la mort, c'est le vide total. Il voudrait alors qu'il en soit tout autrement, car il souhaiterait se «*reprendre sur certaines choses*».

Il parle de ses idées suicidaires avec son psychologue, qui lui conseille de s'occuper lorsqu'il est envahi par ces idées. Il a déjà utilisé la ligne d'écoute, qu'il n'a pas trouvée aidante. Il n'avait «*pas de mots pour expliquer la souffrance*».

Il a trouvé l'interview intéressante, mais pour lui, c'est «*blesant*» de se rappeler qu'il vit constamment avec de la souffrance. Bien qu'il tente de la mettre dans «*une boîte fermée*», celle-ci finit par s'ouvrir et il doit continuellement combattre la souffrance. Même lorsqu'il pleure, il ne se sent pas libéré : «*Ça fait mal tout le temps.*»

## **Sujet 11**

---

Le Sujet est une femme de 51 ans. Elle est mariée et mère de famille. L'interviewée s'occupe des soins domestiques. Elle a terminé une 12<sup>e</sup> année. Politiquement, elle se définit comme une Canadienne non préoccupée par les questions d'identité nationale.

La tentative de suicide rapportée par le Sujet date de 1996. Elle a fait plusieurs overdoses, dont certaines auraient pu être mortelles, mais n'en qualifie qu'une de tentative de suicide.

Elle se souvient qu'au moment où elle a posé son geste suicidaire elle était «*écœurée*» et n'en pouvait plus d'être épiée par sa famille. Pour en venir à parler de ce qui l'avait amenée à cette tentative, l'interviewée rapporte qu'au cours de la même année, 1996, sa mère est décédée. Elle rappelle aussi d'autres circonstances pénibles : le fait d'être restée à la maison pour prendre soin de ses enfants et d'avoir un mari alcoolique et violent, qui les fait vivre, elle et ses enfants, dans la pauvreté, ce qui l'oblige à dépendre financièrement de sa famille d'origine.

L'interviewée ne voulait pas quitter son mari, mais d'un autre côté, elle ne pouvait plus supporter la vie qu'elle avait avec lui. Elle ne voulait ni avoir d'aide ni parler de ses problèmes conjugaux à qui que ce soit, même si elle avait très peur de son mari. Certains membres de sa famille d'origine se sont rendu compte de sa situation et ont fortement insisté, à maintes reprises, pour qu'elle quitte son mari. Ne pouvant tolérer cette pression de la part de sa famille d'origine ni vivre séparée de son mari, elle a alors commencé à consommer des médicaments afin de «*vivre dans un monde irréel*». Elle a continué de consommer des médicaments et est devenue dépendante. Elle a surconsommé, ce qui a nécessité des hospitalisations, entre autres en psychiatrie. Quand elle abusait de médicaments, son intention n'était pas de mourir, mais «*d'oublier la souffrance, le mal en dedans de moi*».

Elle raconte que pour tenter de se suicider, elle a bu le contenu d'une bouteille d'alcool à friction et d'une bouteille de parfum. Elle a fait cela en marchant autour de sa demeure. Elle dit avoir peu de souvenirs des événements subséquents, sinon qu'après avoir bu le contenu de ces deux bouteilles, elle est rentrée chez elle, se sentait mal, avait de la difficulté à respirer et s'est évanouie.

Elle a été transportée à l'hôpital, où elle serait restée trois jours dans le coma. Le médecin et son psychiatre lui ont affirmé qu'elle était passée près de la mort et qu'elle était chanceuse de ne pas avoir de séquelles majeures.

Elle ne se souvient pas bien de ce qu'elle a vécu ou ressenti à son réveil, sinon qu'elle se sentait «*humiliée*», car elle devait passer à travers une série de soins dont elle avait déjà fait l'expérience. La réhabilitation a été longue et ardue. Elle a dû réapprendre à marcher et à parler.

Lorsqu'elle repense à son geste, elle se sent coupable et se voit comme le «*seul beau rond noir*» de sa famille. Elle dit qu'elle voulait en finir, «*être soulagée de la misère, de la souffrance qu'(elle) vivait*». Elle était «*tannée*». Elle rapporte que d'ordinaire, elle n'était pas dépressive, mais que le fait de vivre sous la peur constante que son mari ne pose un geste violent ou n'ait des problèmes avec la justice l'a rendue déprimée. Maintenant, elle ne prend que les médicaments prescrits par son médecin.

Lorsqu'elle est questionnée sur les réactions de sa famille et de son entourage à propos de son geste, elle mentionne que sa famille était contente de la savoir encore en vie. Par ailleurs, elle raconte que plusieurs personnes de son entourage l'ont interrogée sur ses véritables intentions, en lui demandant si elle voulait vraiment se suicider.

Elle croit que la mort est une chose «*cruelle*», mais elle n'en a pas peur. Pourtant, elle ne veut pas mourir, car elle voudrait «*se rattraper*» et vivre bien. À certains moments, elle croit qu'il n'y a rien après la mort, mais à d'autres moments, elle croit qu'il est possible que ce soit pire que ce qu'il y a sur la terre ou à l'inverse, que ce soit «*beau*». Elle pense que nous sommes «*prêts*» et que l'existence n'est qu'un passage.

Elle connaît les Services de santé mentale communautaire et bien qu'elle soit suivie depuis plusieurs années, elle ne confie pas ses problèmes à ses thérapeutes; au contraire, elle a toujours *«raconté des menteries»* sur sa vie.

En guise de commentaires sur l'entrevue de recherche, elle dit qu'elle craignait que ce ne soit pas confidentiel. Elle redoute la colère de son mari parce qu'elle s'est confiée.

## **Sujet 12**

---

L'interviewé est un homme de 37 ans, marié et père de famille. Il est technicien. Il a terminé une 6<sup>e</sup> année. Il se définit comme un dépendant affectif, qui a fait plusieurs tentatives de suicide. Il se dit Acadien.

La dernière tentative de suicide rapportée par le Sujet date de 2001. Il en a fait plusieurs auparavant avec divers moyens : gaz, arme blanche et couteau.

En 2001, au moment où il a tenté de se suicider, il était déçu de ne pas être admis dans un centre de désintoxication. Sa demande avait été refusée et il a dû rentrer chez lui, alors qu'il avait reçu peu de temps auparavant un ultimatum de sa femme pour qu'il *«règle son problème de dépendance»*. Les idées suicidaires datent de son enfance; très tôt, il a compris que lorsque *«tout va mal»*, il est possible d'aller rejoindre, au *«paradis»*, une personne qu'on aime, comme son grand-père. Lorsqu'il était adolescent, plusieurs de ses compagnons se sont suicidés; il allait à leurs funérailles et au cimetière, où il avait l'impression *«d'être dans une salle de classe»*. Quand il était jeune adulte, il a assisté au *«repêchage»* de son frère, qui s'était suicidé par noyade, ce qui a été au-delà de ses capacités. Il y a eu une période où *«il avait un pied dans la tombe pis un pied sur la terre»* et à plusieurs reprises, il a menacé sa femme de se suicider.

Lorsqu'il a fait sa tentative de suicide, il était dans un bar. Il a bu et pris ses médicaments. Il a ensuite appelé un ami, à qui il a dit ce qu'il avait fait et où il était. Cet ami est venu le rejoindre et l'a amené à l'hôpital, où il a reçu les premiers soins. Il a été en observation jusqu'au lendemain midi. Alors on l'a placé temporairement dans un lit de crise attaché aux services de la santé mentale.

Il dit que *«(sa) fierté a pogné un coup»*. Il doit maintenant vivre hors de son foyer; sa femme ne veut pas le reprendre tant qu'il n'a pas cessé d'abuser de l'alcool et des médicaments et de jouer aux *«jeux d'argent»*.

Lorsqu'il repense à sa tentative de suicide, il dit qu'une partie de lui est morte depuis la *«mort de son enfance»* et que s'il est suicidaire, c'est principalement dû à son manque d'estime de soi et à sa dépendance affective. Au moment de sa tentative de suicide, il ne pensait pas à la mort, mais plutôt à *«se faire du mal»*, car les blessures qu'il inflige à son corps sont moindres que sa souffrance intérieure. Il est déçu et fatigué d'avancer dans la vie. Il voudrait être pris en charge par les services de santé mentale, mais il a le sentiment qu'ils ne veulent pas l'aider et que, de toute façon, ils vont le convaincre d'accepter leur plan de traitement et il ne saura pas leur résister. Il croit qu'il fera une autre tentative de suicide, mais il a observé qu'il finit toujours par demander de l'aide.

Ses parents sont inquiets de ses comportements suicidaires, mais pas sa conjointe. Plusieurs de ses amis lui témoignent leur amitié lorsqu'il fait une tentative de suicide. Plusieurs personnes de son entourage connaissent sa situation. Cela l'humilie : *«Y'a beaucoup de personnes qui sait quoice que j'ai essayé de faire, mon orgueil pogne un coup.»*

Il pense que la mort est une *«libération totale»* et qu'après la mort, nous ne sommes plus seuls; notre esprit va rejoindre les autres esprits qui voyagent. Au moment de l'entretien, il disait ne pas désirer mourir.

Il pense que la mort est une «libération totale» et qu'après la mort, nous ne sommes plus seuls; notre esprit va rejoindre les autres esprits qui voyagent. Au moment de l'entretien, il disait ne pas désirer mourir.

Il connaît et fait usage des Services de santé mentale communautaires. Il se dit insatisfait des services reçus : les professionnels devraient s'occuper des personnes qui ont des problèmes comme les siens et ne le font pas.

En guise de commentaires sur l'entrevue de recherche, il déclare y avoir participé dans l'unique but de sauver quelqu'un et l'avoir fait en toute liberté.

### **Sujet 13**

---

Le Sujet est un homme de 48 ans. Il est célibataire sans enfant. Il reçoit des prestations d'invalidité. Il a terminé une 8<sup>e</sup> année. Il se décrit comme quelqu'un de gentil, de poli et qui fait des efforts pour rester optimiste. Nous ne connaissons pas son identité politique.

La tentative de suicide dont il est question remonte aux alentours des années 1975. C'était la deuxième. Il en a fait une autre avant celle qu'il raconte.

En 1975 (il vivait alors dans une autre province), quand il a tenté de se suicider, il était amoureux en secret d'un garçon mineur. Il a «pris un découragement» et voulait se «détruire». Il n'a pas déclaré son amour : «*J'ai tombé en amour sans jamais lui dire.*» L'amour qu'il ressentait pour ce jeune le rendait malade. Il s'enfermait et refusait de sortir. Il pense que le jeune se doutait qu'il était amoureux de lui et que pour se venger, il lui aurait fait prendre, à son insu du LSD. Selon lui, cela expliquerait les hallucinations qu'il a eues par la suite.

Pour passer à l'acte, il a pris une «grande marche» jusqu'à un viaduc. Une fois rendu, il a senti qu'il ne pouvait plus faire demi-tour, a attendu que des voitures



passent sous le viaduc et s'est jeté sous l'une d'elles. Il dit qu'il a peu de souvenirs des moments qui ont suivi sa chute. Il a été transporté à l'hôpital, où il a reçu les premiers soins; il était grièvement blessé à une jambe. Durant son séjour à l'hôpital, il n'a pas avoué à son entourage ce qu'il avait vraiment fait. Il parlait «*d'accident*».

Il se remémore son geste tous les jours : «*C'est comme une cicatrice qui m'a resté dans le cerveau*». Il le regrette; il aurait dû parler à un ami. Il attribue son acte au fait qu'il n'ait pas reçu de ses parents l'affection dont il avait besoin, même s'il n'a manqué de rien sur le plan matériel. Il aurait fait des dépressions depuis l'adolescence et il a le sentiment d'être «*un pas bon, un raté*». Selon lui, ce sont des éléments qui ont contribué à sa décision de vouloir s'enlever la vie.

À présent il pense toujours à se suicider, surtout la nuit, mais il s'efforce de ne pas trop se préoccuper de cette idée qui l'obsède et tâche de prendre «*ça à la légère*». Il tente de se raisonner, de se calmer, et il téléphone à son psychiatre pour se faire traiter. Il soutient qu'il a repris sa vie en main et vise à être suffisamment éduqué pour pouvoir travailler et ne pas passer sa vie dans un foyer de soins.

Il raconte que certains membres de sa famille ont été ébranlés par son geste suicidaire; au cours des dernières années, il s'est rapproché d'eux. Son geste n'est pas connu dans sa communauté.

Le Sujet croit que la mort est un «*grand sommeil*» et il en a peur. Il veut vivre. Lorsqu'il vaque à ses occupations journalières, il ne pense ni à la mort ni au suicide.

Il connaît CHIMO comme service d'aide. Il a déjà utilisé ce service, mais ne l'utilise plus. Il préfère écrire des notes (comme un journal) sur ce qu'il vit et en parler avec son psychiatre.

Le Sujet termine l'entretien de recherche en disant qu'il avait travaillé tellement fort dans sa vie, qu'il a fait un épuisement professionnel, mais lorsque la chercheuse lui signale ses propos du début de l'entretien (il vit depuis vingt-cinq ans d'une pension d'invalidité), il demande à mettre fin à l'entretien. Il se sent épuisé.

### **Sujet 14**

---

Le Sujet est une femme de 52 ans. Elle est divorcée et mère de famille. Elle est à la recherche d'un emploi et sans ressources car elle ne bénéficie pas de l'assurance-emploi. Elle a suivi un cours de secrétariat. Sur le plan politique, elle se définit comme une Canadienne, une «*Brayonne*».

La tentative de suicide qu'elle raconte a eu lieu autour de 1985. Elle avait déjà, à quelques reprises, tenté de ne plus vivre en cessant de manger.

À l'époque où elle a tenté de se suicider la dernière fois, elle se disputait régulièrement avec son ex-mari et «*n'en pouvait plus*» de vivre avec lui, car elle ne l'aimait plus. Peu de temps auparavant, elle avait confié au psychologue qui la traitait régulièrement qu'une nuit, elle avait voulu tuer son mari, car il était très jaloux et dominateur, mais la présence des enfants l'en avait empêchée. Elle rapporte que plusieurs événements de son enfance l'ont aussi incitée à penser au suicide : «*Disons que je vas conter un petit peu ma vie au début, ça va te dire pourquoi plus que j'ai pensé au suicide.*» Elle raconte que lorsqu'elle était enfant et adolescente, elle a été victime d'abus sexuels. Les agresseurs étaient d'abord une femme, puis un homme. Elle dit que cela lui a fait vivre une adolescence difficile.

La dernière fois qu'elle a tenté de se suicider, elle a quitté la maison en courant dans le froid, sans chaussures ni vêtements chauds, dans l'intention de se jeter

dans la rivière. Son mari est parti à sa recherche et l'a trouvée en entendant ses pleurs et ses cris.

En rétrospective, c'était dit-elle, pour en finir avec sa souffrance, mais en même temps, de façon inconsciente, elle demandait de l'aide. Elle n'est pas «*fâchée*» d'avoir vécu cette expérience, car elle sait ce que vivent les suicidaires. Elle reconnaît qu'elle vivait alors une dépression et qu'elle en a fait plusieurs. Elle ne se sent pas «*à l'épreuve*» du suicide. Elle pourrait répéter ce geste et pour cette raison, elle doit continuer de participer à des rencontres du groupe d'entraide. Mis à part son mari et son psychiatre, personne n'a su qu'elle a fait cette tentative de suicide.

Pour le Sujet, la mort est une étape entre la vie terrestre et la vie spirituelle qui permet de rejoindre Dieu, un être de bonté et de paix. Si elle se suicidait, elle pense que ce serait une façon de rejoindre Dieu et que celui-ci le voit ainsi. Elle croit au paradis, un endroit de paix, et à l'enfer, un lieu de souffrance où il est impossible de voir Dieu. Elle sait que sa religion interdit le suicide et croit que les suicidés vont en enfer après leur mort. Elle affirme que depuis qu'elle a eu son «*réveil spirituel*» après avoir participé à des séances Al-Anon, elle n'a plus pensé à la mort et au suicide.

Elle connaît plusieurs ressources communautaires pouvant venir en aide aux suicidaires. Elle en a utilisé quelques-unes et s'est sentie jugée et étiquetée par les professionnels. À d'autres moments, sa demande a été banalisée, ce qui l'a conduite à poser des actes agressifs. À son avis, les services de santé mentale et les médecins ne lui ont pas démontré qu'ils étaient capables d'aider les personnes suicidaires. Selon elle, d'une part, il est difficile de dépister des personnes suicidaires, car elles ne parlent pas facilement de leurs idées suicidaires, dont elles ont honte, et d'autre part, le personnel médical est incapable d'explorer le monde des émotions des personnes suicidaires, ce qui empêche le dépistage.

En guise de commentaires sur l'entretien de recherche, elle dit que malgré les années écoulées, il lui est encore difficile de parler de son geste.

### **Sujet 15**

---

Le Sujet est une femme de 36 ans. Elle est mariée et mère de famille. Elle s'occupe de la vie domestique. Elle a terminé une 12<sup>e</sup> année. Sur le plan politique, elle se définit comme une Canadienne, une «*Brayonne*».

La tentative de suicide que raconte le Sujet date de 2000. Elle dit qu'avant celle-là, elle en a fait deux autres : une première en tentant de se lacérer les poignets et une deuxième avec un fusil non chargé.

Lorsqu'elle a tenté de se suicider en 2000, elle se disputait régulièrement avec son conjoint. Elle trouvait que depuis la naissance de ses enfants, il avait changé et lui prêtait moins d'attention. Elle lui reprochait son manque d'engagement affectif envers elle.

Au cours d'une querelle particulière, à l'insu de son mari, elle a pris des comprimés d'acétaminophène, a écrit une lettre d'adieu et est allée embrasser ses enfants. Elle a demandé à son mari de lire la lettre. Il a refusé. Elle lui a alors dit qu'elle avait pris des médicaments. Il ne l'a pas crue et lui a enjoint d'aller se coucher. L'interviewée a attendu plusieurs heures, jusqu'au moment où la douleur est devenue si insupportable, qu'elle s'est évanouie. Elle s'est réveillée à l'hôpital, où elle a reçu les premiers soins. Son mari lui a rapporté que la voyant inconsciente et fiévreuse, il a alors réalisé qu'elle avait dit la vérité et il a appelé les ambulanciers. À son réveil, elle a eu peur d'avoir des séquelles hépatiques et a compris qu'elle avait fait une «*gaffe*», car elle n'avait pas pensé qu'elle allait survivre et devoir assumer les conséquences de son geste. Le lendemain, elle a été référée en psychiatrie où elle a reçu un diagnostic de

demandé son congé et, après maintes discussions, a été transférée dans un centre de jour, où elle a reçu des soins thérapeutiques qui l'ont aidée.

Lorsqu'elle pense à son geste et à ses conséquences, elle a des regrets et se sent coupable et triste à l'idée que tout cela peut avoir eu des répercussions négatives sur ses enfants. Elle soutient qu'au moment de sa tentative, elle voulait mourir et laisser ses responsabilités à son mari : *«Moi, je pensais, je meurs t'sais, j'm'en vas, j'aurais pas de problèmes à régler, j'aurais pas rien, je laissais tout le fardeau à lui (mari).»* Elle se sentait dans une impasse, croyant qu'elle allait souffrir davantage si elle quittait son mari pour vivre seule avec ses enfants (ce dont elle se croit incapable), mais elle se sentait par ailleurs incapable de le supporter plus longtemps. L'interviewée n'a pas pensé aux conséquences de son «ratage», à la dépression qui suivrait et au fait de devoir s'investir dans une démarche thérapeutique qui allait l'obliger à parler de ses difficultés. Elle affirme que si elle avait su ce qu'elle sait maintenant, elle n'aurait pas tenté de se suicider, mais *«attendrait au lendemain pour obtenir de l'aide»*. Par ailleurs, elle dit craindre d'être étiquetée lorsqu'elle devra retourner à l'hôpital, car elle a été suivie en psychiatrie : *«Ben, y'en a gros qui m'ont dit que quand tu passes une fois en psychiatrie, t'arrives à l'hôpital après ça pis toute suite, ah ils voyent que t'as passé là, ils pensent que ton mal revient là.»* Elle dit que son heure de mourir n'était sans doute pas arrivée, car sa *«vie de couple»* est moins difficile depuis ce temps-là. Elle dit qu'elle va garder le secret quant à son expérience suicidaire. Revenant sur les tentatives antérieures, elle dit qu'aucune n'était planifiée et qu'elles étaient toutes, au fond, un appel à l'aide.

Interrogée sur les réactions de sa famille et de son entourage au sujet de son dernier geste suicidaire, elle rapporte qu'à part son mari, aucun membre de sa famille ne lui a apporté du soutien, même si on savait ce qui s'était passé. Ils ont dit à leurs enfants et à leur entourage qu'elle avait été malade.

famille ne lui a apporté du soutien, même si on savait ce qui s'était passé. Ils ont dit à leurs enfants et à leur entourage qu'elle avait été malade.

Elle croyait que la mort par suicide allait lui procurer le repos de ses soucis, mais également permettre à son mari d'être libéré du poids de son existence et du dérangement qu'elle lui crée : *«J'pensais que sur le coup, ça allait être dur comme pour lui (mari), mais après ça que la vie serait belle pour lui pis les enfants, pis qu'il aurait pus moi comme fardeau t'sais, je serais pus là pour le déranger, pis que moi ben j'allais me reposer.»* Elle maintient deux discours sur ce qu'elle croit qu'il y a après la mort, soit qu'il n'y a rien, que c'est le repos, l'absence de souci, ou que c'est le paradis, un endroit de paix, d'amour, où habitent des saints et Dieu et où il est possible de ne plus avoir mal et de devenir un «*ange*» :

*«J'allais me reposer pis ben tu regardes des vues de Jésus pis tout le monde ont l'air beau là-dedans t'sais. Ça fait que moi j'avais pour mon dire moi itou j'vas m'en aller là, on est tous des saints pis tout le monde s'aime, t'sais y'avait pas de bataille, y'avait pas de chicane. Que j'allais arrêter de faire du mal à du monde en m'en allant là, je serais comment on dirait ça, un ange.»*

Elle croit que Dieu la veut près de lui par une autre mort que le suicide : *«Bon Dieu veut pas m'awoir d'un suicide, il veut peut-être m'awoir d'autre chose, mais pas d'un suicide.»*

Elle connaît plusieurs services pour les suicidaires : CHIMO, le groupe de soutien anonyme et les services de santé mentale. Elle voit, toutes les deux semaines, une travailleuse sociale qui lui donne du soutien et de l'encadrement. Elle affirme que depuis qu'elle participe au groupe d'entraide et à des thérapies, elle a une meilleure estime d'elle-même et a moins tendance à se déprécier. Elle comprend que le suicide n'est pas une solution aux difficultés de son couple.

Le Sujet n'a pas émis de commentaires sur l'entrevue de recherche, car l'entretien s'est terminé brusquement parce que ses enfants rentraient de l'école.

### **Sujet 16**

---

Le Sujet est un homme de 46 ans. Il est divorcé et père de famille. Il travaille à son compte. Il a terminé une 7<sup>e</sup> année et suivi un cours technique. Sur le plan politique, il s'identifie comme étant Brayon-Canadien.

La tentative de suicide racontée par le Sujet date de 1987. Avant celle-ci, il a fait cinq ou six tentatives semblables.

Lorsqu'il a tenté de se suicider en 1987, c'était parce qu'il ne pouvait pas concevoir de vivre sans alcool (il buvait beaucoup depuis plus de seize ans) ni de continuer à vivre en consommant autant : *«C't'année-là c'est vrai que j'ai devenu plus malade que j'ai jamais venu de ma vie là. J'ai venu dépressif, j'ai venu que je m'endurais pus moi-même, j'endurais pus les enfants, j'endurais pus la femme, j'endurais pus le monde autour de moi.»* Il croyait que sa mort allait permettre à sa famille de vivre aisément sans les problèmes financiers que sa consommation engendrait. Remontant à son enfance, il raconte que son père, qui était aussi alcoolique, le battait régulièrement et que sa mère le menaçait souvent d'être puni par Dieu, s'il ne respectait pas les règles dictées par l'Église.

Il a tenté de se suicider en provoquant un accident de la route avec sa voiture, mais lorsqu'il a croisé le camion qu'il avait décidé de heurter de front, il a pensé à ses enfants et a rapidement évité la collision. Il est ensuite rentré chez lui et a parlé à sa femme *«pour la première fois de (sa) vie avec honnêteté»*. Elle lui a conseillé de contacter son parrain chez les AA<sup>33</sup>. Il a suivi son conseil et c'est à la

---

<sup>33</sup> Association des alcooliques anonymes.

suite d'un échange avec son parrain qu'il a pris contact avec un psychiatre et qu'il a été traité pour une dépression.

Lorsqu'il repense à sa tentative de suicide, il se dit que c'est la maladie, la dépression, l'alcool, l'absence de spiritualité, l'éducation qu'il a reçue, l'incapacité à s'affirmer et à prendre ses «responsabilités» et ses «torts», le refoulement et le sentiment d'être «*de trop*» qui l'ont amené à poser ce geste. Il voulait disparaître pour toujours : «*vous entendrez pus parler de moi.*» Aujourd'hui, il se sent en harmonie avec son corps et son esprit et dit qu'il lui a fallu de nombreuses années de «*mouvement dans les AA*» pour y parvenir.

Le Sujet raconte que mis à part sa femme et son parrain chez les AA, personne ne connaît son expérience suicidaire. Interrogé sur le fait que d'autres personnes dans sa famille auraient tenté de se suicider ou l'auraient fait, il raconte que le fils de son cousin s'est suicidé.

Il n'a pas peur de la mort : «*C'est le paradis après.*» Il dit qu'il a toujours cru que sa vie après la mort serait meilleure que celle sur la terre. Il ne pense pas à la mort. Il aime la vie. Selon lui, chacun a sa propre façon de concevoir la mort. Il croit qu'il aura une autre vie auprès de Dieu, s'il «*meurt de (sa) bonne mort*», et qu'il n'en aura aucune, s'il s'enlève la vie. Il est écrit dans la Bible que se suicider est un péché. Il ne croit pas en l'enfer pour les suicidés, mais à un repentir obligé pour obtenir le pardon de Dieu.

Il dit connaître les services de santé mentale et fréquenter les AA et les émotifs anonymes.

Il n'a pas émis de commentaires à propos de l'entretien de recherche.



## Sujet 17

---

Le Sujet est un homme de 64 ans. Il est célibataire et père de famille. Il est rentier. Il a terminé une 12<sup>e</sup> année et suivi divers cours de perfectionnement. Sur le plan politique, il se définit comme un Canadien français.

Les tentatives de suicide dont il est question datent de 1998 et de 2001. Il affirme en avoir fait six, mais durant l'entretien, il n'en décrit que quatre.

En 1998, rien de particulier n'a déclenché son geste : «*C'était ben calme, c'était pas plus mouvementé, c'était la vie ordinaire, une vie plate, ben calme.*» La dernière tentative en 2001 s'est produite après qu'il ait mis à la porte un de ses enfants, avec qui il ne parvenait pas à s'entendre. Ce départ lui a causé des difficultés financières, car il ne pouvait plus compter sur la pension que lui versait son enfant. Il lui a donc fallu restreindre ses dépenses, entre autres pour l'achat de ses médicaments et pour les frais d'entretien de la maison. Il avoue que lorsqu'il se mettait à penser à sa vie de pauvreté, il lui semblait que la meilleure solution était «*d'en finir*». Il a aussi évoqué le fait que son grand-père maternel soit décédé dans une institution psychiatrique et que sa mère refusait de se faire traiter, alors qu'elle souffrait de «*gros troubles psychiatriques*».

Voici comment il décrit sa tentative de 1998: Il a immobilisé sa voiture sur une voie ferrée, à un passage à niveau, et a attendu que le train arrive. Mais au dernier moment, il a démarré et s'est éloigné. Ensuite, il s'est mis à pleurer, est allé voir son thérapeute et a été hospitalisé en psychiatrie. En 2001, pour tenter de se suicider, il s'est pendu. Il était seul dans sa maison, il s'est rendu dans son garage et avant de passer à l'acte, il a pensé que s'il téléphonait aux services de santé mentale, il pourrait «*voir le prochain printemps*». Il a appelé et demandé à parler à son thérapeute, qui n'était pas là. Il a fait ses adieux à la personne qui répondait

aux appels. L'intervenant, qui a compris le sens de ses paroles, a contacté la police, qui s'est rendue sur les lieux et l'a conduit en psychiatrie.

Ses tentatives lui laissent un sentiment de grande déception et celui d'avoir «*raté son coup*», d'avoir dérangé bien des personnes. Il dit que la prochaine fois, il ne se manquera pas : *«J'ai pas regret, je suis déçu d'avoir manqué mon coup, d'avoir dérangé les gens, déçu mais je me dis j'vas essayer de reprendre le dessus pis la prochaine fois, je manquerai pas mon coup.»*

Lorsqu'il repense à ses gestes de suicide, il les attribue à son manque d'argent pour acheter les médicaments requis pour traiter sa dépression, qui le rend suicidaire. Il dit que la dernière tentative n'était pas un appel à l'aide. C'était plutôt une protestation, car il a posé son geste après que les services gouvernementaux aient refusé de l'aider financièrement. C'était la seule façon d'obtenir de l'argent pour payer ses médicaments et les choses essentielles. Il pensait qu'il était préférable d'être mort et en paix plutôt que d'être miséreux : *«J'ai dit tant qu'à avoir de la misère sur la terre, j'aime ben mieux mourir, j'vas avoir la paix.»* Il voulait se débarrasser de sa vie, qu'il trouvait encombrante. Aujourd'hui, il dit se sentir mieux depuis qu'il prend ses médicaments et qu'il utilise les «*outils*» qu'on lui a enseignés.

Interrogé sur les réactions de sa famille et de son entourage, il dit que sa famille connaît ses tendances suicidaires et qu'une de ses sœurs l'encourage à vivre. Son entourage connaît aussi son expérience suicidaire. Il dit qu'il n'en est pas affecté, mais plus tôt dans l'entretien, il mentionne qu'il a entendu des ragots à son endroit et que cela l'a blessé.

Le Sujet croit que la mort est une délivrance des souffrances physiques et de la misère. Il pense à la mort tous les jours et n'en a pas peur. La mort par suicide est une libération. Après la mort, il croit que *«ça va être un repos, ça va être une*

*paix*». Il croit qu'il y a Dieu après la mort, car il est écrit que «*Dieu est lumière*». Il a fait ses arrangements mortuaires. Il ne veut pas se tuer avec une arme à feu.

En guise de commentaires sur l'entrevue, il souhaite que la chercheuse puisse répondre aux questions que soulève sa recherche et qu'elle revienne faire des visites dans sa région.

### **Sujet 18**

---

Le Sujet est une femme de 57 ans, divorcée et mère de famille. Elle reçoit une pension alimentaire. Elle a terminé une 12<sup>e</sup> année. Sur le plan politique, elle s'identifie comme étant une Canadienne, une «*Brayonne*».

La tentative de suicide rapportée par le Sujet date de 1993. Elle en a fait trois autres auparavant pour les mêmes raisons, mais d'après elle ces tentatives, n'étaient pas «*dangereuses*».

À cette époque précise (1993), elle avait le sentiment que le père de ses enfants, son mari, ne l'aidait pas et qu'il ne la supportait pas dans l'éducation de leurs enfants. Il était alors souvent à l'extérieur soit pour travailler ou pour ses loisirs, la laissant seule à s'occuper de trois adolescents. Depuis quelques années, elle consultait un psychologue avec ses enfants, qui présentaient des troubles de comportement, auxquels le père avait réagi en mettant l'un d'entre eux à la porte. Elle n'était pas d'accord avec cette décision. Durant cette période, elle avait développé une «*addiction*» aux médicaments afin de tolérer sa solitude : «*C'était toute pour m'engourdir, pour pas sentir ma solitude.*» Elle rapporte que lorsqu'elle était enfant, elle était souvent laissée seule; elle a revécu cet abandon avec son ex-conjoint.

