

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA RELATION ENTRE LES DIFFICULTÉS AMOUREUSES VÉCUES
À L'ADOLESCENCE ET AU DÉBUT DE L'ÂGE ADULTE ET LE SUICIDE
AU SEIN DE LA POPULATION INUITE DU NUNAVUT : UNE ÉTUDE
RÉTROSPECTIVE ET COMPARATIVE DES TRAJECTOIRES DE VIE

ESSAI
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
JICI LORD-GAUTHIER

MAI 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Aujourd'hui, je suis heureux de remettre mon essai doctoral, qui signe officiellement l'aboutissement de mon doctorat en psychologie. Je déborde de remerciements, et ce, à plusieurs égards. Cela prouve que je n'aurais pas pu parvenir à cet accomplissement sans la présence et le soutien de plusieurs. Je tiens à remercier toutes ces personnes, qui m'ont appuyé de près comme de loin, directement ou indirectement, et de mille et une façons.

D'abord, j'aimerais témoigner de ma reconnaissance envers mes co-directeurs de recherche, Pr Monique Séguin et Pr Marc-Simon Drouin. Un merci tout spécial à Monique de m'avoir proposé de m'associer à ce projet aussi enrichissant sur le plan humain que stimulant intellectuellement. Je suis redevable de l'accompagnement constant qu'elle a su m'offrir pendant toutes ces années. Un merci tout autant spécial à Marc-Simon qui a accepté de me prendre sous son aile et qui m'a guidé généreusement à travers le processus doctoral et l'élaboration de cet essai.

Encore merci à toutes ces personnes qui m'ont aidé à réaliser cette recherche. Merci à Mme Nadia Chawky qui m'a offert son aide toujours chaleureusement. Merci au Dr Gustavo Turecki ainsi qu'au Dr Eduardo Chachamovich pour avoir accepté que j'utilise les données de leur recherche. Merci au Dr Laurence J. Kirmayer pour les leçons d'été à la *Division of Social and Transcultural Psychiatry* de l'Université McGill. Merci au Groupe McGill d'Études sur le Suicide ainsi qu'au Regroupement Québécois sur le Suicide, les Troubles de l'Humeur et les Troubles Associés.

Merci à Pr Thérèse Bouffard qui m'a offert son aide à mi-chemin pendant la réalisation de cet essai. Merci à Dr Anne-Marie Robert, Mme Lucie Pesant et Mme Élisabeth Le Dez pour leur soutien pendant les étapes administratives du doctorat. Merci à Mr Hugues Leduc pour son aide avec les statistiques. Merci également aux professeurs qui ont accepté de composer mon jury, Pr Janie Houle et Pr Cécile Bardon. Leurs commentaires érudits m'ont encouragé à pousser mon essai plus loin encore. Aujourd'hui, je peux le remettre satisfait et fier.

Merci aux professeurs du département de psychologie de l'UQÀM, et tout spécialement aux professeurs de la section humaniste, qui m'ont éveillé au complexe et fascinant univers de la psychologie et de la psychothérapie : Pr Bernd Jager[†], Pr Valérie Bourgeois-Guérin, Pr Christian Thiboutot, et à nouveau Pr Marc-Simon Drouin. Merci à Pr Marie-Josée Bergeron qui m'a initié à la psychologie alors que j'étais étudiant au Cégep de l'Outaouais. Merci à Pr Francine de Montigny et au Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale de l'Université du Québec en Outaouais pour toutes les opportunités de recherche pendant mon parcours universitaire. Puis merci à mes superviseurs cliniques, Dr François Auger, Mr Dany Leblond et Mr Mathieu Ross, qui m'ont donné la confiance et les outils pour cheminer dans le monde de la clinique. Merci à mon psy Sylvain pour tant de raisons. Et merci à mes patients qui, à chaque consultation, m'inspirent et m'éclairent sur la valeur et la complexité de l'existence humaine.

Un merci tout personnel à mes parents, Serge et Suzanne, à ma sœur Mélissa et mon beau-frère Alain ainsi qu'à mes neveux Noah et Xavier. Merci aussi à ma belle-famille, Joël, Daniel et Kathy, Lisa et Renaud, Eric et Corinne, Anna et Julien, et tous les enfants, William, Élisabeth, Victor, Clémence et Colin.

Merci à mes confrères et consoeurs d'études devenu.e.s ami.e.s, Jonathan Alix, Ariane Séguin-Lemire, François Royer, Julien Morand, Véronique Boutet, Annie L'Écuyer, Silvia Rossell Koppinen, Annie-Claude Deschênes, Andréanne Laframboise, Florian Ibarruthy, Bilal Issa, Eric Vin, Stephany Squires, Marie-Pier Vézina, Caroline Poirier, François-Albert Laurent, Laurence de Montigny Gauthier, Alain Hajjar, Mathieu Bourguignon et Alexis Perrier.

Merci à mes ami.e.s, tout particulièrement Sébastien Servant-Charbonneau, Philipp Dugas, Pascale-Audrey Moriconi, Yannick Mahoro, Karine Brassard, Alexandre Legault Frénette, Sarah Bérubé, Isabelle Arseneau-Bruneau, et pour finir un remerciement bien émotionnel à Mathieu d'Amours[†] et Mathieu Larouche[‡]. Un merci très spécial à mon band, Alexandre « Fatal » Couët-Garand, Jean-Philippe « Jeep » Major, Raphaël « Tears » Liberge-Simard et Florent « La France » Schmitt pour ce qui s'est révélé être de la musicothérapie tout le long.

Les mots ne réussiraient pas à exprimer ma gratitude envers ma blonde, Laura Demay, qui me seconde à chaque instant dans la vie comme dans le doctorat. Merci mon amour. Enfin, un merci particulièrement doux à Léo et June.

DÉDICACES

À ma famille, ma blonde et tous mes amis
qui ont cru en moi et qui m'ont inspiré et soutenu
chacun à sa façon à travers mes études doctorales.

Aux participants de cette étude.
En s'arrêtant sur chacune de ces tragédies personnelles et familiales,
peut-être contribuerons-nous à trouver des chemins
vers la résilience individuelle et collective.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	xiii
LISTE DES TABLEAUX	xv
RÉSUMÉ	xvii
INTRODUCTION	1
PROBLÉMATIQUE	5
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE	9
1.1 Le suicide chez les adolescents et jeunes adultes inuits	9
1.1.1 Définition du suicide	9
1.1.2 Prévalence du suicide	12
1.1.3 Perspectives théoriques du suicide	16
1.1.4 Facteurs de risque liés au suicide autochtone	26
1.2 Les relations et les difficultés amoureuses chez les adolescents et jeunes adultes inuits	44
1.2.1 Définitions des relations et des difficultés amoureuses	44
1.2.2 Perspectives théoriques des relations et difficultés amoureuses	49
1.2.3 Difficultés amoureuses et suicide chez les adolescents et jeunes adultes inuits du Nunavut	61
1.3 Limites des connaissances actuelles	63
1.4 Objectifs de recherche	63

CHAPITRE II

MÉTHODE	65
2.1 Type de recherche	65
2.2 Spécifications méthodologiques pour l'étude originale	66
2.2.1 Participants	66
2.2.2 Collecte de données	67
2.2.3 Codage	73
2.2.4 Considérations éthiques	75
2.3 Spécifications pour la présente recherche	77
2.3.1 Triage et pairage des participants	78
2.3.2 Variables	80
2.3.3 Méthode d'analyse quantitative des données	84
2.3.4 Méthode d'analyse qualitative des données	86
2.3.5 Considérations éthiques	90

CHAPITRE III

RÉSULTATS	93
3.1 Premier objectif : Décrire quantitativement les difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte chez trois groupes de participants	93
3.1.1 Données sociodémographiques relatives à l'échantillon	93
3.1.2 Répartition géographique de l'échantillon	94
3.1.3 Au sujet de l'attrition de l'échantillon	96
3.1.4 Comportements suicidaires des participants	97
3.1.5 Difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte chez les participants des trois groupes	99
3.1.6 Résumé des résultats du premier objectif	114

3.2 Deuxième objectif : Décrire qualitativement les difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte chez trois groupes de participants	116
3.2.1 Séparations	117
3.2.2 Tensions	122
3.2.3 Infidélité subie	126
3.2.4 Infidélité infligée	128
3.2.5 Violence conjugale subie	130
3.2.6 Violence conjugale infligée	132
3.2.7 Difficultés périnatales	135
3.2.8 Résumé des résultats du deuxième objectif	139
 CHAPITRE IV	
DISCUSSION	141
4.1 Résumé des résultats	142
4.1.1 Les comportements suicidaires des participants	142
4.1.2 Les difficultés amoureuses et le suicide des participants	143
4.2 Discussion des résultats des analyses	146
4.2.1 Perspectives développementales sur les résultats	148
4.2.2 Perspectives interpersonnelles sur les résultats	150
4.2.3 Perspectives sociohistoriques sur les résultats	151
4.2.4 Perspectives existentielles sur les résultats	154
4.2.5 Synthèse des points de vue sur les résultats	155
4.3 Implications pour la prévention du suicide et l'intervention psychosociale pour les adolescents et jeunes adultes inuits présentant un risque suicidaire ...	156
4.4 Forces et limites de l'étude	159
4.5 Recommandations et pistes de recherche futures	164
 CHAPITRE V	
CONCLUSION	167

ANNEXE A	
PAIRAGE DES PARTICIPANTS SELON LEUR ANNÉE DE NAISSANCE ...	171
ANNEXE B	
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	173
RÉFÉRENCES	175

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1	Modèle intégratif des différents facteurs de risque du suicide autochtone 29
2.1	Représentation graphique du triage des participants 80
2.2	Représentation graphique de l'attrition des participants 86
3.1	Distribution géographique des participants (Territoire du Nunavut) 95
3.2	Nombre de participants ayant vécu des séparations selon les trois groupes 102
3.3	Nombre de participants ayant vécu des tensions selon les trois groupes 104
3.4	Nombre de participants ayant subi de l'infidélité selon les trois groupes 106
3.5	Nombre de participants ayant infligé de l'infidélité selon les trois groupes 108
3.6	Nombre de participants ayant subi de la violence conjugale selon les trois groupes 110

3.7	Nombre de participants ayant infligé de la violence conjugale selon les trois groupes	112
3.8	Nombre de participants ayant vécu des difficultés périnatales selon les trois groupes	114

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Taux de suicide chez les Inuits du Nunavut selon l'âge et le genre	16
1.2 Facteurs de risque liés au suicide	27
2.1 Répartition géographique des participants de l'étude originale	67
3.1 Caractéristiques des participants de l'échantillon	94
3.2 Nombre de participants ayant fait au moins un comportement suicidaire	98
3.3 Nombre de participants ayant vécu des séparations selon les trois groupes	100
3.4 Nombre de participants ayant vécu des tensions selon les trois groupes	103
3.5 Nombre de participants ayant subi de l'infidélité selon les trois groupes	105
3.6 Nombre de participants ayant infligé de l'infidélité selon les trois groupes	107
3.7 Nombre de participants ayant subi de la violence conjugale selon les trois groupes	109

3.8	Nombre de participants ayant infligé de la violence conjugale selon les trois groupes	111
3.9	Nombre de participants ayant vécu des difficultés périnatales selon les trois groupes	113
3.10	Arbre thématique des séparations	117
3.11	Arbre thématique des tensions	122
3.12	Arbre thématique de l'infidélité subie	126
3.13	Arbre thématique de l'infidélité infligée	129
3.14	Arbre thématique de la violence conjugale subie	131
3.15	Arbre thématique de la violence conjugale infligée	132
3.16	Arbre thématique des difficultés périnatales	135
4.1	Apports de notre étude aux modalités de prévention du suicide et d'intervention psychosociale pour les adolescents et jeunes adultes présentant un risque suicidaire	158

RÉSUMÉ

Le suicide constitue un problème de santé publique majeur au sein de la population inuite du Nunavut. Plus spécifiquement, on retrouve auprès des adolescents et des jeunes adultes inuits des taux de suicide alarmants. Des études ont relevé l'importance que semblent avoir les difficultés amoureuses dans l'étiologie du suicide chez cette population, sans nécessairement en faire l'objet principal de leur recherche. Dans le cadre de cette étude exploratoire, nous nous attardons précisément sur la relation entre les difficultés amoureuses vécues à l'adolescence et au début de l'âge adulte et le suicide au sein de la population inuite du Nunavut.

Pour ce faire, nous avons effectué une analyse secondaire des données issues d'une étude antérieure, menée par une équipe de chercheurs du Groupe McGill d'Études sur le Suicide, réalisant l'autopsie psychologique et l'analyse des trajectoires de vie de participants inuits vivants ou ayant vécu sur le Territoire du Nunavut. À ce jour, les données issues de cette recherche unique et volumineuse demeurent peu utilisées. Dans la présente étude à cas-témoins, notre objectif a été d'examiner et de comparer les difficultés amoureuses (i.e. séparations, tensions, infidélité subie et infligée, violence conjugale subie et infligée, difficultés périnatales) rencontrées entre 15 et 30 ans par 30 participants décédés par suicide, 30 participants vivants avec un historique de tentative(s) de suicide, et 30 autres participants vivants sans historique de tentative de suicide, comptant au total un échantillon de 90 participants pairés selon leur année de naissance. Conformément au premier objectif de l'étude, l'analyse statistique descriptive a permis de comptabiliser l'occurrence des difficultés amoureuses selon différentes tranches d'âge comprises entre 15 et 30 ans. L'analyse visuelle des données des tableaux descriptifs a permis de mettre en relief les différences et similitudes entre les groupes quant à la quantité et la fréquence des difficultés amoureuses rencontrées par les participants des trois groupes à travers les années. Des tests de Khi-deux ont permis de vérifier si les différences entre les trois groupes étaient significatives. Quant au second objectif, l'analyse thématique du contenu des vignettes cliniques a fait ressortir des nuances quant aux caractéristiques, aux motifs et aux conséquences des difficultés amoureuses connues par les participants des trois groupes.

Les résultats montrent que plus de participants décédés par suicide semblent avoir connu des séparations et des tensions entre 15 et 30 ans, et ce surtout entre 15 et 18 ans où les différences s'expriment d'autant plus significativement et fortement. Par ailleurs, les participants décédés par suicide ont connu en moyenne davantage de séparations et de tensions dans leur couple que leurs pairs des autres groupes. Aussi, les résultats de l'analyse thématique montrent que les participants décédés par suicide

avaient majoritairement connu des difficultés amoureuses dans les six mois précédant leur suicide.

Dans la discussion, nous apportons sur la base de ces résultats des considérations développementales, interpersonnelles, existentielles et sociohistoriques quant au potentiel suicidogène des difficultés amoureuses dans l'étiologie suicidaire des adolescents et jeunes adultes inuits. Cela implique qu'il pourrait être bénéfique sur le plan de la prévention et de l'intervention psychosociale de comprendre les difficultés amoureuses comme étant des facteurs de risque suicidaire importants au sein de la population des adolescents et des jeunes adultes inuits du Nunavut.

Mots clés : suicide, difficultés amoureuses, adolescents, jeunes adultes, Inuits.

INTRODUCTION

Au Canada, le suicide au sein des populations autochtones est un problème de santé publique préoccupant. En effet, les taux de suicide rencontrés chez les autochtones se révèlent jusqu'à deux fois supérieurs au taux national canadien (Gouvernement du Canada, 2006)¹. Dans certaines communautés inuites, on retrouve des taux jusqu'à dix fois supérieurs au taux national canadien (Hicks, 2007a, 2007b, 2015; Hicks, Bjerregaard et Berman, 2013; Oliver, Peters et Kohen, 2012). Plusieurs chercheurs, de tous horizons et de toutes disciplines, se sont intéressés à la suicidologie autochtone, ou l'étude scientifique du suicide propre à cette population.