Elle attendait sa place dans un centre de désintoxication lorsqu'elle a décidé de se suicider. Elle dit qu'elle s'est rendue dans un motel, a payé d'avance une

chambre pour plusieurs jours, a demandé de ne pas être dérangée et a pris tous les médicaments (Dalmane et Valium) qu'elle avait amassés. Elle a dormi pendant quatre jours, se réveillant parfois, mais étant incapable de se lever. Le matin du quatrième jour, elle s'est réveillée et avait de la difficulté à marcher. Elle regrettait d'avoir raté sa tentative de suicide et s'est dit qu'elle ne se manquerait pas la prochaine fois. Elle est partie chez elle et s'est soignée pour que personne ne se rende compte de ce qu'elle avait fait :

*«J'ai pris une chambre de motel pis j'ai payé pour plusieurs jours. Pis j'ai demandé à pas être dérangée pis j'ai tout pris mes médicaments. Pis j'ai dormi beaucoup au point que j'avais des pierres au talon... J'me suis réveillée pis j'ai sorti de l'hôtel pis j'm'en ai été à la maison pi mon mari me pensait partie en dehors de la province. Pis, j'ai jamais voulu y'en parler parce que j'me disais il sait pas lui là que j'avais faite un attentat de suicide.»*

Lorsqu'elle repense à son expérience suicidaire, elle affirme que ce qui la motivait, c'était «d'en finir». Elle était «désespérée» et ne voulait plus vivre de cette manière. Elle n'a jamais pensé à entraîner ses enfants dans son suicide; les laisser à la maison était un bon moyen de forcer leur père à prendre soin d'eux. Quant à elle, elle croyait que son suicide allait lui permettre de mettre fin à ses «misères», à son sentiment d'être incomprise et solitaire : «J'aime mieux mourir là si t'es pas là pour m'aider, moi j'peux pus là, j'veux pus.» Elle ne voyait pas d'autres solutions que le suicide : «j'pouvais pus vraiment pus pis j'voyais pas de portes de sortie là, j'me disais c'est la plus simple, j'vas prendre les médicaments pis ça va être fini.» Elle visait le sommeil éternel : «C'était dormir longtemps, le restant de ma vie, dormir pour toujours.» Aujourd'hui, elle considère que c'est un événement du passé : «J'ai viré la page.» Elle est heureuse de ne pas avoir réussi son suicide, car elle croit qu'elle avait autre chose à accomplir sur la terre. Elle ne pense plus au suicide, même lorsqu'elle vit des situations difficiles.

Sa famille et son entourage n'ont pas réagi, car elle n'avait rien dit «*pour les protéger*». Elle a raconté son histoire aux intervenants lors de sa désintoxication en 1993; on lui a alors conseillé de ne pas retourner chez elle, conseil qu'elle n'a pas suivi. L'entourage autre que sa famille n'a rien su non plus.

Le Sujet perçoit la mort comme la fin de la vie terrestre, mais croit qu'après la mort, il y a une autre vie. Son âme ira au ciel et «*sera bien*» comme le disent les prêtres et les écrits de l'Église. Elle serait allée en enfer, si elle était morte en se suicidant, mais ce n'est pas le dessein que Dieu lui réservait : «*J'aurais pas que si je mourais suicidée, j'aurais été en enfer, me semble que c'est pas ce que Dieu voudrait de moi.*» Bien qu'elle savait cela au moment de sa tentative de suicide, le désespoir était plus fort. Elle décrit l'enfer comme un endroit où la vie n'est pas belle et où Dieu, bien qu'il soit tout près, est inaccessible.

Elle connaît et utilise certaines ressources, surtout les groupes d'entraide et de prière.

En guise de commentaires à propos de l'entrevue de recherche, l'interviewée dit qu'elle s'y est prêtée pour aider d'autres personnes.

## **Sujet 19**

---

Le Sujet est un homme de 42 ans. Il est séparé et père de famille. Il travaille comme commis. Il a terminé une 12<sup>e</sup> année. Il s'identifie comme étant Canadien français.

Le Sujet rapporte trois tentatives de suicide, toutes en 2000. Il a fait une première tentative immédiatement après que sa femme lui a annoncé qu'elle le quittait. C'est alors qu'est né chez lui le désir de s'enlever la vie, dit-il. Il était déjà hospitalisé en psychiatrie. On ne connaît pas les diagnostics qui ont motivé son hospitalisation, mais à partir de descriptions qu'il fait ailleurs dans l'entrevue, on

peut penser qu'il traversait une phase dépressive après un épisode maniaque. En entrant à l'hôpital, il a caché deux flacons de comprimés sous son matelas. Sa femme est venue le visiter et lui a dit qu'elle rompait. Après que celle-ci a quitté l'hôpital, il a demandé un verre d'eau à un membre du personnel et a pris d'un coup tous ses comprimés. Le personnel s'en est rendu compte, on l'a intubé et on lui a fait un lavement d'estomac, après à quoi il s'est endormi. À son réveil, il était en colère parce qu'on l'avait ranimé.

Une fois sorti de l'hôpital, il était survolté, dit-il, mangeait peu et prenait à l'excès ses médicaments, obsédé par des idées de suicide. Il dit qu'il avait «*perdu le contrôle*». Il trouvait que sa vie n'avait plus de sens sans sa femme et plus personne d'autre ne comptait pour lui. C'est dans cet état qu'il a fait sa deuxième tentative, en essayant de s'asphyxier dans sa voiture. Son voisin s'est aperçu que quelque chose n'allait pas bien et il a appelé la police, qui l'a transporté à l'hôpital, où il a été admis en psychiatrie.

Dans les semaines qui ont suivi sa sortie de l'hôpital, l'idée du suicide persistait et devenait de plus en plus intense. Il vivait alors seul. Il a décidé d'utiliser le jeûne comme «*simple*» moyen de se suicider. Ce choix lui est venu à la suite de l'insuccès de ses tentatives précédentes et de l'information qu'il a entendue lors d'une émission de télé sur l'anorexie mentale. Il dit n'avoir avalé, pendant trois semaines, que des «*cocktails de médicaments*». Mais, dans un moment de panique, il a téléphoné à une travailleuse sociale, qui a envoyé quelqu'un le visiter. Cette personne, après avoir constaté son état, l'a conduit à l'hôpital, où il a refusé les traitements qu'on lui offrait. Il a alors été admis, contre son gré, aux soins intensifs, puis en psychiatrie.

Repensant à son geste et à ce qui s'en est suivi, il perçoit ses tentatives de suicide comme une façon de se «*venger*» et de «*punir*» sa femme. Il souhaitait aussi «*dormir pour longtemps*» et avoir la «*paix*». Il dit qu'il ne pensait pas au

«suicide», mais davantage à «laissez-moi aller». Il voyait sa vie en «noir»; la mort ne lui faisait plus peur. Il retient, de son expérience suicidaire, que la grève de la faim est le meilleur moyen de se suicider et qu'il pourra le réutiliser. Pour l'instant, seule la présence de ses enfants donne un sens à sa vie, mais bientôt, ses enfants partiront et ce sera un moment «dangereux». Par ailleurs, il pense avoir développé une «codépendance» à l'hospitalisation, car il en retire certains bénéfices sociaux, comme celui de recevoir la sympathie de quelques amis. Aujourd'hui, il prend la vie au jour le jour, dit-il; mais du même souffle, il affirme qu'il a des projets pour l'avenir (changer d'emploi et de pays) et il participe à des groupes d'entraide.

Le Sujet croit que ses parents et ses enfants sont très affectés par ses gestes suicidaires. Malgré cela, il dit parler régulièrement à ses enfants de la possibilité qu'il (le père) se suicide pour de bon. Ils réagissent «mal» et ils ont dû recourir à des services thérapeutiques. Sa famille tout comme son ex-femme l'encouragent à refaire sa vie. Son entourage a su qu'il avait fait une tentative de suicide, mais on ne lui en parle pas. Ses collègues de travail ne peuvent concevoir qu'un gars aussi enjoué et serviable puisse se suicider.

Pour l'interviewé, la mort, c'est «disparaître» de la terre, la fin des «tracas» et des «douleurs». Ses douleurs sont le départ de sa femme et le fait de devoir vivre des épisodes dépressifs récurrents. Il croit qu'il n'y a rien après la mort. Il ne croit pas au paradis. Il dit que le ciel, c'est le «vide, «le néant».

En guise de commentaires sur l'entrevue de recherche, il affirme que c'est la première fois qu'il partage en détail son expérience suicidaire, si l'on excepte les confidences qu'il a faites à des professionnels de la santé. Il était satisfait de s'être confié à la chercheuse.

## Sujet 20

---

Le Sujet est une femme de 48 ans. Elle est célibataire et sans enfant. Elle a terminé deux baccalauréats, mais n'a pas pu travailler dans son domaine, ayant été malade une grande partie de sa vie d'adulte. Elle reçoit des prestations d'assurance-emploi. Sur le plan politique, elle se définit comme une Canadienne de descendance moyen-oriental.

La tentative de suicide que raconte le Sujet date de 1996. Elle dit qu'elle a fait plusieurs tentatives de suicide (elle ne peut dire le nombre exact) et que, dès l'âge de 17 ans, elle s'étranglait jusqu'à ce qu'elle s'évanouisse.

En 1996, au moment où elle a posé ce geste suicidaire, elle était, dit-elle, sous l'effet de la rage. Elle n'était pas capable de contrôler ses émotions. Elle était seule dans la vie, ne travaillait pas et prenait beaucoup de médicaments. Elle a pris un couteau et s'est tranché le bras. Elle a été hospitalisée en psychiatrie (on ne sait comment ni avec qui elle s'est rendue à l'hôpital).

Pour en venir à parler de son expérience, l'interviewée remonte aux événements qui ont entouré sa naissance. Elle prétend qu'elle n'était pas une enfant désirée, puis raconte les actes d'agression sexuelle nombreux qu'elle a subis et le rejet dont elle croit avoir été l'objet de la part de sa famille. Sa mère est morte quand elle était jeune adolescente et elle fut prise en charge par un membre de la famille de sa mère. C'est au cours de cette période qu'elle a commencé à consommer de l'alcool et des drogues. À la fin de son adolescence, elle s'est mise à se mutiler et avec les années, ces comportements d'automutilation se sont aggravés. Elle aurait été hospitalisée dans sept hôpitaux psychiatriques différents; on lui aurait prescrit d'importantes quantités de médicaments (psychotropes, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, etc.). Selon elle, on a diagnostiqué son état de la façon



suivante : maniaco-dépressive et trouble de personnalité limite. Elle considère qu'on lui a mis *« beaucoup d'étiquettes dans le front »*.

Elle croit que la drogue, l'alcool, les médicaments et l'automutilation étaient des moyens de fuir sa réalité. Mais également, à travers la mutilation, elle manipulait les autres afin de combler un grand besoin d'attention, d'amour et de protection : *« Pis moi les moyens pour fuir ben c'était la boisson, la drogue, les médicaments à la tonne, l'auto-mutilation. »* Cependant, ces *« bienfaits »* (attention affective et physique) ne lui étaient accordés que momentanément. Les gens étaient vite *« dégoûtés »*. Alors, elle *« recommençait, recommençait, car elle ne (s')aimait pas »* :

*« Je l'avoue, je manipulais beaucoup et je cherchais beaucoup l'attention aussi, j'avais un besoin, un désir énorme pis immense d'être aimée. Mais moi là quand je faisais des gestes de même là ben tout de suite le monde était autour de moi, imagine-toi hein ils me donnaient de l'attention pi ils me donnaient un peu d'amour, un peu d'affection, un peu de protection. Je cherchais de la protection dans le fond, mais ça durait quoi une demi-heure, une heure, après ça ils s'en allaient pis ça les dégoûtait. J'avais juste, c'était juste l'instant présent, c'était juste une question d'heure, question de t'sais pour me donner un petit espoir. »*

Alors, elle désirait intensément la mort, ne plus souffrir, être libérée. Elle voulait mourir rapidement : *« Je voulais me détruire, je voulais mourir, je voulais vraiment arrêter de souffrir, je pense que je voulais arrêter de souffrir. »*

Aujourd'hui, elle va mieux. Elle consulte un médecin, qui dit-elle, ne la perçoit pas comme un problème, mais comme une personne avec un *« potentiel »*. Il lui donne des *« trucs simples »*, comme remercier la vie pour ce qu'elle lui donne. Elle affirme que grâce aux conseils et aux traitements de ce médecin, elle s'est progressivement désintoxiquée. Elle ne prend plus de psychotropes et a beaucoup changé : elle est plus réceptive, désireuse de communiquer et *« en possession de (ses) moyens »*. Avant, sa souffrance était sa seule amie, alors que maintenant, elle

a le «*courage de (s) 'aimer*», de se donner le droit d'être heureuse et de développer son potentiel.

Interrogée sur les réactions que son comportement lui a attirées, elle parle de sa famille et de son entourage. Les membres de sa famille l'ont jugée durement, dit-elle, la considérant comme une «*épave humaine*» et un «*être inutile*». Ils l'ont aussi traitée de folle qui se «*coupe partout*» et qui ne veut pas vivre. Elle s'est sentie très seule. Quant à son entourage, elle ne sait pas ce que les gens de sa communauté pensent d'elle.

Le Sujet perçoit la mort comme une façon d'évoluer et d'aller dans une autre vie au «*niveau astral*». Elle définit «*l'astral*» comme un endroit sans temps où se rend l'âme départie du corps. Lorsqu'elle est dans cet endroit, l'âme doit choisir entre rester ou revenir sur terre pour revivre une autre vie. Si elle décide de revenir sur terre, elle doit choisir ses parents et le moment où elle mourra.

Elle connaît plusieurs services qui viennent en aide aux suicidaires : médecins, groupe de prière et groupe d'entraide. Son expérience l'amène à dire que les services de santé mentale «*étiquettent*» les patients pour déterminer le traitement et le moment où ils vont recevoir leur congé. Par ailleurs, certains psychologues n'ont pas assez de «*vécu*» pour comprendre ce que leur client ressent.

En guise de commentaires sur l'entrevue de recherche, elle dit qu'elle a accepté d'y participer, car elle voudrait que son témoignage soit utile. L'entretien lui a aussi fait réaliser qu'elle a fait du chemin, «*qu'elle arrive de loin*» et que, sur certains points, elle ressent encore beaucoup d'émotion, mais qu'elle réussit à prendre du recul sur son «*vécu*», maintenant qu'elle a confiance en la vie.

## Sujet 21

---

Le Sujet est une femme de 38 ans. Elle est mariée et mère de famille. Elle s'occupe de la vie domestique. Elle a terminé une 8<sup>e</sup> année. Sur plan politique, elle se définit comme une Canadienne française Acadienne.

La tentative de suicide rapportée par le Sujet date de 2000. L'évènement immédiat qui aurait entraîné son geste, c'est le fait que son mari a recommencé à abuser de l'alcool. Elle se sentait incapable de vivre à nouveau avec un mari alcoolique. Cette situation, dit-elle, l'a conduite à développer une dépendance aux médicaments et à l'alcool et à vivre des dépressions récurrentes. Elle reconnaît aussi qu'il y a d'autres circonstances qui l'ont amenée au suicide, entre autres les difficultés financières et conjugales. Elle raconte que dans un passé moins récent elle a vécu une série d'évènements qui l'ont «stressée» : deux accidents de la route, le décès de sa mère et de sa nièce et l'adolescence difficile de ses enfants. Elle raconte qu'elle n'a jamais vraiment accepté d'être «*mère au foyer*». Elle aurait voulu contribuer financièrement à la vie domestique. Elle a quitté son mari à deux reprises pour survivre et parce qu'un thérapeute lui disait qu'elle devait «*régler ses problèmes*». Remontant encore plus loin, elle croit que la vie dure de son enfance, une mère alcoolique et un père violent ont aussi contribué au développement de son état suicidaire.

En 2000, au moment de la tentative de suicide, elle était seule dans sa maison. Elle est allée dans sa chambre, a mélangé ses médicaments dans un verre d'eau, qu'elle a bu, et s'est ensuite couchée. Lorsque son mari est entré, elle s'est levée et il a constaté, à sa démarche, qu'elle avait pris quelque chose. Il l'a amenée à l'hôpital, où elle a reçu les premiers soins. Elle rapporte qu'après deux jours d'hospitalisation, elle a été transférée dans un lit de relève, sans médication, et qu'elle a trouvé le sevrage très difficile. Après un certain temps, elle s'est mise à angoisser et à avoir peur de mourir. Elle a demandé de l'aide en santé mentale, où

on l'aurait «confrontée», lui rappelant qu'elle avait fait une tentative de suicide, mais que par ailleurs, elle disait avoir «*peur de la mort*». Elle dit que bien qu'elle comprenne le sens de cette remarque, cela ne l'a pas aidée à traverser cette crise. Elle dit qu'elle «*ne se sentai(t) pas bien*» d'avoir raté sa tentative de suicide et qu'elle a pensé recommencer. Elle a le sentiment que personne ne la comprend :

*«Oui y'a fallu que je cogne à beaucoup de portes, partout. Dans le fond, j'pense que je voulais pas vraiment mourir avec toutes les portes que j'ai cognées pis partout ouce que j'ai été, j'dis pas qu'ils m'ont pas aidée mais, comment je dirais ça, ils m'aident dans leur possible qu'ils peuvent mais c'est moi qui prends la décision là, je le fais-tu ou je le fais pas? Une journée, ils m'ont faite comprendre ça là. Ils peuvent m'aider, mais la décision là c'est pas eux autres qui ont un couteau pis c'est pas eux autres, parce que t'sais c'est ça là, c'est qui qui prend la décision à un moment donné là quand ils sont pas avec moi là eux autres.»*

Revoyant son geste, elle pense maintenant qu'elle avait alors perdu le goût de vivre et qu'elle était déprimée. Elle voulait arrêter de souffrir et trouver «*la paix qu'(elle) ne trouvait plus*» auprès de Dieu. Elle croyait qu'elle avait tout donné. Elle n'avait plus de «*but*». «*Je voyais pus rien, moi, qui me (re)tenait ce bord-icitte.*» Elle croit que son geste était également un appel au secours, une manière de dire qu'elle n'en pouvait plus. Elle cherchait de l'aide et bien qu'elle ait frappé à plusieurs portes, elle n'a pas trouvé ce qu'elle cherchait ou l'aide qu'elle a reçue n'était pas suffisante. Elle sait qu'elle est la seule à pouvoir décider de ce qu'elle fera de sa vie.

Elle a fait trois tentatives de suicide avant celle qu'elle a choisie de raconter plus tôt, la première en 1997, après une querelle avec son mari. Elle avait pris des médicaments et de l'alcool. La deuxième fois, ne voulant pas répéter la première expérience, elle s'était lacéré les poignets avec une lame, mais la vue du sang et la douleur l'avaient arrêtée. Elle avait dû recevoir des soins médicaux. Peu de temps après, elle en avait fait une troisième, en prenant une grande quantité de

médicaments avant de se coucher. Elle était convaincue qu'elle allait mourir, mais elle s'était réveillée le lendemain, toujours avec cette idée de trouver le bon moyen de se suicider. Elle affirme qu'aujourd'hui, elle travaille résolument pour ne plus être suicidaire.

Interrogée sur la réaction de sa famille et de son entourage, l'interviewée dit qu'elle ne connaît pas celle de son mari et que ses enfants pensent qu'elle est malade. Dans son entourage, elle reçoit le soutien et l'encouragement d'un des membres de sa famille d'origine. De même, elle a des amis qui lui témoignent leur amitié et leur sollicitude.

Elle pense que la mort est un repos; elle n'en a pas peur. Elle dit ne pas savoir ce qu'il y a après la mort. Elle croit que c'est comme avant la naissance, c'est-à-dire qu'on n'a conscience de rien. Elle ne sait pas jusqu'où va ce raisonnement, car dans la religion catholique, *«il devrait y avoir autre chose»*.

Le Sujet connaît et utilise les services de santé mentale. Elle dit qu'elle conserve sur elle un numéro de téléphone en cas d'urgence.

En guise de commentaires sur l'entrevue de recherche, elle a réalisé que tout en voulant sauver sa santé mentale, elle faisait des tentatives de suicide. Elle trouve cela *«bizarre»*.

## **Sujet 22**

---

Le Sujet est une femme de 41 ans. Elle est séparée et mère de famille. Elle a suivi un cours collégial. Sur le plan politique, elle se définit comme une Acadienne.

La tentative de suicide rapportée pendant l'entrevue date de 2000. Elle en a fait une autre avant celle-ci, qu'elle qualifie de la plus *«dangereuse»*.

d'argent et de la difficulté à gérer son budget, mais son «*vide*» est l'élément qui l'a le plus incitée au suicide : «*D'après moi, c'est ça qui m'a plus poussée, le vide.*» Le «*vide intérieur*», dit-elle, est de «*ne pas savoir*» ce qu'est «*être aimée et aimer*». Elle ne peut pas dire à ses enfants qu'elle les aime et croit difficilement en l'amour de son nouveau conjoint. Son «*vide*» serait apparu à la mort de son père ou peut-être était-il là avant, mais elle n'en avait pas conscience. Elle cherche une façon de trouver «*son bobo*», de s'expliquer la présence de ce vide. Elle a consulté divers professionnels pour comprendre son malaise. Elle croit aussi qu'il est possible que certains aspects de son enfance, comme le fait d'être née dans une famille nombreuse et pauvre et d'avoir été hyperactive, aient contribué à l'apparition de son «*blocage*».

C'est à la suite du premier échec de ses tentatives de suicide qu'elle a décidé de changer de méthode et qu'elle a opté pour la lacération des poignets. Pendant la préparation de son suicide, son «*esprit était vide*», mais centré sur l'organisation de la mise en scène. Elle est d'abord allée acheter «*un couteau de la bonne grandeur*». Une fois seule chez elle, un après-midi, elle est allée dans sa chambre, a recouvert son lit d'un plastique, puis d'une couverture pour se couvrir. Avant de commencer à se couper, elle a pris des relaxants pour atténuer la douleur. Elle s'est d'abord coupé le poignet gauche. Lorsqu'elle a voulu s'entailler le poignet droit, elle n'avait plus la force requise pour trancher en profondeur. Les médicaments l'affaiblissaient. Après avoir essayé une première fois, elle n'a pas voulu recommencer à cause de la douleur. Elle a pleuré et attendu sur son lit que la mort vienne : «*J'ai refermé la porte pis je m'ai recouchée pis j'ai resté couchée là, j'attendais que ça vienne là t'sais.*» Son conjoint et un de ses enfants sont entrés, l'ont trouvée et l'ont immédiatement conduite à l'hôpital. Elle rapporte que pendant les premiers soins, une infirmière lui a dit qu'elle n'avait pas vraiment l'intention de mourir, car elle s'y était prise de la mauvaise façon en taillant d'abord sa main dominante. Ensuite, elle a été transférée en psychiatrie où

voulu recommencer à cause de la douleur. Elle a pleuré et attendu sur son lit que la mort vienne : *«J'ai refermé la porte pis je m'ai recouchée pis j'ai resté couchée là, j'attendais que ça vienne là t'sais.»* Son conjoint et un de ses enfants sont entrés, l'ont trouvée et l'ont immédiatement conduite à l'hôpital. Elle rapporte que pendant les premiers soins, une infirmière lui a dit qu'elle n'avait pas vraiment l'intention de mourir, car elle s'y était prise de la mauvaise façon en taillant d'abord sa main dominante. Ensuite, elle a été transférée en psychiatrie où on lui aurait dit qu'elle n'avait pas de raison de vouloir mourir et que ce désir n'était qu'une idée dans sa tête qu'elle ne devait pas écouter : *«Les idées suicidaires que j'avais, c'est parce que les médicaments fonctionnaient pas. C'était toute dans ma tête, j'avais pas vraiment envie de me suicider, c'est des idées.»* Elle a été encouragée à téléphoner aux médecins et aux autres thérapeutes lorsqu'elle se sentait tentée de recommencer. Elle dit qu'elle ne leur a pas parlé de sa situation personnelle et qu'elle n'a pas pu voir le psychologue, même si elle est restée trois semaines : *«J'ai passé trois semaines là pis ça rien donné en toute.»* Elle reconnaît que dans *«sa malchance, elle a été chanceuse»* de ne pas perdre l'usage de sa main gauche.

Lorsqu'elle repense à sa tentative de suicide, elle dit qu'elle l'a faite parce *«qu'il n'y avait pas d'autre solution»*. Elle était *«tannée»* de vivre et croyait que sa mort allait résoudre plusieurs de ses problèmes : la disparition de son vide intérieur, le placement définitif de ses enfants chez leur père et la fin d'une vie qu'elle n'aime pas. Elle dit avoir *«désiré la mort»*, bien qu'elle sache que l'Église interdit le suicide et qu'elle irait en enfer.

Elle pense toujours au suicide et dit qu'elle le fera à nouveau et pour de bon : *«Parce que je me dis si ma qualité de vie s'améliore pas, c'est pas vrai que je vas pâtir comme ça pendant des années.»* Depuis qu'elle reçoit des médicaments psychiatriques, elle sent qu'elle a perdu de ses capacités : perte de la mémoire, trouble psychomoteur, cataracte, effets secondaires importants causés par les

médicaments, etc. Elle essaie de se convaincre que ses idées suicidaires sont dans sa tête et qu'elle ne doit pas les écouter, mais elle ne parvient pas à distinguer ce qui est de l'ordre des idées d'avec le désir véritable : *«C'est difficile de faire la différence O.K., c'est dans ta tête là, faut tu sais t'es pas obligé de le faire là, c'est juste dans ta tête.»* Elle sait que ses enfants vont en souffrir, si elle meurt par suicide et craint qu'ils ne s'en remettent pas. Ce sentiment s'ajoute à la culpabilité qu'elle ressent de ne pas pouvoir s'occuper d'eux convenablement.

En 1999, elle a fait sa première tentative de suicide, une surdose de médicaments et d'alcool. Ses sentiments étaient les mêmes que ceux qui l'accompagnaient lors de la deuxième tentative de suicide.

Interrogée sur la réaction de sa famille et de son entourage, l'interviewée dit que ses enfants ont davantage réagi à la première tentative de suicide qu'à la deuxième. Ils l'ont encouragée à ne pas refaire de tentative de suicide et l'ont assurée de leur amour, alors que plusieurs membres de sa fratrie l'ont accusée de vouloir se *«vanter»*. Elle s'est sentie jugée, condamnée et incomprise. Elle ne sait pas si dans son entourage on a su qu'elle avait fait des tentatives de suicide.

Elle pense que la mort, c'est la fin de la vie et qu'après la mort, il y a la réincarnation, qui permet de passer d'une vie à une autre pour s'améliorer. Elle ne croit pas au paradis. Elle dit que l'enfer, c'est la vie sur terre. D'après ce qu'elle entend, la mort c'est comme une *«nouvelle vie»* et après la mort, c'est le paradis, mais l'enfer pour les suicidés :

*«Ça fait je me dis si tu meurs pis que tu te fies d'après ce qu'ils disent, t'es ben, tu vas aller au paradis à moins que si c'est vrai qu'ils disent que si c'est toi-même qui te tues, tu t'en vas en enfer.»*

Elle sait qu'elle peut contacter la ligne d'écoute CHIMO, si elle en ressent le besoin. Actuellement, elle voit un psychologue et un psychiatre, qui considèrent



que son état s'est peu amélioré, ce qui l'amène à croire qu'il n'y a pas d'autres solutions que le suicide.

*«Tu vois pas d'autre autoroute à prendre. C'est comme un cul-de-sac... Non, ben j'veux dire je faisais de la thérapie, j'appelle ça une autre autoroute pis ça m'avait pas encore donné rien pis ça m'a pas encore donné rien non plus.»*

En guise de commentaires, elle dit qu'elle a appris en cours d'entretien qu'il est possible que ce soit sa révolte face à sa vie qui l'a amenée à faire une tentative de suicide.

### **Sujet 23**

---

Le Sujet est une femme mariée de 53 ans, mère de famille. Elle occupe un emploi d'animatrice sociale. Elle a suivi une formation collégiale. Sur le plan politique, elle s'identifie comme étant Canadienne-Acadienne.

La tentative de suicide dont parle le Sujet date de 1982. Elle n'en a pas fait d'autre.

Elle affirme qu'au moment où elle a fait sa tentative de suicide, elle *«entendait des voix dans sa tête»* qui lui disaient que *«si elle ne se suicidait pas, ses enfants allaient mourir»*. Pour en venir à parler de son expérience, elle raconte que durant l'année de sa tentative de suicide, elle avait subi une chirurgie et qu'elle ne *«réussissait pas à monter la côte»*. Remontant encore plus loin, elle dit que lorsqu'elle était enfant, elle a été maltraitée par sa mère et qu'à l'adolescence, ses parents l'ont placée chez sa grand-mère, où une journée elle a *«failli être tuée par un oncle»*. Aujourd'hui, elle pense que son oncle et sa mère souffraient de la même *«maladie mentale»* qu'elle.

Lorsqu'elle a fait sa tentative de suicide, c'était la nuit. Elle dit qu'elle a décidé de suivre les ordres des voix qu'elle entendait, qui lui ordonnaient de se suicider.

Elle est sortie, est montée dans une voiture qui se trouvait là, l'a mise en marche et s'est dirigée vers les falaises escarpées. La voiture a heurté un rocher et elle a été éjectée hors de l'auto. La police est arrivée; on l'a amenée au poste, car les policiers ont cru qu'elle pouvait être dangereuse, puisqu'elle avait volé une voiture. Après l'avoir interrogée, ils ont décidé de la conduire dans un hôpital psychiatrique en voiture cellulaire. Elle raconte ne pas avoir apprécié qu'on la traite comme une criminelle, même si on s'est montré compréhensif à son égard. Au cours de son hospitalisation, elle a appris qu'elle souffrait de schizophrénie. Elle dit qu'elle s'est alors sentie libérée, car il y avait un nom à ses souffrances : *«C'était comme un petit peu un soulagement de réaliser que y'avait une maladie qui y allait avec c'que j'avais fait, mais j'étais pas encore convaincue.»*

Lorsqu'elle repense à sa tentative de suicide, elle dit qu'elle n'a pas pensé à sa propre mort, mais à ce qu'il lui arriverait après sa mort, si elle ratait son geste :

*«C'est ça, c'est tout ce que c'était. J'ai même pas pensé que j'allais mourir. J'veux dire j'ai pensé que j'allais mourir, mais j'ai pas pensé j'vas-tu yaller en enfer, j'vas-tu yaller au ciel, j'vas-tu me blesser pour paralyser jusqu'à ma mort. J'ai pas pensé à ça du tout. Ça a venu comme ça.»*

Elle affirme que c'est grâce à la prière et à son mari qu'elle a pu s'en sortir. Avec le recul, elle croit que les manifestations de sa maladie mentale prennent racine dans les grandes peurs de son enfance :

*«Pis j'me dis que ma maladie est causée en grande partie à cause du stress que j'ai vécu pis quance que je suis devenue malade, j'pense que les voix mêlaient toutes les peurs que j'avais eues pis ça s'amplifiait à 100%, mais ça j'pense que ça vient de mon enfance.»*

Aujourd'hui, elle dit penser toujours au suicide, mais moins intensément : *«J'y pense encore aujourd'hui, mais c'est pas aussi fort.»*

Récemment, après une discussion avec un de ses enfants, elle a réalisé que ceux-ci étaient affectés surtout par sa longue et difficile convalescence.

Elle croit qu'après la mort, il y a le ciel ou l'enfer : *«J'ai peur d'aller en enfer. Ah oui, une grosse peur d'aller en enfer.»* Elle dit qu'elle ne referra pas de tentative de suicide, sachant que c'est un péché qui mène en enfer. L'enfer, c'est le vide, c'est l'absence d'amour, c'est la torture. Elle croit aussi en la réincarnation, c'est-à-dire que les personnes reviennent sur terre dans une autre personne pour *«recevoir tout le bien»* qu'elles ont fait dans leur vie.

Elle connaît les services de santé mentale, en fait usage et apprécie les services reçus.

En guise de commentaires sur l'entrevue de recherche, elle dit qu'elle n'a pas trouvé l'entretien difficile, bien que parfois, elle était triste en évoquant le fait que des personnes souffrent comme elle a souffert. Elle voudrait que ces personnes puissent être bien, comme elle l'est aujourd'hui.

## **Sujet 24**

---

Le Sujet est une femme mariée de 36 ans, mère de famille. Elle s'occupe de la vie domestique. Elle a une 8<sup>e</sup> année. Sur le plan politique, elle se définit comme étant Acadienne.

La tentative de suicide rapportée par le Sujet date de 2000. Elle dit avoir fait plusieurs tentatives de suicide, car plusieurs circonstances dans sa vie, personnelle et conjugale, lui apparaissent inacceptables et intolérables.

Au moment où elle a fait sa tentative de suicide, elle ne pouvait plus supporter de vivre seule. Les mois précédant son geste, elle a dû faire face à plusieurs événements : l'incarcération de son mari, le déménagement dans une autre ville, la

perte de sa voiture et l'absence prolongée des enfants. Dans son enfance, elle s'est sentie négligée par ses parents. Plus tard, elle a épousé un mari alcoolique et violent, physiquement et sexuellement, si bien qu'à plusieurs reprises, elle a été hospitalisée à la suite des blessures qu'il lui a causées. Elle avait peur de lui et dans l'intention de remédier à ce malaise, elle s'est mise à consommer de l'alcool, mais la situation n'a fait que se dégrader, la conduisant à des hospitalisations en psychiatrie. Elle a alors été menacée de perdre la garde de ses enfants. Elle a donc cessé de boire et s'est «prise en main» en participant aux réunions des AA. Elle dit qu'elle a recommencé à consommer, mais cette fois des médicaments pour pouvoir affronter le stress familial. Après un certain temps, elle a développé une dépendance aux médicaments et s'est mise à mentir pour en obtenir. Sa pharmacodépendance l'a conduite à faire des surdoses. Elle ne se contrôlait plus, cherchant un état constant de soulagement à ses souffrances psychologiques. C'est ainsi, dit-elle, qu'elle en est venue à penser au suicide.