Dans la population générale, on observe que les facteurs de risque suicidaire les plus communs sont : les antécédents de tentative de suicide, les psychopathologies, l'usage nocif de l'alcool, le désespoir, ou sur le plan interpersonnel, le sentiment d'isolement ou le manque de soutien, sans oublier les conflits et les deuils (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Dans la population autochtone canadienne, on observe des facteurs de risque généralement similaires. Toutefois, la recherche montre l'importance d'autres facteurs de risque liés au contexte sociohistorique et culturel propre aux populations autochtones tels que : l'acculturation (Berry, 2005), la marginalisation (Kirmayer, Brass, Holton, Paul, Simpson et Tait, 2007), le traumatisme historique (Brave Heart et DeBruyn, 1998; Haskell et Randall, 2009; Hartmann et Gone, 2014; Kirmayer, 2014), et la confusion identitaire (Chandler, Lalonde, Sokol et Hallett, 2010; Osborne et Taylor, 2010). Selon la littérature scientifique sur le sujet, comme nous le verrons en

¹ Le rapport du Gouvernement du Canada (2006) rapporte des données issues de l'Enquête Régionale sur la Santé de 2002-2003. Bien qu'elles datent de plus d'une décennie, ce sont à notre connaissance les données les plus récentes en ce qui a trait au taux de suicide chez les autochtones canadiens de toutes nations.

détail dans une section dédiée, les personnes autochtones présentent aussi d'autres facteurs de risque spécifiques sur le plan communautaire, familial, personnel et interpersonnel.

Une recension des écrits à ce sujet montre qu'un nombre croissant de recherches scientifiques portent sur les difficultés vécues dans les relations amoureuses, telles que les séparations et tensions conjugales, et leur place dans la constellation de facteurs de risque liés au suicide chez les jeunes autochtones, et plus spécifiquement chez les jeunes inuits du Nunavut (Boothroyd, Kirmayer, Spreng, Malus et Hodgins, 2001; Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2009, 2012, 2013; Kral et al., 2011; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Weyer, 1932). Un certain nombre d'entre elles ont identifié ces difficultés amoureuses comme étant les facteurs déclencheurs les plus communs d'une tentative de suicide chez les jeunes inuits (Boothroyd, et al., 2001; Isaacs, Keogh, Menard et Hockin, 1998; Kirmayer et al., 1994; Kral, 2009, 2012). Différentes interprétations semblent mises de l'avant pour expliquer ce fait. En effet, il apparaît que l'histoire de la colonisation et des pensionnats chez les Inuits ait eu des effets négatifs notamment sur les plans familiaux, socioculturels et communautaires (Kral, 2009; 2012; 2013; 2014). Ces transformations et pertes multidimensionnelles auraient favorisé chez les adolescents et jeunes adultes inuits contemporains l'émergence de relations amoureuses marqués par un attachement fragilisé, la dépendance, la violence et le contrôle (Haskell et Randal, 2009; Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2013; Neckoway, Brownlee et Castellan, 2007). Ces relations amoureuses empreintes de difficultés chez les jeunes Inuits seraient donc corrélées au risque suicidaire (Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2003, 2009, 2012, 2013; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Weyer, 1932; Wexler et al., 2009). Dans tous les cas, nous pouvons affirmer, comme Kral (2009, 2013) en parlant des adolescents et jeunes adultes inuits :

Il se produit quelque chose de très important dans les relations amoureuses parmi les jeunes Inuits. (...) Le suicide est lié de très près aux problèmes rencontrés dans les relations de couple. (2009, p.15, 2013, p.67, traduction libre)

Cette recherche doctorale de nature exploratoire étudie les liens entre le suicide et les difficultés vécues dans les relations de couple à l'adolescence et au début de l'âge adulte auprès de la population inuite du Nunavut. Après avoir présenté la problématique, nous présentons en première partie une recension des écrits en ce qui a trait au concept de suicide et à l'épidémiologie du suicide chez les Autochtones et particulièrement les Inuits, ainsi qu'aux difficultés amoureuses dans cette même population. Les objectifs de la présente recherche y sont ensuite résumés. Dans le deuxième chapitre de l'essai, nous explicitons notre démarche méthodologique en décrivant les spécifications de l'étude originale menée par le Dr Gustavo Turecki et une équipe de chercheurs du Groupe McGill d'Études sur le Suicide (Chachamovich, Haggarty, Cargo, Hicks, Kirmayer et Turecki, 2013), ainsi que les spécifications relatives à la présente recherche doctorale, qui repose sur l'analyse secondaire des données issues de l'étude originale. Le troisième chapitre présente les résultats obtenus par la réalisation d'analyses quantitatives et qualitatives des données. Le quatrième chapitre de l'essai correspond à la discussion sur la base des résultats obtenus et du contexte théorique de notre étude. Les implications pour l'intervention et la prévention du suicide, de même que les limites de l'étude et les recommandations pour des recherches futures y sont exposées.

Dans un souci de transparence, nous jugeons qu'il convient de relever de fait que nous ne sommes personnellement ni Inuit, ni Autochtone. Nous sommes conscients que le fait d'être un homme blanc posant comme objet de recherche le suicide parmi une communauté autochtone pose ou peut poser un problème éthique et historique. Cela a justifié l'importance d'intégrer plusieurs mesures méthodologiques, rédactionnelles et

personnelles afin de maintenir une reconnaissance et un respect de cet enjeu transculturel. Par ailleurs, étant rattaché à la section humaniste du département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, nous avons tenté de rendre compte des perspectives humanistes et existentielles à travers toutes les étapes de la réalisation de cet essai.

PROBLÉMATIQUE

Le suicide est un problème de santé publique préoccupant. Comme le relate le plus récent rapport sur le suicide de l'Organisation Mondiale de la Santé (2014), il en est tel qu'une personne décède par suicide à toutes les 40 secondes. Le rapport de l'OMS, intitulé « Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial », tend notamment à montrer une prévalence plus marquée du suicide chez les adolescents et jeunes adultes (i.e. de 15 à 29 ans) ainsi que chez les individus issus des groupes sociaux marginalisés ou discriminés, comme cela peut en être le cas dans la population inuite canadienne (Kirmayer et al., 2007). Or, la population des adolescents et jeunes adultes inuits peuvent correspondre tout à fait aux groupes sociaux et tranches d'âges identifiés par l'OMS (2014) comme étant les plus à risque. En effet, cela est malheureusement le cas, et nous retrouvons chez les inuits, et particulièrement chez les jeunes hommes inuits, les taux de suicide les plus élevés au monde (Bjerregaard, Young, Dewailly et Ebbesson, 2004; Boothroyd et al., 2001; Hicks, 2007; Hicks, Bjerregaard et Berman, 2013; Kral et Idlout, 2009; Navaneelan, 2012).

Plusieurs études scientifiques tendent à démontrer que les difficultés vécues au niveau des relations de couple, telles que les séparations, conflits ou infidélités, sont les facteurs précipitants ou déclencheurs les plus communs du passage à l'acte suicidaire chez les jeunes inuits (Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2009, 2012, 2013; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Weyer, 1932; Wexler et al., 2009). Cette observation proviendrait de sources diversifiées, telles que : les causes rapportées par les proches des personnes suicidées (Kirmayer, 1998b), les causes rapportées par les jeunes inuits ayant commis une tentative dans le passé (Kral, 2012), les thèmes

explicités dans lettres de suicide de jeunes inuits (Kral, 2012, 2013), et les causes du suicide rapportées dans les rapports du coroner (Kral, 2013).

Bien que ces études reconnaissent l'importance des difficultés amoureuses en lien avec le passage à l'acte suicidaire, aucune étude psychologique à proprement parler n'a posé cette problématique comme objet de recherche principal et donc tenté d'approfondir ce lien –ceci, bien sûr, à notre connaissance. Dans un paradigme anthropologique, Kral (2009; 2012; 2013; 2014) a tenté de comprendre les fragilités amoureuses chez les jeunes inuits à la lumière des transformations historiques et culturelles entourant la société, la famille et l'intimité. Dans cet ordre d'idées, l'envoi systématique des enfants dans les pensionnats, une mesure imposée par le Gouvernement du Canada entre les années 1820 et 1996, aurait contribué à l'éclatement du tissu social, des familles et des communautés autochtones, en plus d'entraîner des pertes et transformations culturelles, identitaires et langagières que les personnes et les collectivités autochtones continueraient d'expérimenter à ce jour (Morency, 2018). Ces séparations, pertes et traumatismes sociohistoriques seraient transmis intergénérationnellement², et seraient donc parmi les causes rapportées principales des problèmes psychosociaux rencontrés aujourd'hui dans les populations autochtones (Brave Heart, 2003; Kirmayer et al., 2014; Hartmann et Gone, 2014).

Dans ce contexte, on rapporte que les jeunes inuits contemporains vivraient une perte de repères culturels (Usborne et Taylor, 2010), une confusion identitaire (Chandler et al., 1998, 2003, 2004, 2010), une (inter)dépendance relationnelle (Kirmayer et al., 1998b), ainsi qu'un manque de modèles de relations amoureuses positives (Graburn,

² L'article de Haskell et Randall (2009) explique extensivement le processus par lequel s'opèrerait la transmission intergénérationnelle du traumatisme historique parmi les autochtones. Sommairement, les auteurs avancent que le traumatisme vécu par les survivants des pensionnats autochtones aurait perturbé leur attachement et favorisé, une fois ceux-ci devenus parents, l'émergence d'habitudes parentales abusives qui, elles-mêmes, perturberaient l'attachement de leurs enfants et favoriseraient chez ceux-ci l'émergence d'habitudes parentales abusives, et ainsi de suite.

1969; Kral, 2009, 2012; Working Group for a Suicide Prevention in Nunavut, 2009). Dans cet esprit, les difficultés amoureuses telles que les séparations, tensions, infidélités, formes de violence, difficultés périnatales (i.e. entourant les grossesses et naissances), etc., pourraient parfois avoir une charge émotionnelle très intense entraînant trop souvent des passages à l'acte suicidaire (Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003). L'impact de ces difficultés amoureuses serait d'autant plus important dans le contexte développemental de l'adolescence et du début de l'âge adulte, qui sont des périodes marquées par des mutations multiples en ce qui a trait à aux rôles familiaux et sociaux, à l'identité, à l'altérité, aux objectifs de vie, etc. (Erikson, 1950/1993 ; Rao, Hammen et Daley, 1999). En effet, l'adolescence et le début de l'âge adulte sont des âges où la vie sociale, et plus particulièrement les relations de couple, occupe une grande place. Comme le souligne Barber et Eccles (2003), les événements de vie survenant à cet âge auraient le potentiel d'influencer grandement le cours de la vie, voire la continuité de la vie elle-même.

En somme, plusieurs auteurs ont recommandé de poursuivre l'étude des difficultés de couple et de leur lien avec le suicide des adolescents et des jeunes adultes inuits (Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2009, 2013; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Vitenti, 2012; Working Group for a Suicide Prevention in Nunavut, 2009). Dans cette étude exploratoire, nous tentons à juste titre d'explorer le lien entre les difficultés amoureuses à l'adolescence et au début de l'âge adulte et le suicide et auprès des adolescents et jeunes adultes inuits du Nunavut.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Le suicide chez les adolescents et jeunes adultes inuits

1.1.1 Définition du suicide

Du latin *sui*, de soi, et *caedere*, tuer, le terme de suicide renvoie dans son sens étymologique à l'action de mettre fin délibérément à sa vie. En 1897, Durkheim définissait le suicide comme étant : « toute mort qui résulte médiatement ou immédiatement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même. » (p.12) Cette définition décrit en effet l'acte suicidaire, mais nous informe bien peu sur la dimension psychologique du suicide.

L'étude psychologique du suicide, ou suicidologie, est apparue dans les années 50 notamment avec les apports théoriques et cliniques du psychologue américain Edwin S. Shneidman (1991, 1993, 1996). Celui-ci indique que pour comprendre psychologiquement le suicide, il faut comprendre ce qu'est l'angoisse d'une souffrance dont l'on ne peut se soustraire. Le suicide serait donc l'action d'une personne pour qui le geste de causer sa propre mort serait selon elle l'unique solution à sa souffrance. Dans les mots de Shneidman (1996), « la mort par suicide, (...) c'est la fuite de la douleur. » (p.7, traduction libre). Depuis les premiers travaux de Shneidman, plusieurs chercheurs ont alimenté la littérature scientifique sur la psychologie du suicide et cela

a mené à une arborescence de théories et de définitions de ce qu'est le suicide et de ce que le suicide n'est pas.

Sur le plan théorique, les comportements suicidaires sont situés dans un continuum incluant l'idée suicidaire, la tentative de suicide, et le suicide complété. En effet, la nomenclature proposée par Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll et Joiner (2007), et reprise plus tard par Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby et Joiner (2010), formule que tous les comportements suicidaires ou reliés au suicide sont définis respectivement selon les caractéristiques suivantes : (1) l'absence ou la présence d'un comportement préjudiciable auto-initié, (2) l'absence ou la présence d'une intention de mourir, et (3) une issue létale ou non-létale. Bien que tous les comportements suicidaires partagent comme point commun le fait d'être auto-initié par un acte volontaire, ceux-ci peuvent varier sur le plan de l'absence ou la présence d'une intention de mourir, et d'une issue létale ou non-létale. Ainsi, le suicide correspond à la présence d'un comportement préjudiciable auto-initié, avec intention et conséquence létale. La tentative de suicide n'a pas d'issue létale, mais possède le caractère auto-initié ainsi que l'intention de mourir. L'automutilation est caractérisée par un comportement préjudiciable auto-infligé, par l'absence d'une réelle intention de mourir et finalement par l'absence d'une issue non-létale. La distinction entre les concepts de suicide, de comportements liés au suicide, et de comportements autodestructeurs est justifiée par des étiologies différentes et des facteurs contributifs tout aussi différents (Williams, 2001). En effet, les personnes qui décèdent par suicide suite à leur première tentative ont des caractéristiques différentes de celles qui font des tentatives à répétition sans en décéder. De même, les personnes qui contemplent longuement l'idée de se donner la mort ont des particularités différentes de celles qui agissent impulsivement et sous le coup de l'émotion, comme par exemple des problèmes d'impulsivité, de régulation des émotions ou de tolérance à la douleur.

Ce que nous appelons idéations ou idées suicidaires sont des pensées révélant relativement une intention à s'engager dans des comportements pouvant mener à la mort, mais où aucun acte létal n'est posé (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler, Lee, 2008). Les plans de suicide, quant à eux, sont des idées entretenues portant sur une méthode spécifique afin de mettre fin à sa vie (Nock et al., 2008). Les comportements suicidaires peuvent être motivés par des sentiments de désespoir, de souffrance intolérable ou par un désir de fuir la vie que l'on a. La différence entre les comportements suicidaires et les comportements d'automutilation peut être ambiguë et complexe. En effet, il nous faudrait faire l'examen de conscience des individus ayant mené des comportements suicidaires ou autodestructeurs afin de déterminer, réellement, si la personne avait manifestement l'intention ou non de mettre fin à sa vie. En réalité, il convient de préciser que la personne suicidaire vit souvent cette ambiguïté elle-même, partagée entre le désir de mourir et l'espoir de mieux vivre (Williams, 2001). D'autres personnes tenteront de se donner la mort afin d'exprimer une détresse, ou même dans certains cas afin de réguler leurs expériences émotionnelles. Enfin, le symptôme de détresse suicidaire peut revêtir un sens particulier, subjectif et unique à la réalité de l'individu qui l'expérimente.

Il convient de noter que cet essai doctoral porte spécifiquement sur les décès par suicide. Or, tout en détaillant certaines informations liées aux tentatives de suicide et aux idéations suicidaires, nous nous concentrerons sur les décès par suicide, et ce particulièrement au sein de la population spécifique des adolescents et jeunes adultes inuits du Nunavut. Il convient maintenant de contextualiser la prévalence du suicide dans le monde, au Canada, dans les communautés autochtones et finalement au sein des communautés inuites du Nunavut plus spécifiquement.

1.1.2 Prévalence du suicide

En 2012, année du plus récent rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé sur le suicide (OMS, 2014), près de 800 000 personnes à travers le monde sont décédées par suicide. Cela en ferait la 15^{ème} cause de mortalité dans la population mondiale, comptant 1,4% de tous les décès survenus dans le monde en 2012. Cela constituerait un taux mondial annuel de 11,4 cas de suicides pour 100 000 habitants. Cependant, il nous faut observer que le taux de suicide peut varier grandement selon certaines caractéristiques. En ce qui a trait au genre, par exemple, on observe dans la population mondiale un taux de suicide plus élevé chez les hommes, soit de 15 pour 100 000 habitants chez ceux-ci et de 8 chez les femmes (OMS, 2014). Quant à l'âge, on trouve à la fois chez les jeunes de 15 à 29 ans ainsi que chez les personnes de 70 et plus, les taux de suicide les plus élevés, et cela dans presque toutes les régions du monde (OMS, 2014).

Toujours selon l'OMS (2014), le taux de suicide au Canada est le même que le taux mondial : 11,4 pour 100 000 habitants. Selon les données plus récentes de l'Agence de la santé publique du Canada (2016), en moyenne 10 personnes se suicident par jour au Canada³, ce qui en ferait la 9^{ème} cause de décès. Le rapport de Statistique Canada (2017) relève que le taux de suicide serait également supérieur au sein de la population masculine, se comptant à 17,5 pour 100 000 chez ces derniers et à 5,5 chez les femmes. Nous retrouvons des taux supérieurs chez les canadiens et canadiennes âgé(e)s entre 40 et 59 ans, variant entre 15,5 à 17,6 cas pour 100 000. Chez les adolescents et jeunes adultes, soit le groupe d'âge de 15 à 29 ans, les taux varient entre 10,2 et 12,1 pour 100 000 habitants. À tous âges, les taux sont supérieurs chez les hommes.

³ Ce chiffre représente environ 4000 décès par suicide annuellement au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2016).

Dans les communautés autochtones du Canada, Kirmayer et al. (2007) observent que l'on y retrouve des taux de suicide systématiquement supérieurs aux taux de suicide de la population canadienne, et ce depuis plus de 30 ans. En effet, d'après les statistiques recueillies en 2000, le taux de suicide moyen des autochtones du Canada était de 24 pour 100 000 habitants, soit approximativement deux fois le taux national (Santé Canada, 2003). La problématique du suicide dans la population autochtone canadienne touche particulièrement la tranche d'âge de 14 à 24 ans, soit les adolescents et les jeunes adultes, et particulièrement les jeunes hommes (Peters et al., 2013). Dans la période de 2005 à 2007, les taux de suicide dans les communautés autochtones étaient de 139,5 par 100 000 chez les garçons de 1 à 19 ans et de 94,5 chez les filles du même âge⁴ (Santé Canada, 2013). D'après des données datant de 2001-2002, jusqu'à 30,6% des décès chez les adolescents et les jeunes adultes étaient attribuables au suicide (Santé Canada, 2011). Lemchuk-Favel (1996) fait remarquer qu'à l'adolescence, un jeune homme autochtone est jusqu'à cinq fois plus à risque de décéder par suicide qu'un jeune homme canadien non-autochtone. Cette prédominance du suicide chez les hommes pourrait s'expliquer par le fait que les hommes feraient généralement appel à des méthodes plus létales que les femmes (Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie, 2008).

Des chercheurs ont souligné que les taux de suicide peuvent varier grandement d'une communauté à une autre (Chandler et Lalonde, 1998; Chandler, Lalonde, Sokol et Hallett, 2010; Kirmayer et al., 2007; Kral, 2003; Peters et al., 2013). En effet, Chandler et al. (2010) observaient que près de 90% des cas de suicide avaient lieu dans seulement 10 à 15% des communautés de Premières Nations au Canada. Pour cette raison, nous retrouvons dans certaines communautés des taux jusqu'à 800 fois plus élevés que la moyenne canadienne (Hicks, 2007a), alors que dans d'autres communautés, aucun

⁴ Le rapport estime que jusqu'à 25% des décès accidentels pourraient être en réalité des suicides non-déclarés par le Coroner (Santé Canada, 2013).

suicide d'adolescents ou jeunes adultes n'est survenu sur une période de 15 ans. Aussi, nous retrouvons une grande variabilité dans les taux de suicide d'une même collectivité à travers le temps en raison des vagues de suicide, ce qui pourrait être expliqué par la faible démographie des communautés autochtones⁵. Par exemple, Shkilnyk (1985) observe dans une communauté autochtone ontarienne qu'aucun suicide n'avait été compté jusqu'en 1970. Toutefois, entre 1974 et 1978, quatre suicides seraient survenus, comptant un taux de 204 par 100 000 habitants. Comme nous le verrons en détail lors d'une section future, cette variabilité intercommunautaire dépend de plusieurs facteurs, notamment historiques, politiques ou socioéconomiques (Chandler et al., 1998; 2010; Tousignant, Vitenti et Morin, 2013).

Or, tout en reconnaissant la variabilité d'une communauté à l'autre, nous retrouvons des taux de suicide généralement supérieurs au sein de la population autochtone canadienne en comparaison avec la population nationale canadienne (Kirmayer et al., 2007). Cependant, c'est chez les Inuits vivants sur le territoire du Nunavut et du Nunavik que nous retrouvons les taux de suicide les plus élevés à l'échelle nationale et, selon certaines études, à l'échelle internationale (Bjerregaard et al., 2004; Boothroyd et al., 2001; Hicks, 2007a; Hicks, Bjerregaard et Berman, 2013; Kral et Idlout, 2009; Navaneelan, 2012).

Le Nunavut est un territoire nordique du Canada couvrant plus de deux millions de kilomètres carrés et où près de 35 600 personnes y vivent (Nunatsiaq Online, 2014). Sa population est composée de près de 84% d'Inuits. Les autres personnes sont généralement des personnes non-autochtones vivant souvent temporairement sur les lieux en raison de leur travail (e.g. officiers de la Gendarmerie Royale du Canada, professionnels de la santé, intervenants, chercheurs, etc.). Quant au Nunavik, qui est la

⁵ À titre d'exemple, au sein d'une communauté fictive comptant 400 personnes, un cas unique de suicide donnerait un taux théorique de 250 suicides par 100 000 habitants, et deux cas de suicide donnerait 500 par 100 000.

grande région au nord du 55^e parallèle et qui couvre plus de 500 kilomètres du territoire québécois, 11 000 personnes y vivent et 90% de ceux-ci sont des Inuits.

Tel qu'il a été précédemment affirmé, la population inuite en tant que groupe autochtone spécifique, est particulièrement touchée par la problématique du suicide. Les taux de suicides rencontrés dans les populations inuites au Canada sont parmi les plus élevés au monde (Bjerregaard et al., 2004; Boothroyd et al., 2001; Hicks, 2007a; Kral et Idlout, 2009; Navaneelan, 2012). D'après les statistiques recueillies entre 1999 et 2003, le taux de suicide des Inuits de tout le Canada, tous âges et tous genres confondus, se situait en moyenne à 135 pour 100 000 habitants, soit plus de 10 fois le taux national (Gouvernement du Canada, 2006). La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (2005) avait recensé pour l'année 2002 un taux de 82 cas de suicides par 100 000 habitants sur le territoire du Nunavik au Québec spécifiquement. Au Nunavut seulement, d'après les données recueillies par Hicks (2015), le taux de suicide était de 109,2 pour 100 000 en 2014 – cela constitue la donnée statistique disponible la plus récente à laquelle nous avons accès au moment de l'écriture de cet essai.

Comme dans la population autochtone canadienne, ce sont chez les adolescents et les jeunes adultes inuits que nous retrouvons les taux de suicide les plus préoccupants. Entre 1994 et 2008, les taux de suicide étaient en moyenne 30 fois plus élevés chez les jeunes inuits que chez les jeunes canadiens en général (Oliver, Peters et Kohen, 2012). Les taux de suicide des jeunes inuits que l'on trouve dans les communautés sont en moyenne de l'ordre de 101,6 pour 100 000 chez les garçons et jeunes hommes jusqu'à 19 ans et de 41,6 chez les filles et jeunes femmes du même âge (Santé Canada, 2013).

Lorsqu'on observe les taux de suicide en fonction de l'âge et du genre, une très grande variabilité apparaît. Le tableau 1.1 rapporte les données du Coroner du Nunavut de

1999 à 2003, et il reflète notamment que ce sont chez les garçons et jeunes hommes inuits chez qui nous retrouvons les taux de suicide les plus élevés (Hicks, 2007a).

Tableau 1.1 Taux de suicide chez les Inuits du Nunavut selon l'âge et le genre

Âge	Taux de suicide des garçons/hommes sur 100 000	Taux de suicide des filles/femmes sur 100 000
10-14 ans	25	40
15-19 ans	817	89
20-24 ans	706	194
25-29 ans	244	0
30-34 ans	289	23
35-39 ans	140	0
40-44 ans	76	0
45-49 ans	0	0
50-54 ans	57	56
55-59 ans	85	0

Données issues de Hicks (2007a)

Après avoir constaté ces données préoccupantes quant aux taux de suicide rencontrés au sein des adolescents et jeunes adultes inuits, il convient maintenant de considérer certaines perspectives théoriques afin de mieux comprendre le phénomène du suicide.

1.1.3 Perspectives théoriques du suicide

Plusieurs modèles psychologiques tentent d'offrir une explication ou une compréhension du phénomène du suicide. Toutefois, il nous faut reconnaître que les causes du suicide demeurent pour le moins complexes, multifactorielles, voire inévitablement mystérieuses (Kirmayer, Brass et Tait, 2000; Shneidman, 1996). En effet, selon Brent et Mann (2006), aucun facteur en soi n'explique le suicide ou le risque suicidaire.

Afin de rendre compte d'une façon compréhensive du lien entre le suicide et les difficultés amoureuses chez les jeunes inuits, la présente recherche s'inspire de courants théoriques présents dans la littérature en suicidologie autochtone. Premièrement, les perspectives développementales rendent compte du contexte développemental dans lequel émerge le risque suicidaire chez les jeunes. Deuxièmement, les perspectives interpersonnelles témoignent de l'importance des relations sociales et intimes dans l'étiologie du suicide. Troisièmement, nous faisons appel à des perspectives existentielles afin de mieux comprendre le sens phénoménologique du désir suicidaire dans l'existence d'une personne. Ensemble, ces trois perspectives théoriques offrent une compréhension large, profonde et dynamique du suicide. Nous conserverons ce même cadre théorique dans les sections ultérieures afin de conceptualiser et comprendre les relations et les difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte, et également afin de discuter des résultats obtenus dans l'étude.

1.1.3.1 Perspectives développementales

Bien plus qu'un âge pouvant être chiffré, l'adolescence constitue un phénomène et un processus développemental caractérisé par la mutation (Dolto, 1988)⁶. En effet, l'adolescence est une période de seuils et transitions multiples, marquée par des transformations physiques, affectives, sociales et familiales. En effet, l'adolescent quitte le monde des enfants pour rejoindre progressivement le monde des adultes. Celui-ci connaît possiblement plusieurs nouvelles expériences de vie (e.g. premières

⁶ Tout en reconnaissant les différences culturelles en ce qui a trait aux théories développementales entourant le développement de l'attachement, de l'estime et de l'identité, il apparaît que des rapprochements peuvent être faits entre les modèles autochtones et les modèles « occidentaux » ou non-autochtones du développement (Centre de Collaboration Nationale de la Santé Autochtone, 2013). Nous tenterons à travers cet essai de rendre compte des perspectives développementales selon un modèle « occidental » et, lorsque possible, selon un modèle spécifiquement inuit. Nous relatons des limites de cela dans une section de la discussion, à la fin de cet essai.

expériences de responsabilité et d'autonomie, premières relations amoureuses, premières séparations, premières consommations de substances, etc.). Aussi, son corps et son cerveau connaissent des changements importants. On remarque en effet chez les adolescents une tendance à l'impulsivité ainsi qu'une difficulté à réguler les émotions en raison de changements hormonaux et du lobe frontal dont le développement demeure incomplet (Jensen, 2016). Les fonctions exécutives ainsi que les fonctions relatives à la prise de décisions arrivent à maturité vers le début de l'âge adulte, ce qui correspond à la fin de l'adolescence. D'après la théorie des stades du développement psychosocial d'Erikson (1950/1993), l'adolescent (i.e. étant âgé entre 12 et 18 ans) connaît une crise identitaire, caractérisée par la confusion des rôles sociaux et familiaux ainsi que les questionnements profondément existentiels : « Qui suis-je ? » et « Où vais-je ? ». Le passage de l'adolescence consiste donc en une nécessaire perte de repères, généralement vécue avec plus ou moins d'anxiété, de remises en question et de confrontations, menant en l'émergence de nouveaux repères préparant à la vie adulte. Dolto (1988) va jusqu'à dire que l'adolescence constitue une seconde naissance, où l'adolescent est appelé à sortir du noyau familial et trouver sa place dans les relations extérieures et ultimement, dans la société.

Dolto (1988) nous met en garde d'identifier un âge où l'adolescence commence ou termine. En effet, la complexité du processus de mutation que connaît l'adolescent dépend de plusieurs facteurs, tels que les transformations biologiques et hormonales, les adaptations psychiques, mais aussi les construits sociaux entourant cette phase développementale. Tout en reconnaissant cela, l'OMS (2002) affirme que l'adolescence est généralement située dans la période allant de 10 à 19 ans, bien que d'autres études avancent que l'adolescence se déroule entre 14 et 24 ans (Cunningham, 2005). Suivant l'OMS (2002), la période de 10 à 13 ans est définie comme étant l'adolescence précoce, caractérisée généralement par une croissance physique accrue et le début de la maturation sexuelle. Le milieu de l'adolescence, entre 14 et 15 ans, constitue une période marquée par les questionnements identitaires et les relations (i.e.

amicales et/ou amoureuses) avec les autres adolescents. À l'adolescence tardive, située entre 16 et 19 ans, le corps aurait pris sa forme adulte et l'adolescent ou l'adulte en émergence aurait un sens plus clair de son identité.

Toutefois, l'adolescent, qui rappelons-le n'est pas encore un adulte, n'a pas nécessairement les outils, les capacités d'adaptation ou de résilience, ainsi que le contexte familial ou collectif permettant de faire face pleinement et sainement à cette transition de vie. Plusieurs études démontrent que l'adolescence constitue une période d'une grande vulnérabilité face aux stressseurs de la vie (Bridge, Goldstein et Brent, 2006). La présence de facteurs de risque comme les troubles mentaux, de même que des événements de vie tels que les échecs scolaires, les agressions, l'humiliation ou les ruptures amoureuses peuvent être des difficultés supplémentaires dans une période de vie déjà confrontante à plusieurs niveaux (Compas et al., 1995). Il peut en résulter une certaine détresse psychologique, pouvant se manifester par des comportements à risque (e.g. absentéisme scolaire, consommation abusive d'alcool ou de drogues, partenaires multiples) et pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide (Steinberg, 2005). Certains auteurs vont jusqu'à faire des parallèles entre l'adolescence et la structure de personnalité « limite », caractérisée notamment par des perturbations identitaires, des sentiments chroniques de vide, des états d'humeur instables, des tendances impulsives, des angoisses d'abandon, des comportements (auto)destructeurs, et des difficultés à gérer l'intimité en relation (Corcos et Lamas, 2016). Ces changements multiples vécus à l'adolescence peuvent en effet provoquer des anxiétés importantes rendant les adolescents plus vulnérables aux conduites suicidaires (Bridge et al., 2006 ; Dolto, 1988).

Selon Bouchard (2006), le processus suicidaire chez l'adolescent débiterait par l'idéation suicidaire, c'est-à-dire la perception d'une perspective d'une solution face à une souffrance autrement insoluble. Ensuite, l'adolescent connaîtrait une rumination de l'idée suicidaire, caractérisée par un retour cognitif et émotionnel de l'impression

croissante de n'avoir aucune autre solution face à sa détresse. Dans la phase de cristallisation, l'adolescent serait submergé par le désespoir et, de son point de vue, le suicide constituerait définitivement le seul horizon possible. À ce stade, il peut se mettre à la recherche et l'élaboration d'un plan avec une date, un lieu et un moyen. Dans la plupart des cas, le passage à l'acte serait précédé d'un élément déclencheur : un conflit, une humiliation, une déception, une perte, une rupture amoureuse, etc.

Il nous faut ici reconnaître que l'adolescence et le début de l'âge adulte sont deux phases différentes dans le développement de la personne, méritant donc deux mises en contexte tout autant différentes. Selon Erikson (1950/1993), le jeune adulte (i.e. âgé entre 18-20 et 40-45 ans) connaîtrait une crise développementale manifestée par le dilemme de l'intimité et de l'isolement. Dans le développement normal, le jeune adulte aurait plus ou moins traversé la crise identitaire, point culminant de l'adolescence, et commencé à avoir une conception relativement stable et durable de qui il est et de son rôle au sein de sa famille et de la société (Erikson, 1950/1993). Une fois entré dans le monde adulte, son identité serait cependant toujours en jeu à travers ses interactions avec ses amis et partenaires amoureux. C'est dans ce contexte que les adversités de la vie relationnelle (e.g. amicale, amoureuse, académique, professionnelle, etc.) peuvent constituer des facteurs de stress susceptibles de générer de la détresse psychologique. Dans certains cas, cette détresse peut favoriser le développement d'un risque suicidaire.