Elle ne se souvient pas bien des événements entourant sa tentative de suicide, sinon qu'elle était chez elle et qu'elle a pris graduellement ses médicaments, jusqu'à ce qu'elle s'évanouisse. Ses enfants l'ont trouvée inconsciente. À son réveil, elle a exprimé son regret d'être toujours vivante : *«J'ai dit, ah, vous auriez pas dû me réanimer, j'aurais été contente, mais j'étais plutôt sur un choc de la manière que je vois ça parce que j'étais pas dans mes états normal.»* Le personnel médical lui aurait dit : *«Que si j'en faisais une autre de même, parce que c'était pas la première fois que je faisais des overdoses, la prochaine fois, je passerais pas à travers.»*

Lorsqu'elle repense à sa tentative de suicide, elle soutient qu'elle a eu *«beaucoup d'échecs avant d'arriver à aboutir à une tentative de suicide»*. Elle cherchait à *«ne plus (se) réveiller»*. Elle voulait *«en finir»* : *«Je voulait avoir une fin à ça, je voulais pas se réveiller de nouveau, je voulais pas rester toute seule à la maison. Je voulais me débarrasser de moi-même, je voulais vraiment m'en aller là parce*

*que j'étais vraiment tannée à c'point-là». Elle n'entrevoit pas d'autres solutions, elle se disait que ses enfants pouvaient se prendre en main. Elle «voyai(t) noir» et «pensai(t) négativement».*

Aujourd'hui, elle regrette son insuccès, mais elle voudrait ne plus ressentir la souffrance, surtout celle de se sentir seule. Elle cherche les raisons qui font qu'elle ne peut pas supporter sa vie :

*«J'ai de la misère à accepter la vie d'aujourd'hui, je me lève le matin, j'ai de la misère à voir le jour pour vivre pour aujourd'hui. J'me dis tout le temps j'aimerais tellement de pus me réveiller le lendemain pis de pas vivre c'te journée-là t'sais là, des fois je regrette pis j'dis pourquoi qu'ils m'ont faite réveiller, pourquoi qu'ils m'ont fait réanimer, je serais ben, j'aurais pus de souffrance, j'aurais pu rien là t'sais.»*

Elle croit que l'abus de médicaments a entraîné des séquelles au «niveau de sa pensée». Depuis un mois, elle ne prend que les médicaments prescrits par le psychiatre et vit péniblement le sevrage d'autres psychotropes qui lui apportaient «la paix». Elle pense toujours au suicide, mais ne cède pas à la tentation pour ses enfants :

*«Puis O.K. ça m'a réveillée, ils m'ont coupé les médicaments, je suis (vois) un psychiatre icitte à... mais malgré ça c'est pas assez. C'est pas assez parce que je pense même encore, j'vois même les détails, mon idée travaille assez bizarrement, que je prends assez peu de médicaments, c'est juste de quoi pour me contrôler que j'y pense. Ça fait pas longtemps encore j'y ai pensé, la semaine passée, j'ai pensé à me pendre. Je me voyais avec le fil, je me voyais pendue, qu'est-ce que les enfants vont faire, qu'est-ce que les enfants vont dire, ils allons me trouver là.»*

Elle croit qu'elle a dû faire près d'une quinzaine de surdoses, dont plusieurs au cours des derniers mois.

Ses enfants s'inquiètent. Ils ont peur qu'elle recommence. Il n'y a pas eu de réaction du milieu social, car elle a réussi à ne pas ébruiter ses gestes suicidaires.

Elle est catholique, non pratiquante. Elle croit en un dieu qui vit au ciel; elle implore son aide et le remercie quand elle va bien. Elle croit que si elle n'est pas morte, c'est parce que Dieu en a décidé ainsi et qu'elle n'est pas «*encore prête*».

Elle pense que la mort, c'est la paix. C'est la plus belle chose possible :

*«C'est avoir la paix. C'est pas de souffrance, c'est y'a rien qui peut fonctionner, t'es là, t'es oublié par le monde. T'sais j'veux dire t'es dans la terre, ils t'amènent des fleurs pis t'sais une petite pensée de temps en temps ben moi là la mort c'est la plus belle chose qui pourrait pas m'arriver. La paix, ah oui avoir la paix.»*

Elle croit qu'il n'y a rien après la mort, sauf la paix. Même si elle croit en Dieu, elle pense qu'il n'y a ni paradis ni enfer. Elle verra bien si elle se trompe, lorsqu'elle sera morte.

Elle connaît l'existence de plusieurs ressources pouvant aider les suicidaires, mais dit que dans sa situation, elle «*voulait en finir*».

En guise de commentaires sur l'entrevue de recherche, elle reconnaît être «*contente*» de s'être confiée à l'intervieweuse. Elle affirme que c'est la première fois qu'elle raconte son histoire et que si elle est parvenue à partager son expérience, cela tient à l'aspect confidentiel de la recherche; dans ces conditions, elle n'avait rien à perdre de tout raconter. Elle ne peut pas parler de ses pensées suicidaires aux professionnels, car elle risque d'être placée en psychiatrie et elle ne veut pas cela. Cela lui a fait du bien de se confier, car peu de personnes peuvent l'écouter.

## Sujet 25

---

Le Sujet est une femme de 51 ans. Elle est séparée et mère de famille. Elle vit d'une pension d'invalidité. Elle a terminé une 9<sup>e</sup> année. Sur le plan politique, elle se définit comme étant Canadienne.

La tentative de suicide rapportée par le Sujet date de 1972. Elle dit ce qui suit : plus «*traumatisante pour moi*». Elle en a fait deux autres par la suite.

L'idée du suicide est «*arrivée juste comme ça, un clic*». L'année précédant sa tentative de suicide, elle s'était mariée avec l'espoir de connaître un meilleur sort que celui de la pauvreté et de la misère d'où elle venait. Deux mois après son mariage, elle tomba enceinte. Trois mois après la naissance de son premier enfant, elle s'est mise à pleurer tous les matins et n'avait plus d'intérêt dans sa vie ni dans son mariage.

Un matin, au lever, elle a décidé qu'elle «*allai(t) pour un suicide*» en se jetant devant un camion. Elle a voulu courir jusqu'à l'autoroute, où passaient fréquemment des camions. Son mari l'a aperçue et l'a «*retenue brutalement*». L'interviewée n'a pas donné d'autres détails concernant son sauvetage ni parlé de ses réactions à l'époque.

Lorsqu'elle repense à son geste, elle dit que ce qui l'a amenée à penser au suicide, c'est l'absence de solutions, la «*misère*», «*l'abandon dans une grosse maladie*», «*l'insécurité financière*», le fait de cohabiter avec quelqu'un qui déprécie les autres; alors, il vaut «*mieux mourir que souffrir*». Elle croyait qu'elle n'était pas obligée d'accepter de vivre indéfiniment dans la misère et que le suicide y mettrait un terme :

*«Ouais on veut rien savoir, y'a personne qui peut nous dire qu'oi cé faire, 'r' garde laissez-nous tranquilles', on veut juste pus rien savoir de personne, pis on pense que y'a pus de porte de sortie là,*

voulu se suicider cette fois-là). Elle dit qu'elle n'a pas parlé de ses difficultés conjugales, car elle ne voulait pas nuire à ses enfants. Elle soutient qu'à ce moment-là, si elle ne s'est pas suicidée, c'est en pensant à ses enfants; elle ne voulait pas les abandonner. La troisième crise a eu lieu lorsque son mari l'a «abandonnée» pendant qu'elle était très malade. Elle s'est alors interrogée sur les motifs de sa lutte pour sa survie.

Interviewée sur la réaction de sa famille, elle dit qu'elle n'en a pas parlé à cette époque; lorsqu'elle en a parlé aux siens, ils lui ont demandé pourquoi elle voulait mourir. En guise de réponse, elle a dit que «*c'est juste que c't'un exit*».

Elle croit que la mort doit survenir lorsque Dieu le veut et qu'on ne doit pas s'enlever la vie de son propre chef. Elle croit qu'il y a un autre monde après la mort, quelque chose de «*beau l'autre bord*», «*une paix totale*». Mais elle dit aussi qu'en réalité, nous ne savons pas ce qu'il y a après la mort : «*C'est l'inconnu.*» Elle affirme que depuis qu'elle a passé près de la mort lors de sa maladie, elle n'en a plus peur.

Elle connaît plusieurs ressources pouvant venir en aide aux suicidaires. Elle suggère de «publier» un bottin de ces ressources et d'en parler davantage afin de «sauver des vies».

## **Sujet 26**

---

Le Sujet est un homme de 50 ans. Il est séparé et père de famille. Il reçoit une pension d'invalidité depuis qu'il a fait sa tentative de suicide, car il en est resté handicapé. Il a terminé une 12<sup>e</sup> année. Sur le plan politique, il s'identifie comme étant Canadien.

La tentative de suicide rapportée par le Sujet date de 1993. Il en a fait une seule.



Elle connaît plusieurs ressources pouvant venir en aide aux suicidaires. Elle suggère de «publier» un bottin de ces ressources et d'en parler davantage afin de «sauver des vies».

## Sujet 26

---

Le Sujet est un homme de 50 ans. Il est séparé et père de famille. Il reçoit une pension d'invalidité depuis qu'il a fait sa tentative de suicide, car il en est resté handicapé. Il a terminé une 12<sup>e</sup> année. Sur le plan politique, il s'identifie comme étant Canadien.

La tentative de suicide rapportée par le Sujet date de 1993. Il en a fait une seule.

Il rapporte comme évènement ayant précédé la tentative de suicide, une «dispute» avec sa femme, au cours de laquelle elle voulait qu'il sorte de leur chambre; elle ne voulait pas lui «voir la face». Leur relation ne «marchait plus» depuis quelques années. Selon lui, c'était le seul problème.

À la suite de cette querelle mémorable, il aurait quitté la chambre pour se rendre dans une autre pièce. Il a pris le fusil : «*Je l'ai mis contre mon front pis ça a pris du temps hein mais ça a été un moment de, de clencher là.*» Il se souvient qu'ensuite, il a entendu son plus jeune enfant crier et pleurer. On l'a transporté dans un grand centre hospitalier pour y recevoir les soins requis. À son réveil, il s'est rendu compte qu'il avait «manqué son coup» : «*Parce que moi, je faisais pas ça pour rire là, je voulais disparaître.*» D'autant plus qu'il a su que «*s'il avai(t) placé le fusil à deux pouces du cerveau (sur la tempe plutôt que sur le front), il'l'arai(t) eu... C'est ça que son docteur lui a dit.*» La convalescence et la réhabilitation ont pris plus de trois ans.

Lorsqu'il repense à sa tentative de suicide, il affirme qu'il *«voulait s'en aller; il était tanné»*. Mais il a *«fait un fou de lui»*. Il n'aurait pas dû se *«tirer»*. Il aurait du demander de l'aide. Il ne serait pas handicapé aujourd'hui.

Il se sent toujours triste et coupable face à ses enfants. Il a le sentiment de ne pas pouvoir revenir en arrière, car il est trop tard : *«C'est trop tard, j'l'ai faite»*. Il a demandé pardon à ses enfants par lettre; il n'a pas revu deux d'entre eux depuis sa tentative de suicide. Tous ses enfants ont dû recevoir des soins.

Interrogé sur les réactions de son entourage, il dit que tout le village a su ce qu'il avait fait. Le journal local a rapporté son geste et quand il est retourné chez lui, il s'est fait traiter de *«fou»* par un gars qu'il a rencontré au magasin et il ne peut l'oublier. Il a déménagé dans une autre ville afin de pouvoir refaire sa vie.

Pour lui, la mort, c'est la disparition qui permet de ne plus importuner les autres : *«La mort, tu disparais pis tu écœures pus personne»* et après la mort, l'âme va au ciel et le corps reste. Au moment de sa tentative de suicide, il pensait que son âme irait peut-être au purgatoire ou en enfer : *«J'ai pensé que moi y vont m'enterrer, mais mon âme va s'en aller en haut, mais j'vas peut-être faire du purgatoire ou de l'enfer.»*

Il connaît les Services de santé mentale communautaires ainsi que la ligne d'écoute CHIMO, qu'il utilise régulièrement, car il est malade, mais il ne peut dire sa maladie. Il raconte qu'il a inscrit sur une feuille tous les numéros de téléphone auxquels il devrait recourir quand survient *«une tentation»*.

### **Sujet 27**

---

Le Sujet est un homme de 37 ans, célibataire et sans enfant. Il vit d'une pension d'invalidité. Il a suivi un programme scolaire spécialisé pour des personnes ayant des troubles d'apprentissage. Il a atteint le niveau 4, soit le premier niveau dans

ce programme. Sur le plan politique, il s'identifie comme étant Acadien-Canadien.

Les tentatives de suicide rapportées par le Sujet datent de 1972 et de 1973. Il avait alors 24 et 25 ans respectivement.

Il dit qu'au moment de sa première tentative de suicide, il était «*sur une grosse dépression*» parce qu'il était «*abusé*» sexuellement par sa mère, en l'absence de son père, depuis qu'il était enfant. Il se sentait incompris et rejeté par sa famille et croyait qu'il n'avait pas le droit de s'exprimer.

Pour se suicider la première fois, il a pris un fusil de calibre 12, l'a mis dans sa bouche et comme il s'apprêtait à tirer, un membre de sa famille l'a arrêté.

Lorsqu'il repense à ce moment, il dit qu'il n'était plus capable «*d'endurer*» sa vie, qu'il avait atteint la limite de ses capacités. Il voulait «*voir la clarté*» et n'aurait pas posé ce geste, s'il avait eu le soutien de quelqu'un d'important à ses yeux.

À la deuxième tentative, il a pris un flacon de médicaments pour «*les nerfs*». Il dit qu'il est devenu faible, mais qu'il a «*passé au travers*» seul.

Interrogé sur la réaction de sa famille et de son entourage à propos de ses gestes suicidaires, il refuse d'en parler.

Il croit que la mort est une délivrance et que c'est «*pour un mieux*». Il ne pense plus à la mort depuis qu'il est mormon. Il dit que d'être entré dans cette communauté religieuse a changé sa vie, car il a trouvé une famille où il y a de l'entraide. Chez les mormons, après la mort c'est la résurrection, c'est une vie nouvelle d'amour, où il n'y a pas de négatif comme sur la terre.

Aujourd'hui, il connaît les services qui viennent en aide aux suicidaires, mais ce n'était pas le cas il y a trente ans, lorsqu'il était suicidaire.

## Sujet 28

---

Le Sujet est une femme de 39 ans. Elle est mariée et mère de famille. Elle occupe un emploi de direction. Elle détient un baccalauréat. Sur le plan politique, elle s'identifie comme étant Acadienne française.

La tentative de suicide rapportée par le Sujet date de 1976. Elle avait alors 19 ans. Elle a tenté de se suicider pour arrêter le flot de ses pensées : *«J'pouvais pas arrêter de penser pi c'était des problèmes, pi c'était des grosses montagnes, ça finissait pas.»* Cela amplifiait ses problèmes, mais elle ne voulait pas mourir. Elle avait été active dans son milieu, mais elle déprimait et avait cessé peu à peu toute activité. Elle a consulté un psychologue, qui n'a pas cru bon de lui proposer un suivi, et un médecin, qui lui a donné des somnifères.

Elle n'avait pas planifié sa tentative. Pendant qu'elle était seule dans son appartement, elle a pris progressivement tout le contenu d'un flacon de comprimés avec de l'alcool. Son colocataire l'a trouvée inconsciente et a appelé les services d'urgence, qui l'ont transportée en ambulance à l'hôpital. Elle serait restée 24 heures dans le coma. À son réveil, elle était surprise de voir son amoureux; elle a refusé de l'embrasser, car elle avait honte, *«honte de quoice (elle)j'avais(t) faite»*. Elle a été hospitalisée en psychiatrie tout un mois. Durant son séjour, elle a eu l'occasion de raconter tous les problèmes qu'elle refoulait.

Lorsqu'elle repense à sa tentative de suicide, elle croit qu'elle a posé ce geste parce qu'elle souffrait d'une maladie mentale. Maintenant qu'elle en connaît les symptômes, elle peut voir que c'en était la cause. C'est en se préparant pour l'entretien qu'elle en est arrivée à cette conclusion. Mais, elle ajoute que c'est un ensemble de raisons qui l'ont conduite à tenter de se suicider : non seulement la maladie mentale, mais aussi le décès de son frère, lorsqu'elle avait 16 ans, et la surprotection de ses parents.

Aujourd'hui, elle croit que c'est un «*miracle*» si elle n'est pas morte et qu'elle n'a pas eu de graves séquelles. Elle considère que pour le temps qu'il lui reste à vivre, sa «*mission*» est d'aider les autres.

Ses proches ne lui ont jamais parlé de cet événement parce qu'elle l'a «*caché*».

Elle pense que la mort est le passage d'une étape à une autre, c'est un vieil esprit qui a traversé plusieurs époques et qui va continuer à le faire jusqu'à ce qu'il ait atteint un «*but ultime*». Elle a accepté sa mort et se croit prête à mourir. Elle croit au paradis après la mort, pour ceux qui seront sauvés. Le paradis, c'est un «*grand calme*». Elle a lu dans un livre qu'après la mort, il y a une lumière et un grand tunnel et que ceux qui se suicident marchent, mais ne vont nulle part.

Après la mort, on devient des anges qui aident ceux qui doivent passer l'étape entre la vie et la mort, entre la terre et le ciel.

Elle pense qu'une personne devient suicidaire quand elle est «*vulnérable*». Son corps devient faible et elle est alors la proie d'une force «*négative*» : «*C'est ton corps devient faible, devient vulnérable pis c'est soit que le positif ou le négatif va rentrer t'sais comme y'a deux forces là, appelle ça le diable ou bien le positif et le négatif.*» Elle prie Dieu pour les suicidaires. Il lui est difficile de parler de ses convictions religieuses sur le suicide, car elle craint d'être jugée «*malade*» ou «*étrange*».

Elle connaît plusieurs endroits où les personnes suicidaires peuvent avoir de l'aide: santé mentale, centre de désintoxication, hôpital et CHIMO.

## Chapitre IV

### L'analyse thématique horizontale

Nous avons fait une deuxième analyse des récits des Sujets, celle-ci horizontale, regroupant leurs propos sous trois thèmes : 1) la signification de l'expérience suicidaire; 2) la description de la scène suicidaire et 3) le sens que les Sujets donnent à la mort et à l'après-mort.

#### 4.1 Thème 1 : La signification de l'expérience suicidaire

Le premier thème est analysé sous deux angles : comment le Sujet comprend son geste suicidaire et comment le Sujet interprète son geste après coup.

##### 4.1.1 Comment le Sujet comprend son geste suicidaire

En réponse à la question «*Est-ce que vous voulez me parler de votre tentative de suicide? Vous pouvez commencer là où vous voulez.*», les 28 Sujets se sont exprimés. D'abord, ils ont évoqué des circonstances, des faits, des souffrances, des rapports, des conflits, des insatisfactions ou des malaises qui «expliquent» leur geste. Ces motifs sont personnels (a) le rapport à soi-même apparaît sous forme de conflits ou d'états intrapsychiques et/ou relationnels (b) «logés» dans autrui ou dans le rapport aux autres ou au monde environnant.

La majorité des 28 Sujets ont invoqué plus d'un motif.

a) *Motifs personnels ou «intrapsychiques»*

Dix-neuf des vingt-huit Sujets invoquent des raisons personnelles, une souffrance psychique telle qu'ils se sont décidés ou se sont sentis poussés à s'enlever la vie.

Cinq d'entre eux disent qu'ils se sentaient «dépressifs». Voici les propos tenus par certains d'entre eux : «*C't'année-là c'est vrai que j'ai devenu plus malade que j'ai jamais venu de ma vie là. J'ai venu dépressif.*»; «*J'étais down là.*»; «*Ça a débuté comme ça, j'me sentais beaucoup dépressive.*» et «*J'étais déprimé, j'étais sur une grosse dépression.*»

Huit autres sont plus précis. Le premier vivait une «*crise d'angoisse.*» Un deuxième «*entendait des voix*» qui lui disaient de se suicider, sinon ses «*enfants allaient mourir*». Le troisième était «*fatigué, (il n'en) j'en pouvais(t) pus de lutter contre les obsessions pis de lutter contre la maladie, pis la fatigue de toute ça.*» Le quatrième affirme qu'il ne voulait pas mourir, mais «*arrêter*» le flot de ses pensées : «*C'est pas que je voulais mourir, c'est juste que je voulais arrêter de penser. J'pouvais pas arrêter de penser, pis c'était des problèmes, pis c'était des grosses montagnes, pis ça finissait pas, ça finissait pas.*» Le cinquième dit qu'il «*souffrait intérieurement*» et qu'il était «*de plus en plus mal.*» Il a alors décidé de prendre les médicaments à sa portée : «*antidépresseur, stabilisateur de l'humeur, antipsychotique.*» Le sixième était sous «*l'effet des médicaments*» et n'était «*plus capable de contrôler ses émotions qui venaient à la surface*». Une interviewée a tenté de s'enlever la vie parce qu'elle ressentait un «*vide*» qui l'a «*poussée*» : «*Pour moi y'avait pas d'autre solution, ça réglerait mes problèmes du vide que j'avais là, j'avais toujours un vide pi je le savais pas pourquoi, j'avais toujours envie de pleurer.*» Elle le fera de nouveau, si sa «*qualité de vie*» continue d'être aussi mauvaise. Un huitième n'est pas parvenu à accepter sa maladie mentale et les transformations corporelles qu'elle a entraînées.

Cinq autres Sujets disent avoir souffert d'un trouble affectif qui a nécessité des traitements cliniques auxquels ils associent plus vaguement leur geste suicidaire. Enfin, un dernier Sujet dit qu'il avait de la difficulté à *«accepter son homosexualité : «J'ai tombé en amour avec un gars puis j'ai pris un gros découragement, pis je voulais me détruire pis j'ai pas réussi.»*

***b) Motifs relationnels - liés aux rapports avec les proches et les services de santé***

*Rapport avec le conjoint régulier ou l'ami d'occasion*

Seize Sujets sur vingt-huit (douze femmes et quatre hommes) attribuent leur tentative de suicide au fait qu'ils avaient des problèmes avec leur conjoint ou qu'ils étaient en période de rupture avec celui-ci.

Parmi ces Sujets, six disent que les querelles qui ont éclaté peu avant qu'ils posent leur geste avaient éveillé en eux des sentiments de rejet ou d'abandon : *«Si tu me rejettes, je ne peux plus vivre.»* ou de la rage : *«J'étais devenue maline (maligne).»* Cinq autres Sujets affirment qu'ils n'étaient plus *«capables»*. Ils étaient *«tannés»* de vivre la vie qu'ils avaient avec leur conjoint *«J'étais tannée de mon mari à cause qu'il boivait.»* Deux autres Sujets se sentaient délaissés : *«Je me sentais beaucoup seule parce que mon mari est pas avec moi en ce moment.»*

Trois autres Sujets ont attenté à leur vie après une rupture. Soit qu'ils ne concevaient pas de vivre sans leur conjoint(e), soit qu'ils n'acceptaient pas la *«défaite»* et le deuil provoqués par la séparation.

Par ailleurs, chez onze de ces seize Sujets, les problèmes conjugaux qu'ils vivaient au moment de la tentative de suicide n'étaient pas nouveaux. Ils existaient depuis de nombreuses années : *«Mais ça fait longtemps qu'elle me disait ça là, ça marchait pus. Pis j'ai été dans ma chambre, j'ai sorti le revolver...»*



*Avec les enfants, présence des enfants*

Un Sujet dit qu'il a fait une tentative de suicide parce qu'il était incapable de décider de quitter le domicile conjugal «avec» ou «sans» ses enfants : «... *parce que moi j'ai jamais pu m'imaginer vivre, continuer à vivre avec mes enfants (sans mon mari) ou sans mes enfants*». Un autre Sujet affirme qu'il fera une tentative de suicide, s'il ne parvient pas à placer son enfant qui est gravement handicapé<sup>34</sup>. Par ailleurs, il ne peut plus le supporter.

*Carence et abus dans la famille d'origine et dans l'enfance*

Dix-sept Sujets sur vingt-huit évoquent des épreuves dans leur enfance pour expliquer leur geste suicidaire. Parmi ces Sujets, neuf laissent entendre que ces épreuves les hantent depuis longtemps : «*Le suicide pour moi ça vient pas disons juste parce que j'avais un enfant, juste parce que j'avais un conjoint. Ça c'est à longue date quand j'étais jeune.*» Neuf Sujets associent directement leur tendance suicidaire aux agressions (sexuelles ou non) dont ils ont été victimes dans leur enfance. Voici les propos de l'un d'entre eux : «*Pis j'étais abusé par ma famille sexuellement, par ma mère pis mon père était pas là, il travaillait tout le temps. Pis mes frères pis mes soeurs y'ont été abusés sexuellement eux autres aussi.*» Il ajoute : «*J'étais mal compris dans ma famille, comme rejeté d'eux autres à cause que j'étais maladif, pis j'avais pas le droit de parole.*»

*Avec les services de santé mentale*

Deux Sujets ont affirmé que le refus des professionnels de la santé mentale de leur accorder les services qu'ils réclamaient les a poussés vers la tentative de suicide. Un Sujet s'est vu refuser le placement dans un foyer de soins spéciaux et cela l'a

---

<sup>34</sup> Les services publics ne l'acceptent pas, et il (le Sujet) n'a pas les moyens de le faire à son compte.

conduit à se dire qu'il *«vaut mieux mourir que de vivre comme ça. La Santé mentale pouvait pas rien faire pour (lui) moi»*. Pour l'autre, c'est le refus d'un placement préventif dans un centre de désintoxication qui lui a laissé l'impression que les professionnels de la santé mentale lui imposaient leur manière de faire et ne le comprenaient pas.

#### *Autre problème*

Un Sujet affirme qu'il a fait une tentative de suicide parce qu'il ne *«savait plus quoi faire»* pour payer ses frais d'entretien (chauffage, électricité, téléphone, etc.) et médicaux (achat de médicaments pour traitement psychiatrique). Il a alors pensé que la *«meilleure façon de s'en sortir est d'en finir»*.

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, la majorité des Sujets attribuent leur geste à un cumul d'événements vécus comme autant d'épreuves et à leur incapacité de s'assurer une vie meilleure, ce qui les a amenés à croire que le suicide était devenu en quelque sorte la solution. Pour vingt et un Sujets, le passage à l'acte suicidaire répond à plus de trois motifs : des difficultés qui perdurent dans les rapports avec leur conjoint immédiat<sup>35</sup>, des problèmes à propos des enfants, des pertes ou des deuils, des expériences de trahison ou de rejet de pairs ou de la fratrie, des problèmes de santé mentale et/ou physique, des problèmes financiers, la pauvreté, et des problèmes de toxicomanie, mais aussi une enfance marquée par des événements traumatiques. Nous donnons ci-après quelques exemples des propos textuels. Un Sujet affirme qu'il est *«difficile d'essayer d'expliquer»* son geste, car il y a *«d'autres affaires qui se sont passées avant.»* Un interviewé évoque une *«dispute»* avec son mari, qui exige qu'elle *«réduise ses dépenses»* ou qu'elle retourne au travail, car la famille n'aura pas les moyens de passer l'hiver. Cette personne s'est sentie dans une impasse, incapable de reprendre son ancien travail,

---

<sup>35</sup> Voir le thème 2 ci-après.

car elle était encore fragile physiquement, ou de réduire ses loisirs, dont elle avait besoin pour pallier le refus de son mari de lui donner de «*l'affection*» et l'incapacité de celui-ci de changer, «*car il était ainsi fait*». Elle s'est retrouvée dans un profond dilemme : ou bien elle restait avec une personne qui ne l'aimait pas et elle se trouvait «*folle*» de le faire, ou alors elle partait sans ressources financières et allait encore «*souffrir*». Elle raconte avoir essayé de parler avec son mari pour trouver une solution. Il a réagi en lui disant qu'elle se plaignait pour rien. Ce sont ces propos qui l'ont décidée à tenter de se suicider.

Trois Sujets invoquent l'interaction de deux ou trois motifs. Un sujet, dont les propos ont été rapportés plus haut, attribue sa tentative de suicide à des problèmes de couple qui perdurent, s'ajoutant au conflit intrapsychique ressenti entre son désir de rompre et l'impossibilité de le faire à cause de la présence de jeunes enfants. Un autre parle du conflit que suscite son désir de se laisser aller à aimer un jeune mineur du même sexe, alors que c'est interdit socialement et que le mineur n'en n'avait apparemment pas envie. Un troisième raconte qu'il voulait que cesse son «*malaise intérieur*», mais qu'il craignait en même temps d'être à nouveau hospitalisé et/ou de 'refaire une dépression'.

#### **4.1.2 Comment le Sujet interprète son geste après coup**

Après que les interviewés eurent évoqué leur tentative de suicide, l'intervieweuse enchaînait avec la question suivante : «*Aujourd'hui, lorsque vous repensez à votre tentative de suicide, comment voyez-vous cela?*» Cette question visait à amener les Sujets à identifier, dans la situation d'interview, la signification qu'ils donnent «maintenant» à leur geste. Nous avons choisi d'attendre «l'après coup» pour utiliser la typification de Schutz. Pour la majorité des Sujets, c'était la première fois qu'ils parlaient de leur expérience. Il fallait d'abord les aider à se remémorer les circonstances entourant cette expérience pour qu'ils puissent ensuite avoir accès aux motifs les ayant conduits à poser ce geste et aux intentions qu'ils visaient.

Dans un deuxième temps, nous les avons donc invités à interpréter *a posteriori* leur acte. C'est ce que nous entendons par «après coup». Nous nous sommes inspirée de Schutz, lorsqu'il soutient que la signification est «*le résultat d'une interprétation d'une expérience passée, que l'on envisage réflexivement à partir du Maintenant*»<sup>36</sup>. Nous avons utilisé trois clés pour interpréter les discours des Sujets. Les deux premières sont empruntées à Schutz, soit : a) les «*motifs parce-que...*», ayant conduit à la tentative de suicide, et b) les «*motifs en-vue-de...*», les intentions visées. Ce sont des reconstructions. La troisième regroupe principalement les réflexions *a posteriori* à propos de la tentative passée et les réactions après coup.

#### **a) Les «motifs parce-que»**

Tous les Sujets ont répondu à la question «*Comment voyez-vous votre geste maintenant?*» en invoquant des «*motifs parce-que*», et ils ont donné plus d'une signification.

C'est dans des termes touchants que certains Sujets rappellent, comprennent ou tentent d'interpréter les motifs de la tentative de suicide 'à l'époque'.

Onze des vingt-huit Sujets ont affirmé que le suicide était alors «*la solution*» ou le moyen leur permettant de mettre fin à leur souffrance et à leur «*misère*». Pour sept Sujets, le suicide était perçu à ce moment-là comme «*la*» solution à leurs maux. Voici des propos tenus par trois d'entre eux : «*J'vois que j'étais comme pris au dépourvu, j'étais vraiment malheureuse au maximum pis j'voyais pas d'porte de sortie.*»; «*T'sais tu dis pourquoi avoir toute c'te misère-là sur c'terre icitte. Pourquoi qu'on est né pour avoir d'la misère comme ça ? On est pas obligé*

---

<sup>36</sup>Schutz, A., *Le chercheur et le quotidien, Phénoménologie des sciences sociales*, Paris : Méridiens Klincksieck, 1987, p. 107.

*d'endurer ça. Se suicider ça va être ben plus vite faite»; et «Je ne voyais pas personne qui pouvait m'aider, personne.»*

Pour les quatre autres Sujets, le suicide était une action leur permettant de mettre un terme aux épreuves, aux «*misères*» ou aux souffrances qu'ils vivaient et ressentaient. L'un soutient qu'il avait «*surtout une envie d'en finir avec la souffrance*». Un autre affirme que «*c'est le mal de vivre. On est pas bien pis on voit pas de porte de sortie pis tu viens que tu penses à ça comme de raison.*» Il affirme aussi que la vie en demande trop : «*C'était pas la faute de personne mais que j'en pouvais pus, la vie m'en demandait trop.*» Un autre dit qu'il a vécu «*trop de misère*».