En somme, la vie sociale est déterminante tant à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Ces périodes de la vie sont caractérisées par des besoins interpersonnels à vifs d'autant plus qu'ils sont déterminants dans la formation de son identité, de son altérité et son attachement. L'adolescent ou le jeune adulte qui connaît ces chantiers développementaux peut être particulièrement ébranlé par certains événements de vie, qui peuvent le mettre à risque de connaître une détresse psychologique ou suicidaire. L'adolescence et le début de l'âge adulte sont aussi des moments dans la trajectoire de vie qui sont caractérisés par une confrontation vive à des questions existentielles

entourant la vie, la mort, l'amour, et l'intimité, pour n'en nommer que quelques-uns. En cens, il convient dans ce contexte théorique d'explorer les perspectives interpersonnelles, et ensuite existentielles, en ce qui a trait au suicide.

1.1.3.2 Perspectives interpersonnelles

La théorie interpersonnelle de Joiner (2005) comprend les comportements suicidaires d'après trois composantes fondamentales : (1) la capacité acquise à s'infliger et à tolérer des douleurs extrêmes ou des blessures mortelles, (2) le sentiment d'être un fardeau pour son entourage, et (3) la frustration du besoin d'appartenance envers d'autres individus ou groupes.

Dans cette théorie tripartite du suicide, la capacité à s'infliger des blessures mortelles et la tolérance à la douleur extrême sont des facteurs observés chez les personnes qui sont passées à l'acte. En effet, l'acte de se donner la mort implique des sentiments pouvant être terrifiants et des sensations pouvant être d'une douleur extrême. Cela demande un certain niveau de tolérance et d'habitation à ces expériences, qui sont généralement intolérables pour la majorité des gens. Selon Joiner (2005), une personne développe cette habileté à tolérer la douleur par l'exposition répétée à des comportements de violence (i.e. par les parents, entre eux et/ou envers elle), ou par l'expérience de tentatives précédentes. L'étude de Van Orden et al. (2010) montre que cette capacité à s'auto-infliger de la douleur serait liée à l'impulsivité, en tant que tendance à avoir des comportements risqués, à manquer de planification mentale et à prendre des décisions sans nécessairement réfléchir. Comme nous avons vu plus haut, l'adolescence est en effet associée à un haut niveau d'impulsivité en raison d'une difficulté à réguler ses expériences émotionnelles et, sur le plan biologique, des changements hormonaux ainsi que du lobe frontal en plein développement (Jensen, 2016).

La perception d'être un fardeau pour son entourage ou pour la société est aussi associée au risque suicidaire (Van Orden et al., 2010). Par exemple, le fait d'être sans emploi, d'être incarcéré, d'être sans-abri ou d'avoir des problèmes de santé nécessitant l'aide des autres sont des caractéristiques pouvant influencer la perception d'une personne d'être un fardeau pour ses proches (Van Orden et al., 2010). Le sentiment de ne pas être important pour ses proches, parents, amis ou partenaire amoureux, par exemple, peut laisser la personne suicidaire avec l'impression que les autres ne seraient pas dérangés, ou seraient peut-être même mieux, si elle disparaissait. L'étude de Sabbath (1969) montre comment l'interprétation que se fait l'adolescent de sa place dans la famille est cruciale dans son sentiment d'être ou de ne pas être un fardeau, et donc dans le développement ou non du risque suicidaire. En effet, nous avons vu plus haut comment l'adolescence et le début de l'âge adulte constituent des périodes de définition ou redéfinition de l'identité et du rôle dans la famille (Erikson, 1950/1993). Les perceptions de l'adolescent ou du jeune adulte quant à sa place parmi la famille, ou même au sein de son couple, sont déterminantes dans le développement de son identité et de son altérité.

Aussi, selon cette théorie, la frustration du besoin d'appartenance à un groupe peut favoriser l'émergence d'un désir suicidaire. Les auteurs de la théorie interpersonnelle du suicide décrivent le besoin d'appartenance comme étant le besoin fondamental par excellence de tout être humain (Van Orden et al., 2010). Ce besoin est défini comme un besoin d'interactions positives, affectives et fréquentes avec les mêmes individus dans un contexte relationnel marqué par la stabilité, le souci et le soin (Van Orden et al., 2010). Quand ce besoin est insatisfait, frustré ou déçu, par exemple dans les cas de pertes, de deuils relationnels, de ruptures amoureuses ou de trahisons, il est possible qu'émerge alors un désir ou une idéation suicidaire. En effet, l'isolement social est l'un des facteurs prédictif les plus fiable de l'émergence d'un comportement suicidaire à l'adolescence, mais aussi à tous les autres âges de la vie (Van Orden et al., 2010). À l'adolescence particulièrement, il nous faut mettre en contexte les transitions sociales

que connaît l'adolescent. Celui-ci désinvesti progressivement le nid familial pour développer des relations d'amitié ou d'intimité amoureuse. Les obstacles rencontrés au niveau de l'appartenance à un groupe, ou à une relation intime amicale ou amoureuse peuvent favoriser la frustration du besoin d'appartenance, ce qui constitue dans la théorie interpersonnelle une composante essentielle de l'étiologie suicidaire (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

Dans leur interaction, la capacité à s'infliger des blessures mortelles ainsi que la frustration du besoin d'appartenance et la perception d'être un fardeau pour ses proches sont déterminantes dans l'apparition de comportements suicidaires. La théorie interpersonnelle du suicide selon Joiner (2005), contrairement à d'autres approches de la question du suicide, insiste sur les besoins relationnels d'appartenance et sur les représentations de soi-même et d'autrui dans les relations interpersonnelles. En ce sens, la théorie interpersonnelle offre des fondements théoriques pertinents en vue d'étudier le lien entre le suicide et les difficultés amoureuses chez les jeunes inuits, comme les séparations, les infidélités, les violences amoureuses, les tensions ou toutes autres difficultés pouvant tantôt frustrer le besoin d'appartenance, favoriser le sentiment d'être un fardeau pour autrui, ou faire connaître à l'individu des expériences de douleurs et de souffrances répétées. Il convient maintenant d'explorer le point de vue existentiel afin de faire ressortir des pistes de sens sur le suicide.

1.1.3.3 Perspectives existentielles

Les perspectives existentielles du suicide sont multiples, variées et découlent de la philosophie de l'existence. Fondamentalement, selon Heidegger (1927/1961), l'être humain en tant qu'être-au-monde serait déjà, par le fait même d'exister, orienté vers la mort. En effet, la finitude de l'existence d'une personne correspondrait à l'une, sinon l'unique, certitude absolue qu'elle peut raisonnablement entretenir. Pour Marcel

(1961), le suicide en tant que représentation de sa propre mort, constituerait le point de départ de toute investigation philosophique, résonnant avec l'affirmation de Camus (1942) comme quoi le suicide serait en réalité le seul problème sérieux de la philosophie. Dans *Le Mythe de Sisyphe*, Camus (1942) précise que la grandeur de l'homme repose en fait sur son affrontement permanent avec l'idée de sa propre mort, et que cet affront constituerait donc le fondement de notre humanité. Il affirme également que le suicide pourrait être compris comme une réponse de révolte désespérée face à l'absurdité d'une existence, qui se résumerait inexorablement par la mort. Dans cette même idée, Dastur (2007) et Farber (2000) ajoutent que le comportement suicidaire exprime une tentative de défier certaines réalités de l'existence tels que la souffrance, la finitude, la responsabilité et la culpabilité. En ce sens, le suicidaire ne se donnerait pas la mort, mais tenterait plutôt par sa propre volonté et puissance d'éviter que la mort ne l'atteigne comme une fatalité hors de son contrôle.

Irvin Yalom (1980/2016) stipule que la mort constitue la principale source d'angoisse existentielle. Cette angoisse de mort jouerait un rôle majeur, voire organisateur, dans l'expérience interne de l'individu, et ce à tous les âges. À l'enfance, le concept de mort demeurerait un phénomène plutôt obscur, mais bien présent dans certaines pensées ou observations (Yalom, 1980/2016). À l'adolescence, les pensées et réflexions relatives à la mort émergeraient en force, consciemment ou inconsciemment. Elles se manifesteraient généralement par des fantasmes morbides et des comportements dangereux. À la lumière de la théorie de l'angoisse de la mort de Yalom (1980/2016), le comportement ou la pensée suicidaire pourrait avoir une fonction psychique défensive. En effet, de façon paradoxale, une personne pourrait entretenir la fantaisie qu'à travers le suicide, elle peut protéger son intégrité psychique contre l'angoisse et la menace de la mort inexorable (Berry-Smith, 2012). Dans cet esprit, le suicide pourrait donc représenter un mécanisme défensif de reprise de contrôle face à la réalité menaçante et inexorable que représente la finitude de sa propre vie.

Dans la philosophie de Sartre, le suicide pourrait représenter, toujours paradoxalement, un engagement décisionnel face à aux réalités insurmontables de l'existence à travers le choix et l'affirmation (Fornoville, 1959). En effet, à défaut de trouver un sens à son existence, l'individu pourrait trouver refuge dans la perception erronée que le suicide constitue une option ou une solution à ses problèmes perçus comme étant insolubles autrement. Dans le moment de souffrance psychologique et désespoir intolérable, le suicidaire en vient à croire que la mort est l'unique et ultime solution. L'acte suicidaire serait un effort désespéré d'affirmation de soi marqué paradoxalement par un désengagement de tout choix et responsabilité face à son existence.

Selon Frankl (1946/2006, 1968), la principale motivation de tout être humain est la recherche d'un sens à sa vie. La névrose, ou la psychopathologie, serait selon lui conséquente à la perte de sens à sa vie. Perdre le sens de sa vie, ou ses raisons de vivre, peut mettre à risque de vouloir mettre fin à celle-ci (Frankl, 1946/2006). En effet, poursuivant les travaux de Frankl, Marshall et Marshall (2012) observent que moins une personne trouve de sens justifiant sa vie, plus elle aurait une motivation pour le suicide. Dans le même esprit, Jaspers (1970) conçoit le suicide en lien avec l'incapacité de trouver un sens ou une justification à son existence. De façon intéressante, nous pouvons relier cela avec les enjeux et questionnements identitaires que connaît l'adolescent à cet âge (Dolto, 1988; Erikson, 1950/1993). Celui qui n'est plus un enfant, et pas encore tout à fait un adulte, et il tente de trouver un sens à ses activités et à sa vie en investissant à l'extérieur de sa famille : les amis, les sports, les activités sociales, les études, les relations amoureuses, etc. Il est possible qu'il connaisse une détresse semblable à la perte de sens de son existence lorsque ses investissements de sens deviennent impossibles, et qu'il remette donc en question la continuité même de sa vie.

Les perspectives existentielles sont particulièrement éclairantes au sujet du sens existentiel que peut porter le désir ou le geste suicidaire d'un individu, c'est-à-dire en tant que révolte contre les réalités inexorables de l'existence (Camus, 1942; Dastur,

2007; Farber, 2000), en tant que défense fantaisiste contre l'angoisse de la mort (Fornoville, 1959; Yalom, 1980/2016), en tant que perte de sens et de raisons de vivre (Frankl, 1946/2006; Jaspers, 1970). Ces perspectives théoriques seront particulièrement utiles afin de comprendre, dans une section future, le sens des relations et difficultés amoureuses pour les adolescents et jeunes adultes inuits. Elles seront également utilisées, vers la fin de cet essai, afin de discuter des résultats obtenus par les analyses. Poursuivons maintenant en explorant les facteurs de risque suicidaire ainsi que la problématique du suicide telle que cela se manifeste dans les populations autochtones et plus spécifiquement dans le contexte inuit du Nunavut.

1.1.4 Facteurs de risque liés au suicide autochtone

1.1.4.1 Définition des facteurs de risque du suicide

L'étude des facteurs de risque et de protection est généralement la méthode de choix pour évaluer le risque suicidaire, ou encore comprendre *a posteriori* la survenue de comportements suicidaires. Sur le plan strictement conceptuel, les facteurs de risque sont des variables qui sont associées avec l'augmentation de la probabilité d'apparition d'un résultat donné (Van Orden, 2010). Plus concrètement, les facteurs de risque suicidaire sont observés lorsqu'ils précèdent l'apparition d'un comportement suicidaire, sans toutefois représenter des causes du suicide (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer et Offord, 1997; Santé Publique Canada, 2013). Les facteurs de risque peuvent ainsi être compris comme les indicateurs d'un processus étant possiblement associé à au développement d'un risque suicidaire. L'examen des facteurs de risque permet donc d'évaluer le risque d'apparition d'un comportement suicidaire. Dans la population générale, les facteurs de risque suicidaire les plus souvent recensés dans la littérature sont représentés dans le tableau 1.2, d'après les données du rapport de l'OMS (2014). Le tableau montre différentes catégories de facteurs de risque, reflétant toute l'écologie

de l'étiologie du suicide. Le risque suicidaire dépendra donc de l'interaction entre les facteurs de risque et de protection présents dans les différentes sphères de vie de l'individu.

Tableau 1.2 Facteurs de risque liés au suicide

Niveaux	Facteurs de risque liés au suicide
Systeme de santé	Obstacles aux soins
Société	Accès aux moyens létaux
	Couverture médiatique inappropriée Stigmatisation associée à la demande d'aide
Communauté	Catastrophes naturelles, guerres et conflits
	Stress lié à l'acculturation et au déplacement
	Discrimination Traumatisme ou abus
Relations	Sentiment d'isolement et manque de soutien
	Relations conflictuelles, mésententes ou pertes
Individus	Antécédents de tentative de suicide
	Troubles mentaux
	Usage nocif de l'alcool
	Perte d'emploi ou difficulté financière
	Désespoir
	Douleur physique
	Antécédents familiaux de suicide
	Facteurs génétiques et biologiques

Données issues de l'OMS (2014)

Dans cette section, nous recensons les différents facteurs de risque de suicide auxquels sont ou peuvent être exposés les Autochtones⁷.

⁷ Comme il s'agit d'une population très spécifique et limitée sur le plan démographique, il nous faut parfois élargir notre recension à un bassin populationnel démographiquement supérieur. Or, lorsque possible, nous rendons compte de la littérature qui traite de la situation propre aux adolescents et jeunes adultes inuits. Quand cela n'est pas possible, nous nous référons à la littérature qui traite de la situation autochtone générale. Ce compromis peut comporter un certain biais théorique, sur lequel nous nous attardons de façon plus détaillée dans la discussion sur les limites de l'étude.

Dans le rapport de la Fondation Autochtone de Guérison, constitué d'un panel d'experts canadiens dirigé par Kirmayer et al. (2007)⁸, les auteurs présentent un modèle intégratif des différents facteurs de risque du suicide autochtone, repris dans la figure suivante. La figure 1.1 illustre effectivement la chaîne de facteurs de risque constituant l'étiologie suicidaire propre aux autochtones. Ces différents facteurs reflètent les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles du suicide chez les autochtones (Kirmayer et al., 2007). Compris dans leur interaction multidimensionnelle, ces facteurs de risque permettent une certaine compréhension du suicide autochtone. Le modèle montre en effet la complémentarité des perspectives sociohistoriques et psychologiques sur les causes du suicide, et les limites d'une approche unidimensionnelle. En effet, considérer le suicide des autochtones comme le simple aboutissement d'une psychopathologie ne fait qu'offrir une explication fragmentaire et partielle. Par ailleurs, considérer le suicide seulement comme la conséquence de l'histoire éclipse les différences individuelles et ne nous permet pas de comprendre pourquoi certains se suicident et d'autres ne se suicident pas (Kirmayer et al., 2007; Haskell et Randall, 2009). Au contraire, on ne peut correctement comprendre le suicide qu'en laissant place à l'interaction des différents facteurs. Les propos de Vitenti (2012), qui a mené son étude auprès des Atikamekws de Manawan, sont particulièrement éloquentes au sujet de l'étiologie du suicide dans la vie d'une personne autochtone :

Le désir de suicide se construit durant une bonne partie de la vie avant d'arriver à sa conclusion, alors que l'acte suicidaire ne prend environ que quinze minutes pour être conclu. (Vitenti, 2012, p.40)

⁸ Le rapport en question a été rédigé par un panel d'experts canadiens autochtones et non-autochtones, avec l'appui de l'Institut de la santé des autochtones, du Fonds de la recherche en santé du Québec, du Conseil québécois de la recherche sociale et des Instituts de recherche en santé du Canada.

Tiré de Kirmayer et al. (2007)

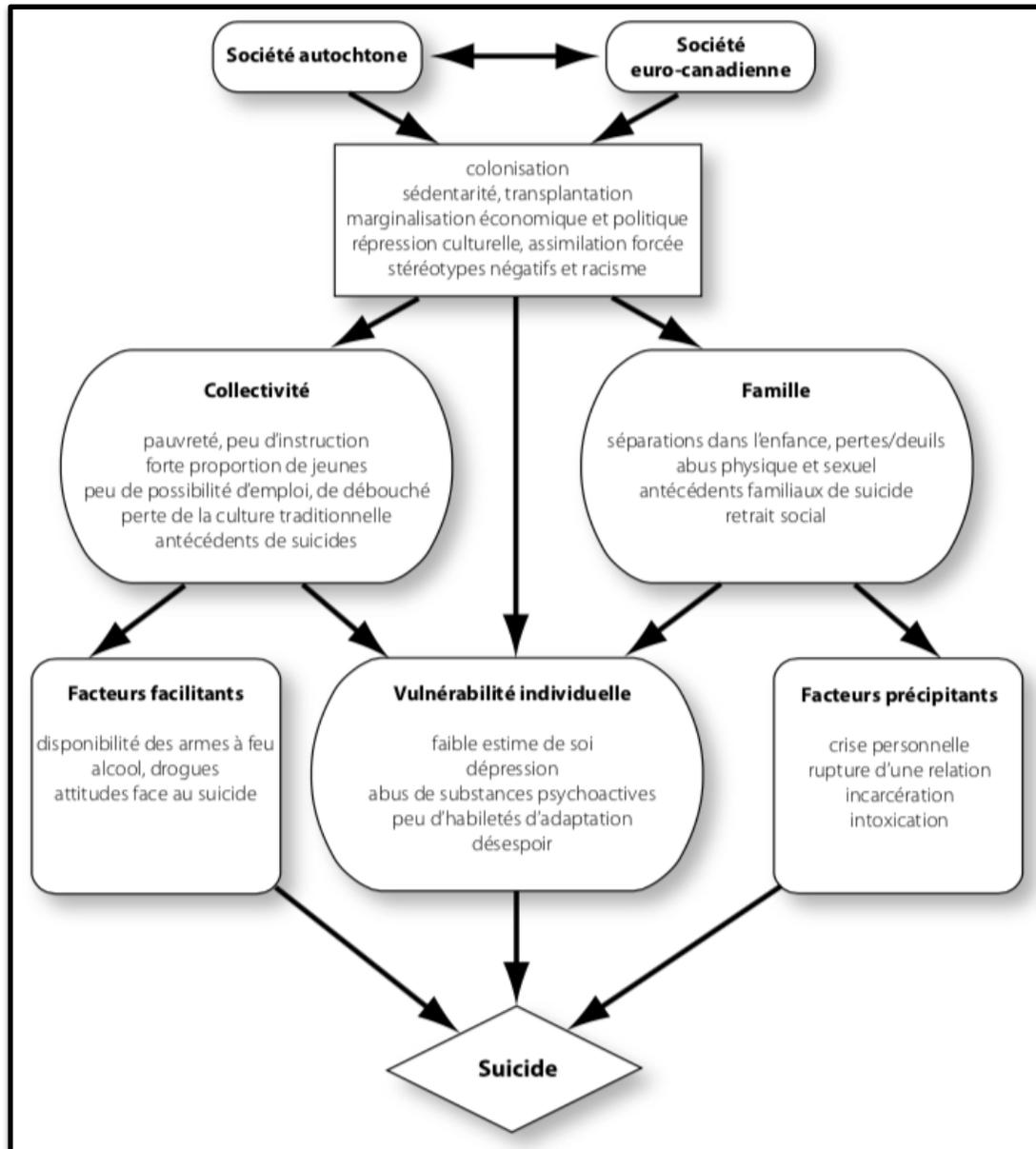


Figure 1.1 Modèle intégratif des différents facteurs de risque du suicide autochtone

La revue de littérature portant sur les facteurs de risque spécifiquement rencontrés dans les populations autochtones sera présentée ici-bas en fonction de la classification suivante, basée sur le modèle de Kirmayer et al. (2007) :

1. Facteurs de risque liés à l’histoire et à la culture;
2. Facteurs de risque liés à la collectivité;
3. Facteurs de risque liés à la famille;
4. Facteurs de risque liés aux vulnérabilités individuelles;
5. Facteurs de risque liés aux événements de vie.

1.1.4.2 Facteurs de risque liés à l’histoire et à la culture

Morency (2018), qui est psychologue intervenant au sein de communautés Premières Nations, rappelle que l’histoire est marquée par plusieurs événements sociohistoriques ayant engendré des conséquences importantes sur la vie psychologique et sociale des Autochtones. Ces facteurs de risque suicidaires renvoient aux transformations et aux pertes liées à la culture traditionnelle des autochtones. Nous traitons principalement ici du stress d’acculturation (Berry, 2005) et du traumatisme historique (Brave Heart et DeBruyn, 1998; Hartmann et Gone, 2014; Kirmayer et al., 2014).

Dans ses études sur les changements culturels et psychologiques résultant du contact entre deux groupes culturels, le chercheur canadien Berry (2005) a développé le concept de stress d’acculturation. Ce modèle a été appliqué dans le contexte canadien particulièrement, mais aussi à l’international, tel qu’en Chine, en Australie, Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. Prenant tout son sens dans le contexte des changements, pertes et tensions culturelles vécues au passé et au présent par les Autochtones du

Canada, le modèle de Berry (2005) répertorie quatre contextes de transformations : (1) le contexte politique (e.g. transformation des structures et fonctions politiques préexistantes, soumission à un gouvernement dominant, etc.), (2) le contexte socioéconomique (e.g. transformation des habitudes de travail, du mode de subsistance, transformation des modes d'éducation, etc.), (3) le contexte culturel (e.g. pertes de la langue, de la religion, de la culture traditionnelle, etc.), et (4) le contexte historique (e.g. signature de traités politiques, etc.). Les événements survenant dans les quatre contextes auraient leurs effets sur les relations entre les groupes culturels concernés. Les réactions psychologiques et sociales à l'acculturation dépendraient de deux variables, soit l'adoption versus le rejet de la culture étrangère, et le maintien versus la perte de la culture traditionnelle. En fonction de ces deux variables, Berry (2005) a développé une typologie comptant quatre réponses à l'acculturation : (1) l'intégration, (2) l'assimilation, (3) la séparation et (4) la marginalisation. Premièrement, l'intégration consisterait en l'adoption de la culture d'accueil tout en maintenant la culture d'origine (i.e. illustré par le biculturalisme). Deuxièmement, le cas de l'assimilation consisterait en l'adoption de la culture d'accueil sans maintien de la culture traditionnelle. Troisièmement, la séparation serait reflétée par le rejet de la culture dominante d'accueil et le maintien de la culture d'origine. Quatrièmement, la marginalisation consisterait en le rejet de la culture dominante et la perte de la culture d'origine. Chaque réaction représenterait donc différents modes d'adaptation face à la rencontre ou la confrontation culturelle, dépendamment du style d'adaptation des individus qui composent la communauté ainsi que des forces politico-économiques locales et internationales en jeu (Kirmayer et al., 2007).

Chaque réaction à l'acculturation (i.e. intégration, assimilation, séparation et marginalisation) renvoie à différentes expériences individuelles et sociales. Selon Kirmayer et al. (2007), la plupart des collectivités inuites au Canada montreraient des signes propres à la marginalisation, en tant que réaction face à l'acculturation. Par la force des événements historiques comme la délocalisation, la dépossession politique,

l'adoption à des familles étrangères, sans oublier l'envoi des enfants dans les écoles résidentielles, les peuples autochtones du Canada auraient perdu de nombreuses valeurs qui étaient essentielles à leur culture traditionnelle (Group for the Advancement of Psychiatry, 1989; Novins, Beals, Roberts et Manson, 1999). De plus, ils n'auraient pas remplacé ces valeurs perdues par celles de la société occidentale ou nord-américaine. Les Autochtones canadiens se retrouveraient donc dans une situation de marginalisation, caractérisée par une perte des repères traditionnels et un rejet des repères imposés par la société dominante. Sur le plan psychologique, on peut alors voir naître chez les personnes qui composent cette communauté des sentiments de perte, d'aliénation, de dévalorisation de soi, de confusion identitaire, se manifestant notamment par des taux de suicide (Group for the Advancement of Psychiatry, 1989). Dans le rapport de la Fondation Autochtone de Guérison, Kirmayer et al. (2007) rapportent que les groupes culturels les plus à risque de suicide sont ceux qui sont situés culturellement quelque part au milieu du continuum entre le traditionalisme et l'assimilation. Pris entre un enseignement traditionnel défaillant, une influence massive des médias nord-américains ainsi qu'une éducation familiale biculturelle, les jeunes autochtones seraient situés dans un flou culturel et identitaire, faiblement ancrés dans la culture nord-américaine, et tout autant faiblement dans leur propre culture traditionnelle. Du moins, ce sont les conclusions du *Working Group for a Nunavut Suicide Prevention Strategy* (2009), un panel regroupant des associations gouvernementales et communautaires au Nunavut visant la diminution du taux de suicide à l'échelle nationale. En effet, les jeunes autochtones canadiens n'auraient pas accès à une éducation approfondie dans leur tradition culturelle et linguistique, et l'accès aux coutumes de la société canadienne serait compromise en raison des barrières de la pauvreté, de l'isolement géographique et de la difficulté d'accès à l'éducation (Working Group for a Nunavut Suicide Prevention Strategy, 2009). Selon l'anthropologue canadien Louis-Jacques Dorais (1997), les jeunes autochtones d'aujourd'hui se retrouveraient insatisfaits, confus, ne se reconnaissant peu dans les deux cultures (i.e. traditionnelles et nord-américaines). Les chercheurs canadiens en

psychologie sociale Usborne et Taylor (2010) ont montré que le manque de clarté identitaire culturelle serait lié à un flou identitaire personnel, une faible estime de soi et des capacités d'adaptations psychologiques affaiblies. Les travaux de Chandler et al. (2010) montrent quant à eux un lien direct entre ce qu'ils nomment « l'effondrement de l'identité culturelle et personnelle » et le suicide au sein des adolescents et jeunes adultes autochtones -nous reviendrons en détail sur ce concept dans une prochaine section.

Les pensionnats autochtones constituent bien souvent l'icône de l'acculturation et de l'assimilation des autochtones à la culture occidentale dominante. Selon plusieurs auteurs et experts, le régime des pensionnats aurait été en effet l'un des moyens les plus ravageurs du gouvernement fédéral dans ses efforts politiques pour assimiler les autochtones canadiens (Morency, 2008). Créés en 1820 en vue d'appliquer la politique canadienne d'aide sociale aux enfants, les premiers pensionnats auraient été érigés un peu partout sur le territoire canadien (Kirmayer et al., 2007). À l'apogée du régime, près de 70% des enfants autochtones du Canada âgés de 6 à 15 ans auraient fréquenté un pensionnat, et ce en moyenne dix mois par année et pendant plusieurs années. Les enfants auraient été envoyés dans une école résidentielle généralement assez éloignée de leur communauté et famille, imposant ainsi un exil forcé, la séparation de leur famille et de leur communauté. Selon ce qui nous est rapporté dans plusieurs sources telles que le rapport de la Commission de Vérité et Réconciliation du Canada (2015), l'enseignement promulgué dans ces établissements n'aurait pas tenu compte de l'héritage culturel des élèves; bien au contraire, le programme éducatif visait explicitement à les faire passer de l'homme dit primitif à l'homme dit moderne et civilisé (Kirmayer et al., 2007). Par ailleurs, la discipline était partie intégrante de la vie des élèves pensionnaires, manifestée par des punitions souvent exagérées et humiliantes, comme la privation de nourriture, la coupe des cheveux, la correction physique et l'isolement, pour n'en nommer que quelques exemples.

On comprend donc que les pensionnats consistaient en un amalgame de mesures de répression active contre la culture et l'héritage autochtone (Kirmayer et al., 2007). Un grand nombre de chercheurs en psychologie se sont intéressés à l'impact de cette répression dans la vie intérieure, psychologique, des élèves qui ont fréquenté les pensionnats. À un très jeune âge, les élèves auraient appris par les membres du personnel pensionnaire que le simple fait de parler la langue maternelle autochtone, avoir des rituels traditionnels, et le fait même d'être autochtone, étaient passibles de punition (Kirmayer et al., 2007). Plusieurs auteurs, dont Haskell et Randall (2009), ont élaboré sur les répercussions négatives et marquées chez les anciens pensionnaires sur le plan de l'estime de soi, de l'intimité, de la régulation des émotions, de la communication et particulièrement sur le plan de l'attachement. En effet, la seule forme d'attachement envers des adultes que les pensionnaires auraient pu connaître durant leur séjour fut les éducateurs et membres du personnel des écoles résidentielles. Selon ce qui est rapporté dans plusieurs documents, dont le rapport de la Commission de Vérité et Réconciliation du Canada (2015), l'abus d'autorité, la répression punitive et la violence étaient souvent la seule forme d'attention, de souci et de contact qu'ils recevaient par ces figures d'attachement. De plus, sans jamais savoir le nombre exact d'abus sexuels qui auraient été commis dans les pensionnats sur des élèves par les membres du personnel, il y a des preuves concluantes que plusieurs ont eu lieu, de façon répétée et ce sur une longue durée (Kirmayer et al., 2007). Des prêtres, éducateurs et éducatrices, membres de l'administration et même de plus vieux élèves auraient commis des agressions physiques et sexuelles répétées. Certains vont jusqu'à parler d'une « pédophilie institutionnalisée » (Commission de Vérité et Réconciliation du Canada, 2015). Les conséquences des abus sexuels à l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte sont multiples, parfois dévastateurs dans le développement de la personne. Plusieurs chercheurs, dont Pearce et al. (2008), ont observé que ces effets auraient fait leur chemin jusque dans les communautés lorsque certains anciens pensionnaires, en retournant chez eux, seraient devenus abuseurs à leur tour. En effet, selon les pionnières américaines sur le sujet Brave Heart et DeBruyn (1998) ainsi que selon les chercheuses

canadiennes Haskell et Randall (2009), les problèmes psychosociaux que connaissent actuellement les autochtones seraient une réaction à ce traumatisme historique. En effet, au sein de la littérature scientifique, le terme de traumatisme historique renvoie à l'accumulation historique d'expériences de blessures collectives liées au colonialisme dont les effets vulnérabilisants seraient transmis de générations en générations au sein d'un même groupe culturel (Hartmann et Gone, 2014; Kirmayer, Gone et Moses, 2014). Le résultat sur la psychologie de l'individu serait apparenté à un deuil complexe et non-résolu, donnant lieu à une symptomatologie mixte incluant généralement des niveaux importants d'anxiété, une propension à la dépression, un manque général d'estime de soi, des réactions traumatiques à certains événements de vie, et un risque suicidaire accru (Brave Heart et DeBruyn, 1998; Haskell et Randall, 2009).

Dans cet esprit, le phénomène du suicide autochtone doit donc être compris à la lumière des événements traumatiques vécus par les générations antérieures. Mêlant des experts canadiens en psychologie et en anthropologie, l'équipe de Tousignant, Laliberté, Bibeau et Noël (2008), stipule que pour faire une analyse rigoureuse du suicide au sein des autochtones aujourd'hui, il faut en effet « regarder du côté de la génération qui a précédé la cohorte récente de suicides. » (p.115) Bon nombre de chercheurs, à travers des études à devis tant quantitatifs que qualitatifs, ont observés des corrélations significatives entre l'expérience des pensionnats autochtones par des membres de la communauté, par un parent, ou par un grand-parent, avec le suicide des jeunes autochtones (Bull, 1991; Elias, Mignone, Hall, Hong, Hart et Sareen, 2012; Working Group for a Suicide Prevention in Nunavut, 2009). Témoinnant en effet des répercussions intergénérationnelles du régime des pensionnats autochtones, les enfants et petits-enfants des anciens élèves pensionnaires seraient les plus susceptibles de connaître un risque suicidaire. C'est ce que conclue l'étude manitobaine d'Elias et al. (2012), qui a démontré empiriquement par le moyen d'analyses de régression linéaire le lien entre l'exposition directe (i.e. avoir séjourné dans un pensionnat) ou indirecte (i.e. avoir un proche qui a séjourné dans un pensionnat) aux pensionnats et les

comportements suicidaires de 2953 membres des Premières Nations du Canada. Sans faire appel aux devis empiriques, d'autres auteurs ont proposé quant à eux de considérer le traumatisme historique comme un récit personnel ou social, c'est-à-dire une façon de se raconter, individuellement comme socialement, et de s'expliquer les problèmes psychosociaux et les nombreux suicides à la lumière du passé colonial vécu comme traumatique. C'est ce que suggère l'étude américaine de Wexler (2009), qui a observé que les adolescents et jeunes adultes Inupiat⁹ font généralement appel aux narrations historiques colonialistes pour s'expliquer leur désespoir et le suicide des leurs. En tant qu'individu, en effet, porter cet héritage de traumatisme historique en son identité narrative et donc sa façon de se raconter soi-même peut contribuer à des difficultés personnelles profondes. C'est en ce sens qu'on identifie le plus souvent les pensionnats comme étant essentiellement la « cause » du suicide des jeunes autochtones, bien que personne ne se suicide expressément parce qu'un parent ou grand-parent ait fréquenté les pensionnats (Working Group for a Suicide Prevention in Nunavut, 2009).