Sept Sujets croient ou savent qu'ils étaient alors dans une phase dépressive ou qu'ils vivaient même une dépression réactive à des séparations, des pertes affectives, de la misère économique. En voici un exemple :

*«... maman était morte, j'avais des problèmes d'alcool, j'avais ma famille sur le dos, j'en avais beaucoup de problèmes... j'avais des paiements qui étaient en retard... pis moi ben quand j'ai vu ça, c'te fois-là, j'ai décidé c'est fini... mettons que j'étais écoeurée de ça moi vivre sur le dépens des autres.»*

Quatre disent qu'ils étaient poussés par le sentiment d'être «*pas bons*», «*ratés*», «*d'être de trop*», de ne pas avoir droit à la vie, «*d'être inutiles sur la terre*», de vivre une grande solitude. Cinq avouent que leur «*dépendance affective*» à l'endroit de personnes qui ne les aimaient pas ou qui les violentaient même les faisait souffrir au point de désirer la mort à ce moment-là. D'autres Sujets rapportent que l'envie de mourir était suscitée par des conflits qu'ils avaient avec ceux qu'ils aimaient.

Chez dix-neuf Sujets, les conflits intraphysiques, conséquences ou non de difficultés externes, s'expriment de façon poignante. Pour neuf d'entre eux, c'est le

«mal à l'âme», «l'épuisement», voir «la vie en noir», le «mal de vivre» et le fait d'être «plus capable d'endurer la vie», «tanné» et «pogné». Pour deux autres, c'est la colère et la rage qui déclenchent le passage à l'acte. Pour quatre autres Sujets, ce sont des motifs plus externes ou «objectifs», tels que l'âge et un très mauvais état de santé, ressentis comme inéluctables et irréparables, de même que des difficultés financières, la maladie mentale elle-même et des idées suicidaires hallucinatoires ou obsessionnelles. Enfin, chez trois Sujets, leur acte suicidaire apparaît après coup comme un acte de désespoir et un «moment de folie».

Plusieurs expliquent «maintenant» leur acte suicidaire comme la conséquence d'un cumul d'événements. Chez trois Sujets, les faits extérieurs sont précis - motifs financiers : «Ça veut dire qu'au mois de décembre l'année prochaine, je commence déjà à y repenser, ça va revenir les mêmes maudits problèmes parce qu'ils m'auront enlevé la carte pi que j'ai pas les moyens de mettre 250 \$ par mois sur les médicaments.» Ce peut aussi être le sentiment insupportable d'être à la charge de ses proches, de vivre à leurs dépens.

**b) Les «motifs en-vue-de»**

Les Sujets ont aussi parlé du suicide comme d'une solution et d'un moyen pour satisfaire leurs intentions explicites.

Leurs propos sont regroupés autour de quatre thèmes :

- i) *cesser de souffrir;*
- ii) *mourir;*
- iii) *trouver la paix;*
- iv) *toucher les proches et l'entourage.*

La majorité des Sujets visaient plus d'un effet.

i) *Cesser de souffrir*

Dix-sept Sujets disent avoir tenté de se suicider pour «cesser de souffrir», pour «mettre fin à (leur) misère», «être libérés de (leurs) souffrances». Nous donnons ci-après quelques exemples des propos tenus par quatre d'entre eux : Un premier raconte : «*Ça fait que ça me faisait mal (silence). Alors, j'ai dit la meilleure manière de ne plus avoir mal, c'est de me suicider, j'aurai pus mal (pleure).*» Un deuxième voyait son geste suicidaire comme «*un cri de détresse, surtout une envie d'en finir avec la souffrance*». Un troisième Sujet affirme encore : «*C'est comme dur à expliquer (rire). De mourir parce que je veux finir mes souffrances, ça je j'veux vraiment mourir, ça y'a pas à en sortir de là, j'veux arrêter mes souffrances.*» Enfin, un quatrième soutient :

*«Moi, c'était juste pus souffrir pis arrêter de souffrir, j'étais pus capable pis je voulais trouver queuque chose qui arrête ça là, moi j'avais perdu ça complètement là le goût de la vie, rire, j'avais perdu ça complètement. Je voyais pus rien qui me tenait icitte, sus ce côté-icitte, y'avait pus rien pour moi.»*

ii) *Mourir*

Quatre Sujets affirment explicitement qu'ils désiraient (vraiment) mourir. Voici ce que deux d'entre eux ont affirmé :

*«Oui, j'ai pensé à la mort. Après ça je me disais tu verras rien.»*

*«Moi j'veulais juste mourir... J'ai jamais pensé à ça moi là que j'allais rester sur la terre pis que j'allais être obligée de passer à travers c'te déprime-là pis essayer d'en parler, de vider, suivre des mouvements pour pouvoir passer ce qui était pris en dedans de moi pis toute ça. Moi, je pensais, je meurs t'sais, j'm'en vas, j'aurais pas de problèmes à régler.»*

Cinq autres Sujets emploient cependant des expressions qui traduisent une volonté fatale, mais en des termes plus négatifs et tournés vers le passé («s'en aller», «en

*finir*», «*se débarrasser de la vie*» et «*que tout cesse*») et s'approchant donc du «*parce-que*». En voici deux exemples :

*«Un gros trou noir... j'ai dit il te reste juste une chose à faire, disparais de la terre au plus vite pis fais-le vite à part de ça... Ça fait que le lendemain...»*

*«J'vois ça comme une étape de ma vie. J'ai l'impression que c'était un cri de détresse, surtout une envie d'en finir avec la souffrance.»*

Au contraire, quatre disent ne pas avoir pensé à la mort, ni même l'avoir souhaitée. Voici les propos textuels de deux d'entre eux :

*«J'pense pas nécessairement à la mort, j'pense juste à me faire du mal.»*

*«J'ai même pas pensé que j'allais mourir. J'veux dire j'ai pensé que j'allais mourir mais j'ai pas pensé j'vas-tu yaller en enfer, j'vas-tu yaller au ciel, j'vas-tu me blesser pour paralyser jusqu'à ma mort.»*

### *iii) Trouver la paix*

Quatre Sujets cherchaient la paix, y compris celle qu'on trouve, croient-ils, auprès de Dieu. Ils voulaient «*voir la clarté*». Trois d'entre eux voulaient dormir «*d'un long sommeil paisible*» et un voulait ne plus se réveiller.

### *iv) Toucher les proches et l'entourage*

Huit Sujets disent avoir tenté de se suicider pour exprimer leur détresse à leur mari et à leurs enfants, pour attirer l'attention, pour appeler à l'aide ou pour faire bouger les services de santé mentale et communautaires. Un Sujet voulait se venger de sa femme et un autre, «*donner une leçon*» à sa famille et aux services de santé mentale. Trois autres Sujets espèrent que leur geste leur attirera des avantages : un logement, de l'aide médicale ou autre. Dans ces cas, on doit comprendre que les Sujets ne voulaient pas mourir.



Parfois, les «*motifs en-vue-de*» sont en apparence altruistes. Trois Sujets croient que leur départ aurait permis à des personnes de leur entourage d'avoir la paix ou d'être plus heureuses. Leur départ aurait «*rendu service*». À l'inverse, deux Sujets partaient pour se décharger de leurs responsabilités sur leur mari.

*c) Les réactions après coup*

Vingt-sept des vingt-huit Sujets ont évoqué des réactions «après coup» lorsqu'ils ont répondu à la question «*Aujourd'hui, lorsque vous repensez à votre tentative de suicide, comment voyez-vous cela?*» Leurs réactions ont été regroupées autour de quatre thèmes dominants : i) le regret, qui se subdivise en deux sous-thèmes : le regret d'avoir tenté de se suicider (culpabilité, remords et honte) et le regret d'avoir raté leur geste; ii) le désir de recommencer et de ne pas se rater; iii) la satisfaction d'être vivants et iv) la conscience claire des conséquences.

Les Sujets ont évoqué des réactions parfois contradictoires, par exemple des regrets d'avoir raté leur suicide, mais la satisfaction d'être en vie, car ils ont connu de bons moments depuis leur tentative de suicide, ou alors l'espoir de trouver un jour un sens à leur vie.

*i) Le regret*

*Le regret d'avoir tenté de se suicider (culpabilité, remords et honte)*

Huit Sujets disent se sentir coupables, avoir honte ou éprouvé des remords. Quatre d'entre eux regrettent leur geste et reconnaissent qu'ils auraient dû demander de l'aide. Trois autres interviewés ont des remords d'avoir imposé 'cela' à leurs enfants ou à leur fratrie. Un dernier manifeste de la honte parce qu'il est marqué socialement par cette expérience.

*Le regret d'avoir raté leur geste*

Cinq Sujets disent regretter non pas d'avoir fait une tentative de suicide, mais d'avoir raté leur coup et de ne pas être morts : «*Je regrette que je l'ai manqué. J'y pense tout le temps, ah que je regrette.*»

*ii) Le désir de recommencer et de ne pas se rater*

Quatre Sujets, dont certains font partie du groupe précédent (1b), disent qu'ils tenteront à nouveau de se suicider, mais que la prochaine fois, ils prendront des moyens plus efficaces : «*Moi, j'me dis si jamais que je rassaye de nouveau j'me prendrai mieux que je m'ai pris là. Ça fait, quand que c'est la première fois des fois tu sais pas trop, ben quand que t'as essayé pis que t'as raté là, la deuxième fois ordinairement tu rates pas.*» Un autre est habité par le désir constant de mourir.

*iii) La satisfaction d'être vivants*

Vingt-deux Sujets sont satisfaits d'avoir survécu. Sept d'entre eux se disent contents d'être toujours vivants. Un huitième est maintenant conscient de ce qu'il n'aurait pas pu faire, s'il était mort à ce moment-là. Un neuvième est heureux d'avoir raté son suicide parce qu'il a le sentiment qu'il doit faire autre chose dans la vie. Deux autres Sujets se réjouissent d'être vivants et disent qu'ils sont maintenant davantage en mesure de comprendre ce que vivent les personnes suicidaires. Un douzième considère que c'est un «*miracle*» s'il est vivant et qu'il n'a pas de séquelles de son geste. Quatre autres Sujets disent que leurs enfants et leur fratrie les retiennent de recommencer et les font se sentir heureux d'être en vie. Enfin, les six derniers Sujets affirment que la tentative avortée a été l'occasion d'un nouveau départ : ils ne voient plus la vie de la même façon et leur geste a été le début d'une étape importante. C'est un événement du passé, une expérience qui leur a appris des choses et les a amenés à se prendre en main. En somme, ils sont satisfaits. Voici ce que l'un d'entre eux affirme :

*«C'est pas la tentative j'pense pas c'est d'awoir yu été autant proche d'la mort parce que la tentative même a n'a pas vraiment faite du mal tu sais là vraiment, tu sais j'ai pas r'ssenti de mal comme tel quand j'ai faite ça, tu sais là, j'm'ai pas faite souffrir tu sais là, j'm'ai pas poignardée, j'm'ai pas vargée, j'm'ai pas infligé de mal, mais pour moi c'est d'awoir yu été autant proche de mourir pis d'pus r'venir sur c'terre-citte pour pus voir mes enfants qui m'a faite changer mon idée, j'pense que c'est ça qu'c'est. Ça m'a faite penser autrement... J'pense que c'te tentative de suicide-là va m'aider à mieux vivre, va m'aider à mieux comprendre ben des affaires que c'était rendu avec le temps que c'était juste des bébittes noires là, tu sais. Ça fait que toutes ces affaires-là j'virais ça juste en bébittes noires, que je noircissais toute ma vie avec ça, pis que j'me punissais, pis j'm'infligeais toutes sortes d'affaires inutiles. Moi j'pense que ça porte à se demander, à s'arrêter pour aller faire les changements nécessaires pour continuer, avoir une bonne vie.»*

#### iv) *La conscience claire des conséquences*

Pour dix Sujets, leur geste suicidaire a eu des conséquences négatives. Deux Sujets trouvent que la réhabilitation est longue et difficile. Un autre dit que le travail sur soi est continu pour ne pas récidiver. Un des interviewés reconnaît qu'il a développé des formes plus subtiles de comportements suicidaires : il prend des risques, s'épuise et se fait hospitaliser.

Quatre autres Sujets n'arrivent pas facilement à oublier leur geste et les circonstances qui l'ont entouré. Ils se sentent stigmatisés ou contraints au silence, car certains d'entre eux ont le sentiment qu'on ne peut pas en parler. L'un croit qu'il porte des séquelles neurologiques de son geste. Un autre se sent marqué socialement et entrevoit les problèmes que cela occasionnera dans ses rapports avec les services de santé à l'avenir.

## **4.2 Thème 2 : La description de la scène suicidaire**

Les Sujets de cette étude nous ont décrit leur geste suicidaire dans un 'temps et un 'espace réels'. La plupart ont raconté spontanément la mise en oeuvre de l'acte

suicidaire. Une distinction singulière nous a frappée dans les scènes de suicide et plus particulièrement dans les modes d'exécution. Certains Sujets s'y sont pris de manière précise et réglée, selon un plan établi, alors que d'autres ont improvisé leur tentative, apparemment sous l'impulsion du moment et en réaction à certaines conditions, aux circonstances ou à l'accessibilité du moyen. Nous avons voulu analyser les moments de l'expérience et les avons regroupés en trois étapes : 1) le moment suicidaire : a) le ou les moyens employés pour se suicider et b) le(s) lieu(x) où s'est (se sont) déroulé(s) l'(les) expérience(s) suicidaire(s); 2) le moment du 'réchappage' : a) par qui et comment, b) le ou les traitements reçus et c) la ou les réactions personnelles suivant le 'réchappage' et 3) l'après : (a) la ou les réactions des proches, (b) la ou les réactions de l'entourage et ce qu'elles inspirent aux Sujets et (c) le ou les traitements auxquels ils ont eu recours par la suite.

C'est en réponse à la toute première question *«Est-ce que vous voulez me parler de votre tentative de suicide? Vous pouvez commencer là où vous voulez.»* que les Sujets ont décrit leur geste et son contexte.

Les vingt-huit Sujets ont répondu à la question.

#### **4.2.1 Le moment suicidaire**

##### ***a) Le ou les moyens employés pour se suicider***

Nous tenons compte ici de la plus récente tentative de suicide évoquée par le Sujet.

Quinze Sujets sur vingt-huit, soit douze femmes et trois hommes, ont recouru à la surdose de médicaments. Trois Sujets, soit deux femmes et un homme, ont utilisé une arme blanche, et trois autres Sujets, deux femmes et un homme, ont tenté de se suicider en provoquant un accident de la route. Deux autres Sujets masculins ont pris une arme à feu. Enfin, d'autres méthodes ont été utilisées «à l'unité» : cesser de manger (un homme); se précipiter en bas d'un viaduc (un homme);

empoisonnement (une femme); tenter de se noyer (une femme) et la pendaison (un homme). Concernant les surdoses, on retrouve une proportion égale d'hommes et de femmes qui ont recouru à la combinaison alcool et drogue pour tenter de se suicider. Voici cinq exemples de moyens utilisés :

*«On dirait que cette journée-là j'étais plus tannée que les autres jours puis j'ai calculé le nombre de pilules que j'avais comme durant la semaine puis je sais pas on dirait que j'avais pas vraiment fixé de date mais je pensais à le faire tranquillement pas vite puis j'avais de l'alcool dans le frigidaire ça fait que j'en ai pris une bouteille. Je pense que j'en ai même pris deux puis j'ai commencé à en avaler.»*

*«Ça fait que j'ai pris un grand verre de fort pur et puis pendant ce temps-là je m'étais préparé un cocktail avec toutes les pilules que j'avais. J'ai tout mis ça dans un autre verre. J'avais le temps de me paqueter la fraise moi parce qu'un verre complet comme ça, c'est pas l'idéal de toute manière. Quand j'ai eu pris ça j'ai pris le verre de cocktail et je l'ai bu. Je ne me rappelle pas si je l'ai tout bu par exemple mais j'ai bu.»*

*«J'avais toute sorti mes médicaments, mais j'en avais pas pris parce quand que j'ai essayé de me couper avec le couteau pis que ça a commencé à saigner, là ça m'a comme ressaisi là, pis là j'ai vraiment paniqué sur quoice que c'est qui arrivait, quoi j'allais faire, fallait-tu que je prenne mes médicaments, fallait-tu pas?»*

*«Je m'ai aperçu, j'ai été prendre une marche, j'ai bu un plein machine de fort (alcool à friction). Parce que j'ai bu du parfum, j'ai bu ça, j'ai marché dehors pis quand j'ai rentré j'ai tombé. J'ai commencé à venir bleue parce que je pouvais pus respirer. Ils se sont aperçus que je respirais pas moi-même, j'étais vraiment partie là, je croyais que j'étais morte c'temps-là.»*

*«Ça fait que moi j'ai pris le char pis j'ai décollé pis là je finissais ma vie là parce que moi de la manière que je filais là. Pis j'ai dit ben si j'en finis, j'en finirai t'sais pi j'avais des bonnes assurances. J'ai pensé ma femme pis mes enfants vont être bons. Mais encore là quand j'ai venu pour le faire à la dernière seconde je le sais pas quoice qui est arrivé là, j'ai ramené back le char. Ben là j'ai arrêté*

*sur le bord du chemin pis j'm'ai mis à brailler pis j'savais pus, j'savais pus qu'icé faire.»*

**b) Le(s) lieu(x) où s'est (se sont) déroulé(s) l' (les) expérience(s) suicidaire(s)**

Quant au lieu où s'est déroulé la tentative de suicide, vingt des vingt-huit Sujets, soit treize femmes et sept hommes, ont posé leur geste à leur domicile (plusieurs d'entre eux dans une chambre à coucher). Les huit autres Sujets, soit cinq femmes et trois hommes, ont fait leur tentative hors de leur domicile. Voici trois exemples :

*«Moi, j'ai été carrément en bas, je braillais. J'ai été et je me suis couchée dans la chambre de la petite pis je braillais. Je me levais et je regardais partout. Je pensais qu'est-ce que je vais faire, où je vais aller, comment les enfants vont faire. C'est ça que c'est parce que quand j'étais couchée dans le lit et que je me fermais les yeux, à quoi je sers moi asteur, qu'est-ce que je fais sur cette terre-ci? En réalité qu'est-ce que tu peux donner à tes enfants asteur? T'as tout donné ce qu'il y avait à donner, tu peux plus donner rien, à quoi tu sers? Ce matin-là j'avais mon pot de médicaments dans mes mains et j'étais couchée dans le lit de la petite, j'étais roulée dans les couvertures, roulée pareil comme un bébé dans le ventre de sa mère, j'étais roulée de même pis j'avais mon pot de pilules dans les mains. Ça fait que j'ai dit, tu commences à stresser ça fait qu'on va en prendre une ou deux. J'ai ouvert mon pot, j'en ai pris une, j'en ai pris deux...»*

*«Ça fait que je suis allée au dépanneur pis y'en avait juste un exacto, y'était gros assez, justement qu'icé qu'il fallait. Ça fait que j'avais toute planifié. J'avais un beau couvre-pied, j'avais un gros plastique, je sais pas ouce que j'avais pris c'te plastique-là, je l'ai étendu sur, j'ai mis une vieille couverte, non, j'ai mis c'te plastique-là. J'ai fait ça de bonne heure, vers 2 heures de l'après-midi, pis mon chum était parti travailler. C'est pour ça que j'en ai profité pendant qu'il y avait personne là. Je voulais pas le traumatiser. J'm'ai abriillée avec la couverte parce que j'avais frette. Ben après que j'ai commencé, c'est que j'ai commencé avec la main gauche. Une infirmière après m'a dit, elle dit tu voulais pas te suicider. Ben dans ma tête là c'était comme ça que ça se faisait mais ça a l'air tu peux pas le faire comme ça. J'ai commencé par couper, moi je suis droitrière O.K. J'ai commencé par couper là, bon ben ça a affaibli*

*ma main droite ça fait que quand j'ai venu pour couper là, non c'est le contraire, excusez-moi c'est le contraire, j'ai coupé ma main gauche qui est plus faible que ma main droite, c'est ça. J'ai coupé la bonne force ben quand j'ai venu pour couper ma main droite là, j'en avais plus de force dans ma main gauche parce qu'elle était plus faible que ma main droite, ça fait que j'ai moins eu, ça a moins, ça a rien donné, ça presque pas saigné, elle m'a pris j pense trois points, tandis que là elle en a pris huit. Ça a plus coupé là. Pis après ça ben ça faisait mal hein, moi j'étais comme douillette, ça fait que plutôt que prendre l'exacto pis donner un autre coup, j'ai resté là à brailler pis ça, ça coulait pis entre-temps ben j'ai eu envie d'aller à la salle de bain, j'avais barré ma porte de chambre pis toute ça, ça fait que je m'ai tenu les mains comme ça pis j'ai ouvert la porte pis je m'ai rendu à la salle de bain, j'sus revenue, mais tout ce temps-là ça coulait à terre ça là. J'ai refermé la porte pi je m'ai recouchée pis j'ai resté couchée là, j'attendais que ça vienne là t'sais.»*

*«Ça fait que le lendemain je me suis couchée sur le sofa pis là ben j'avais ma bouteille pis j'ai commencé à en prendre pis j'ai pensé peut-être que si c'est pour mes nerfs qui me fait tourner la tête, ma tête va arrêter de tourner. C'est ça qui était mon idée fixe. Je voulais mourir pis en même temps si que ma tête avait arrêté de tourner ça m'aurait peut-être encouragée de vivre tu sais là. Pis là ben j'en prenais, pis j'en prenais pis plus que j'en prenais, plus que ça tournait pis j'ai commencé à avoir mal au cœur. Ben j'ai continué à les prendre pareil parce que là j'ai dit plutôt que de filer de même j'sus aussi ben de mourir. Pis je continuais, pis je continuais»*

#### **4.2.2 Le moment du «réchappage»**

##### **a) Qui a fait l'appel à l'aide et comment le Sujet a été 'réchappé'**

Dix-huit des vingt-huit Sujets, quatorze femmes et quatre hommes, ont été 'réchappés' par une ou des personnes (autres qu'eux-mêmes). Mais huit autres Sujets (six hommes et deux femmes) ont eux-mêmes arrêté le processus. Deux Sujets ont survécu sans intervention spéciale : un n'a pas succombé à une surdose qui avait induit un sommeil de quatre jours et pour un autre, nous ne savons pas

comment s'est effectué le «réchappage». Voici un exemple d'intervention d'un tiers et un exemple où c'est le Sujet lui-même qui a organisé son 'réchappage' :

*«... j'ai vraiment paniqué sur qu'ice que c'est qui arrivait, quoi j'allais faire, fallait-tu que je prenne mes médicaments, fallait-tu pas? Pis par l'ironie du sort c'est le numéro de téléphone de la travailleuse sociale qui m'a venu à l'idée ça fait que j'ai téléphoné pis tout de suite a l'a venu à la maison pis a s'a occupé de téléphoner à l'hôpital pis de toute faire les démarches pour me faire hospitaliser.»*

*«Quand j'ai eu pris ça j'ai pris le verre de cocktail et je l'ai bu. Je ne me rappelle pas si je l'ai tout bu par exemple mais j'ai bu. Et puis ils m'ont trouvé une journée et demie après parce que le propriétaire il voyait ma voiture qui ne bougeait pas. Il a pensé que j'étais malade ça fait qu'il a appelé un de mes beaux-frères et puis là il est entré avec sa clé. J'étais étendu sur une chaise, pas celui-là, c'est un fauteuil l'autre bord. J'ai pas pris toutes les pilules parce que eux autres quand ils ont vu ça ils ont appelé la police, ils pensaient que j'étais mort. Puis la police a vidé le fond de mon verre et il y avait encore des médicaments dedans, dans l'évier. Là moi je dormais et ça a l'air que j'ai dormi pendant plusieurs jours. Ils m'ont amené à l'hôpital et ils m'ont transféré dans un autre hôpital puis là ça s'est replacé.»*

La moitié des Sujets étaient seuls au moment où ils ont fait leur tentative de suicide. Douze sur vingt-huit savaient que d'autres personnes étaient à proximité. Dans le cas d'un Sujet qui a tenté de se suicider dans le stationnement d'un commerce, il est difficile de dire s'il l'a fait en présence de témoins. Un Sujet n'a pas abordé cette question et l'intervieweuse ne lui a pas fait préciser ce point.

#### ***b) Le ou les traitements reçus***

Vingt-trois des vingt-huit Sujets ont reçu des traitements à l'hôpital. Les cinq autres Sujets ont mis fin aux effets de leur tentative sans l'aide immédiate des services médicaux.



Vingt-trois des vingt-huit Sujets ont reçu les premiers soins à l'urgence d'un hôpital, à la suite de quoi dix-neuf d'entre eux ont été admis comme patients et donc 'hospitalisés'. Trois autres ont été référés dans un centre de transition, où on dispose de «*lits de crise*»<sup>37</sup> pour des cas psychiatriques. Un autre Sujet a reçu son congé à sa demande. Finalement, les cinq autres Sujets disent n'avoir pas reçu de traitements médicaux après leur tentative de suicide, soit parce qu'ils n'en ressentaient pas le besoin, soit parce qu'on ne leur en a pas offerts ou imposés.

Cinq Sujets sur les dix-neuf qui ont été hospitalisés disent qu'ils sont «insatisfaits» des services reçus en milieu hospitalier et qu'ils ne voudraient pas y être à nouveau soumis. Deux autres ont refusé les traitements psychologiques ou psychiatriques qui leur avaient été offerts. Parmi les insatisfaits hospitalisés, on note une plaignante qui dit qu'on lui a prescrit et fait absorber trop de médicaments et qu'elle n'a pas rencontré de psychologue avec qui elle pouvait parler de ses problèmes. Un autre Sujet a décidé de «*faire ce qu'il fallait*» pour sortir rapidement, c'est-à-dire laisser croire à son rétablissement. Trois autres ont refusé le traitement offert. Une interviewée dit qu'elle a menacé son psychiatre de faire une autre tentative, s'il la renvoyait chez elle sans recommander le placement dans un foyer de soins qu'elle réclamait. Enfin, deux autres Sujets placés hors de l'hôpital dans un lit de crise sont insatisfaits des services reçus, car ils n'ont pas reçu la visite de professionnels de la santé mentale, ce qui leur avait été promis. Ils ont dû se débrouiller seuls.

---

<sup>37</sup>Un lit de crise est un lieu de transition, habituellement situé dans un foyer de soins spéciaux, qui permet de traiter une crise psychiatrique ou psychologique en dehors du système hospitalier. Ce lieu est sous la tutelle des professionnels des Services de santé mentale communautaires du Nouveau-Brunswick.

**c) La ou les réactions personnelles suivant le 'réchappage'**

Dix-sept des vingt-huit Sujets ont décrit leurs réactions par rapport au fait qu'ils avaient été «sauvés» de la mort. Certains l'ont fait spontanément. Dans d'autres cas, nous avons sollicité cette information. Les réactions, qui ressemblent souvent aux sentiments « après-coup », peuvent être regroupées comme suit : le regret ou la déception d'être toujours en vie (trois Sujets), le sentiment d'échec (deux Sujets), la colère d'être 'réchappé' (quatre Sujets), la culpabilité, la honte ou le ridicule (cinq Sujets) et enfin, le soulagement : la tentative de suicide n'aurait pas entraîné la mort, mais aurait pu laisser d'importantes séquelles physiques qui ne se sont pas avérées (trois Sujets).

Voici ce que deux Sujets disent de leur réaction suivant le 'réchappage' :

*«J'ai dit au médecin : «Je regrette de m'awoir réveillée pis que j'en avais pas pris assez pour ne plus jamais me réveiller.» Là y'a dit : «Écoute Madame..., c'est grave là on t'a réanimée, on pensait pas que t'allais passer à travers tout ça.» J'ai dit : «R'garde vous auriez dû me laisser mourir.» J'ai dit : «Je voulais pus me réveiller moi là, ça c'était ma dernière journée, ma journée était faite c'te journée-là, je voulais pus me réveiller, je voulais être gone.», t'sais...»*

*«Ah oui, toutes les fois que j'ai fait ça ces affaires-là, quand je me retrouvais à l'hôpital souvent quand je me réveillais, j'me voyais là, ah je m'haïssais assez là, ah je venais à m'haïr moi-même. Je venais assez à m'haïr là que je voyais dans quel état j'étais rendue, fallait toute que je passe encore par tous les docteurs, la famille, ah... à recommencer souvent, souvent humiliée.»*

### 4.2.3 L'après

#### a) *La ou les réactions des proches*

Dans l'intention de connaître le 'climat de tolérance' de la famille<sup>38</sup> et du milieu par rapport au suicide, mais aussi de savoir quel a été l'effet sur les Sujets de la réaction de leurs proches, la question suivante a été posée à chaque Sujet :

*«Voulez-vous me parler de la réaction de votre famille à votre geste?»*

Vingt-sept Sujets sur les vingt-huit ont accepté d'aborder ce sous-thème. Un Sujet a refusé.

Sur les vingt-sept Sujets qui ont accepté d'aborder la question, six ne connaissent pas les réactions de leurs proches, car ils ont réussi à cacher leur geste suicidaire.

Restent donc vingt et un Sujets qui connaissent les réactions de leurs proches et qui ont accepté d'en parler. Quelques Sujets évoquent plus d'une réaction de leurs proches, certaines étant contradictoires. Les Sujets ont peu élaboré sur les réactions positives de leurs proches, alors qu'ils ont été un peu plus éloquents lorsqu'il s'agissait de la réaction de leurs enfants.

Dix-huit des vingt et un Sujets disent avoir reçu des marques de soutien et *«d'encouragement pour qu'ils restent en vie»*. Cependant, huit parmi eux rapportent que leurs enfants ont *«pleuré», «crié», été «dérangés»* et eu *«peur»*. Le geste de leur père ou de leur mère a tellement bouleversé certains d'entre eux, qu'on a jugé nécessaire de les faire aider par des psychothérapeutes. Cinq disent

---

<sup>38</sup>Nous entendons par le terme 'famille', celle d'origine (fratrie, parents) et celle qui est construite par le Sujet (conjoint et enfant(s)).

que certains membres de leur famille ont exprimé de l'agressivité, de la colère et de l'irritation.

Voici quelques éléments pour chacun des groupes mentionnés plus haut :

Concernant le premier groupe, parmi les dix-huit Sujets qui estiment avoir été l'objet de réactions positives de leurs proches, douze affirment que les membres de leur famille leur ont apporté réconfort et les ont encouragés à poursuivre leur vie. Quatre autres disent que certains membres ont cherché pour eux des sources d'aide. Deux disent que leur entourage a exigé qu'ils lui promettent de ne plus recommencer ou les a surveillés lorsqu'ils rentraient à leur domicile espérant, pouvoir les empêcher de recommencer.

Concernant le deuxième groupe, soit les huit Sujets inquiets des réactions de leurs enfants, quelques-uns éprouvent de la culpabilité. D'autres voudraient pouvoir parler de leur geste et des événements qui ont suivi avec leurs enfants, mais ne savent pas comment s'y prendre. Un Sujet dit craindre que ses enfants ne l'imitent et ne voient dans la tentative de suicide une façon de résoudre leurs problèmes.

Dans le troisième groupe, les cinq Sujets qui estiment que les réactions de leurs proches ont été négatives rapportent que leur famille se plaignait que le geste la déshonorait et que les suicidés étaient des «*épaves humaines*» et des «*êtres inutiles*» ou qu'elle leur exprimait son désaccord complet avec un geste qui consiste à s'enlever la vie.

#### ***b) La ou les réactions de l'entourage***

Après que les Sujets aient parlé des réactions de leurs proches à leur tentative de suicide, la chercheuse poursuivait avec une question portant sur les réactions du milieu social. La question était la suivante :

*«Est-ce qu'en dehors de votre famille, cela s'est su? Si oui, quelle a été la réaction?»*

La question a été abordée avec vingt-cinq Sujets. Nous n'avons pas traité de ce thème avec les trois autres Sujets soit parce que le contexte de l'entretien ne le permettait pas, soit parce que le Sujet avait été hospitalisé pendant une longue période de temps après la tentative et qu'il n'avait pu connaître les réactions provoquées par son geste.

Plusieurs des vingt-cinq Sujets ont accepté d'aborder cette question. Cependant, c'était dans la moitié des cas, pour dire qu'ils s'étaient protégés contre les réactions. Onze Sujets disent qu'ils ont choisi délibérément, quelquefois en accord avec leur famille, de ne pas parler de leur expérience soit parce qu'eux-mêmes ne voulaient pas que leur histoire suicidaire se sache ou pour protéger leur famille du «*déshonneur*». Six Sujets affirment qu'ils ne savent pas ce que leur entourage pense d'eux et du geste qu'ils ont posé, mais ils croient que cela s'est su, car ils vivent «*dans une petite place où tout se sait*». Par ailleurs, cinq Sujets ont reçu de leur entourage des marques de compassion. Parmi ces Sujets, une interviewée dit qu'elle a été étonnée de recevoir la visite d'un parent et d'une amie, et quatre autres Sujets croient que l'image positive qu'ils projettent dans leur communauté l'emporte sur le souvenir de leur geste.

Quatre Sujets soutiennent qu'ils ont été l'objet de réactions sociales négatives. Parmi ces Sujets, un homme raconte qu'il ne lui a pas été possible de reconstruire sa vie dans son village natal et qu'il a dû déménager dans une autre ville après sa tentative de suicide. Un autre dit qu'il a dû changer d'appartement et qu'il a refait son cercle d'amis, les anciens ayant décidé de «*l'ignorer*». Deux Sujets rapportent que leur entourage les a jugés (négativement) non seulement sur leur geste, mais aussi à cause de leur maladie mentale.

*c) Le ou les traitements auxquels ils ont eu recours par la suite*

L'entrevue se terminait sur une question portant sur les services de soins disponibles pour les personnes suicidaires. La chercheuse demandait :

*«Connaissez-vous des services qui viennent en aide aux personnes suicidaires?»*

Au besoin, elle demandait : *«Que pensez-vous de ces services?»*

Les réponses sont regroupées autour de trois catégories de services : i) professionnels des services de la santé mentale; ii) groupes d'entraide et centres d'activités pour les bénéficiaires en santé mentale et iii) autres services.

La majorité des vingt-huit Sujets ont donné plus d'une réponse. Tous connaissent les services de santé mentale et plusieurs connaissent d'autres services pouvant aider les suicidaires, tels les groupes d'entraide et la ligne d'écoute téléphonique. Plusieurs Sujets disent qu'ils sont insatisfaits des services reçus des professionnels de la santé mentale. D'autres, et parfois les mêmes, affirment apprécier davantage les groupes d'entraide.

*i) Professionnels des services de la santé mentale*

Vingt Sujets sur vingt-huit disent qu'ils sont présentement traités par un psychiatre ou l'ont déjà été. Dix-sept Sujets sur vingt-huit affirment qu'ils sont suivis par un professionnel de la santé mentale (psychologue, travailleur social ou infirmier) ou l'ont déjà été. Enfin, seize Sujets disent avoir déjà été hospitalisés en psychiatrie à un moment de leur vie.

*Les insatisfaits*

Dix Sujets disent qu'ils sont insatisfaits des services qu'ils reçoivent ou qu'ils ont reçus des professionnels de la santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers et psychiatres). Certains ont formulé des commentaires plus spécifiques : les professionnels s'affairent trop à poser des étiquettes psychiatriques, alors qu'ils devraient offrir des traitements continus axés sur le potentiel du client. D'autres soutiennent que les professionnels ne parviennent pas à aider les personnes qui traversent une crise suicidaire. Ils n'explorent pas le «*monde des émotions*» ou ils n'ont pas assez d'expérience.

Certains Sujets doutent de l'efficacité ou de la qualité des soins cliniques donnés par les professionnels de la santé. L'un d'eux soutient que la psychothérapie ne l'aide pas et pense que le suicide est finalement la solution. D'autres Sujets disent que le professionnel manque d'empathie. Un interviewé croit qu'on n'est pas attentif à l'appel à l'aide. À la suite d'une rencontre avec un professionnel, il voulait se tuer, car il se sentait encore plus incompris.

*Les satisfaits*

Huit Sujets affirment qu'ils sont satisfaits des services qu'ils reçoivent ou ont reçus des professionnels de la santé mentale. Un Sujet soutient que pour lui, les tabous sur la maladie mentale sont absents dans les services et chez les professionnels. D'autres Sujets apprécient particulièrement certaines qualités des professionnels, telle que la gentillesse, le soutien ou le bon travail thérapeutique. D'autres se trouvent «*chanceux*» d'avoir reçu de l'aide. Pour un autre, il est possible de tout dire à son psychologue à propos de ses idées suicidaires.

*ii) Groupes d'entraide et centres d'activités pour les bénéficiaires en santé mentale*

Neuf Sujets participent aux activités offertes par le centre des bénéficiaires de la santé mentale de leur région, à un groupe «d'émotifs anonymes» ou encore aux réunions des AA ou Al-Anon. L'un d'eux dit apprécier se joindre à ces groupes. D'autres se sentent aidés et non jugés ou croient qu'ils ont développé une meilleure estime d'eux-mêmes dans ces milieux.

Deux Sujets affirment que les centres d'activités pour les bénéficiaires en santé mentale, tout comme les groupes «d'émotifs anonymes», «sont sous-financés», lorsqu'on considère tous les services qu'ils doivent dispenser.

*iii) Autres services*

Onze des vingt-huit Sujets connaissent la ligne d'écoute CHIMO. Les autres n'en ont pas fait mention. Parmi les onze, un l'a déjà utilisée, mais trouve «*qu'il n'y a pas de mots pour expliquer la souffrance*» au téléphone. Un autre préfère écrire ou attendre d'en parler avec son psychiatre plutôt que d'utiliser la ligne CHIMO.

Enfin, quatre Sujets connaissent des services généraux de santé, tels les hôpitaux, les cliniques de médecins, les centres de désintoxication et les groupes de prière, qui peuvent venir en aide aux personnes suicidaires et aux familles de suicidés.

### **4.3 Thème 3 : Le sens que les Sujets donnent à la mort et à l'après-mort**

Dans cette section, sont interprétés les discours des Sujets sur le sens donné par eux à la mort et à l'après-mort. Trois grandes catégories ont été identifiées : 1) le sens donné à la mort ; 2) le sens donné à l'après-mort ; 3) les pensées sur la mort et l'après-mort.



### 4.3.1 Le sens donné à la mort

Dans l'intention d'amener les Sujets à évoquer le sens qu'ils donnent eux-mêmes à la mort, nous proposons à chacun :

*«Maintenant, j'aimerais que nous parlions de la mort. C'est quoi pour vous la mort?»*

En général, les réponses étaient plus succinctes que celles qui portaient sur l'expérience suicidaire.

La majorité des Sujets attribuent à la mort des aspects positifs. Ils en parlent comme de quelque chose de 'beau' qui va advenir. En fait, très peu de Sujets disent craindre la mort à tel point que cela les empêcherait de se suicider.

Des catégories permettant de regrouper les réponses ont été créées par la chercheuse à partir des termes utilisés en contexte par les Sujets. Il semblait juste, pour un premier ensemble de réponses, de faire des distinctions entre la mort vue par les Sujets comme une fin, comme une libération et comme une délivrance. Mais, d'autres termes comme la paix, le repos la solution sont aussi utilisés par les répondants. Nous les avons repris pour construire notre typologie. La mort, c'est a) la fin de la vie, une délivrance des misères; b) le grand repos, la paix; c) une étape; d) une solution ou e) on ne sait pas ce qu'est la mort.

Les vingt-huit Sujets ont répondu à cette question et ont évoqué plus d'un sens.

Pour les vingt-huit Sujets, *«la mort, c'est...»*

#### **a) La fin de la vie, une délivrance des misères**

Sept interviewés disent que c'est la fin de la vie, *«du monde»*, de la *«misère»*, des *«souffrances»* : *«La mort ben disons pour moi ce serait la fin de la souffrance*

*physique pis la souffrance morale, psychologique.»; «C'est la fin de la vie» et «des douleurs».*

Pour six Sujets, la mort c'est une libération : «La mort, pour moi c'est la libération totale.» C'est une libération des problèmes terrestres : «*C'est que t'es libéré de tous les problèmes de la vie, tous les problèmes du monde terrestre, c'est fini, tu t'en vas dans l'au-delà ouce que c'est sensé que t'auras pus de problème.*» Pour deux autres Sujets, la mort libère «les autres» (de notre présence).

Trois Sujets disent que la mort, c'est une délivrance de la vie, des souffrances : «*C'est une délivrance que t'auras pus de mal, t'auras pus de malaise, t'auras pu la grippe, t'auras pu froid.*»; «*C't'un soulagement, être soulagée de la misère, la souffrance qu'il y a sur la terre, de quoice je vivais là.*» et c'est pour «*un mieux*».

#### ***b) Le grand repos, la paix***

Pour quatre Sujets, la mort, c'est le repos, parfois «*éternel*» ou c'est «*un grand sommeil*».

Chez trois Sujets, la mort c'est aussi la paix, un lieu où «*plus personne te juge*», c'est le «*paradis*».

#### ***c) Une étape***

Chez quatre Sujets, la mort c'est une étape entre la vie terrestre et la vie spirituelle, une autre vie «*astrale*» ou alors un «*passage*», car «*nous sommes prêtés*» (la vie nous est prêtée).

#### ***d) Une solution***

Chez deux Sujets, la mort peut être aussi pensée comme une solution aux problèmes relationnels ou la «*solution ultime à tous les problèmes*».

***e) On ne sait pas ce qu'est la mort***

Deux Sujets ne savent pas ce qu'est la mort parce qu'ils ne l'ont pas vécue, mais l'un d'entre eux pense malgré tout que c'est quelque chose de beau. L'autre croit que c'est un court moment, puis qu'après, c'est «*l'inconnu*».

### **4.3.2 Le sens donné à l'après-mort**

La chercheuse enchaînait avec la question suivante :

*«Que pensez-vous qu'il y a dans l'après-mort?»*

Les réponses obtenues ont été regroupées en catégories : a) l'après-mort et la religion chrétienne; b) d'autres interprétations non religieuses de la vie après la mort; c) doute ou ambivalence sur la croyance d'une autre vie après la mort et d) un sort différent pour les suicidés.

Vingt-huit Sujets ont répondu à cette question et certains ont donné plus d'une réponse.

***a) L'après-mort et la religion chrétienne***

Dix Sujets associent à l'après-mort des croyances chrétiennes. Un d'entre eux dit qu'après la mort, c'est la «*résurrection*», c'est une «*vie nouvelle d'amour*», où il n'y a pas d'aspects négatifs comme sur la terre. Pour deux autres, c'est l'ascension au paradis, un lieu où le bonheur est éternel. Pour un troisième, c'est l'enfer, un lieu de souffrance. Un de ces Sujets ajoute qu'il voudrait que Dieu vienne le chercher dans son sommeil afin qu'il soit assuré d'aller au paradis. Quatre Sujets croient qu'ils auront une autre vie auprès de Dieu, un être de «*bonté*», de «*lumière*», qui donne la paix. Un Sujet pense qu'après la mort, il ira dans un endroit qui ressemble au paradis, où il n'y a pas de souffrances. Pour un autre, l'autre monde va lui permettre de ne plus avoir mal et de devenir un «*ange*». Enfin,

un Sujet affirme qu'il croit qu'après sa mort, commence une très belle vie, comme celle qui est décrite dans la «*Bible*», mais que cela ne justifie pas de mettre fin volontairement à sa vie, car il faut d'abord accomplir son destin et attendre que Dieu décide du temps de la mort.

***b) D'autres interprétations non religieuses de la vie après la mort***

Quatre Sujets disent ne pas croire au paradis et à l'enfer de la façon dont l'Église catholique les 'enseigne'. Parmi ces Sujets, l'un croit qu'après la mort, c'est beau, mais il ne sait pas ce qu'il y a. Un autre pense que c'est la paix. Deux autres sont d'avis qu'il y a la réincarnation sur terre.

Deux autres Sujets croient qu'il y a une autre vie après la mort, plus belle que celle d'ici. L'un affirme que notre esprit va rejoindre d'autres esprits qui voyagent. L'autre évoque le fait qu'il a déjà été près de la mort et il sait que c'est «*des grands champs de fleurs, de la lumière*». Plus simplement, un Sujet croit qu'après la mort, c'est «*beau*». Un autre dit que c'est un «*grand sommeil*».

Deux Sujets évoquent des images plus complexes, où coexistent la réincarnation avec le paradis et l'enfer ou encore l'idée que les humains sont des esprits qui doivent atteindre «*un but ultime*» et devenir comme des sortes «*d'anges*» qui aident les humains à effectuer la transition entre la vie et la mort, entre le ciel et la terre.

***c) Doute ou ambivalence sur la croyance d'une autre vie après la mort***

Deux Sujets sont plus ambivalents : l'un croit qu'il est possible qu'après la mort, ce soit pire que ce qu'il y a sur la terre; l'autre dit qu'il ne sait pas, mais qu'il «*devrait y avoir autre chose*». Quatre autres Sujets croient qu'il n'y a rien après la mort.

#### ***d) Un sort différent pour les suicidés***

Neuf Sujets disent qu'après leur mort, les suicidés connaissent un sort différent. Un d'entre eux, qui croit que l'âme va au ciel, pense que lui-même devra aller au purgatoire «*pour finir sa sentence*», car il a tenté de se suicider, ce qui est interdit. De même, trois Sujets affirment que s'ils se suicidaient, ils ne pourraient pas aller rejoindre les leurs au paradis, car ils seraient placés dans les limbes, un lieu à part, ou en enfer. Un autre affirme que mourir de mort naturelle est acceptable, mais pas à la suite d'un suicide. Au contraire, un Sujet croit que les suicidés peuvent obtenir le pardon de Dieu, s'ils se repentent, mais ils doivent tout de même «*payer une certaine dette*». Un Sujet constate que sa pensée à ce sujet a changé; il croit maintenant que mourir par suicide est aussi une manière que Dieu «*veut (l')t'avoir*» près de lui. Enfin, un Sujet qui ne connaissait pas les interdits de l'Église sur le suicide pense que le «*bon Dieu veut pas (l')m'awoir d'un suicide, il veut peut-être m'awoir d'autre chose*». Un dernier dit qu'il a entendu le curé de sa paroisse parler de ces interdits, mais qu'il croit finalement que Dieu seul est juge.

#### **4.3.3 Les pensées sur la mort et l'après-mort**

La chercheuse tentait aussi de savoir si la mort était un thème auquel les Sujets pensaient fréquemment. La question «*Pensez-vous souvent à la mort?*» a été posée directement à plusieurs Sujets et lorsque la chercheuse a omis de le faire, c'était soit parce que le Sujet l'avait lui-même abordée ou que les circonstances de l'entretien faisaient qu'il était inapproprié de le faire.

Les réponses entendues ont été regroupées en deux catégories : a) pensent souvent à la mort; la désirent ou ne la désirent pas et b) ont déjà pensé à la mort, mais plus maintenant. Ces catégories, dans certains cas, ne sont pas mutuellement exclusives.

Vingt-cinq Sujets sur vingt-huit pensent à la mort, souvent ou rarement, ou y ont déjà pensé. Trois Sujets n'ont rien dit à ce sujet. Dix ont donné plus d'une réponse.

**a) *Pensent souvent à la mort***

Sept Sujets disent qu'ils pensent souvent à la mort et/ou au suicide et qu'ils désirent mourir. Deux d'entre eux soutiennent qu'ils voudraient que la mort advienne durant leur sommeil. Un autre voudrait qu'elle soit subite. Deux Sujets disent qu'ils pensent à la mort, mais qu'ils ne la désirent pas. Un autre soutient qu'il aime la vie. Enfin, un Sujet raconte que depuis qu'une de ses amies est décédée par suicide, elle ne pense plus à la mort de la même manière.

Deux autres Sujets s'interdisent de penser à la mort. Un d'entre eux croit que cela serait un mauvais signe s'il pensait souvent à la mort tous les jours. Un autre dit qu'il ne pense pas à la mort et qu'il «(s) occupe».

**b) *Ont déjà pensé à la mort, mais n'y pensent plus maintenant***

Plus de dix Sujets disent qu'ils ont déjà pensé à la mort et au suicide, mais qu'ils n'y pensent plus aujourd'hui. L'un d'eux dit que c'est depuis qu'il a trouvé quelqu'un avec qui parler. Pour un autre, c'est depuis son «réveil spirituel» qu'il n'y pense plus. Un autre encore, dit que c'est depuis qu'il a changé de religion. Pour d'autres, c'est seulement lorsqu'ils vivaient des deuils ou c'était lorsqu'ils ne pouvaient pas «coper avec (sa) vie» et avec leur conjoint. D'autres disent que c'était au moment de leur dernière dépression, mais que depuis, ils n'y pensent plus. D'autres encore n'y pensent plus depuis leur dernière tentative de suicide. Un Sujet ne pense plus à la mort parce qu'il a moins le temps de penser au suicide, tandis qu'un autre y pensait par période, mais pas pour le moment. Un dernier dit qu'il préfère ne plus y penser et qu'il veut «rattraper» le temps perdu.

La chercheuse a aussi demandé aux Sujets :

*«Au moment de votre tentative de suicide, avez-vous pensé à la mort ou l'après-mort?»*

Vingt-six Sujets ont répondu à cette question. Les réponses entendues ont été regroupées en trois catégories : i) ils ont pensé à l'après-mort; ii) ils ont pensé à la mort, mais pas à l'après-mort et iii) ils n'ont pensé ni à la mort ni à l'après-mort.

*i) Ils ont pensé à l'après-mort*

Cinq Sujets seulement ont affirmé avoir pensé à ce qu'il adviendrait d'eux après leur suicide. Ils ont pensé à l'au-delà soit parce qu'ils craignaient de se retrouver dans un lieu qu'ils ne désiraient pas, soit parce qu'ils voulaient y aller rejoindre une personne. Parmi ces Sujets, l'un croyait qu'il obtiendrait le pardon de son suicide, qu'il serait sauvé et qu'il irait au paradis. Un autre a pensé qu'il irait peut-être au paradis, en enfer ou au purgatoire. Un autre Sujet avait peur de l'inconnu et redoutait d'aller en enfer. Un Sujet dit qu'au moment de sa tentative de suicide, il voulait aller retrouver sa grand-mère au paradis pour revivre de bons moments avec elle, mais aussi pour cesser de souffrir. Un autre croyait qu'il ne souffrirait plus, qu'il allait libérer son conjoint de sa présence et qu'il irait dans *«une place où il y a pas de souffrances, comme le paradis»*.

*ii) Ils ont pensé à la mort, mais pas à l'après-mort*

Onze Sujets disent qu'ils ont pensé à la mort, mais non à l'après-mort. L'un d'eux, qui souhaitait vraiment mourir, croyait qu'il n'y avait rien après la mort. Un autre dit qu'il souhaitait vraiment mourir, que c'était la seule solution, car pas même Dieu ne voulait l'aider ; il était seul. Un autre souhaitait sa mort, car c'était la fin des *«misères»*, mais il n'a pas pensé qu'il pourrait aller en enfer. Une interviewée dit que même si elle connaissait les interdits religieux sur le suicide, cela lui

importait peu, car tout ce qu'elle voulait, c'était de ne plus vivre. Un autre Sujet estimait qu'il serait bien «*mieux*» mort que vivant ou encore qu'il allait pouvoir «*retrouver la paix qu'il n'avait plus*». Un autre était d'avis que la mort lui procurerait la paix et mettrait fin aux souffrances. Un autre interviewé voulait mettre un terme aux «*misères, à la solitude et au sentiment d'être incomprise*» ou ne plus faire «*pâtir*» ses enfants. Elle ajoute que la peur qu'elle a eue de mourir au moment de la tentative de suicide l'a sans doute fait renoncer à se suicider par la suite.

*iii) Ils n'ont pensé ni à la mort ni à l'après-mort*

Enfin, huit Sujets affirment qu'au moment de la tentative de suicide, ils ne pensaient ni à la mort ni à l'après-mort. L'un d'eux s'en «*fichait*». Un autre voulait plutôt se «*laisser aller*». Un interviewé voulait être «*libérée*» et ne plus «*souffrir*». Un autre Sujet dit qu'il ne désirait pas la mort, mais qu'il voulait se faire «*mal*». Une interviewée raconte que ce n'est pas le désir de la mort ni celui d'une autre vie après sa mort qui occupait son esprit au moment de poser son geste, mais plutôt l'intention de sauver ses enfants<sup>39</sup>. Un Sujet voulait cesser de se sentir de «*trop*». Deux autres ont agi sous l'effet de la colère, sans planification, et

---

<sup>39</sup> Elle entendait des voix qui lui disaient que si elle ne se suicidait pas, ses enfants allaient mourir. Elle a voulu les sauver par sa tentative de suicide.



ajoutent que la prochaine tentative de suicide sera une réussite, car le temps, le lieu et le moyen sont déjà fixés.

## Chapitre V

### Interprétation

La méthode d'exposé sera la suivante : nous ferons d'abord un bref rappel des résultats de l'analyse horizontale pour chaque thème et sous-thème, de manière à ce que le lecteur puisse voir immédiatement sur quelles données portent nos interprétations, puis nous passerons à l'interprétation proprement dite. Nous rappellerons les théories pertinentes présentées au chapitre de la recension des écrits et montrerons lesquelles éclairent le discours des Sujets et quelles sont les nouvelles perspectives sur le sujet.

#### **5.1 La signification de l'expérience suicidaire et le sens que les Sujets donnent à la mort et à l'après-mort**

##### **5.1.1 La signification de l'expérience suicidaire**

Nous avons examiné la question de la signification sous deux angles : comment le Sujet comprend-il son geste et comment l'interprète-t-il après coup? L'analyse des entrevues nous a permis de constater que les Sujets de cette étude ont invoqué, en relation avec l'acte suicidaire, des «*motifs parce-que*», tels qu'ils sont définis par Schutz (1998, p. 57) : «*Du point de vue de l'acteur le motif «parce-que» réfère à ses expériences passées.*»

Les «*motifs parce-que*» invoqués par nos Sujets sont 'personnels' (par exemple : des conflits intrapsychiques). Ils sont aussi 'relationnels', c'est-à-dire qu'ils sont associés au milieu environnant, à leurs rapports avec leur famille construite ou

d'origine et aux services publics (les services de santé mentale). Ils sont également économiques chez certains, qui ont parlé de leurs difficultés financières devenues intolérables. Mais pour la majorité, c'est l'interaction, l'addition ou la succession de plusieurs motifs de divers ordres qui les a conduits à tenter de se suicider.

Revenons sur les «*motifs parce-que*» 'personnels' découlant des conflits intrapsychiques. La majorité des Sujets attribuent à des souffrances psychiques leur tentative de suicide. Ils se sentaient alors déprimés, anxieux, fatigués ou malades et n'étaient plus capables, disaient-ils, d'endurer cette souffrance. Pour nous aider à comprendre ces situations et leur lien avec les actes de suicide, nous avons évoqué la théorie de Freud (1995/1930) dans la recension des écrits. Voyons maintenant ce que nous pouvons en tirer. Cet auteur, lorsqu'il aborde la notion de souffrances intrapsychiques, parle surtout des origines de celles-ci, qui naissent du deuil et de la mélancolie. Dans le cas des actes de suicide, selon Freud, la pulsion de la mort l'emporterait sur celle de la vie. Menninger (1956/1938) reprend cette théorie et suggère que le suicide puisse être l'expression d'une des trois formes conscientes et inconscientes de désir lié à l'instinct de mort : le désir de tuer, d'être tué et de mourir.

Bien que ces modèles soient utiles et ces hypothèses plausibles, ils ne peuvent être confirmés par les données recueillies dans le cadre de cette thèse à partir d'un seul entretien, semi-structuré. Une entrevue de ce genre ne permet pas de comprendre les enjeux psychiques des forces instinctuelles antagonistes. Pour en arriver à confirmer les hypothèses de Freud et de Menninger, il aurait fallu des mois d'analyse des Sujets et de leurs propos.

L'étude récente d'Everall (2000) sur la signification (meaning) du suicide chez de jeunes adultes albertains démontre, comme la nôtre, que plusieurs Sujets suicidaires présentaient divers symptômes de dépression. Mais le nombre restreint de Sujets et le type de population étudié (jeunes adultes) limitent la portée de l'étude d'Everall

et son application à notre population. De plus, bien que l'auteure s'intéresse au Sujet suicidaire et à l'interprétation qu'il donne à son geste, elle ne fait qu'une analyse psychologique, laissant de côté d'autres aspects de la vie, comme les domaines économique et macrosocial, qui ont joué un rôle réel dans le cas de nos Sujets.

Les études portant sur les différents facteurs de risques, notamment celles de Andrews et Lewinshon (1992), Brent, et al. (1994, 1993), Beautrais (2001, 2002), et qui démontrent une corrélation entre les comportements suicidaires et la présence d'un trouble de l'humeur, correspondent en partie au discours tenus par les Sujets de notre étude, qui ont évoqué, entre autres, un état psychique précaire. Mais, ceux-ci ont aussi rapporté d'autres motifs associés à des événements extérieurs ou à des relations interpersonnelles conflictuelles qui ont joué dans leur décision d'attenter à leur vie. Les troubles de l'humeur n'expliquent pas tout.

Les «*motifs parce-que*» invoqués par les Sujets de notre étude sont souvent des motifs 'relationnels'. Des Sujets, des hommes et des femmes, plus des deux tiers en fait, parlent de raisons «extra»individuelles en plus des motifs intrapsychiques. Parmi ces conditions «externes», les ruptures conjugales et les conflits de couple occupent une place importante, aussi importante chez les hommes que chez les femmes, et la moitié d'entre eux reconnaissent que leurs problèmes conjugaux durent depuis plusieurs années. Il s'agissait de situations perçues comme étant extérieures à eux-mêmes. Par ailleurs, les deux tiers des Sujets évoquent des épreuves subies durant l'enfance comme facteurs de leur décision : plusieurs associent leur geste aux agressions, sexuelles ou non, ou à la négligence dont ils ont été victimes quand ils étaient jeunes et dont ils n'arrivent pas à surmonter les effets. Chez d'autres Sujets, des faits plus récents ont aussi joué, notamment le refus des professionnels de la santé mentale de leur accorder les services qu'ils demandaient.

Des auteurs de disciplines différentes (psychiatres, psychologues, sociologues et économistes) viennent confirmer la prévalence et la complexité des motifs relevant de conflits interpersonnels dans la décision de s'enlever la vie. Menninger soutient que le suicide est un geste «psychologique complexe» qui s'élabore progressivement depuis la petite enfance à la suite d'événements traumatiques. Plus récemment, Beautrais (2002, 2001) a démontré des liens significatifs entre les comportements suicidaires et les abus, sexuels ou non, vécus durant l'enfance.

Dans une étude sur les jeunes Québécois, Gratton (1996) élabore une typologie sur la base des motifs intrapsychiques et distingue : le suicide du «*blasé*», de «*l'épuisé*», du «*nostalgique*» et du «*déshérité*». Sauf le suicide du «*blasé*», les autres grands types correspondraient assez bien, nous semble-t-il, aux catégories de conflits évoqués par nos Sujets : la perte de tout espoir de trouver une solution à leurs problèmes et la constatation de leur «*pauvreté matérielle et affective*».

Par ailleurs, Everall (2000) relève trois types de situations qui contribuent au désir de s'enlever la vie : 1) une enfance marquée par des ruptures ou par des interactions ambiguës avec les parents, 2) des expériences de rejet par les pairs et de séparation d'avec eux et 3) les mêmes expériences dans la vie d'adulte. D'après cette auteure, ce sont là des motifs qui contribuent non seulement à la décision de mettre fin à sa vie, mais aussi à l'élaboration d'une image négative de soi, amenant à se percevoir comme étant inférieur et indigne, et qui rendent difficile ou impossible de s'intégrer socialement.

Durkheim lui-même va dans ce sens s'agissant du suicide de type égoïste : celui-ci est le fait de personnes qui ont éprouvé des difficultés dans leurs rapports avec les membres de la famille d'origine et dans la famille construite avec le conjoint et les enfants. Mais cet auteur va plus loin; ses explications débordent le cadre de la vie familiale et de l'environnement proche. Il avance que les comportements individuels sont déterminés par le rapport à la collectivité. Le suicide égoïste

survient lorsque le lien qui unit l'individu au groupe est fragilisé. Il parle d'une individuation démesurée par rapport au groupe d'appartenance :

*«Si donc on convient d'appeler égoïsme cet état où le moi individuel s'affirme avec excès en face du moi social et aux dépens de ce dernier, nous pourrions donner le nom d'égoïste au type particulier de suicide qui résulte d'une individuation démesurée.» (Durkheim, 1997, p. 203)*

Il ajoute que la précarité du lien de l'individu à la société peut aussi le conduire à ce type de suicide :

*«L'individu ne tient plus à être, parce qu'il ne tient plus assez au seul intermédiaire qui le rattache au réel, je veux dire la société. Ayant lui-même et de sa propre valeur un trop vif sentiment, il veut être à lui-même sa propre fin et, comme un tel objectif ne saurait lui suffire, il traîne dans la langueur et l'ennui une existence qui lui paraît dès lors comme dépourvue de sens.» (Durkheim, 1997, p. 406)*

De fait, dans notre étude, des Sujets évoquent la rupture des liens amicaux et le rejet que leur manifeste la communauté environnante comme facteurs précipitants. Ces motifs relationnels invoqués par les Sujets soulèvent l'importance que les Acadiens du Nouveau-Brunswick accordent aux liens qu'ils entretiennent avec les membres de leur famille, et plus particulièrement avec leur conjoint. La persistance de conflits relationnels conjugaux et/ou les ruptures ont amené plusieurs Sujets de notre étude à attenter à leur vie.

Durkheim (1997) a été l'un des premiers à parler de l'importance du mariage et de l'aspect néfaste du divorce. Cette affirmation a ensuite été vérifiée par Leenaars et Lester (1999); en l'appliquant au Canada, ils ont démontré que le divorce chez les hommes est une cause importante de suicide. Pour bien interpréter cette piste en relation avec le Nouveau-Brunswick, il faudrait connaître la place donnée à l'union conjugale et à la famille par les Acadiens du Nouveau-Brunswick, ce que nous ne savons pas.

### *D'autres théories et d'autres motifs*

Nous avons souligné plus haut l'importance à nos yeux des «*motifs parce-que*» autres que intrapsychiques ayant conduit des francophones du Nouveau-Brunswick à tenter de se suicider. Dépassant l'univers familial, il s'agit de la condition sociale, des rapports avec le système de santé et de la situation économique ressentie comme étant humiliante et fatale. Ces facteurs sont étudiés par les sociologues et les économistes.

Nous avons vu que le sociologue, Joseph Yvon Thériault (1995) et l'économiste Maurice Beaudin (1999) estiment et démontrent que les francophones du Nouveau-Brunswick vivent depuis les années 1980 une «*phase de transition*» sur tous les plans. Selon Thériault, on assiste chez les Acadiens à une diminution des liens familiaux et communautaires et à une prise en charge massive par l'État provincial des besoins sociaux afin de contrer «l'anomie» (Thériault, 1995, p. 42 et 43). L'auteur parle de «*l'épreuve de la frontière*» que subissent les francophones. Dans une œuvre ultérieure, il soutient aussi que les Acadiens sont activement à la recherche d'un nouveau lien entre l'État et les institutions associées à cette communauté (Thériault, 1996, p. 275) : les uns privilégient une participation des francophones dans l'espace politique avec la majorité anglophone (les tenants du bilinguisme), sinon l'Acadie deviendra folklorique, d'autres rêvent du pays d'Acadie politiquement autonome. Entre ces deux positions, il y a les tenants de la dualité sociale et politique et de la décentralisation. En somme, les Acadiens constitueraient, selon l'auteur, un groupe linguistique divisé et tourmenté.

Pour Beaudin (1999), les francophones vivant dans le nord du Nouveau-Brunswick devront maintenant s'ajuster aux enjeux que soulèvent l'épuisement des ressources naturelles et la nouvelle structuration de l'économie mondiale ainsi que la fin de la prise en charge par l'État, provincial et fédéral, des problèmes économiques qu'éprouve cette région.

Si nous acceptons ces deux thèses, qui au fond se complètent, nous en venons à l'idée que les liens particuliers de solidarité dans les communautés francophones du Nouveau-Brunswick sont fragilisés sur plusieurs plans (économique, social, culturel et politique). De même, nous assistons à «*l'éclatement pluriel*» de l'identité acadienne, un processus que nous avons aussi constaté chez plus de la moitié des Sujets de cette étude lorsque, par exemple, ils tentent de définir leur identité politique, et à la persistance d'un sous-développement socioéconomique qui a des conséquences néfastes sur les Acadiens vivant dans le nord et dans l'est de la province.

Notre étude ne nous permet pas de voir la 'réalisation' de certains aspects de ces deux thèses dans la vie de nos Sujets. Cependant, comme nous l'avons mentionné au chapitre de la méthode, les Sujets de cette étude ont un revenu inférieur à celui des Néo-Brunswickois francophones et anglophones; une partie d'entre eux occupent des emplois précaires et plusieurs ont été déclarés invalides. En somme, les pauvres conditions matérielles\* auxquelles les Sujets sont assujettis s'ajoutent aux difficultés relationnelles qu'ils vivent avec leur famille, leurs pairs et leur milieu, et à la fragilisation des liens culturels.