1.1.4.3 Facteurs de risque liés à la collectivité

De façon intéressante, les études de Chandler et ses collaborateurs (1998, 2010) ont montré comment les efforts politiques de réappropriation culturelle et politique de différentes communautés autochtones de l'Ouest Canadien peuvent être associés à la baisse des taux de suicide au sein des jeunes de la communauté. Les chercheurs ont mesuré le niveau de réappropriation culturelle selon certains marqueurs : les revendications territoriales, l'autonomie gouvernementale, l'autonomie dans la gestion de l'éducation, des services de santé, des services de police et de protection locaux contre l'incendie, et la présence de lieux culturels accessibles à la collectivité. Ils ont remarqué que plus une communauté autochtone est maîtresse de ses institutions, plus elle

⁹ Les Inupiat sont un peuple autochtone de l'Alaska.

assure une continuité culturelle à ses membres et, sur le plan individuel et psychologique, un sentiment de continuité personnelle. Le caractère crucial de ce sentiment de continuité ou de discontinuité culturelle et personnelle sur le suicide des jeunes autochtones a été démontrée dans les recherches de Chandler et collaborateurs (1998, 2010). Et au contraire, moins la communauté autochtone possède les moyens de gérer elle-même ses services et ses institutions, moins elle assure un sentiment de continuité culturelle et personnelle à ses membres. Elle est alors plus susceptible de montrer un taux de suicide élevé chez le groupe des adolescents et jeunes adultes (Chandler et Lalonde, 1998; Chandler et al., 2010).

Dans leur étude, Tousignant et al. (2013) ont identifié des politiques sociales pouvant avoir un impact sur le niveau de bien-être des individus autochtones au sein d'une communauté, et conséquemment influencer leur risque suicidaire. Premièrement, les auteurs reconnaissent l'importance que la communauté puisse elle-même gérer l'application des lois entourant la protection de la jeunesse. Cela favoriserait par exemple l'adoption d'enfants en besoin à l'intérieur des communautés plutôt qu'à l'extérieur, et cela aurait conséquemment un impact à long terme sur la continuité de l'identité culturelle des enfants adoptés par d'autres membres de la même communauté. Deuxièmement, les auteurs affirment que l'implication des communautés autochtones dans l'administration de la justice peut avoir un impact majeur et positif sur le développement d'un environnement judiciaire sécuritaire et de confiance au sein des communautés. Troisièmement, les auteurs stipulent que l'accès aux logements salubres et confortables selon les particularités du climat nordique a un rôle non-négligeable dans la santé mentale des individus et des familles autochtones. En somme, Tousignant et al. (2013) nous rappellent que le suicide est loin d'être un problème strictement psychologique, et que pour bien comprendre cette problématique au sein des autochtones, il nous faut aussi examiner les contextes très concrets de la vie quotidienne.

En demeurant dans le domaine du communautaire, nous retrouvons chez les autochtones un niveau de chômage supérieur à la moyenne canadienne. Selon les données de Statistique Canada (2011), en 2009, le taux d'emploi chez les autochtones était en moyenne de 57%, soit légèrement inférieur à celui des canadiens non-autochtones (i.e. 62%). Dans la même année, le taux de chômage était de 13,9%, contre 8,1% chez les non-autochtones. Chez les Inuits, le taux de chômage en 2006 était près de quatre fois plus élevé que leurs homologues canadiens, soit 19% contre 5,2% (Gionet, 2006). Le chômage serait fortement corrélé au risque suicidaire dans la population occidentale (Agerbo, 2003). Au Canada, Bagley (1991) a remarqué une corrélation importante entre le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté et le taux de suicide dans les communautés autochtones nord-américaines. Chez les autochtones des États-Unis, Lester (1995) a également observé que les taux de suicide dans trois communautés pouvaient être associés avec les taux de chômage.

1.1.4.4 Facteurs de risque liés à la famille

En comparaison à la population canadienne générale, les enfants autochtones du Canada seraient plus susceptibles d'être exposés à la violence conjugale de leurs parents, ou d'être victimes eux-mêmes de violences physiques et sexuelles (MacMillan, MacMillan, Offord et Dingle, 1996). Dans la population américaine, Turner, Finkelhor et Ormrod (2006) ont observé que l'exposition répétée à la violence conjugale, de même que les abus sexuels intrafamiliaux peuvent avoir un effet important sur le développement et la santé mentale de l'enfant, pouvant aller jusqu'à des conséquences graves comme le suicide. Selon l'étude de Boothroyd et al. (2001) menée au Nunavik, les abus sexuels subis à l'enfance seraient également des facteurs de risque significativement liés au suicide des jeunes inuits. Dans l'étude de Fraser, Geoffroy, Chachamovich et Kirmayer (2015), qui est fondée sur la même collecte de données que celles de notre étude, les abus sexuels à l'enfance seraient corrélés à un

risque suicidaire accru chez les jeunes adolescents et adolescentes inuits du Nunavut. Dans cet ordre d'idées, rappelons que selon la théorie interpersonnelle du suicide, la capacité à s'infliger des blessures mortelles s'acquiert par l'exposition répétée à de la violence, qu'elle soit d'ordre physique, psychologique ou sexuelle (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

Dans la population générale, nous savons que les conflits avec les parents peuvent favoriser le développement d'un risque suicidaire chez les adolescents (Lamis et Jahn, 2013). Chez les adolescents autochtones de l'Alaska, Dinges et Duong-Tran (1993) ont remarqué que les conflits avec les parents étaient associés à la dépression et à un plus grand risque suicidaire. Selon les données recueillies dans l'étude de Boothroyd et al. (2001) au sujet de jeunes inuits décédés par suicide, 22,5% d'entre eux avaient vécu des conflits majeurs au cours de leur vie avec leurs parents, et 21,2% avaient connu de la négligence parentale. Chez 4,2% d'entre eux, les conflits avec les parents avaient précipité le passage à l'acte.

Une étude du Gouvernement du Canada (2006) montre que les jeunes autochtones dont un membre de leur famille immédiate est décédé par suicide dans les 12 derniers mois sont plus à risque de se suicider (34% contre 18%). Luke et al. (2013) ont observé auprès des adolescents autochtones de l'Australie que le fait d'avoir un membre de la famille ou un ami proche décédé par suicide dans les 12 derniers mois était associé à un plus grand risque suicidaire. Dans l'étude de Chachamovich et al. (2013), qui rend compte des mêmes données que celles de notre étude, le fait d'avoir un ou plusieurs membres de la famille décédés par suicide était un facteur de risque suicidaire important chez les personnes inuites du Nunavut.

1.1.4.5 Facteurs de risque liés aux vulnérabilités individuelles

Dans la population générale, il a été démontré que les idéations et tentatives de suicide passées sont parmi les facteurs prédictifs les plus forts du suicide (Brent, Perper, Kolko et Zelenak, 1988). Dans leur étude menée au Nunavik parmi les adolescents et jeunes adultes inuits, Kirmayer, Malus et Boothroyd (1996) ont observé que 43% de leurs participants auraient eu des idées suicidaires durant leur vie, et que 34% d'entre eux auraient fait au moins une tentative de suicide. Dans une autre étude au sein de la même population, on observe 38% d'idéations suicidaires et 22% de tentatives de suicide au cours de la vie (Kirmayer et al., 1998a). Dans l'étude canadienne de Fraser et al. (2015), on observe des tentatives de suicide chez 39% des adolescentes et jeunes femmes inuites, et 22% chez les adolescents et jeunes hommes inuits. En comparaison, on observe 15% d'idéations et 4% de tentatives de suicide dans la population canadienne.

Dibden (1991), qui a œuvré plusieurs années à titre de pédiatre dans la ville d'Iqaluit au Nunavut, identifiait l'ennui chronique comme étant un problème récurrent chez les adolescents inuits. Kirmayer et al. (1994) ont pour leur part remarqué que l'ennui était l'un des motifs principaux du suicide chez les adolescents inuits. Ceux-ci rapportaient en effet des sentiments d'ennui en raison d'un manque d'activités, de travail, et plus généralement de possibilités à l'horizon de leur existence. Kirmayer et al. (1994) suggèrent que l'ennui pourrait révéler une fonction de minimisation de la détresse ressentie intérieurement et du vide de sens marquant leur existence. En effet, des études approfondies laissent penser qu'au-delà du sentiment rapporté de l'ennui, il y a potentiellement une souffrance importante familière à celle de la dépression, du désespoir et de l'idéation suicidaire (Lester, 1993). Plus récemment, Luke et al. (2013) ont remarqué que l'ennui chronique était corrélé à un plus grand risque suicidaire au sein des adolescents autochtones de l'Australie.

Plusieurs études semblent démontrer que l'intoxication à l'alcool et d'autres substances psychoactives est un facteur de risque important du suicide chez les autochtones de façon générale ainsi que les Inuits en tant que groupe autochtone en particulier (Chachamovich et al., 2013; Gould, Greenberg, Velting et Shaffer, 2003; Isaacs et al., 1998). Dans l'étude de Kirmayer, Malus et Boothroyd (1996) menée auprès de jeunes inuits du Nunavik, 37% de ceux-ci rapportaient avoir utilisé des solvants et 5% l'auraient fait sur une base mensuelle. Fraser et al. (2015) remarquaient que l'abus d'alcool était associé à des tentatives de suicide chez les jeunes hommes et femmes inuites. Pour les jeunes hommes en particulier, la consommation abusive de marijuana et d'autres substances était également associée à des tentatives de suicide. Enfin, il convient de noter que l'abus de substances est relié étroitement avec d'autres facteurs de risque du suicide commun chez les jeunes autochtones, tels que les antécédents familiaux d'abus d'alcool, les difficultés de performance à l'école et la faible identification à la culture traditionnelle. C'est ce qu'a tenté de refléter l'étude de May, Van Winkle, Williams, McFeeley, DeBruyn et Serna (2002) au sein des autochtones du Nouveau-Mexique dans le sud des États-Unis.

Il est communément admis que la santé mentale des individus est le facteur le plus déterminant du suicide, et cela dans la population générale comme dans la population autochtone (Evans, Hawton et Rodham, 2004; Fleischman, Bertolote, Belfer et Beautrais, 2005). Un examen des dossiers médicaux d'adolescents et jeunes adultes britanniques montre que 70 à 95% des cas souffraient avant leur décès de troubles mentaux, notamment de dépression majeure (Houston, Hawton, Sheppard, 2001). Chez des autochtones des États-Unis, la dépendance à l'alcool et le trouble de stress post-traumatique seraient les troubles mentaux les plus communs retrouvés chez ceux qui sont décédés par suicide (Beals, Manson, Whitesell, Spicer, Novins et Mitchell, 2005).

Plus près de notre étude, Chachamovich et al. (2013), ont identifié les troubles dépressifs et les troubles du comportement comme étant les facteurs de risque les plus

fortement corrélés au suicide chez les personnes inuites du Nunavut. Basée sur le même échantillon de recherche, l'étude de Fraser et al. (2013) a révélé qu'un score élevé de détresse psychologique était associé à un plus grand risque suicidaire. Boothroyd et al. (2001) ont montré que près du quart des personnes inuites qui se sont suicidées avaient reçu dans leur vie un diagnostic psychiatrique, notamment de dépression, de trouble de la personnalité ou de trouble des conduites. Dans une autre étude, les mêmes chercheurs ont remarqué que ces jeunes avaient vécu des expériences de détresse psychiatrique dans l'année précédant leur décès par suicide (Kirmayer et al., 1998a).

1.1.4.6 Facteurs de risque liés aux événements de vie

Aux États-Unis, Stroebe, Stroebe et Abakoumkin (2005) ont démontré l'existence d'un lien entre le deuil compliqué et le risque suicidaire dans la population générale. Déjà en 1994, Kirmayer (1994) considérait que le deuil compliqué pouvait être un facteur de risque important dans l'étiologie du suicide au sein des Autochtones canadiens. Dans une autre étude menée au Nunavik, Kirmayer et al. (1998a) avaient fait remarquer que le suicide était corrélé positivement au deuil d'un proche. Aussi, les chercheurs américains Borowsky, Resnick, Ireland et Blum (1999) ont associé le fait d'avoir un ami qui a tenté de mettre fin à sa vie ou qui s'est suicidé à un plus grand risque suicidaire au sein des Autochtones de l'Alaska.

Selon un document officiel des Affaires Indiennes du Nord Canadien (2006), les autochtones seraient souvent surreprésentés dans les prisons fédérales, composant en moyenne jusqu'à 18% de la population carcérale. Dans les prisons provinciales, ce chiffre monterait parfois jusqu'à 80% de la population carcérale selon les provinces et territoires (Beattie, 2005). En règle générale, il est connu que les personnes à l'intérieur des prisons sont plus à risque de suicide que celles à l'extérieur (Hayes, 2012). C'est ce qui est observé chez les Autochtones de l'Alaska, où l'emprisonnement, la détention

et le fait d'avoir des démêlés avec la justice constitueraient des facteurs de risque importants du suicide (Duclos, LeBeau et Elias, 1994).

En somme, nous avons constaté la prévalence marquée du suicide parmi les populations autochtones. Nous avons exploré les différentes catégories de facteurs de risque, passant progressivement ceux que nous pourrions qualifier de plus « distaux » aux plus « proximaux ». Nous avons tenté de présenter sommairement les facteurs de risque suicidaire liés à l'histoire et à la culture, à la collectivité, à la famille, aux vulnérabilités individuelles et, finalement, aux événements de vie. Les divers facteurs de risque peuvent avoir un effet variable selon les différences individuelles, mais aussi selon les familles, les communautés et d'autres facteurs environnementaux. À l'exception des événements de vie, les facteurs de risque présentés plus haut ont généralement un effet « prédisposant » ou « contribuant », c'est-à-dire augmentant le risque suicidaire des individus à long terme. Les facteurs de risque liés aux événements de vie ont généralement un effet « précipitant », c'est-à-dire pouvant contribuer immédiatement au risque suicidaire et ainsi favoriser les conditions d'émergence d'un passage à l'acte. À ce sujet, plusieurs études révèlent que les ruptures amoureuses sont les facteurs précipitants ou déclencheurs les plus communs d'une tentative de suicide chez les jeunes inuits (Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2000, 2009, 2012, 2013; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Wexler et al., 2009; Weyer, 1932). Il convient ici de poursuivre cette observation, et d'étudier de façon ciblée et approfondie les relations amoureuses et les difficultés amoureuses ainsi que leurs liens possibles avec le suicide.

1.2 Les relations et les difficultés amoureuses chez les adolescents et jeunes adultes inuits

Dans cette section, nous faisons appel à la littérature scientifique rendant compte des relations et des difficultés amoureuses relativement aux adolescents et jeunes adultes dans la population générale, et plus spécifiquement au sein de la population inuite. Pour ce faire, nous tentons d'abord de conceptualiser les relations amoureuses ainsi que les difficultés amoureuses telles qu'elles se manifestent à cet âge dans la population générale. Ensuite, nous rendons compte de perspectives théoriques entourant celles-ci. Finalement, nous faisons état de ce qui existe déjà dans la littérature scientifique entourant le suicide et les difficultés amoureuses au sein de la population des adolescents et jeunes adultes inuits. Comme nous le verrons cependant, cette littérature s'avère lacunaire et c'est pour cette raison que nos objectifs de recherche tenteront de répondre à certaines de ces lacunes.