Durkheim (1997), dans sa typologie, parle de suicide «*anémique*» pour qualifier les suicides pouvant résulter de l'émiettement social. Il dit :

*«En effet dans le cas de désastres économiques, il se produit comme un déclassement qui rejette brusquement certains individus dans une situation inférieure à celle qu'ils occupaient jusqu'alors. Il faut donc qu'ils abaissent leurs exigences, qu'ils restreignent leurs besoins, qu'ils apprennent à se contenir davantage.»* (Durkheim, 1997, p. 280)

---

\*Un Sujet évoque sa déchéance économique comme motif parce-que et d'autres, leur dépendance financière à l'endroit de leurs proches.



Et d'ajouter :

*«Il en résulte qu'ils ne sont pas ajustés à la condition qui leur est faite et que la perspective même leur en est intolérable; de là des souffrances qui les détachent d'une existence diminuée avant même qu'ils en aient fait l'expérience.» (Durkheim, 1997, p. 280)*

Alors si d'un côté, nous parlons de suicide anémique et d'un autre, de suicide égoïste, nous avons donc affaire à une combinaison de deux facteurs. Durkheim dit à propos de cet amalgame : *«Nous savons, en effet, qu'ils (l'égoïste et l'anémique) ne sont généralement que deux aspects différents d'un même état social; il n'est donc pas étonnant qu'ils se rencontrent chez un même individu.» (Durkheim, 1997, p. 325)* Toutefois, cette analyse durkheimienne ne laisse pas de place au discours des acteurs. Durkheim, dans son étude sur le suicide, est davantage préoccupé de constituer la sociologie scientifique en imposant l'administration de la preuve. Il veut en arriver à la construction d'une typologie et à une identification des causes et des fonctions sociales. Pour ce faire, il considère les *«faits sociaux<sup>40</sup>»* comme extérieurs. Dans le cas particulier du suicide, il utilisera *«les taux sociaux de suicide»* pour démontrer que le suicide est un *«phénomène collectif»* (id., ibid., p. 143). Il refuse sciemment d'interpréter les 'motifs' invoqués par les auteurs d'un suicide, entre autres, en discréditant leur discours :

*«Puis, les confidences que le sujet lui-même nous fait sur son état sont le plus souvent insuffisantes, quand elles ne sont pas suspectes. Il n'est que trop porté à se tromper sur lui-même et sur la nature de ses dispositions.» (Durkheim, 1997, p. 141)*

---

<sup>40</sup>Durkheim, dans *Les règles de la méthode sociologique*, définit le fait social comme : *«toute manière de faire, fixée ou non, susceptible d'exercer sur l'individu une contrainte extérieure; ou bien encore, qui est générale dans l'étendue d'une société donnée tout en ayant une existence propre, indépendante de ses manifestations individuelles.» (Durkheim, 1988, p. 107)*

Tout au contraire de Durkheim, dans cette thèse, nous avons accordé une place particulière au Sujet et à l'herméneutique, puisque nous tentons de reconstruire les représentations que les Sujets entretiennent à propos de leur geste et le sens que ces Néo-Brunswickois francophones ayant attenté à leur vie donnent au suicide, à la mort et à l'après-mort. Nous croyons que la mise en lumière de ces représentations nous permettra de mieux connaître le Sujet suicidaire, et du même coup, de mieux l'aider.

***Interaction des «motifs parce-que» : personnels, relationnels, sociaux, économiques et politiques***

Les réflexions qui précèdent nous conduisent à parler de la question de l'interaction des facteurs, raisons et motifs de se suicider. La majorité des Sujets attribuent leur tentative de suicide à la présence de facteurs et de motifs s'ajoutant les uns aux autres et qui interagissent dans leur décision, les amenant à croire en leur incapacité de s'assurer la vie désirée et une existence qui fait du sens pour eux. Leur discours et l'interprétation que nous en faisons rejoignent ce que bien des chercheurs ont relevé au cours des dernières décennies : on a recours à la conduite suicidaire pour un ensemble de mobiles, d'ordre biologique, médical, psychologique, sociologique, culturel et économique, qui deviennent des motifs invoqués comme explication par les suicidaires pour passer à l'acte (Maris, et al., 2000; Everall, 2000; Shneidman, 2001).

Shneidman (1998), dans son modèle psychologique, aborde la polysémie du terme «*souffrance*», qu'il qualifie de «*psychache*». À cette notion, il associe les conditions propres aux personnes suicidaires : 1) une souffrance intolérable; 2) des besoins vitaux non satisfaits et une extrême frustration; 3) des sentiments de désespoir et d'impuissance; 4) une ambivalence et une «*constriction de la pensée*» et 5) une volonté de communiquer son état; sentiment ou désir de quitter cette vie. Comme on a pu le voir dans l'analyse des entrevues, tous ces sentiments et

‘facteurs’ se retrouvent dans les propos de nos Sujets. Les Sujets ont beaucoup parlé des rapports conflictuels ou ambigus vécus dans leur famille d’origine ou dans leur nouvelle famille avec leur conjoint et leurs enfants; ils ont fait eux-mêmes le lien entre ces problèmes et ces souffrances et leur décision de passer à l’acte.

La constatation de la multiplicité des facteurs et des motifs qui poussent au suicide postule en faveur d’une approche interdisciplinaire dans l’étude du phénomène; les Sujets suicidaires sont aux prises avec des difficultés relevant d’autant d’ordres analytiques et de types d’expertises.

Quant aux «*motifs en-vue-de*», ils sont aussi nombreux, variés et interactifs. Les Sujets, par leur tentative, visaient dans le ‘futur’ plus d’un but. La grande majorité cherchaient à se délivrer d’une souffrance ou d’un tourment qu’ils ne parvenaient pas à écarter autrement. Pour la moitié, la tentative était un moyen de dire à leur entourage leurs besoins particuliers, leurs insatisfactions, leurs frustrations, la colère et les souffrances que leur causent les rapports conjugaux et familiaux : «*Il faut que cela change*». Pour la plupart, c’était la volonté d’accéder à une bonne vie, à un état meilleur, à la paix.

S’agissant de ‘changement’, Shneidman (1998, 2001) et Hawton (2000) ont aussi relevé, dans leurs études, que les actes de suicide résultent d’abord d’un désir de fuir, d’arrêter quelque chose, d’être soulagé d’une souffrance ressentie comme étant intolérable. Volant (1990), dans sa recherche compréhensive sur les significations accordées à la mort volontaire, identifie deux motifs de suicide qui reprennent en partie les propos des Sujets de notre étude. Le premier est d’échapper à une détresse psychologique en mettant fin à un processus de destruction en cours depuis plusieurs années et le deuxième est d’accéder à la paix, à un lieu où les sensations et les passions torturantes sont absentes.

S'agissant toujours de tentatives que nous relierons à des souffrances internes, d'autres recherches débouchent sur des typologies qui sont plus proches de notre matériel, notamment celle de Baechler (1981), qui identifie comme premier grand type de mort volontaire «*le suicide escapiste*». Cette forme, et plus particulièrement le sous-type «*la fuite*», rencontre ce que les Sujets de cette étude nous ont exprimé, à savoir le désir de mettre fin à une situation qu'ils jugent intolérable.

Dans l'ouvrage récent d'un auteur cité au chapitre premier, nous trouvons une énumération de motifs assez proches de ceux qu'invoquent les Sujets de notre recherche. Hawton (2000, p. 523) présente, dans un article intitulé «*General Hospital Management of Suicide Attempters*», huit «*motivations*» pour lesquelles les personnes posent un geste suicidaire : «*to die*»; «*to escape from unbearable anguish*»; «*to get relief*»; «*to escape from a situation*»; «*to show desperation to others*»; «*to change the behaviors of others*»; «*to get back at other people/make them feel guilty*» et «*to get help*». Ici encore s'exprime un désir de changer de situation, de modifier par la tentative l'attitude d'autrui. Comme on voit, il est question de la mort («*to die*», «*to escape*») et du désir de mort chez Hawton. Nous verrons comment ce désir construit les représentations de la mort et de l'après-mort chez nos Sujets sur la base des valeurs religieuses et laïques; cela nous permettra éventuellement de mieux interpréter les «*motifs en-vue-de*».

Près de la moitié des Sujets ont utilisé la tentative de suicide comme un moyen de dire à leur entourage leurs besoins particuliers, d'exprimer leurs insatisfactions ou leurs frustrations ou, chez quelques-uns, de libérer leur entourage de leur présence et de son poids. Cette donnée a aussi été relevée par Lineham (2000) et Hawton (2000), qui ont observé que certains individus visaient, à travers leur tentative, non pas la mort, mais à «*aider*», à «*soulager*» leur entourage. Cette donnée vient confirmer le sens que certains Sujets donnaient à leur action suicidaire.

Baechler (1981), dans sa typologie, a aussi observé deux types de suicide se rapportant à l'entourage : celui du suicide «*agressif*», incluant les sous-types : vengeance, chantage et appel, et celui du suicide «*oblatif*», notamment le sous-type le «*sacrifice*». Durkheim (1997) a aussi identifié, dans sa typologie, le suicide «*altruiste*», qui résulte d'une absence d'individuation et d'une trop grande intégration de l'individu dans le groupe. Dans ce cas, les individus tiennent peu de place par rapport aux impératifs du groupe dont ils partagent les idées, les croyances et les occupations. Si nous appliquons cette dernière typologie aux discours tenus par les Sujets de notre étude, nous observons encore ici la présence d'une typologie mixte, c'est-à-dire le suicide «*égoïste*» et le suicide «*altruiste*», que nous avons notée plus haut nous aussi. À ce sujet, Durkheim dit que «*ces deux contraires peuvent unir leur action*» (id., *ibid.*, p. 326). En effet, durant certaines périodes socioéconomiques, l'effritement de la société ne peut plus servir d'objectif aux activités des individus. Il en résulte alors un état général d'égoïsme auquel l'individu cherche à résister en s'imaginant une «*réalité idéale*» à laquelle il se conforme par un «*altruisme immodéré*». D'après Durkheim, ces deux «*dispositions*» peuvent mener au suicide (id., *ibid.*, p. 327). Dans le cas de notre étude, pouvons-nous supposer que ces deux forces antagonistes (le suicide «*égoïste*» et le suicide «*altruiste*») ont joué un rôle dans la disposition au suicide de certains Sujets soumis à un entretien? Pour démontrer cette hypothèse, il faudrait, entre autre comparer les taux de suicide en Acadie à diverses périodes économiques et politiques de son histoire (florissante et problématique). Mais, nous n'avons pas de données sur le suicide au cours des périodes antérieures. Il nous est donc difficile de faire cette démonstration.

### **5.1.2 Le sens que les Sujets donnent à la mort et à l'après-mort**

À partir des propos des interviewés, la typologie que nous avons construite est la suivante : (la mort, c'est) : «*la fin de la vie, une délivrance des misères; «le grand*

*repos, la paix*»; «une étape»; «une solution» et «on ne sait pas ce qu'est la mort». Chez la majorité des Sujets, la mort est perçue comme un événement positif, et non comme une forme d'annihilation de leur être.

Par ailleurs, les figures et interprétations que les Sujets de cette étude ont données à l'après-mort ressemblent à celles de la mort. La majorité d'entre eux donne à l'après-mort un caractère positif : sans que ce soit explicitement affirmé, 'cela' va compenser pour la dureté des conditions ici-bas. Il s'agit, pour près de la moitié, de construits à partir de l'éducation religieuse et, pour d'autres, de représentations qui ont été transformées au rythme des connaissances acquises, laïques, 'scientifiques', etc.

La thèse du déni social de la mort, avancée par certains auteurs (Beaudrillard, 1976 ; Morin, 1970, 2004; Beaudry, 2000) n'a pas été soulevée par les Sujets de cette étude et très peu d'entre eux entretiennent une «*pensée évolutionniste*» de la mort. Pour les Sujets de notre étude, la mort est libératrice des souffrances terrestres.

Les Sujets de cette étude se disent catholiques, croyants ou très croyants, pratiquants ou non pratiquants. La plupart entretiennent une relation avec un dieu par la prière pour se sentir 'réceptifs' et proches d'un être aimant, pour demander de l'aide afin d'apaiser leurs souffrances ou pour être délivrés de la tentation de se donner la mort. Apparaissent ici quelques-unes des représentations de l'après-mort observées par Quillot (2000) et Morin (2004). Est-ce le paradis, l'enfer ou rien? La croyance au paradis et la condition pour y accéder (ne pas être en état de péché au moment de sa mort) en retiennent quelques-uns d'attenter à leur vie, mais pourraient au contraire en inciter d'autres (qui n'admettent pas que le suicide est un péché) à se suicider pour aller rejoindre au ciel des gens qu'ils aiment. Conflit, chez plusieurs, mais pas suffisant pour les empêcher de poser un geste suicidaire, car comme quelques-uns l'ont affirmé, le «*désespoir*» est plus fort que la crainte de l'enfer et de Dieu.

Mais que doit-on comprendre de cette affirmation? Que le degré d'intégration à leur communauté religieuse et la cohésion de celle-ci immunisent éventuellement contre le passage à l'acte, comme le soutient Durkheim? Est-ce à dire alors que le processus de laïcisation en Acadie et le relâchement des pratiques religieuses en cours depuis les années 1970 ont ébranlé la cohésion sociale et entraîné un isolement des membres de la communauté acadienne? Cette hypothèse est intéressante et plausible, mais ne saurait être confirmée par des études comme la nôtre. Par ailleurs, l'introduction d'une nouvelle forme étatique de gérance de la richesse collective ne pourrait-elle pas contribuer à un nouveau type de cohésion?<sup>41</sup> Ces hypothèses de Durkheim ne peuvent être confirmées ni infirmées, par notre recherche qui se situe à un point, dans le temps et qui n'a pas exploré les consensus moraux et religieux à d'autres moments et même durant ces dernières années en relation avec l'objet qui nous occupe.

Par ailleurs, dans leur ensemble, les résultats de notre étude corroborent ceux de Volant (1990) sur les représentations du suicide et de l'après-mort. Dans sa recherche portant sur des Sujets québécois, l'auteur rapporte six représentations de la mort volontaire et de l'au-delà de la mort. Trois d'entre elles correspondent aux nôtres : 1) améliorer la situation présente et échapper à la détresse et mettre fin au processus d'autodestruction en cours depuis plusieurs années en se soustrayant à la désintégration psychique ou en faisant en sorte que cesse l'aliénation sociale dont on se sent victime; 2) trouver le repos et la paix éternels : le suicide est perçu dans ce cas comme un moyen, et non une fin, qui permet d'accéder à un lieu sécuritaire, à un endroit de calme et de béatitude, où les sensations et les passions sont éteintes (endormies) et 3) survivre, la vie continue après la mort, l'esprit survit à la matière et dans cette autre vie, on retrouve ceux que l'on aime et qui nous ont précédés dans

---

<sup>41</sup>À condition, bien entendu, que cette gérance ait des conséquences favorables pour les francophones du Nouveau-Brunswick.

la mort. On peut aussi être plus heureux, être en relation avec Dieu et avoir une existence supérieure à celle qu'on a vécue sur la terre.

Dans le même sens, Baechler a observé un sous-type de suicide qui fait référence à la conception *post-mortem*, soit celui du «*passage*», au moyen duquel les personnes suicidaires visent à accéder à un état beaucoup plus «*délectable*».

Si nous construisons des images positives de la mort et de l'après-mort qui nous calment et qui nous sécurisent en nous promettant l'accès au bonheur et que nous y croyons, alors comment résister à la tentation de mettre fin à sa vie quand tout paraît douloureux? Certes, pour plusieurs croyants parmi nos Sujets, la crainte d'être privé de ce 'bonheur' parce qu'on a péché en se suicidant pourrait les retenir. Mais, d'autres Sujets remettent cette doctrine en question. D'ailleurs, sur le suicide, l'Église catholique a une position quelque peu ambiguë. D'un côté, elle affirme que seul Dieu peut reprendre la vie qu'il a donnée et d'un autre, les évêques canadiens, dans l'interprétation qu'ils font du suicide, admettent que certaines conditions physiques, psychiques ou sociales, peuvent «*diminuer la responsabilité du suicidaire*», comme nous l'avons répété au chapitre I :

*«On ne doit pas désespérer du salut éternel des personnes qui se sont donné la mort. Dieu peut leur ménager, par les voies que Lui seul connaît, l'occasion d'une salutaire repentance. L'Église prie pour les personnes qui ont attenté à leur vie.»* (Conférence des Évêques catholiques, 1992, p. 467)

## 5.2 La description de la scène suicidaire

Les Sujets ont décrit de façon détaillée la mise en œuvre de la tentative de suicide. Trois moments de l'expérience suicidaire ont été identifiés : 1) le moment suicidaire : le ou les moyens employés pour se suicider et le(s) lieu(x) où se sont déroulées ces expériences suicidaires; 2) le moment du 'réchappage' : par qui et comment, le ou les traitements reçus et la ou les réactions personnelles suivant le



'réchappage' et 3) l'après : la ou les réactions des proches, la ou les réactions de l'entourage et ce qu'elles inspirent aux Sujets et le ou les traitements auxquels ils ont eu recours par la suite.

*Le moment suicidaire : le ou les moyens employés pour se suicider et le(s) lieu(x) où s'est (se sont) déroulé(s) cette(s) expérience(s).*

Les Sujets rapportent avoir recouru à des moyens différents pour attenter à leur vie : surdose de médicaments ou de drogues illicites, accident provoqué, arme à feu, arme blanche, grève de la faim, chute mortelle volontaire, empoisonnement, noyade ou pendaison. On note à ce sujet des différences entre les hommes et les femmes. La majorité des femmes ont utilisé la surdose de médicaments comme moyen de suicide, alors que les hommes ont fait usage d'une plus grande diversité de moyens. Toutefois, on retrouve une proportion égale d'hommes et de femmes qui ont recouru à la combinaison «alcool et drogues». Ce moyen prédomine nettement.

En ce qui concerne la différence entre les sexes au sujet du moyen utilisé, on peut avancer plusieurs hypothèses. Concernant le fait que la majorité des femmes recourent aux médicaments comme moyen de suicide, on peut se demander si les substances toxiques ne leur sont pas plus accessibles qu'aux hommes? Les femmes consultent-elles les médecins plus que les hommes ou est-ce qu'à consultations égales, les médecins ont tendance à prescrire davantage de médicaments aux femmes? L'accessibilité différente s'expliquerait alors par les rôles dévolus à chaque sexe, une normalisation que la médecine vient renforcer.

Cette hypothèse est d'ailleurs soutenue par Canetto (1994) : le choix de la méthode de suicide serait influencé par les circonstances culturelles et historiques, mais aussi par la familiarité des Sujets avec un moyen de suicide et son accessibilité. Par ailleurs, le recours fréquent à l'alcool est constaté dans d'autres études, récemment celle de Lester (2000, p. 360). S'appuyant sur ses propres travaux, l'auteur constate

que plusieurs individus prennent de l'alcool quelques heures avant leur passage à l'acte suicidaire afin d'être capables d'exécuter le plan de suicide.

Concernant le lieu choisi par les suicidaires dans notre étude pour attenter à leur vie, la majorité des Sujets ont tenté de se suicider à leur domicile et plusieurs dans leur chambre à coucher. Par ailleurs, la moitié des Sujets étaient seuls; l'autre moitié savaient que d'autres personnes étaient à proximité.

Maris, et al. (2000) ont relevé trois recherches traitant de la signification attachée au choix de sites extérieurs, soit celle de Hendin (1982) : «*La mer norvégienne*» : vie consciente et inconsciente; celle de Seiden et Spence (1982) : «*Le Golden Gate*» à San Francisco : grâce et beauté et «*porte d'entrée (gateway)*» sur l'océan Pacifique; et celle de Takahashi (1988) : «*La forêt de Jukai*» au Japon. Les auteurs voient dans ces choix un désir de partager le site choisi par d'autres suicidés et de les imiter pour des motifs historiques et mythologiques.

Dans notre propre recherche, le choix du domicile est d'abord pratique. Le Nouveau-Brunswick n'est pas une province très peuplée et ne possède pas de grands centres urbains où la population a accès à des sites extérieurs réputés qui sont associés, dans l'esprit des gens, à des incidents dramatiques. Nous pensons, entre autres, aux ponts de Toronto et de Montréal (le Jacques-Cartier, par exemple). La population du Nouveau-Brunswick vit davantage en milieu rural. À propos du domicile ou de la chambre à coucher, on peut ensuite imaginer que ce choix renvoie à un désir de sécurité, d'intimité et de paix et peut-être aussi à un retour à l'enfance, à la naissance et à ce qui l'a précédée. Mais, l'autre hypothèse concernant le choix du domicile, c'est l'assurance (de la moitié des Sujets) de la présence de témoins et de proches au moment de la tentative de suicide, ce qui entraîne une autre question : ces suicidaires avaient-ils l'intention de mourir ou voulaient-ils être sauvés *in extremis*? Sinon que cherchaient-ils à «dire» à leurs témoins et à leurs proches? Enfin, il faut s'interroger sur l'intention de celui ou de celle qui met son suicide en

scène de telle sorte qu'il sera constaté par ses propres enfants, même en bas âge, son conjoint, etc. Il s'agit sans doute d'un «*motif en-vue-de*» (Schutz). Le suicidaire veut qu'on le voie (ou même qu'on le prenne) «*dans l'acte même*» ou après sa mort. On est ramené ici au suicide égoïste de Durkheim. Nous reconnaissons que nous sommes ici face à des questions auxquelles notre thèse n'apporte pas de réponse, car nous n'avons pas interrogé les Sujets sur ce qui motivait leur choix du lieu. Nous ne connaissons pas le sens qu'ils donnent à ce choix.

***Le moment du 'réchappage' : qui a fait l'appel et comment s'est fait le 'réchappage', le ou les traitements reçus et la ou les réactions personnelles suivant le 'réchappage'***

Au moment du 'réchappage', la majorité des Sujets ont été sauvés par des proches, mais un tiers d'entre eux ont fait en sorte d'arrêter eux-mêmes le processus qu'ils avaient engagé. Dans l'ensemble, la majorité des Sujets ont été conduits à l'hôpital ou s'y sont rendus eux-mêmes pour y recevoir des soins d'urgence.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la combinaison des deux éléments, soit le suicide à la maison et la présence des proches durant le passage à l'acte, peut témoigner, plus encore que le seul choix de la résidence, d'un désir de ne pas mourir, d'être sauvé au dernier moment. Deux chercheurs arrivent à cette conclusion. Lineham (2000) relève que certains individus posent un geste suicidaire non pas dans l'intention de mourir, mais plutôt pour obtenir de l'aide. Baechler parle de gestes ordaliques, c'est-à-dire que le suicidaire est conscient de mettre sa vie en danger, tout en sachant implicitement que les chances de mourir sont réduites.

Cette mise en scène de l'acte suicidaire en présence de témoins, qui s'avère un fait assez général dans notre étude, permettra de formuler, plus loin dans cette thèse,

des suggestions sur les soins que requerront les témoins (surtout les enfants) présents lors de la scène suicidaire.

Au moment du 'réchappage', la très grande majorité des Sujets ont reçu les premiers soins dans un département d'urgence d'un service hospitalier après la tentative de suicide. La plupart ont ensuite été hospitalisés pour recevoir des traitements à plus long terme. En décrivant les traitements reçus après leur tentative, les Sujets ont aussi parlé de leur réaction à ces soins et, d'ailleurs, à la tentative avortée. Plusieurs Sujets sont satisfaits d'avoir survécu et pour quelques-uns, la tentative avortée a été l'occasion d'un nouveau départ. D'autres, cependant ont exprimé du regret d'être toujours en vie, de la colère d'être «*réchappés*», de la culpabilité ou de la honte. Par ailleurs, le quart des Sujets ne sont pas satisfaits des traitements qu'ils ont reçus des services de santé, soit parce qu'on leur aurait administré trop de médicaments ou parce qu'ils n'auraient pas reçu les services cliniques dont ils jugeaient avoir besoin ou qu'on leur avait promis. Nous reviendrons sur ce point à la fin de ce chapitre.

La tentative de suicide a été, pour 20% des Sujets de notre étude, une expérience qui a permis d'effectuer des changements importants au niveau de la vie personnelle et familiale, une issue qu'ont notée des chercheurs comme Bordeleau (1997) et Menahem (1974). Mais pour la majorité des Sujets que nous avons interviewés, cela n'a pas été le cas. On peut se demander si cela n'a pas été plus souvent le cas parce que les suicidaires ont rarement, sinon jamais, parlé de leur expérience avec un proche ou un professionnel. Dans cette recherche, nous ne pouvons nous empêcher de réagir comme clinicienne et en même temps comme chercheuse. Nous pensons que la verbalisation des événements entourant la mise en oeuvre du suicide et des motifs qui les précipitent peut faciliter le dénouement de la crise suicidaire et éviter le passage à l'acte. Dans la littérature, les études que nous connaissons qui abordent le 'sauvetage' sont celles à propos du traitement médical ou psychiatrique du point de vue du professionnel. Les chercheurs notent

que les aspects relatifs aux interventions (évaluation, diagnostic, traitement et pronostic) varient selon la discipline du professionnel interviewé (médecine, psychiatrie, psychologie et service social) et la population qu'il traite (adolescent, adultes, personnes âgées, toxicomanes, etc.) (Bordeleau, 1997). Par ailleurs, au terme de leur recherche, les auteurs recommandent aux professionnels de la santé les conduites à adopter pour obtenir la collaboration d'une personne venant de faire une tentative de suicide, qui menace de le faire ou qui refuse de se plier aux traitements suggérés et pour évaluer la «capacité mentale» du suicidaire à refuser le traitement proposé (Hawton, 2000; Maris, et al. 2000).

***L'après : la ou les réactions des proches, la ou les réaction de l'entourage et ce qu'elles inspirent aux Sujets et les traitements auxquels ils ont eu recours par la suite***

Notre étude montre que dans l'ensemble, la majorité des familles se préoccupent d'un des leurs qui a tenté de se suicider. Mais, nous avons peu d'éléments qui nous permettraient de comprendre plus profondément, ou de mieux saisir, comment le suicidaire est compris par les membres de sa famille, et réciproquement. Nous n'avons pas trouvé d'études portant sur ce sujet et là, d'ailleurs, n'était pas notre objet d'étude. Cependant, il existe de nombreuses recherches portant sur le processus de deuil après le suicide d'un être cher et sur les difficultés que ce deuil cause aux proches (Jordan, 2001). Du point de vue clinique, nous croyons que des études sur l'attitude et la réaction des proches à la tentative de suicide d'un des leurs pourraient guider les intervenants dans leurs pratiques de prévention et d'intervention (postévénement) et ainsi faciliter la réintégration du Sujet suicidaire dans son milieu familial.

### *Les traitements auxquels ils ont eu recours par la suite*

Les Sujets connaissaient assez bien le réseau de soins pour les personnes suicidaires au Nouveau-Brunswick, et ils les connaissent mieux depuis qu'ils y ont eu recours. Toutefois, près de la moitié se plaignent de ne pas avoir reçu des organismes de l'État, les services cliniques qu'ils avaient demandés et qui, pour certains, les auraient aidés à surmonter leur état suicidaire.

Plusieurs Sujets apprécient davantage les groupes informels d'aide, où ils se sentent moins jugés et plus soutenus qu'ils ne l'ont été dans les services publics de santé et de santé mentale. Pourtant, les ressources informelles seraient, disent les Sujets, «moins» reconnues et, selon eux, sous-financées. Il est important de rappeler que nous avons recruté un nombre important de nos Sujets à travers ces groupes informels. Leur réceptivité et leur enthousiasme pour participer à notre recherche étaient saisissants. Les professionnels du réseau formel par qui nous avons choisi de passer pour recruter nos Sujets ont opposé de nombreux obstacles à notre étude, des difficultés que nous n'avons pas éprouvées dans les services d'entraide. Michel (2000), dans un article où il traite de la prévention du suicide et des soins primaires, rapporte que les professionnels de la santé et les patients ayant fait une tentative de suicide ne perçoivent pas de la même façon les motivations sous-jacentes à l'acte suicidaire. Les professionnels pensent que les personnes qui font une surdose veulent, par exemple, «communiquer leur hostilité ou désirent influencer les autres», alors que les suicidaires<sup>42</sup> disent qu'ils «voulaient fuir ou avaient perdu le contrôle», des propos qui ressemblent à ceux de nos Sujets. Nous croyons que cet écart entre les perceptions des premiers et les sentiments des deuxièmes est important et qu'il contribue à l'inefficacité des stratégies de prévention et à

---

<sup>42</sup>Ceux qui ont été choisis au hasard ou référés par des psychiatres.

l'inadéquation des attitudes cliniques. Notre thèse et ses conclusions, que nous rendront publiques, pourront contribuer à rendre cet écart moins important.

La plupart des études que nous avons lues n'abordent pas la question de la satisfaction des clients des services de santé. Elles traitent plutôt du «sauvetage» en s'intéressant au traitement que les intervenants doivent dispenser aux patients suicidaires qui se présentent dans une institution hospitalière.

# Chapitre VI

## Conclusion

### 6.1 Introduction

Cette thèse porte sur les significations que des personnes ayant fait une tentative de suicide donnent à leur acte, à la mort et à l'après-mort. Il leur était demandé de se remémorer la signification de leur expérience suicidaire. Nous avons privilégié un paradigme de la connaissance qui réunit deux orientations épistémologiques, celles de Husserl et de Schutz, en phénoménologie, et celle de Berger et Luckmann et de Von Glasersfeld, des constructivistes qui ont porté une attention particulière à la construction sociale de la signification à partir des expériences de la vie quotidienne.

Nous avons interviewé vingt-huit Sujets francophones vivant dans le nord du Nouveau-Brunswick, que nous avons considérés dès le départ comme nos informateurs essentiels, détenant une représentation singulière de leur propre geste. Nous avons choisi une approche qualitative et invité les Sujets à «reconstruire» la signification de leur acte et des aspects de leur vie qui y sont reliés.

Nous avons aussi posé comme principe que les connaissances appelées à éclairer notre objet d'étude appartenaient à plusieurs disciplines et qu'on devait y faire appel de façon interactive. Pour nous, la compréhension d'un phénomène humain aussi complexe que le suicide et la découverte par le chercheur du sens que lui donnent ceux qui attentent à leur vie passent par plusieurs disciplines, notamment la sociologie, la psychologie, les sciences humaines et celles de la santé, la psychanalyse et la philosophie.



## 6.2 Objectifs de recherche

Au début de la thèse, nous visions quatre objectifs<sup>43</sup> :

- 1) *«Saisir comment est apparue chez certaines personnes, à un moment et dans un contexte précis de leur vie, la décision de poser un geste suicidaire»;*
- 2) *«Mettre en lumière la signification qu'elles donnent à leur acte, au suicide, à la mort et à l'après-mort et découvrir et analyser, à travers leur discours, ce qui les a poussées à agir comme elles l'ont fait et le but qu'elles visaient dans cet acte»;*
- 3) *«Appréhender comment la culture et le monde social dans lesquels elles vivent interviennent dans la «construction» du contenu de la signification qu'elles attachent à la mort volontaire»;*
- 4) *«Faire apparaître les représentations que ces personnes attachent au suicide, à la mort et à l'après-mort en vue de proposer aux cliniciens et aux administrateurs des pistes d'intervention auprès des personnes suicidaires.»*

Nous pensons avoir atteint ces objectifs pour une bonne part. Nos conclusions sont les suivantes :

Pour ce qui est du **premier objectif**, les récits recueillis de nos Sujets ont permis de «saisir comment est apparu chez certaines personnes, dans un moment et un contexte précis de leur vie», l'idée de se suicider. Les Sujets ont évoqué l'interaction ou le cumul de faits et d'expériences, passés et présents, de plusieurs ordres qui les ont conduits à poser un geste suicidaire. Ils ont parlé des conflits qui marquent leurs rapports avec leur conjoint et leurs enfants, leurs parents et leurs amis et les services de santé publics. Certains ont aussi parlé des difficultés financières qui les empêchaient de pourvoir aux besoins de leur vie

---

<sup>43</sup> Cette thèse, p. 56.

quotidienne et à ceux de leur famille. La plupart ont dit qu'ils souffraient psychiquement et qu'ils étaient devenus incapables d'en tolérer davantage. Enfin, plusieurs ont rapporté qu'ils avaient tenté par d'autres moyens de faire cesser leurs souffrances ou de régler leurs difficultés, mais qu'ils n'y étaient pas arrivés.

Pour ce qui est du **deuxième objectif**, soit les significations que les Sujets «donnent à leur geste», nous croyons que les récits recueillis y satisfont amplement. La signification de l'expérience suicidaire et le sens donné à la mort volontaire, à la mort et à l'après-mort apparaissent clairement dans les récits. Ils sont liés à la condition de vie, à l'état de santé et à l'état des relations des Sujets (aux faits et expériences que nous avons décrits au premier objectif). Ce sont ces significations qui ont poussés les Sujets à agir comme ils l'ont fait, des «*motifs parce-que*». Les Sujets ont dit qu'ils se sentaient incapables de tolérer leurs souffrances psychiques et que celles-ci leur apparaissaient sans fin. Chez certains, ces souffrances psychiques venaient d'ailleurs raviver des expériences antérieures douloureuses. La mort volontaire était donc devenue pour eux la solution plausible pour mettre fin à des souffrances intolérables. Les Sujets ont aussi décrit ce qu'ils visaient par leur action suicidaire («*motifs en-vue-de*»). Les récits recueillis montrent que ce ne sont pas tous les Sujets qui visaient la mort. Pour plusieurs, la vie ne se termine pas avec la mort. Pour d'autres, le suicide est vu comme un appel à l'aide; il peut, ou non, entraîner la fin de la vie. Certains voulaient, par leur geste, exprimer des besoins particuliers à leurs proches, voire leur mécontentement, ou dire à leur entourage (et à eux-mêmes) leur insatisfaction «globale» face à la vie. La plupart se représentent la mort comme une grande libération, l'accès à «la paix» et l'après-mort comme un lieu de «bonheur» ou alors une vie meilleure.

Pour ce qui est du **troisième objectif**, c'est-à-dire montrer «comment la culture et le monde social » ambiant «interviennent dans la construction du contenu de la signification», nous croyons y avoir satisfait en partie.

Les Sujets puisent leurs représentations du suicide, de la mort et de l'après-mort soit dans les croyances et la morale chrétiennes, soit en réaction à ces croyances et normes, soit dans

une morale «laïque» (qui serait celle que reflètent les médias et qui s'exprime, entre autres, par les jugements qu'ils prêtent à leur entourage sur la mort volontaire, qui est une «mauvaise mort»). Certes, notre population ne saurait être considérée comme un échantillon représentatif des francophones du Nouveau-Brunswick. Mais, les discours des Sujets sur le suicide, la mort et l'après-mort témoignent clairement qu'ils adhèrent aux représentations qui leur sont offertes par cette morale religieuse, à une morale 'laïque' ou à d'autres représentations mythiques.

Leur représentation de la 'bonne vie' reflète les valeurs dominantes de cette société acadienne dont parlent Thériault et ses collaborateurs, des sociologues qui décrivent une culture en transformation qui compte davantage sur l'État, qui devient laïque et qui promet un bien-être, voire un certain mieux-être, aux Acadiens comme à tous les résidents du Nouveau-Brunswick. Or, ces promesses de changements parfois 'réels' font apparaître encore plus malheureuse et misérable à nos Sujets leur condition de vie actuelle.

De même, leurs représentations des «bons soins de santé» ne peuvent avoir comme source que le discours gouvernemental de la province et celui du Canada, qui sont relayés par les media et la pensée commune. Témoignent de cette représentation (sinon de sa source, car nous n'avons pas cherché à leur faire préciser l'origine de leurs représentations) les critiques de certains Sujets, qui ont une idée de l'accueil qui pourrait leur être fait dans les organismes de santé et des soins qui pourraient leur être offerts. Le discours officiel intervient ici concernant les droits aux soins de santé. On voit, par exemple, l'étonnement de ce Sujet qui n'a pas le moyen de se procurer les médicaments qui lui sont prescrits.

Pour ce qui est du **quatrième objectif**, nous croyons que les données recueillies y satisfont de plusieurs manières et qu'elles nous autorisent à faire des suggestions au terme de cette recherche sur trois plans : a) la qualité des interventions des professionnels, surtout ceux qui travaillent en santé mentale avec des personnes vivant une crise suicidaire; b) les familles, et plus particulièrement les membres qui ont été témoins de la tentative et c) les centres d'entraide. Nous traiterons de ces trois sujets à partir d'un thème plus large.

***a) L'organisation des soins dans les services publics***

Nous croyons que les mesures mises en place pour aider les personnes suicidaires sont représentatives de la manière dont le réseau de santé au Nouveau-Brunswick, incluant les services communautaires, se représente certains problèmes de santé mentale, en l'occurrence les tentatives de suicide, l'idéation suicidaire et le suicide. Plusieurs Sujets ont dit se sentir jugés par les professionnels de la santé, qui selon eux, perçoivent leur geste comme étant irrationnel et, parfois, non «sérieux». Notre étude montre que les motifs et intentions des personnes suicidaires pourraient être pris en compte par les professionnels de la santé mentale, ce qui rendrait les approches préventives ou les interventions efficaces.

Les données recueillies et l'analyse du sens donné au suicide, à la mort et à l'après-mort, présentées dans cette thèse, apportent des connaissances complémentaires aux résultats des études épidémiologiques, un complément qui nous paraît nécessaire. Notre thèse permet, entre autres choses, une compréhension réelle, fondée sur le sens donné par les Sujets eux-mêmes, de ce qui amène des citoyens francophones du Nouveau-Brunswick qui traversent des moments très pénibles à croire que, finalement, le suicide est la meilleure solution.

***b) La qualité des soins***

Également, nous croyons qu'une plus grande conscientisation des professionnels aux «*motifs en-vue-de*» et aux «*motifs parce-que*» pourrait avoir un impact positif sur la qualité du traitement clinique et sur le renforcement des stratégies d'alliance thérapeutique. L'entretien avec le clinicien ou la personne-ressource pourrait être l'occasion d'une catharsis : permettre aux suicidaires de parler d'un trop plein d'affects ou même de découvrir les souffrances refoulées et les conflits niés qui ont précipité la décision d'en finir et aux thérapeutes de voir venir les crises ou d'intervenir plus à propos.

Certains Sujets nous ont fait part de leurs préoccupations quant aux conséquences de leur geste sur les membres de leur famille, surtout lorsque leurs enfants ou leurs adolescents ont été témoins de leur acte suicidaire. Ces Sujets se demandent comment leurs enfants ont vécu le fait de voir un de leur parent poser un geste suicidaire et quelles en seront les

vécu le fait de voir un de leur parent poser un geste suicidaire et quelles en seront les conséquences sur leur développement psychologique. Par exemple, une fois devenus adultes, s'ils sont aux prises avec des difficultés semblables à celles qui ont amené un de leur parent à vouloir se suicider, seront-ils tentés de l'imiter?

Les jeunes témoins, et surtout les enfants des suicidaires, qui étaient présents au moment de la tentative de suicide devraient recevoir de l'aide des services de santé mentale. L'intervention faite au moment opportun pourrait permettre au jeune témoin de «parler» de ses émotions, de sa peur de la réaction sociale et de ses sentiments négatifs à l'endroit du parent suicidaire. De même, cette intervention pourrait peut-être permettre des meilleurs rapports ultérieurs entre le parent suicidaire et l'enfant ou l'adolescent «victime» ou témoin de ce geste.

### *c) Les centres d'entraide*

En ce qui concerne les centres d'entraide, nos Sujets ont une opinion positive des groupes informels auxquels ils ont été référés, qu'ils fréquentent ou ont fréquentés. Ils estiment qu'ils ont trouvé de l'aide dans ces milieux. Nous pouvons nous demander si nous n'avons pas ici des indications sur les ressources à mobiliser en situation de crise qui semblent mieux répondre aux besoins et aux attentes des suicidaires. Il est vrai que leurs attentes dans ce cas sont probablement moins élevées que celles qu'ils entretiennent envers les services professionnels publics. Par ailleurs, les Sujets savent que les groupes informels sont composés de personnes ayant vécu des problèmes similaires aux leurs, et cela les dispose à croire qu'ils seront probablement compris.

## **6.3 Hypothèse de recherche**

Au début de la thèse, nous avons posé l'hypothèse suivante : le sens du suicide, de la mort et de l'après-mort évoqué par les Sujets renvoie aux conceptions exposées par l'Église, par les portes-paroles de la morale laïque et par les médias. C'est ainsi, disions-nous, que se construit le sens de la mort volontaire, de la mort en général et de la vie après la mort, un

sens qui reflète les valeurs, les croyances et les normes de la société francophone du Nouveau-Brunswick. Nous croyions que les Sujets s'approprient ce sens et ses ambiguïtés.

Au terme de nos analyses, nous pouvons confirmer cette hypothèse. Les Sujets eux-mêmes ont invoqué les autorités morales ou religieuses pour expliquer la signification qu'ils donnent à la mort volontaire. Nous avons vu que les croyances et la morale chrétienne influencent considérablement leurs représentations. Mais, nous n'avons pas interrogé les Sujets sur ce qu'ils croient que les autorités gouvernementales, et plus généralement les services publics de santé, entretiennent comme conception du suicide et du suicidaire. Nous pourrions tenter d'induire cette représentation des qualifications que certains Sujets emploient pour décrire les attitudes des professionnels. Selon certains Sujets, les professionnels considèrent le suicide comme irrationnel et pathologique. Par ailleurs, les craintes qu'éprouvent les Sujets à l'idée que leur suicide soit «connu», et même de leur famille, nous permettent de penser que de façon générale, la réaction sociale au suicide dans la communauté francophone du Nouveau-Brunswick est négative.

Au terme de cette recherche, nous estimons que les théories de la connaissance (phénoménologie et constructivisme) et l'approche interdisciplinaire sont dans cette recherche utiles et novatrices, puisqu'elles permettent de comprendre ce qui conduit des personnes à poser un geste suicidaire à un moment précis de leur vie. Cette méthode et ce cadre laissent la parole au Sujet, qui nous continuons de croire, est le seul à connaître ses motifs. Écoutée de cette façon, sa parole n'est ni aliénée ni médicalisée.

Les raisons invoquées par les Sujets nous apparaissent comme de vraies raisons. Vouloir mourir, étant donné les souffrances qu'ils décrivent et l'inefficacité des autres moyens utilisés pour «s'en sortir», n'est ni irrationnel ni pathologique. Également, l'influence du contexte a son importance. La situation des Acadiens, des francophones, et les représentations chrétiennes sur l'après-mort, même chez ceux qui se disent non-croyants, jouent un rôle sur la décision de tenter de se suicider.

Nous en venons donc à la conclusion que, chez les Sujets que nous avons rencontrés, l'acte suicidaire est un acte construit par : 1) la signification donnée à des expériences passées et

actuelles, une signification qui en fait des «*motifs parce-que*»; 2) un projet d'action susceptible de mettre fin à des souffrances physiques et psychiques, de se libérer de conditions de vie jugées intenable ou d'obtenir de l'aide extérieure jusque-là non accessible, un projet qui fait du suicide un acte ou un «*motif en-vue-de*» et 3) des représentations positives et «constructives» de la mort et de l'après-mort, et est en ce sens, un acte réellement motivé, intentionnel et ayant une visée.

## 6.4 Schéma de la trajectoire de l'expérience suicidaire

Durant le processus d'analyse des données et suivant nos lectures dans les diverses disciplines qui ont traité de notre objet, nous avons pu identifier une dynamique plus globale et compréhensive de l'expérience suicidaire. Nous avons choisi de la représenter sous la forme d'un schème, que nous qualifions de descriptif et dynamique. Nous croyons que ce 'modèle' démontre que notre recherche vient ajouter aux connaissances que nous avons recensées au chapitre I. Il comprend plusieurs ensembles d'éléments interreliés, qui viennent regrouper par familles les dynamiques en jeu dans le suicide et la tentative de suicide (voir la figure 8). Nous pensons que différents types d'interventions, préventives ou curatives, peuvent être appliqués aux différentes étapes identifiées dans ce schème.

Le premier grand ensemble représente le contexte culturel (valeurs, croyances et mœurs) et social (politique, économique, éducationnel, historique, etc.), qui structure une société donnée dans un milieu politique déterminé à un moment de son histoire. Nous nous référons à la théorie de Berger et Luckmann (1996) à propos de la construction sociale de la réalité que nous avons rappelée au premier chapitre. Dans le cas qui nous intéresse, c'est le Nouveau-Brunswick, son gouvernement et ses institutions.

Le deuxième grand ensemble est celui du contexte plus immédiat de la personne, son 'mésogroupe', qui détermine la place du Sujet et renforce (ou contredit) les valeurs et les croyances religieuses ou séculières du macrogroupe. Sur le plan théorique, nous nous référons encore à Berger et Luckmann, mais aussi à Schutz (1987), notamment sur le principe d'intersubjectivité. Dans notre cas, nous parlons de l'Acadie du

Nouveau-Brunswick, plus précisément du nord de cette province, de la ville ou du village où se situent les Sujets de cette étude, de leur famille et de leur milieu de vie.

Le troisième grand ensemble est celui de la trajectoire de l'expérience suicidaire. Il inclut quatre sous-ensembles qui représentent les étapes de la mise en oeuvre de l'acte suicidaire que nous avons repérées dans notre étude : le projet suicidaire, le moment suicidaire, le moment du réchappage et l'après. Chacune de ces étapes se divise en plusieurs éléments.

Le premier sous-ensemble est lié au Sujet et à son acte, son projet. Ce projet est, selon Schutz, construit par les expériences passées, notamment par les faits marquants de la trajectoire personnelle perçus comme des «*motifs parce-que*». Ces motifs sont 'personnels' et 'sociaux'. Ce projet de suicide est construit, entre autres, par le sens donné aux expériences antérieures et à la condition actuelle (sociale, financière, familiale et conjugale), qui font entrevoir la 'fin' de cette vie comme une solution, surtout entrevue en regard de la représentation positive de la mort et de l'après-mort. Ces significations ou ces représentations constituent les «*motifs en-vue-de*». Le deuxième sous-ensemble est le moment suicidaire. C'est la mise en scène du suicide, le ou les moyens employés et lieux où s'est déroulé l'expérience suicidaire. Le troisième sous-ensemble est le moment du «réchappage» pour ceux qui survivront à leur attentat. Certains Sujets seront 'sauvés' par une personne de l'extérieur ou par eux-mêmes, certains recevront les premiers soins et d'autres non et certains les refuseront. Durant cette étape, les Sujets seront confrontés à leurs réactions affectives à propos de leur «sauvetage». Le quatrième sous-ensemble, l'après, est caractérisé par la réintégration dans le milieu de vie et la recherche d'aide. Les individus suicidaires affronteront, s'il y a lieu, la ou les réactions de leurs proches face à leur tentative de suicide. Certains apporteront des modifications à leurs conditions de vie, avec ou sans l'aide de leur entourage; pour plusieurs, ces changements seront bénéfiques, alors que pour d'autres, non. Quelques-uns d'entre eux reformuleront alors un autre projet de suicide.



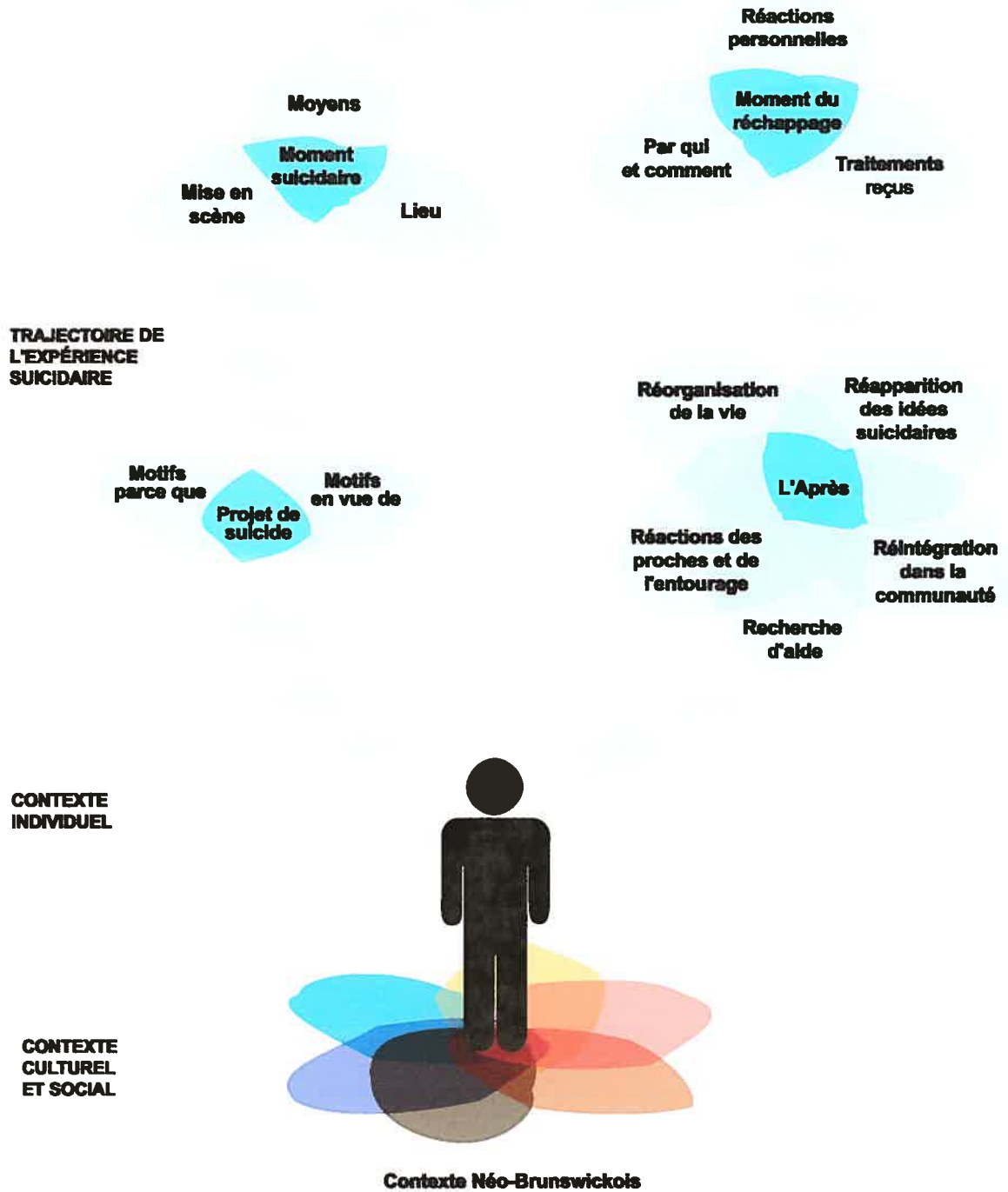


Figure 8 : Schéma de la trajectoire de l'expérience suicidaire

## 6.5 Limites et portée

En ce qui concerne les limites de cette recherche, on doit s'interroger sur la population étudiée : est-elle représentative de l'ensemble des personnes ayant fait une tentative de suicide au Nouveau-Brunswick? De même, nous pouvons nous demander si la méthode de collecte des données et celle qui a été utilisée pour analyser le corpus étaient adéquates pour saisir les significations données aux actions suicidaires, à la mort et à l'après-mort par les Sujets que nous avons interrogés? Voici quelques réponses à ces deux questions.

### *La représentativité de l'échantillon*

**Est-ce que les données, récits ou représentations obtenus dans cette étude sont représentatifs de l'ensemble des tentatives de suicide au Nouveau-Brunswick ces dernières années?**

Pour répondre à cette question, nous pouvons examiner deux aspects de l'échantillonnage, soit la taille et le type. Mais auparavant, rappelons qu'une «*stratégie-type de constitution de l'échantillon*» (Pirès, 1997), soit la saturation empirique, a aussi été utilisée comme critère, c'est-à-dire que lorsque nous avons constaté que les entretiens n'apportaient plus d'information nouvelle qui justifiait une accumulation du matériel empirique, nous avons cessé de voir des participants (soit vers la 22<sup>e</sup> entrevue, mais pour nous assurer que nous avions satisfait au critère, nous avons décidé de poursuivre jusqu'à la 28<sup>e</sup>). En ce qui a trait à la taille de ce groupe non aléatoire, on ne saurait prétendre que vingt-huit personnes recrutées de façon non aléatoire dans le nord du Nouveau-Brunswick sont représentatives de la population suicidaire. Ce constat limite donc la transférabilité de nos conclusions.

Toutefois, nous pensons que nos résultats sont transférables dans une certaine mesure, si nous considérons les deux aspects suivants :

- Sur la base de notre expérience clinique et administrative, nous croyons que la population que nous avons étudiée est comparable à celle que nous avons de nombreuses fois rencontrée dans le réseau de la santé mentale.

- La majorité des récits sont éloquents et contiennent d'amples renseignements à propos du vécu de chacun et sur ce qui l'a conduit à une action suicidaire. Par ailleurs, notons qu'il n'existe pas de données sociodémographiques sur la population «entière» ayant fait une tentative de suicide au Nouveau-Brunswick. Il était donc impossible de réduire les biais de sélection en introduisant des cas qui auraient pu diversifier davantage l'échantillon.

### *La collecte et la méthode d'analyse des données*

#### **La méthode de collecte de données et celle qui a été utilisée pour analyser «l'empirie» étaient-elles adéquates pour saisir les significations données aux actions suicidaires, à la mort et à l'après-mort?**

À propos de la méthode de collecte des données, nous appuyant sur le fait que tous les Sujets soumis à un entretien ont parlé abondamment de leur geste suicidaire et qu'ils ont invoqué librement et même spontanément des motifs les ayant conduits, à un ou des moments précis de leur vie, à tenter de se suicider ou leur ayant inspiré l'envie de le faire, nous prétendons que la méthode de collecte des données, soit l'entretien de recherche semi-structuré, était appropriée à l'objet étudié. Les Sujets ont confié à l'intervieweuse des aspects de leur vie intime. Certes, une série d'entretiens avec chaque Sujet aurait pu faire émerger un matériel plus profond, des motifs préconscients, mais ce que nous avons recueilli à propos du sens et des significations que les Sujets donnent à leur action suicidaire ne serait pas invalidé pour autant si nous nous référons à notre connaissance antérieure de la population du suicide au Nouveau-Brunswick.

Quant à la méthode d'analyse thématique, nous croyons également qu'elle s'est avérée adéquate, car elle permettait de faire ressortir, dans un contexte de recherche exploratoire, les significations que les Sujets attribuent à leur geste suicidaire, à la mort et à l'après-mort. Nous aurions pu procéder autrement et opter, par exemple, pour l'analyse selon une théorie ancrée, mais nous ne sommes pas convaincue que cela aurait fait apparaître d'autres données. Notre intention n'était pas de construire une théorie sur le suicide, mais d'explorer un sujet abordé plus souvent du dehors que du dedans, passablement nouveau

sous cet angle et susceptible de nous fournir d'autres hypothèses de travail. Par ailleurs, sachant qu'une des principales critiques visant l'analyse thématique est qu'elle «*laisse une part importante à l'interprétation du codeur, et (place à) un codage instable*» (Demazière et Dubar, 1997), comme nous l'avons mentionné au chapitre II, nous avons validé cette procédure en obtenant un accord intercollègues, en vertu duquel les analyses comparées se sont avérées semblables à plus de 70%. De plus, nous avons recherché auprès de cinq Sujets leur réaction aux synthèses que nous avons effectuées; celles-ci correspondaient à leur compréhension. Partant du résultat de ces démarches, nous croyons que l'analyse thématique a permis non seulement de mettre en lumière le sens particulier que les Sujets donnent à leur geste, à la mort et à l'après-mort lorsqu'ils attendent à leur vie, mais aussi de faire ressortir une dynamique plus générale de l'expérience suicidaire et des conclusions nouvelles.

## 6.6 Recherches futures

L'approche épistémologique qui a présidé à notre recherche, et plus particulièrement la phénoménologie, a fait émerger un matériel que nous n'avions pas complètement aperçu dans notre pratique clinique. Ce matériel fait naître de nouvelles hypothèses que les recherches antérieures ne soulevaient pas et qui méritaient d'être examinées. Par exemple, il y aurait lieu de voir si les liens que nous supposons entre chacun des éléments du schéma proposé de la trajectoire de l'expérience suicidaire sont vérifiables et s'ils se confirment. Par ailleurs et plus largement, notre thèse démontre que c'est par une connaissance plus approfondie de l'expérience suicidaire, sans *a priori*, que les chercheurs et les membres de l'entourage arriveront à une compréhension juste et profonde de ce que vivent les personnes qui tentent de s'enlever la vie ainsi que les membres de leur entourage. C'est grâce à cette connaissance que les intervenants et les familles seront à leur tour en mesure d'accompagner adéquatement les suicidaires.

À la lumière de nos travaux, nous avons pu nous rendre compte que plusieurs domaines d'études restent à explorer. Parmi ceux-ci, nommons : les réactions de l'intéressé et de son entourage, l'exclusion sociale et familiale du suicidaire, les traumatismes vécus par les

proches, notamment les enfants, les traitements appliqués ou non aux personnes suicidaires, et la réintégration dans la communauté.

Par ailleurs, il serait important d'étudier les représentations qu'entretiennent les professionnels et les intervenants à propos des personnes qui attentent à leur vie. Comment les Sujets suicidaires sont-ils perçus par les professionnels de la santé? Notre hypothèse est que ces représentations jouent un rôle dans les traitements que ces personnes dispensent. Si des travaux ultérieurs viennent confirmer cette hypothèse et que certaines «constructions» que se font les intervenants, du suicide et de la tentative de suicide, s'avèrent particulièrement inadaptées à la signification que les intéressés eux-mêmes donnent à leur geste, il serait opportun de susciter des rencontres où l'on partagerait les représentations et les méthodes que notre thèse fait ressortir.

D'autres études sont nécessaires pour mieux saisir ce qui différencie les personnes qui ne font qu'une seule tentative de celles qui récidivent. D'autres recherches sur l'impact des événements traumatiques vécus dans l'enfance sur les comportements suicidaires ultérieurs sont aussi nécessaires. Nous croyons aussi que plus d'études s'imposent sur la représentation du suicide, de la mort et de l'après-mort afin de mieux saisir l'importance que revêt cette question tant chez les suicidaires que dans la population en général.

Enfin, nous ne pouvons conclure sans parler de l'importance de créer une base de données sur les personnes qui attentent à leur vie au Nouveau-Brunswick. L'absence d'une telle source d'information sociodémographique et, si possible, clinique (médicale, sociale et psychologique) rend toute transférabilité difficile et limite la portée des études faites sur le sujet.

## Références

- Allain, G., McKee-Allain, I, Thériault, J. Y.**, La société acadienne : lectures et conjonctures, dans *L'Acadie des Maritimes*, Moncton : Chaire d'études acadiennes, Université de Moncton, 1993, 341-384.
- Andrews, J. A., Lewinsohn, P. M.**, Suicidal Attempts among Older Adolescents : prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1992, 655-662.
- Ariès, P.**, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours*, Paris : Seuil, 1975, 223 p.
- Aristote**, *Éthique à Nicomaque*, Paris : Garnier-Flammarion (Collection), 1965, 310 p.
- Baechler, J.**, *Les suicides*, Paris : Calmann-Levy, 1981, vii + 662 p.
- Barcelo, A., Girard, G., Balram, C., Chatre, V.**, *Le suicide au Nouveau-Brunswick 1987-1995*, Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, Fredericton, 1997, iii + 48 p.
- Bayet, A.**, *Le suicide et la morale*, Paris : Alcan, 1922, 797 p.
- Beaudrillard, J.**, *L'échange symbolique et la mort*, Paris : Gallimard, 1976, 347 p.
- Beautrais, A. L.**, A Case Control Study of Suicide and Attempted Suicide in Older Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32 (1), 2002, 1-9.
- Beautrais, A. L.**, Suicides and Serious Suicide Attempts : Two Populations or One ? *Psychological Medicine*, 31, 2001, 837-847.
- Beaudin, M.**, Les Acadiens des Maritimes et l'Économie, dans *Francophonies minoritaires au Canada, L'état des lieux*, sous la direction de J. Y. Thériault, Moncton : Les Éditions d'Acadie, 1999, 239-264.
- Beaudry, P.**, *La place des morts. Enjeux et rites*, Paris : Armand Colin, 1999, 205 p.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G.**, Dysfonctional attitudes and suicide ideation in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23 (1), 1993, 11-20.
- Berger, P., Luckmann, T.**, *La construction sociale de la réalité*, Paris : Masson/Armand Colin, 1996, 288 p.

- Bordeleau, D.**, *Face au suicide. L'expérience suicidaire, perspective archétypale*, Québec : Bibliothèque nationale du Québec, 1997, 191 p.
- Brent, D. A., Johnson, B., Bartle, S., Bridge, J., Rather, C., Matta, J., Connolly, J., Constatine, D.**, Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1993, 69-75.
- Brent, D. A., Johnson B. A., Perper J., Connolly J., Bridge J., Bartle S., Rather C.**, Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal American Academy Child Adolescence Psychiatry*, 33, 1994, 1080-1086.
- Conférence des Évêques catholiques du Canada**, *Catéchisme de l'Église catholique*, Ottawa, 1992, 676 p.
- Canetto, S. S.**, Gender Issues in the Treatment of Suicidal Individuals, dans *Treatment of Suicidal People*, sous la direction de A. A. Leenaars, J. T. Maltzberger et R. A. Neimeyer, Washington : Taylor & Francis, 1994, 115-122.
- Code criminel : L.R.C. (1985), ch. C-46, lois connexes**, texte préparé par A. Jean, Martineau, L., L. Saintonge-Poitevin, Montréal : Wilson & Lafleur, 1997, xc + 1679 p.
- Counts, D. A.**, Female Suicide and Wife Abuse. A Cross-Cultural Perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17 (3), 1987, 194-204.
- Debout, M.**, *Le suicide*, Paris : Ellipses, 1996, 96 p.
- Demazière, D., Dubar, C.**, *Analyser les entretiens biographiques : l'exemple des récits d'insertion*, Paris : Nathan, 1997, 350 p.
- Descartes, R.**, *Œuvres et lettres*, Paris : Gallimard, 1953, 1423 p.
- Deslauriers, J. P .**, *Recherches qualitatives. Guide pratique*, Montréal : Chenière/McGraw-Hill, 1991, xiii+ 142 p.
- Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O., Kraft, P.**, Toward an Integrative Model of Suicide Attempt : A Cognitive Psychological Approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (2), 2001, 153-168.

- Douglas, J. D.**, *The Social Meanings of Suicide*, Princeton : University Press, 1967, xiv + 398 p.
- Durkheim, É.**, *Le suicide : Étude de sociologie*, Paris : Presses Universitaires de France, 1997, 463 p.
- Durkheim, É.**, *Les règles de la méthode sociologique. Précédées de la méthode sociologique où l'instauration du raisonnement expérimental en sociologie* (par Jean-Michel Berthelot), Paris : Flammarion, 1988, 255 p.
- Épicure, Épicure et les épicuriens**, Paris : Presses Universitaires de France, 1981, 176 p.
- Esquirol, J. E. D.**, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, tome premier, New York : Arno Press, 1976, xviii + 676 p.
- Everall, R. D.**, The Meaning of Suicide Attempts by Young Adults. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counselling*, 34 (2), 2000, 111-125.
- Fortin, P., Boulianne, B.**, *Le suicide. Interventions et enjeux éthiques*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 1998, 122 p.
- Freud, S.**, *Le malaise dans la culture*, Paris : Presses Universitaires de France, 1995, xviii + 93 p.
- Freud, S.**, *Œuvres complètes. Psychanalyse*, volume XIII 1914-1915 (Deuil et mélancolie), sous la direction de A. Bourguignon et P. Cotet, Paris : Presses Universitaires de France, 1980, 259-278.
- Giorgi, A.**, De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation, dans *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la direction de J. Poupart, J.- P. Deslauriers, L.- H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pirès, Montréal : Éditeur Gaétan Morin, 1997a, 341-364.
- Giorgi, A.**, The Theory, Praticce, and Evaluation of the Phenomenology Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenology Psychology*, 28 (2), 1997b, 235-260.
- Gratton, F.**, *Les suicides d'être de jeunes Québécois*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 1997, xvi + 338 p.



- Grell, P.**, Le suicide des jeunes en situations précaire : un essai d'interprétation. *Recherches Sociologiques*, 35 (1), 2004, 99-114.
- Grisé, Y.**, *Le suicide dans la Rome antique*, Montréal : Bellarmin, 1982, 325 p.
- Grisé, Y.**, L'éthique romaine et le suicide, dans *Les suicides, Cahiers de recherche éthique* 11, Montréal : Presses Élités Inc., 1985, 93-114.
- Guba, E. G., Lincoln, Y. S.**, Competing Paradigms in Qualitative Research, dans *Handbook of qualitative research*, sous la direction de N. K. Denzin et Y. S. Lincoln, CA : Sage Publications, Inc., 1994, 105-118.
- Halbwachs, M.**, *Les causes du suicide*, New York : Arno Press, 1975, viii + 520 p.
- Hawton, K.**, General Hospital Management of Suicide Attempters, dans *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, sous la direction de K. Hawton et K. van Heeringen, Toronto : John Wiley & Sons, Ltd, 2000, 519-537.
- Hawton, K., Fagg, J.**, Suicide and other causes of death, following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 152, 1988, 359-366.
- Husserl, E.**, *Idées directrices pour une phénoménologie*, Paris : Gallimard, 1998, xxxix + 567 p.
- Jankélévitch, V.**, *La mort*, Paris : Flammarion, 1977, 474 p.
- Johnson, M., McKee-Allain, I.**, La société et l'identité de l'Acadie contemporaine, dans *Francophonies minoritaires au Canada, L'état des lieux*, sous la direction de J. Y. Thériault, Moncton : Les Éditions d'Acadie, 1999, 208-237.
- Jonas, H.**, *Le droit de mourir*, Paris : Fayot/Rivages, 1996, 94 p.
- Jordan, J. R.**, Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 2001, 91-102.
- Kastenbaum, R. J.**, Suicide as Preferred Way of Death, dans *Suicidology : Contemporary Developments*, sous la direction de E. S. Shneidman, New York : Grune & Startton, Inc., 1976, 425-441.
- Kvale, S.**, *InterViews, An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, CA : Sage Publications Inc., 1996, xvii + 325 p.
- Leenaars, A. A., Lester, D.**, Domestic Integration and Suicide in the Provinces of Canada. *Crisis*, 20 (2), 1999, 59-64.