1.2.1 Définitions des relations et des difficultés amoureuses

1.2.1.1 Définition de la relation amoureuse

Dès la naissance, l'être humain est appelé à être en relation. Le nourrisson développe ses premières relations avec ses parents, qui sont ses figures d'attachement et qui ont comme fonction principale la satisfaction de ses besoins primaires. À travers le développement de l'enfant, les dynamiques relationnelles deviennent de plus en plus complexes. Selon Baumeister et Leary (1995), les besoins affectifs de l'individu traduisent toujours un besoin fondamental de l'être humain : celui de l'intimité. L'intimité au sens général renvoie à une forme d'attachement marqué par la proximité, l'authenticité, la confiance et l'affection. Bien que le besoin fondamental d'intimité soit présent à tous les âges de la vie, ses modes de satisfaction diffèrent selon l'âge. En

effet, le bébé, l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte satisferont leurs besoins différemment. Selon la théorie du développement psychosexuel de Freud (1905/2011), l'enfant connaît des satisfactions ou des frustrations relatives à des zones érogènes (i.e. orales, anales, phalliques, latentes et génitales) selon la maturité de son appareil psychique. La personne connaîtrait donc des modes relationnels traduisant d'abord une sexualité dite infantile jusqu'à une sexualité dite adulte. Ainsi, arrivé à un certain âge, la personne expérimenterait ses premières relations amoureuses impliquant non pas un parent ou une figure de soin (i.e. où l'on parle davantage d'un amour maternel), mais une autre personne au même niveau développemental qu'elle. Selon Dolto (1988), ce serait généralement à partir de l'âge de 14 ans que le garçon ou la fille développerait un intérêt romantique envers l'autre, et où il ou elle pourrait être tenté d'avoir des relations dites amoureuses (i.e. au sens ici d'un amour romantique). Parvenu à l'adolescence, où les besoins sociaux et interpersonnels sont très vifs, l'adolescent sera dès lors préoccupé par le désir d'expérimenter des rapprochements amoureux ou sexuels avec un ou une de ses pairs.

Plusieurs affirment que l'amour et les relations amoureuses sont au cœur des préoccupations de l'existence humaine (May, 1969/2007; Tillich, 1973), et ceci est d'autant plus valide chez les adolescents (Dolto, 1988; Furman, 2002; Furman et Schaffer, 2003; Furman et al., 2007). De façon plutôt générale, Thériault (1995) définit la relation amoureuse en tant qu'espace relationnel unissant une personne à une autre. Pour sa part, Gaia (2002) identifie sept éléments composant l'intimité : (1) le dévoilement de soi, (2) l'expression des émotions, (3) la confiance envers l'autre, (4) le soutien, (5) le désir physique, (6) le sentiment de proximité, et (7) le partage ou la mutualité de l'intimité. Selon Sternberg (1988), l'amour serait constitué par trois composantes essentielles : (1) l'intimité, le désir de proximité et la dépendance à l'autre; (2) l'engagement envers le projet conjugal; et (3) la passion en tant qu'attrait physique et affectif suscité par l'autre. Sternberg (1988) propose une typologie des formes de l'amour découlant de son modèle tripartite, décrivant et différenciant par

exemples l'amour obsessionnel (passion) de l'attraction (intimité), ou l'amour romantique (passion et intimité) de l'affection (engagement et intimité). Dans le modèle de Gaia (2002) comme celui de Sternberg (1988), l'intimité est une partie intégrante de la relation amoureuse. Du grec *intimus*, le terme « intimité » renvoie étymologiquement à ce qui est profondément intérieur, mais aussi à ce qui lie étroitement des choses entre elles. Selon Quintin (2018), l'intimité est un enchevêtrement affectif, où les deux personnes intimes sont à la fois aimées et aimantes l'une envers l'autre. Cette intimité amoureuse en tant qu'espace relationnel aimant/aimé amènerait les personnes concernées à éprouver des formes d'affection, de désir, d'engagement, ou encore de connaissance de l'autre. Sur le plan opérationnel, les relations amoureuses peuvent donc être comprises comme des relations interpersonnelles teintées par des degrés différents d'intimité, d'engagement et/ou de passion (Gaia, 2002; Sternberg, 1988; Quintin, 2018). Voyons maintenant comment peuvent être définies les difficultés vécues dans les relations amoureuses.

1.2.1.2 Définition des difficultés amoureuses

Les difficultés amoureuses peuvent être comprises comme des caractéristiques, situations, ou événements de la vie amoureuse qui ont pour effet d'altérer, de compromettre ou de remettre en cause la qualité de l'amour, de l'intimité ou de l'engagement au sein de la relation amoureuse. Elles sont donc des obstacles ou défis que rencontrent inexorablement, voire nécessairement, les partenaires amoureux, pouvant amener de l'adversité vécue par au moins un des partenaires. Dans l'étude de Geiss et O'Leary (1981), des thérapeutes conjugaux ont identifié la fréquence et la sévérité des difficultés amoureuses les plus souvent rencontrées : problèmes de communication, attentes irréalistes, manque de sentiments amoureux, enjeux de pouvoirs, problèmes individuels et infidélités. Plus récemment, dans leur étude au sein de la population nord-américaine, Hsueh, Morrison et Doss (2009) ont sondé 1252

personnes en couple afin d'identifier les principales difficultés que ceux-ci connaissaient dans leur relation amoureuse :

- Problèmes liés à la communication;
- Distance émotionnelle entre les partenaires;
- Manque d'affection ou de rapports sexuels;
- Partenaire critique à l'égard de l'autre;
- Difficultés liées à l'engagement;
- Manque de temps de qualité entre les partenaires;
- Conflits et tensions au sein du couple;
- Conflits liés à l'éducation des enfants;
- Problèmes personnels;
- Infidélités et relations extraconjugales;
- Problèmes de confiance ou jalousie;
- Problèmes de santé mentale d'un partenaire;
- Problèmes liés à des relations précédentes;
- Utilisation ou abus de substances d'un partenaire;
- Abus ou violence conjugale de la part d'un partenaire.

Les chercheurs de cette étude ont observé que les cinq difficultés amoureuses les plus fréquemment rapportées étaient : (1) les problèmes dans des secteurs spécifiques de leur relation, (2) les problèmes individuels, (3) les problèmes liés à la communication, (4) les conflits et tensions, et (5) la distance affective (Hsueh et al., 2009).

Il va de soi que la portée et le sens des difficultés amoureuses peuvent être différents pour chaque personne, dépendamment d'une multitude de facteurs et d'éléments issus du contexte dans lequel cela survient. Dans tous les cas, les difficultés vécues dans les relations amoureuses peuvent générer un continuum d'expériences allant de l'indifférence (e.g. détachement, stoïcisme) à la crise (e.g. peine d'amour, crise existentielle, crise suicidaire). Dans des cas plus paradoxaux, elles peuvent aussi faire émerger des sentiments de délivrance (e.g. dans le cas du soulagement dû à la fin d'une relation inconsciemment ou fondamentalement indésirable) ou de satisfaction (e.g. dans le cas du masochisme où la personne éprouve une gratification au fait d'être rejeté ou blessé par l'autre). Qui plus est, ces expériences peuvent s'opérer à des niveaux conscients ou inconscients.

Les difficultés amoureuses peuvent ébranler les valeurs, les croyances et les perceptions qu'une personne peut entretenir envers : elle-même (e.g. la croyance d'être parfaite, spéciale et intouchable, le sentiment de valeur personnelle, et la perception ou la connaissance de soi), envers autrui (e.g. les idéaux et aspirations relatifs au couple, la confiance envers le partenaire, de même que la perception ou la connaissance de ce dernier), et envers le monde de façon plus générale (e.g. la croyance que les couples ont la capacité de surmonter toutes les difficultés, la déception quant au destin de la relation, la valeur de l'amour, la confiance aux gens, et la perception des relations en général). En ce sens, les difficultés amoureuses ont le potentiel d'avoir un impact profondément marquant et multidimensionnel sur une personne. Enfin, au-delà des considérations plus générales que nous avons exposées jusqu'ici, les perspectives suivantes permettent d'offrir une compréhension théorique plus approfondie des relations ainsi que des difficultés relatives à la vie amoureuse.

1.2.2 Perspectives théoriques des relations et difficultés amoureuses

En cohérence avec les perspectives théoriques qui ont précédemment été présentées en lien avec le suicide, nous présentons ici les perspectives théoriques développementales, interpersonnelles, existentielles, et finalement sociohistoriques en ce qui a trait aux relations et aux difficultés amoureuses dans la population générale, et plus particulièrement, lorsque la littérature spécifique existe, chez les adolescents et les jeunes adultes inuits.

1.2.2.1 Perspectives développementales

Comme nous l'avons brièvement énoncé plus haut, la période développementale de l'adolescence et du début de l'âge adulte est constituée de multiples transitions et mutations entourant la vie biologique, psychologique et sociale, mais aussi les priorités et les objectifs de vie (Dolto, 1988; Rao et al., 1999)¹⁰. Selon Laub, Nagin et Sampson (1998), le début des relations amoureuses est une transition très importante marquant la fin de l'enfance et le début de l'adolescence. Sur le plan biologique, les adolescents font face à des changements hormonaux, neurologiques et corporels associés à la puberté en tant que maturation sexuelle. Sur le plan psychologique, l'adolescence est un moment crucial dans la vie d'un individu développe de forts liens interpersonnels à travers les groupes d'appartenances, les amis ou les relations amoureuses (Cassidy et Shaver, 1999). Selon Dolto (1988), ce serait à partir de l'âge de 11 ans que les adolescents et adolescentes commencent à avoir des intérêts pour la sexualité, par exemple par la découverte de leur propre anatomie sexuelle. À partir de 14-15 ans,

¹⁰ Une fois de plus, tout en reconnaissant les différences culturelles en ce qui a trait aux perspectives développementales quant aux relations amoureuses des jeunes inuits et des jeunes non-inuits, la littérature sur le sujet suggère que les théories développementales « occidentales » s'appliquent quand même (Centre de Collaboration Nationale de la Santé Autochtone, 2013).

ceux-ci peuvent commencer à avoir un intérêt pour le sexe opposé, et ainsi vouloir développer des rapports amoureux avec d'autres personnes de leur âge (Dolto, 1988). En effet, c'est surtout à partir de cet âge que les adolescents ont tendance à former des relations amoureuses basés sur des formes d'intimité, d'engagement et de passion romantique (Sternberg, 1988), mais aussi de dévoilement de soi, d'expression affective, de confiance, de soutien, de désir, de proximité et de mutualité (Gaia, 2002).

Suivant la théorie du développement psychosocial d'Erikson (1950/1993), l'adolescence (i.e. entre 12 et 20 ans) est une période de consolidation de l'identité, préalable à la création et au maintien des liens affectifs à l'extérieur du noyau familial. Selon lui, les relations amoureuses à l'adolescence ont pour effet de clarifier l'identité de l'adolescent à travers l'expérience à la fois fondatrice et confrontante de l'altérité avec le partenaire. Selon une étude menée aux États-Unis, jusqu'à 35% des adolescents entre 13 et 17 ans rapportent avoir vécus une relation amoureuse (Lenhart, Anderson et Smith, 2015). Même si ces relations sont parfois de très courtes durées, Sorensen (2007) fait remarquer qu'elles ont cependant un rôle déterminant dans la vie et le développement des adolescents (Sorensen, 2007). Furman (2002) observe que les relations amoureuses ont en effet une grande place dans les préoccupations des adolescents. Au début de l'adolescence, bien que ceux-ci soient très préoccupés par les questions relatives à l'amour, on retrouve peu de comportements comme celui de sortir ensemble, former un couple, ou s'embrasser sur la bouche, par exemple (Sorensen, 2007). Dans l'adolescence tardive (i.e. entre 15 et 19 ans), les relations amoureuses prennent alors une place centrale dans la vie sociale des adolescents, comme ils passent plus de temps avec leur partenaire amoureux que leur famille ou leurs amis (Furman, 2002; Furman et Schaffer, 2003; Furman et al., 2007). Dépendamment de plusieurs facteurs (i.e. personnels, familiaux, culturels, etc.), c'est généralement vers l'âge de 17 ans que les adolescents et adolescentes connaîtront leur première expérience sexuelle avec un partenaire (Maillochon, Ehlinger et Godeau, 2016; Statistique Canada, 2011).

À l'adolescence, la qualité de l'amour vécue avec le partenaire peut avoir des effets durables sur le plan de l'identité et l'estime de soi, de l'attachement à autrui, et du rapport à la sexualité (Barber et Eccles, 2003; Rondeau et al., 2008). Lorsqu'elles se terminent ou qu'elles sont empreintes de trop de difficultés, les relations amoureuses à l'adolescence peuvent être liées à des perturbations importantes sur le plan social, émotionnel et comportemental (Furman et al., 2007). La présence de certains facteurs de risque tels que des événements de vie (e.g. échecs scolaires, humiliations, échecs amoureux) peuvent amener une détresse émotionnelle importante et favoriser l'émergence de comportements à risque, voire augmenter le risque de passage à l'acte. En effet, les ruptures amoureuses à l'adolescence peuvent être associées au développement de symptômes dépressifs (Ha, Dishion, Overbeek, Burk, Rutger et Engels, 2013). Dans le contexte inuit, des auteurs font remarquer que les adolescents ont souvent tendance à s'engager dans des relations amoureuses et des rapports sexuels non-protégés à cet âge, menant souvent à des grossesses précoces (Archibald, 2004; Dibden, 1991; Moisan, Baril, Muckle et Bélanger, 2016).

Quant aux jeunes adultes, ceux-ci connaîtraient selon Erikson (1950/1993) une crise développementale caractérisée par le dilemme entre l'intimité et l'isolement. Dans ce dilemme développemental, les jeunes adultes seraient à la recherche d'une relation dans laquelle ils peuvent expérimenter l'amour, l'intimité, la sécurité, le souci de l'autre et l'engagement. S'ils connaissent des difficultés à ce niveau, c'est-à-dire dans le développement d'une relation intime satisfaisante, ceux-ci sont à risque de faire face à un sentiment d'isolement, ainsi que l'anxiété ou le désespoir qui peut être ressenti conséquemment (Erikson, 1950/1993). L'approche suivante nous informe quant à la nature de cet isolement, de l'anxiété et du désespoir pouvant découler d'une difficulté amoureuse.

1.2.2.2 Perspectives interpersonnelles

L'approche interpersonnelle de la psychologie s'insère dans le courant psychodynamique néo-freudien. Cette perspective reconnaît l'importance des relations interpersonnelles dans le développement de la personne et de la santé mentale. D'origine américaine, le point de vue interpersonnel en psychologie est représenté notamment dans les travaux de Harry Stack Sullivan (1953/1997), de Karen Horney (1950/1991) et d'Erich Fromm (1957/1985), dont nous exposons brièvement quelques idées pertinentes et utiles pour l'élaboration de notre contexte théorique.

Les travaux de Sullivan (1953/1997) sur le développement humain et sur les troubles relationnels rendent compte notamment du caractère crucial des relations intimes dans la vie des adolescents et des jeunes adultes. Suivant son approche interpersonnelle, l'apparition des premières relations amoureuses et sexuelles coïnciderait avec le besoin de sécurité et de protection contre l'anxiété et la solitude à travers l'expérience de l'intimité (Sullivan, 1953/1997). Tout en reconnaissant les différences biologiques liées à la puberté chez les garçons et les filles, ces besoins débuteraient à la préadolescence et augmenteraient en prenant graduellement de l'importance à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Les besoins d'intimité et de réassurance face à l'anxiété et la solitude auraient pour effet de motiver la création et l'organisation du monde social et relationnel de l'adolescent (Sullivan, 1953/1997). Comme nous avons vu avec la théorie interpersonnelle du suicide (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), l'effet suicidogène des frustrations des besoins d'appartenance prennent sens lorsque nous réalisons le caractère crucial des besoins socioaffectifs de sécurité personnelle et d'intimité pour contrecarrer l'anxiété et la solitude à l'adolescence, tel que décrits par Sullivan (1953/1997). L'adolescent aurait besoin, pour se sécuriser et s'épanouir, d'être relié à autrui par un lien affectif significatif à un groupe, à des amis ou à un amoureux, sans quoi il pourrait être plongé dans le sentiment d'insécurité et d'isolement. Le

développement d'une saine estime de soi chez l'adolescent serait grandement relié à la qualité de sa vie amoureuse, au partenaire amoureux, mais aussi aux problèmes et difficultés vécues dans la relation (Sullivan, 1953/1997). En effet, les difficultés amoureuses telles que les séparations, les échecs amoureux, les tensions, les problèmes sexuels, etc., auraient un effet majeur sur le développement et le maintien de l'estime de soi, pouvant déclencher des émotions importantes d'anxiété, de dépression, de culpabilité, de honte ou d'aversion. Pour Sullivan (1953/1997), les réponses aux besoins d'intimité et d'évitement de l'anxiété et de la solitude seraient déterminantes dans le développement personnel, relationnel et sexuel de la personne. Des insatisfactions ou frustrations majeures et chroniques pourraient selon lui mener à de graves problèmes dans l'équilibre psychique et la santé mentale des personnes (Sullivan, 1953/1997). L'intégration saine des frustrations et des satisfactions des besoins peut mener au développement d'une estime de soi stable et flexible ainsi qu'à une capacité mature à aimer et être aimé au sein des futures relations amoureuses.