- Leighton, A., Hughes, C. C.**, Notes on Eskimo Patterns of Suicide. *Southwestern Journal of Anthropology*, 11 (4), 1955, 327-338.
- Le nouveau Petit Robert**, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, nouvelle édition du Petit Robert de Paul Robert, texte remanié et amplifié sous la direction de J.-R.-Debove et A. R., Paris : Dictionnaire le Robert, 2002, 2949 p.
- Le Senne, R.**, *Traité de morale générale*, Paris : Presses Universitaires de France, 1947, 761 p.
- Lester, D.**, Alcoholism, Substance Abuse, and Suicide, dans *Comprehensive Textbook of Suicidology*, sous la direction de R. W. Maris, A. L. Berman et M. M. Silverman, New York : The Guilford Press, 2000, 357-375.
- Lester, D., Beck, A. T., Mitchell, B.**, Extrapolation from attempted suicides to completed suicides : A test, *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (1), 1979, 78-80.
- Lineham, M.**, Behavioral Treatments of Suicidal Behaviors. Definition Obfuscation and Treatment Outcomes, dans *Review of Suicidology*, sous la direction de R. W. Maris, S.S. Canetto, J. L. McIntosh et M. M. Silverman, New York : The Guilford Press, 84-111.
- Lipovetsky, G.**, *Le crépuscule du devoir. L'éthique indolore des nouveaux temps démocratiques*, Paris : Gallimard, 1992, 366 p.
- Lönqvist, J. K.**, Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour : Depression, dans *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, sous la direction de K. Hawton et K. van Heeringen, Toronto : John Wiley & Sons, Ltd, 2000, 107-120.
- MacDonald, M., Murphy, T. R.**, *Sleepless Souls. Suicide in Early Modern England*, Oxford : Clarendon Press, 1993, xvi + 383 p.
- Maris, R., Alan, W., Berman L., Silverman M. M.**, Suicide Attempts and Methods, dans *Comprehensive Textbook of Suicidology*, sous la direction de R. W. Maris, A. L. Berman et M. M. Silverman, New York : The Guilford Press, 2000, 285-287.
- Menahem, R.**, Le suicide est-il une maladie? *Perspectives psychiatriques*, 3, 1974, 47.
- Menninger, K.**, *Men against himself*, New York : Harcourt, Brace & World, 1956, xii, 429 p.

- Merleau-Ponty, M.**, *Phénoménologie de la perception*, Paris : Gallimard, 1967, xvi + 520 p.
- Michel, K.**, Suicide Prevention and Primary Care, dans *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, sous la direction de K. Hawton et K. van Heeringen, Toronto : John Wiley & Sons, Ltd, 2000, 661-674.
- Mi'kmaq Council Composition in New Brunswick, Mi'kmaq Ressources**, 2003.  
<http://mrc.uccb.ns.ca/nbcouncils.html>.
- Ministère de la Santé et des Services communautaires**, *Rapport Épidémiologique du Nouveau-Brunswick*, 8 (3b), Fredericton, 1997, 8 p.
- Ministère de la Santé et des Services communautaires**, *Rapport Épidémiologique du Nouveau-Brunswick : Données sur le suicide*, 8 (3b), Fredericton, 1998, 8 p.
- Ministère de la Santé et des Services communautaires**, *Rapport Épidémiologique du Nouveau-Brunswick*, 9 (6), Fredericton, 1999, 16-21.
- Ministère de la Santé et des Services communautaires**, *Rapport Épidémiologique du Nouveau-Brunswick*, 10 (2), Fredericton, 2001, 5-8.
- Ministère de la Santé et du Mieux-être**, Number of In-patient & Day Surgery Discharged From New Brunswick Hospital of Persons Treated for Suicide Attempts (No Death), Codes E950-E959 Fiscals 95/96 to 98/99, Fredericton, 2000.
- Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick**, *Rapport épidémiologique du Nouveau-Brunswick*, 11 (2), Fredericton, 2003, 2-5.
- Ministère de la Sécurité publique**, *Rapport annuel 2001-2002 du Coroner en chef du Nouveau-Brunswick*, Fredericton, 2002, 63 p.
- Minois, G.**, *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, Paris : Fayard, 1995, 421 p.
- Mishima, Y.**, *La mer de la fertilité II, Cheveux échappés*, Paris : Gallimard, 1980, 458 p.
- Morin, E.**, *L'Homme et la mort*, Paris : Éditions du Seuil, 1970, 372 p.
- Morin, E.**, L'Homme et la mort, dans *La mort et l'immortalité. Encyclopédie des savoirs et des croyances*, sous la direction de Frederic Lenoir et Jean-Philippe de Tonnac, Paris : Bayard, 2004, 21-37.

- Ness, D. E., Pfeffer, C. R.**, Sequelea of bereavement resulting suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147 (3), 1990, 279-285.
- New Brunswick First Nation**, 2003,  
<http://www.aboriginalcanada.com/firstnation/dirfnnb.htm>.
- Nietzsche, F.**, *Œuvres* (Aurore – Pensées sur les préjugés moraux), livre quatrième, tome 1, Paris : Robert Lafont, 1993, clxxiv + 1369 p.
- Orbach, I., Kedem, P., Gorchover, O., Apter, A., Tyano, S.**, Fears of Death in Suicidal and Nonsuicidal Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (4), 1993, 553-558.
- Pinguet, M.**, *La mort volontaire au Japon*, Paris : Gallimard, 1984, 381 p.
- Pirès, A. P.**, Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique, dans *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la direction de J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pirès, Montréal : Éditeur Gaétan Morin, 1997, 113-167.
- Platon**, *Apologie de Socrate. Criton. Phédon*, Paris : Gallimard, 1968, 248 p.
- Poirier, P.**, *Le Glossaire acadien*, Moncton : Les Éditions d'Acadie, 1995, lxiv + 500 p.
- Pommereau, X.**, *L'adolescent suicidaire*, Paris : Dunod, 1996, xiii + 238 p.
- Quillot, R.**, *Qu'est-ce que la mort?*, Paris : ArmandColin/HER, 2000, 256 p.
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L.**, *Manuel de recherches en sciences sociales*, Paris : Dunod, 1995, xii + 287 p.
- Recensement 2001, Statistiques Canada**,  
<http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/prprofile/prprofile.cfm?G=13>
- Roy, M. K.**, Démographie linguistique en Acadie, 1871-1991, dans *L'Acadie des Maritimes*, Moncton : Chaires d'études acadiennes, 1993, 141-206.
- Saint Augustin**, *La Cité de Dieu*, tome 1, Paris : Garnier (Classique Garnier), 1957, xxxi + 573 p.
- Saint Thomas D'Aquin**, *Somme théologique*, tome deuxième (La Justice), Paris : Éditions de la revue des jeunes, 1933, 393 p.

- Sakinofsky, I.**, The Epidemiology of Suicide in Canada, dans *Suicide in Canada*, sous la direction de A. A. Leenaars, S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R. J. Dyck, M. J. Kral et R. C. Bland, Toronto : University of Toronto Press, 1998, 37-67.
- Santé Canada**, *Le Suicide au Canada : mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada*, réalisé sous l'égide de la Division de la santé mentale, Direction des services de santé, Direction générale des programmes et des services de santé, Santé Canada, 1994, xv + 214 p.
- Samy, M. H.**, Suicide et adolescence : une perspective sociale et analytique, dans *Adolescence et suicide*, sous la direction de H. Caglair, avec F. Ladame, G. Raimbault et M. H. Samy, 1989, Paris : Éditions ESF, 59-72.
- Sénèque**, *Lettres à Lucilius*, tome III, Livre III, lettres 70, (Livres VIII-XIII), Paris : Les Belles Lettres, 1957, 172 p.
- Schutz, A.**, *Le chercheur et le quotidien : Phénoménologie des sciences sociales*, Paris : Méridiens Klincksieck, 1987, iii + 286 p.
- Schutz A.**, *Éléments de sociologie phénoménologique*, Paris : Montréal : L'Harmattan, 1998, 156 p.
- Shaffer, D., Garland, A., A. Gould., M., Fischer, P., Trauman, P.**, Preventing teenage suicide : A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 1988, 675-687.
- Shneidman, E. S.**, *Definition of Suicide*, New York : John Wiley & Sons, 1985, xii + 256 p.
- Shneidman, E. S.**, Further Reflections on Suicide and Psychache, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28 (3), 1998, 245-250.
- Shneidman, E. S.**, *Comprehending Suicide. Landmarks in 20<sup>th</sup>-Century Suicidology*, Washington, DC : American Psychological Association, 2001, 217 p.
- Shneidman, E. S., Farberow, N. L.**, Logic of suicide, dans *Clues to Suicide*, sous la direction de E. S. Shneidman et N. L. Farberow, New York : McGraw-Hill Book Compagny, Inc., 1957, xii + 227 p.
- Stack, S.**, Suicide : A Decade Review of the Sociological Literature, *Deviant Behavior : An Interdisciplinary Journal*, 4, 1982, 41-66.

- Stein, D., Witztum, E., Brom, D., DeNour, A. K., Elizur, A.**, The association between adolescents' attitudes toward suicide and their psychosocial background and suicidal tendencies. *Adolescence*, 27, 1992, 949-959.
- The Committee on Physician-Assisted Death of the American Association of Suicidology**, Report of the Committee on Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. *Suicide & Life-Threatening behavior*, 26, supplement, 1996, 19 p.
- Thériault, J. Y.**, *L'identité à l'épreuve de la modernité : Écrits politiques sur l'Acadie et les francophonies canadiennes minoritaires*, Moncton : Les Éditions d'Acadie, 1995a, 323 p.
- Thériault, J. Y.**, Naissance, déploiement et crise de l'idéologie nationale acadienne, dans *L'identité à l'épreuve de la modernité*, Moncton : Les Éditions d'Acadie, 1995b, 219-244.
- Thériault, J. Y.**, Vérités mythiques et vérités sociologiques sur l'Acadie, dans *Le Congrès mondial acadien. L'Acadie en 2004. Actes des conférences et des tables rondes*, Moncton : Les Éditions d'Acadie, 1996, 263-279.
- Thériault, L.**, L'Acadie du Nouveau-Brunswick et le Québec (1880-1960). Froideur ou méfiance?, dans *Les relations entre le Québec et l'Acadie, de la tradition à la modernité*, sous la direction de F. Harvey et G. Beaulieu, Québec : Les presses de l'Université Laval, 2000, 49-71.
- Thomas, L.-V.**, *Mélanges thanatiques : deux essais pour une anthologie de la transversalité*, Paris : L'Harmattan, 1993, 259 p.
- Volant, É., Douville, M., Boulet, M., Pierre, J.**, *Adieu à la vie... Étude des derniers messages laissés par des suicidés*, Québec : Éditions Bellarmin, 1990, 335 p.
- Von Glasersfeld, E.**, Introduction à un constructivisme radical, dans *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*, sous la direction de P. Watzlawick, Paris : Éditions du Seuil, 1988, 19-43.
- Voyelle, M.**, *La mort et l'Occident. De 1300 à nos jours*. Paris : Gallimard, 1983, 793 p.
- Wahl, C. W.**, Suicide as a Magical Act, dans *Clues to Suicide*, sous la direction de E. S. Shneidman et N. L. Farberow, New York : McGraw-Hill Book Company, Inc., 1957, 22-30.

**Weishaar, M., E.**, Cognitive Risk Factors in Suicide, dans *Review of Suicidology 2000*, sous la direction de R. W. Maris, S. S. Canetto, J. L. McIntosh et M. M. Silverman, New York : The Guilford Press, 2000, 112-139.

## **Annexe A**

### **Document s'adressant aux professionnels/collaborateurs<sup>44</sup>**

---

<sup>44</sup> Ce sont les directives originales que l'auteur de cette thèse a adressées aux 'référénts' potentiels en 2000.



**UNIVERSITÉ de Montréal**  
**Faculté des études supérieures**  
**Département de Sciences Humaines Appliquées**  
*Thèse de doctorat sur la signification du suicide*  
*chez les Néo-Brunswickois*

Document s'adressant aux professionnels / collaborateurs\*

**Introduction**

Depuis plusieurs années, je m'intéresse au phénomène du suicide au Nouveau-Brunswick. Au cours de ces ans, je me suis impliquée soit au niveau de la mise en place de structures sociales préventives, soit les pratiques d'interventions cliniques auprès des personnes suicidaires ou des endeuillés d'un suicide. Aujourd'hui, c'est dans le cadre d'études doctorales que j'effectue au Programme de Sciences Humaines Appliquées à l'Université de Montréal que je continue d'approfondir ce champ d'intérêt. Mon sujet de thèse porte sur la signification que les personnes francophones vivant au Nouveau-Brunswick et ayant fait une tentative de suicide donnent à leur acte et à travers cela au sens qu'elles donnent à la vie, à la mort et à «l'après-mort».

Vous trouverez dans les lignes qui suivent une brève description de la démarche méthodologique, les objectifs visés, le type de population interviewée, le mode de collecte de données, le processus de sélection des interviewés volontaires, les consignes données aux personnes volontaires et le formulaire de consentement de référence.

**La démarche méthodologique de la recherche**

Dans le cadre de cette recherche, j'ai choisi un paradigme de la connaissance qui réunit deux orientations épistémologiques, la phénoménologie et le constructivisme. Ces

---

\* Bien que l'usage du genre masculin est privilégié dans ces documents, il inclut également la gent féminine.

approches ont, entre autres, porté une attention particulière sur la construction sociale de la signification à partir des expériences de la vie quotidienne. En vue d'aborder mon objet depuis ces perspectives, je choisis une approche de type qualitatif.

### **Les objectifs**

- 1) Comprendre ce qui conduit certains Néo-Brunswickois à faire une tentative de suicide;
- 2) Comprendre comment se structure la signification du suicide, de la vie, de la mort et de l'après-mort, face à leurs valeurs, leurs croyances et leur historicité personnelle et collective;
- 3) Recueillir des connaissances complémentaires aux études actuelles en suicidologie qui fourniront des outils aux intervenants dans leur pratique quotidienne afin qu'ils aident les personnes suicidaires à construire de nouvelles façons de concevoir leur vie et leur mort;
- 4) Guider les administrateurs des services de santé publique dans leur planification des services de prévention du suicide.

### **Le type de personnes interviewées**

- 1) Des adultes de plus de 19 ans dont la langue maternelle est le français;
- 2) Des personnes ayant fait une ou des tentatives de suicide. L'on entend par tentative de suicide : le fait de poser des actes dans l'intention de se donner la mort.

### **La constitution du corpus empirique**

Selon ce que nous savons de l'ensemble des personnes ayant tenté de se suicider au Nouveau-Brunswick de 1995 à 2000, dans la mesure du possible, l'échantillon représentera la diversité des âges, des genres et des classes sociales.

Également, la constitution de l'échantillon se fera par «saturation», c'est-à-dire je ferai autant d'entrevues que nécessaire jusqu'à ce qu'il n'apparaisse plus de nouvelles informations pertinentes pour le sujet de la thèse. À mon avis, le nombre de personnes nécessaires devrait se situer entre 25 à 40 sujets.

#### «Sources» où trouver des «interviewés possibles»

Je n'ai pas moi-même accès directement à un échantillon diversifié de personnes ayant fait une ou des tentatives de suicide. Je dois donc passer par plusieurs intermédiaires, ce qui fait que je dépends de leur bonne volonté pour accéder à des interviewés potentiels qui peuvent à leur tour refuser d'être interviewés. J'ai identifié trois sources principales :

- 1) **Source médicale** : professionnels de la médecine, de la psychiatrie, de la psychologie, du travail social et des sciences infirmières;
- 2) **Source communautaire** : organismes non lucratifs, religieux, etc.;
- 3) **Associations diverses** : professionnelles, ouvrières, politiques, etc.

L'entretien semi-structuré comme mode de collecte du corpus empirique

L'entretien semi-structuré est considéré comme l'un des meilleurs moyens pour saisir la signification que les personnes donnent à leurs actions et pour comprendre la façon dont elles se représentent le monde et la manière dont elles vivent leur situation.

De même, l'entretien en recherche qualitative est un lieu de constructions de connaissances où s'édifient à partir du dialogue entre l'interviewé et l'intervieweuse, autour d'un sujet d'intérêt commun, dans un contexte interpersonnel et physique particulier, des multiples énoncés de significations sur les expériences de la vie du Sujet. En d'autres termes, l'entretien semi-structuré sert à faire expliciter chez les Sujets la description de situations spécifiques qu'ils vivent ou ont vécues, la façon dont ils se sentent face à leur vécu et la manière dont ils agissent vis-à-vis de la situation particulière de la tentative de suicide.

## **Le processus de sélection des interviewés**

La chercheuse s'attend à ce que les professionnels/collaborateurs qui veulent s'engager dans le processus de sélection d'interviewés accomplissent les activités suivantes :

- 1.1 Identifier dans leur clientèle les personnes qui ont fait au moins une tentative de suicide;
- 1.2 Prendre eux-mêmes contact avec leurs clients identifiés et leur proposer de participer à cette recherche;
- 1.3 Informer leurs clients qui veulent participer à cette étude des objectifs visés;
- 1.4 Les professionnels/collaborateurs devront également présenter la chercheuse aux clients volontaires : celle-ci est psychologue, membre titulaire du Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick, elle possède une longue expérience clinique dans le domaine de l'intervention de crise et dans le traitement des personnes suicidaires. Actuellement, elle prépare une thèse de doctorat à l'Université de Montréal;
- 1.5 Les professionnels/collaborateurs doivent informer leurs clients volontaires des avantages, des inconvénients et des risques inhérents à leur participation à l'étude en question. Voici certains avantages et risques :
  - 1.1.1 Mieux comprendre comment ils en sont arrivés à penser au suicide. Cette nouvelle compréhension peut les aider à faire face à des situations similaires sans utiliser la tentative de suicide comme mode de solution de problème;
  - 1.1.2 Le fait de donner la possibilité à des personnes ayant vécu une expérience suicidaire de parler librement de leur vécu est en soi libérateur. C'est du moins ce qu'expriment la majorité des interviewés, en soulignant combien ils ont peu souvent la chance de parler de cet événement particulier de leur vie;

- 1.1.3 Le fait d'évoquer les événements entourant la tentative de suicide peut aussi troubler les personnes interviewées; dans ce cas, les personnes qui ont besoin de services thérapeutiques seront immédiatement référées;
- 1.1.4 Chaque personne interviewée recevra un numéro de téléphone où il sera possible de contacter la chercheuse au besoin.
  - 1.1 Les professionnels/collaborateurs doivent présenter, lire et expliciter aux clients volontaires désirant être interviewés dans le cadre de cette étude les consignes de départ (voir document ci-joint);
  - 1.2 Les professionnels/collaborateurs devront personnellement faire signer le formulaire de consentement de référence aux personnes volontaires et le contresigner, confirmant que toutes les informations ont été données aux participants (voir document ci-joint).
- 2) Les professionnels/collaborateurs vont remettre les formulaires de consentement et de référence de celle qui a accepté d'être interviewée.
- 3) La chercheuse prendra contact par téléphone avec chaque personne consentante pour fixer une rencontre préliminaire dont la date et le lieu seront établis à la convenance de la personne référée.

## **Annexe B**

### **Consignes données aux personnes référées<sup>45</sup>**

---

<sup>45</sup> Ce sont les directives originales que l'auteur de cette thèse a écrites pour les 'Sujets' potentiels en 2000.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

**Thèse de doctorat sur la signification  
du suicide chez les Néo-Brunswickois**

*Consignes données aux personnes référées*

Madame Gina Girard, psychologue, prépare actuellement une thèse de doctorat à l'Université de Montréal au programme de Ph. D. en sciences humaines appliquées.

Elle s'intéresse à la signification donnée à l'acte de suicide par des personnes ayant tenté délibérément à leur vie et vivant au Nouveau-Brunswick. Plus particulièrement, elle veut savoir ce que les intéressés eux-mêmes en pensent et quel sens ils donnent à leur tentative de suicide, à leur vie, à leur mort et à l'après-mort.

Grâce à cette étude, les professionnels de la santé mentale au Nouveau-Brunswick et en particulier les cliniciens ainsi que ceux qui travaillent en prévention du suicide devraient pouvoir agir de façon plus efficace et en meilleure connaissance de cause.

Nous sollicitons votre collaboration en tant que personne ayant déjà vécu cette situation. Nous considérons que votre expérience personnelle de ce problème fait de vous un(e) informateur(trice) privilégié(e) et unique.

Votre collaboration consistera à :

- 1) **Participer à une ou quelques entrevues, tout au plus trois.** La durée de chaque entretien avec madame Gina Girard peut varier selon les personnes interviewées. Habituellement, l'entretien peut prendre entre 30 minutes à 3 heures maximum.
- 2) **Chaque entretien sera enregistré et retranscrit** pour que la chercheuse soit assurée d'avoir bien compris;

- 3) Nous vous garantissons la **confidentialité**. Seule madame Girard et sa secrétaire auront accès aux enregistrements. Votre nom et votre adresse ne seront pas entrés dans la base de données informatisées. Chaque sujet se verra attribuer un numéro. Les entrevues seront numérotées et seule Gina Girard aura la liste des sujets et du numéro qui leur a été accordé;
- 4) Chaque entretien **s'effectuera selon votre capacité**, à un moment et à un lieu à votre convenance;
- 5) En tout temps, vous pourrez mettre fin à l'entrevue ou demander une pause.

### **Les avantages, les inconvénients et les risques à participer à cette étude**

Il se peut que les entrevues vous permettent de mieux comprendre comment vous en étiez arrivé à penser au suicide et que cela vous aide à mieux faire face à des situations similaires. Il est possible aussi que le fait d'évoquer les événements entourant votre tentative de suicide vous trouble et dans ce cas, il sera bon de voir votre intervenant, de joindre le centre de santé mentale de votre région ou d'en parler avec votre médecin de famille.

Il est entendu qu'un refus de votre part ne vous portera pas préjudice, ni ne limitera votre accès à des ressources d'aide pour vous-même et votre famille.

Si vous acceptez de participer à cette étude, madame Girard vous contactera par téléphone afin de fixer avec vous une rencontre préliminaire à la date, à l'heure et à l'endroit qui vous conviennent.

**Gina Girard, M. A. Ps., L. psych.**

**Téléphones :**

*Courriel :*



## **Annexe C**

### **Formulaire de consentement pour les personnes référées<sup>46</sup>**

---

<sup>46</sup> Ce sont les directives originales que l'auteur de cette thèse a écrites en 2000.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

Thèse de doctorat sur la signification du suicide chez les Néo-Brunswickois

**Formulaire de consentement de référence**

Titre de l'étude : **Signification du suicide chez les Néo-Brunswickois**

Chercheuse responsable : **Gina Girard**

Je, (nom en lettre moulée du Sujet) .....

déclare avoir pris connaissance du document ci-joint, dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec NOM DU PROFESSIONNEL

et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

**Signature du sujet**.....**Date**.....

Je, soussigné(e), (nom en lettre moulée du professionnel) .....  
déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du Sujet) .....

**Signature du professionnel**.....**Date**.....

Témoin à la signature

**Personne non associée au projet de recherche**

(nom en lettres moulées).....

**Signature du témoin** .....**Date**.....

Coordonnées des personnes référées :

**Nom du client** : .....

**Adresse** : .....

**Téléphone** : .....

Quelle est la période dans la journée où vous voulez que Gina Girard vous téléphone :

.....

## **Annexe D**

### **Consignes données aux Sujets<sup>47</sup>**

---

<sup>47</sup> Ce sont les directives originales que l'auteur de cette thèse a adressées aux 'Sujets' de cette étude en 2000.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

**Thèse de doctorat sur la signification du suicide chez les Néo-Brunswickois**

**Consignes données aux Sujets**

Au cours des dernières années, vous avez sans doute entendu parler dans votre entourage, dans les médias ou ailleurs du problème du suicide au Nouveau-Brunswick. Madame Gina Girard, psychologue à la Division de la santé mentale du Nouveau-Brunswick, prépare actuellement une thèse de doctorat à l'Université de Montréal au programme de Ph. D. en sciences humaines appliquées. Elle s'intéresse à la signification donnée à l'acte de suicide par des personnes ayant tenté délibérément à leur vie entre 1995 et 1999 et vivant au Nouveau-Brunswick. Plus particulièrement, elle veut savoir ce que les intéressés eux-mêmes en pensent et comment ils en sont venus à faire une tentative de suicide. Grâce à cette étude, les professionnels de la santé mentale au Nouveau-Brunswick, et en particulier ceux qui travaillent en prévention du suicide, pourront agir de façon plus efficace et en meilleure connaissance de cause.

Nous sollicitons votre collaboration en tant que personne ayant déjà vécu cette situation. Nous considérons que votre expérience personnelle de ce problème fait de vous un(e) informateur(trice) privilégié(e) et unique. Votre collaboration consistera à participer à quelques entrevues (1 à 3) d'une durée maximale de trois heures avec madame Girard. L'entretien sera enregistré et retranscrit pour que la chercheuse soit assurée de vous avoir bien compris(e). Nous vous garantissons la confidentialité. Seule madame Girard et sa secrétaire auront accès aux enregistrements. Votre nom et votre adresse ne seront pas entrés dans la base de données informatisées. Chaque Sujet se verra attribuer un numéro. Les entrevues seront numérotées et seule Gina Girard aura la liste des sujets et du numéro qui leur a été accordé. Cette ou ces entrevues s'effectueront selon votre capacité, à un moment

et à un lieu à votre convenance. En tout temps, vous pourrez mettre fin à l'entrevue ou demander une pause.

Il se peut que les entrevues vous permettent de mieux comprendre comment vous en étiez arrivé(e) à penser au suicide et que cela vous aide à mieux faire face à des situations similaires. Il est possible aussi que le fait d'évoquer les événements entourant votre tentative de suicide vous trouble et dans ce cas, il sera bon de voir votre intervenant, de joindre le centre de santé mentale de votre région ou d'en parler avec votre médecin de famille.

Il est entendu qu'un refus de votre part ne vous portera pas préjudice, ni ne limitera votre accès à des ressources d'aide pour vous-même et votre famille. Vous pouvez en tout temps me joindre aux numéros de téléphone suivants : (

**Gina Girard, M. A. Ps., L. psych.**

*Courriel*



## **Annexe E**

### **Formulaire de consentement définitif<sup>48</sup>**

---

<sup>48</sup> Ce sont les directives originales que l'auteur de cette thèse a adressées aux Sujets de cette étude en 2000.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

Thèse de doctorat sur la signification du suicide chez les Néo-Brunswickois

**Formulaire de consentement définitif**

Titre de l'étude : **Signification du suicide chez les Néo-Brunswickois**

Chercheuse responsable : **Gina Girard**

Je, (nom en lettres moulées du Sujet) .....  
déclare avoir pris connaissance du document ci-joint dont j'ai reçu copie, en avoir discuté  
avec GINA GIRARD,

et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en  
question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je  
sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

**Signature du sujet**.....**Date**.....

Je, soussigné (e), (nom en lettres moulées du professionnel) .....  
déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de  
l'étude à (nom en lettres moulées du sujet) .....

**Signature du chercheur** .....**Date**.....

## **Annexe F**

### **Deux exemples de codification**



**Sujet 10****Intervention # 30 :**

Chercheuse : Écoute, on est ici pour parler un peu de ta tentative de suicide, est-ce que tu voudrais m'en parler?

Sujet 10 : Oui.

**Intervention # 31 :**

Chercheuse : Je te laisse commencer là où tu veux.

Sujet 10 : J'ai été chez mes parents, pis j'me rappelle que c'était l'automne puis j'me sentais mal, j'me sentais mal à l'intérieur de moi, j'avais envie de consommer de la marijuana sauf que j'avais pas d'argent (**Code : Thème 1** (la signification de l'expérience suicidaire); **sous-thèmes ai** (comment l'interviewé comprend sa tentative de suicide : les facteurs déclenchant le geste) : **le Sujet se sentait mal intérieurement. Il voulait consommer de la marijuana, mais n'avait pas d'argent pour s'en procurer. Interventions # 30 et 31).**

Donc, j'ai continué à me sentir de plus en plus mal intérieurement, donc j'ai pris toutes les médicaments que j'avais à ma portée, ça veut dire l'antidépresseur, un stabilisateur de l'humeur, pis un antipsychotique. J'ai toute avalé les médicaments (**Code : Thème 2** (la description de la scène de suicidaire); **sous-thèmes ai** (le moment suicidaire : le moyen employé) : **il avale tous les médicaments qu'il avait en sa possession: antidépresseur; stabilisateur de l'humeur; antipsychotique. Interventions # 30 et 31.)**

Pis eh, quelque temps après, la souffrance était toujours là sauf que la peur de mourir est apparue donc j'ai appelé à l'hôpital pour savoir si les médicaments que j'avais avalés ça pouvait être nocif pis dangereux pour

moi, pis après ça je me rappelle pus de rien (Code : **Thème 2** (la description de la scène de suicide); **sous-thème b** (le sauvetage) : **après voir pris les médicaments, la peur de mourir est apparue et la souffrance intérieure toujours présente. Il contacte lui-même service hospitalier et perd conscience. Interventions # 30 et 31** ).

**Intervention # 38 :**

Chercheuse : À ton avis, qu'est-ce qui t'as amené à faire cette tentative-là?

Sujet 10 : La douleur

**Intervention # 39 :**

Chercheuse : Pis la douleur, elle est apparue comment?

Sujet 10 : J'ai aucune idée.

**Intervention # 40 :**

Chercheuse : Tu sais pas?

Sujet 10 : Non. (Code : **Thème 1** (la signification de l'expérience suicidaire); **sous-thèmes bi** (comment le Sujet interprète son geste après coup : motif parce que) : **Le Sujet dit que la douleur, dont il ne connaît pas l'origine, l'a conduit a posé un geste suicidaire. Interventions # 38 à 40).**

\*\*\*\*\*

**Sujet 16**

**Intervention # 52 :**

Chercheuse : Aujourd'hui quand vous revoyez ça, quand vous repensez à ce moment-là, comment vous voyez ça?

Sujet 16 : Ben aujourd'hui j'vois ça comme premièrement j'étais malade, ça j'sais que j'étais malade (**Code : Thème 1** (la signification de l'expérience suicidaire); **sous-thèmes ai** (comment l'interviewé comprend son geste : les facteurs déclenchant le geste) et **bi** (comment le Sujet interprète son geste après coup : motif parce-que) : **il se sentait malade. Intervention # 52**).

De la façon que j'ai été élevé moi mon père était vraiment rough pour moi pis chez nous ben on était toutes des bâtards chez nous t'sais. Moi, j'ai mangé une volée de coups de marteau à l'âge de six ans moi chez nous pis si ça aurait pas été de la femme du voisin je serais pas icitte pour te parler aujourd'hui (**Codes : Thème 1** (la signification de l'expérience suicidaire); **sous-thèmes aiii** (comment le Sujet comprend son geste suicidaire : les facteurs éloignés ou appartenant à un passé moins récent) et **bi** (comment le Sujet interprète son geste après coup : motifs parce-que) : **enfance marquée par son père qui le battait. Il a été sauvé par une voisine. Intervention # 52**).

T'sais c'était une volée de coups de marteau là pas une volée pis c'est la femme du voisin qui m'a ôté de dedans les bras à pa. Pis ça a été de même là des volées de coups de botte, des volée de coups de poing t'sais j'ai été élevé de même. Pis mon père buvait beaucoup (**Code : Thème 1** (la signification de l'expérience suicidaire); **sous-thèmes aiii** (comment le Sujet comprend son geste suicidaire : les facteurs éloignés ou appartenant à un passé moins récent) et **bi** (comment le Sujet interprète son geste après coup; motif parce-que) : **enfance marquée par un père violent et alcoolique. Intervention # 52**).