Dans son livre *Neurosis and Human Growth*, la psychiatre Karen Horney (1950/1991) s'est intéressée à comment l'être humain tend à se réaliser et à croître à travers son développement. Comme plusieurs freudiens et néo-freudiens, elle reconnaît que le contexte de vie familiale et les premières années de vie sont déterminantes dans sa capacité à développer son plein potentiel et à développer des relations saines. Inversement, si à l'enfance un individu connaît un manque important, par exemple, au niveau de la chaleur humaine, de la sécurité ou de la liberté à s'affirmer, celui-ci peut en arriver à vivre ce que Horney (1950/1991) nomme l'anxiété de base, en tant que sentiment d'isolement, de désespoir et de sentiment de participation à un monde hostile. Cette anxiété fondamentale pourrait contraindre l'individu à éviter de s'engager pleinement, librement et authentiquement dans ses relations interpersonnelles. Il en viendrait donc à développer des besoins et mécanismes névrotiques qui orienteraient consciemment ou inconsciemment ses façons d'être en relation avec autrui. Horney (1950/1991) identifie donc trois mécanismes névrotiques, basés sur différents besoins

relationnels pouvant se manifester dans les relations interpersonnelles. Ces mécanismes sont (1) la recherche de conformité en tant qu'auto-effacement et soumission à autrui, (2) l'agression en tant que manipulation et quête narcissique d'admiration, et (3) le retrait en tant que détachement ou distanciation envers autrui. Ces mécanismes névrotiques peuvent s'avérer éclairants afin de comprendre les besoins et dynamiques relationnelles à l'œuvre dans les difficultés rencontrées dans les relations amoureuses.

Erich Fromm (1957/1985) explique dans son livre *The Art of Loving*, que l'amour constitue l'unique réponse valable au problème de l'existence humaine. En ce sens, le désir de fusion interpersonnelle que représente l'amour serait la force et la motivation la plus puissante dans la vie d'une personne, ce qui l'inciterait à se rassembler à d'autres personnes, à s'affilier à des groupes, à s'engager dans des communautés, etc. Pour Fromm, l'échec de l'amour « résulte en la folie, l'autodestruction ou la destruction d'autrui. » (p. 16) Fromm distingue la fusion, ou l'union symbiotique de deux individus, de l'amour qui se veut une union préservant l'intégrité et l'individualité des deux individus. Fromm (1957/1985) rend compte des différents objets d'amour : l'amour fraternel, l'amour maternel, l'amour divin, l'amour de soi, ainsi que l'amour érotique. Au sujet de l'amour érotique, qui correspond à ce que l'on entend plus généralement par les couples amoureux, il explique comme Sullivan (1955/1997) et Horney (1950/1991) que le développement de l'intimité amoureuse au sein du couple répond à un besoin de surpasser l'isolement fondamental de l'existence. Lorsqu'il y a un manque au niveau de la qualité et de l'intensité de cette intimité au sein du couple, l'un des membres pourrait tenter de renouveler l'intimité au sein de la relation, ou alors pourrait être amené à remettre en question celle-ci, voire à recréer l'intimité dans une nouvelle relation. Ce mécanisme de déplacement de l'intimité, qui correspond à ce que nous pouvons appeler l'infidélité amoureuse, pourrait dans certains cas servir d'illusion pour protéger l'individu du désespoir et de l'angoisse face à l'isolement (Fromm, 1957/1985). Dans la relation basée sur l'amour érotique, les partenaires s'identifient

l'un à l'autre, et répondent au problème que pose l'isolement existentiel en élargissant leur individualité par la formation du couple, ce qui demeure selon Fromm une expérience illusoire d'union fusionnelle, car tôt ou tard ils seront confrontés à nouveau à cet isolement existentiel.

En somme, les perspectives interpersonnelles, telle qu'elles sont avancées par Sullivan (1955/1997), Horney (1950/1991) et Fromm (1957/1985), sont particulièrement éclairantes en ce qui a trait aux besoins névrotiques qui organisent et dynamisent les relations interpersonnelles, et plus particulièrement les relations amoureuses¹¹. Il convient désormais d'explorer plus en détail les perspectives existentielles au sujet des relations et des difficultés amoureuses.

1.2.2.3 Perspectives existentielles

Le philosophe existentialiste Paul Tillich (1973) affirmait que l'amour est un phénomène ontologique. C'est en ce sens que certains théoriciens philosophes et psychologues ont tenté de comprendre le phénomène de l'amour dans une perspective ontologique, c'est-à-dire relativement à l'existence humaine. Leurs écrits demeurent à ce jour particulièrement éclairants quant aux relations amoureuses et aux difficultés expérimentées dans cette sphère. Dans cet essai, ces idées peuvent être utiles afin de comprendre les enjeux existentiels en jeu dans les relations amoureuses, et d'autant plus dans les difficultés relatives à la vie amoureuse.

¹¹ Il convient de noter, au passage que Karen Horney a souvent été associée au mouvement humaniste de la psychologie, de par ses idées sur la tendance fondamentalement humaine à s'auto-actualiser. Erich Fromm, pour sa part, est parfois représenté comme un psychanalyste humaniste. Ses idées, de même que ses méthodes liées à la clinique et à la recherche ont été inspirées par, et ont inspiré à leur tour, un certain nombre de théoriciens, psychologues et philosophes affiliés à l'approche existentielle.

Ludwig Binswanger (1942, cité par Coulomb, 2010), fondateur de l'analyse existentielle, s'est grandement intéressé à l'amour comme modalité fondamentale de liaison entre l'être et son monde (i.e. l'être-au-monde ou, en allemand, *Dasein*) et avec autrui (i.e. l'être-avec-autrui ou *Mitsein*) Son ouvrage de 1942, bien qu'il n'ait pas été traduit en français, a été repris et présenté à travers les travaux de Mireille Coulomb (2009, 2010), qui s'est intéressée à l'expérience du « Nous » amoureux, ou de la nostrité amoureuse. Phénoménologiquement, Coulomb (2009, 2010) conçoit que dans la formation d'une relation amoureuse, l'espace et le temps subjectifs deviennent un espace-temps intersubjectif, créant ainsi une nouvelle réalité expérientielle : le Nous amoureux. Cela rejoint la conception de Quintin (2018) au sujet de l'intimité en tant qu'enchevêtrement affectif. En effet, comme l'exprime Jonckheere (2000) de façon très sommaire, un « Je » et un « Tu » se rencontrent et s'unissent pour former un « Nous ». D'un point de vue existentiel et phénoménologique, la nostrité amoureuse est une expérience extatique au sens où elle consiste étymologiquement à « sortir de soi » (du grec *ek-sistere*), et à dépasser la subjectivité pour rencontrer l'autre dans le monde intersubjectif de l'être-ensemble. Coulomb (2010) parle alors d'une extension de l'être par la formation d'un être commun impliquant une participation mutuelle. Binswanger (1942, cité par Coulomb, 2010) fait remarquer que ce qui constitue l'essence de la psychopathologie, c'est l'impossibilité d'aimer proprement. Dans cet ordre d'idées, le couple peut par exemple se révéler une défense contre l'angoisse, un moyen pour combattre l'ennui, ou une motivation psychique perverse. Nous pouvons penser ici aux mécanismes interpersonnels névrotiques décrits par Horney (1950/1991). Lorsque les difficultés amoureuses compromettent ou ébranlent cette défense névrotique, la personne connaît alors une pire détresse : la confrontation aux données fondamentales de l'existence (e.g. finitude, isolement, liberté, absurdité, souffrance, culpabilité, etc.) et l'insécurité existentielle qui peut en être la conséquence (Berman, Weems et Stickle, 2006; Yalom, 1980/2016). En effet, selon Englebert (2019), fondant sa réflexion sur la pensée de Jaspers (1970), les difficultés de la sphère amoureuse sont des situations-limites, c'est-à-dire des événements de la vie exposant

la personne à ces réalités qui limitent l'existence et le confronte au néant. Cette expérience d'insécurité existentielle peut être une source d'angoisse ou de désespoir qui peut accroître le risque suicidaire, par exemple dans le cas d'une personne qui ne parviendrait pas à justifier le sens et la poursuite de sa vie après une adversité sur le plan amoureux (Frankl, 1946/2006; Jaspers, 1970).

Pour le philosophe français Jean-Paul Sartre, considéré comme étant l'une des grandes figures de la pensée existentialiste, les relations amoureuses ont le potentiel de nous faire expérimenter de nouvelles dimensions de soi-même et du monde dans lequel on vit (Deutch, 1978). Cependant, l'expérience de l'altérité dans l'intimité amoureuse peut également être angoissante, voire traumatisante. En effet, le don, le dévoilement et le partage de soi que représente l'intimité amoureuse peut être perçu comme un risque : en se présentant réellement et profondément à l'autre, la personne ne contrôle plus son image, et confère à l'autre le pouvoir de la connaître réellement, ou encore de la posséder, la juger ou la blesser (Skye, 2015). Selon Sartre, les partenaires amoureux ont besoin de dépasser l'angoisse d'être soumis, blessés ou jugés par l'autre, sans quoi ils ne connaîtront jamais de réelle intimité amoureuse (Deutch, 1978).

La passion, la beauté et le plaisir sont des aspects centraux de l'expérience du désir et de l'amour qui unie deux amoureux (Skye, 2015). C'est ce que reconnaît le philosophe danois Søren Kierkegaard (1943/1984), considéré le père de l'existentialisme, pour qui les relations amoureuses sont un phénomène fascinant puisqu'elles ont le pouvoir de transformer la vie d'un individu. Celui-ci se montre toutefois un critique acerbe de ce qu'il nomme les relations amoureuses esthétiques, c'est-à-dire les couples qui ne dépassent pas les plaisirs esthétiques (i.e. gratifications immédiates, sensualité et sexualité sans engagement ni intimité). Ce type de relations amoureuses sont pour lui superficielles, artificielles, témoignant d'une immaturité affective et d'un déni des réalités de l'existence. De plus, selon Kierkegaard (1943/1984), ces relations sont destinées à une fin précoce et au désespoir éventuel de ses membres. Pour lui, une

relation amoureuse authentique et pleine doit dépasser la phase esthétique pour en arriver à s'engager dans des choix communs, réfléchis et éthiques, à développer une réelle intimité, et à faire face ensemble aux réalités inévitables et constitutives de l'existence : la mort à travers la vie commune, la liberté à travers la responsabilité amoureuse, l'isolement à travers la rencontre authentique, et l'absurdité à travers la recherche conjointe de sens. Selon sa pensée originale, les partenaires amoureux doivent à la fois individuellement et conjointement prendre conscience de leur situation dans le monde et des limites de leur existence, et ainsi reconnaître les données fondamentales de l'existence en dépit de l'angoisse que cela génère (Kierkegaard, 1943/1984). Sans ce passage de l'esthétique à l'éthique, la fragilité de l'angoisse existentielle demeure laissée en arrière-fond à travers les développements conjugaux. L'angoisse doit être accueillie et travaillée dans, et par, le couple.

La position de Rollo May (1969/2007) au sujet de l'amour est intéressante. S'opposant à la conception freudienne qui stipule que l'investissement libidinal ou amoureux envers un objet autre que l'ego entraîne une réduction du narcissisme, May (1969/2007) avance que la personne amoureuse suffisamment saine et équilibrée acquiert un gain de confiance en soi, en autrui et en le monde à travers l'expérience d'une relation amoureuse basée sur la confiance, la sensibilité et l'ouverture à la vulnérabilité (Reeves, 1977). C'est en ce sens que le besoin d'intimité amoureuse répondrait à un besoin existentiel de relation, d'union et de transcendance. Dans cet esprit, la relation amoureuse se veut alors une réponse aux besoins fondamentalement humains d'être-au-monde et d'être-avec-autrui, c'est-à-dire de participer et de s'affilier à un projet, une cause, une communauté, ou une relation amoureuse. Pour citer le professeur Bernd Jager (2005) : « L'évolution humaine (...) commence par un narcissisme absolu et se termine par une nouvelle capacité d'aimer et d'être aimé. » (p. 17, traduction libre) Dans cet esprit, l'amour peut être compris comme étant la force existentielle unifiant l'être et son projet existentiel.

Après avoir exploré quelques avenues théoriques en ce qui a trait aux relations et difficultés amoureuses dans la population générale, il convient maintenant d'explorer les perspectives sociohistoriques des relations et difficultés amoureuses au sein de la population des adolescents et jeunes adultes inuits.

1.2.2.4 Perspectives sociohistoriques

Sans proposer une revue intégrale de l'histoire coloniale des autochtones du Canada, nous avons présenté un aperçu des événements historiques liés au colonialisme, et particulièrement de l'envoi des enfants dans les écoles résidentielles, ou pensionnats autochtones, que certains identifient comme l'épicentre du colonialisme. Kral (2009, 2012, 2013, 2014) avance que ces événements historiques ont affecté plusieurs sphères de la vie des Inuits du Canada, notamment l'affinité, au sens de lien affectif, dans le contexte de la vie familiale et amoureuse. Kirmayer et al. (2007) supposent que les ruptures de liens d'attachement, d'amour et d'affection ont eu et continuent à avoir un impact sur la problématique du suicide que l'on retrouve dans la population autochtone. Dans ce sens, Vitenti (2012) affirme que :

Le lien entre l'affection et le suicide est aussi soulevé dans la communauté et, même si on ne cherche pas une relation directe, on doit considérer la question comme faisant partie d'un large éventail de motivations qui poussent quelqu'un à s'enlever la vie. (p.223)

La vie sociale, communautaire, familiale et amoureuse, a toujours été particulièrement importante dans la culture inuite. Selon Balikci (1970), le couple représente dans la tradition inuite « l'unité collaborative de base » (p.103, traduction libre). Kral, Idlout, Minore, Dyck et Kirmayer (2009) va jusqu'à qualifier la vie relationnelle de « suprême » dans la conception de la santé mentale et le mode de vie inuit. Selon Alfred et Corntassel (2005), les relations sont le « noyau d'une identité indigène authentique »

(p.609, traduction libre). Ces relations renvoient notamment aux relations interpersonnelles, mais pas exclusivement : toutes les relations avec le territoire, la nature et les animaux, pour n'en nommer que quelques-uns, sont centrales dans l'idéal culturel autochtone. Kirmayer, Fletcher et Wyatt (2008) évoquent l'idée d'un soi écocentrique, c'est-à-dire d'une conception de soi dépassant l'individualité et se définissant par des aspects plus larges que le concept habituel de « personne », comme, justement : le territoire, la nature, ou la spiritualité. Selon eux, les Inuits manifestent bien cette idée d'écocentricité du soi. Le respect de ces relations est central en vue du maintien de la vie sociale et de la vie personnelle, et s'il y a un manque de respect dans la chaîne relationnelle, les conséquences sont lourdes, durables et généralisées (Brody, 1991, 2000). On comprend alors qu'une transformation ou une perte à ce niveau peut entraîner des conséquences importantes et multidimensionnelles chez les personnes inuites. Haskell et Randall (2009) proposent justement qu'au centre du traumatisme historique vécu et transmis intergénérationnellement au sein des Autochtones, il y a une perturbation au niveau de l'attachement et de l'altérité. Selon Kral et al. (2009), l'impact du colonialisme est essentiellement la diminution du sentiment d'appartenance des Inuits (i.e. envers leur langage, leur culture, leur tradition, etc.). À ce sujet, rappelons que le besoin d'appartenance est crucial dans l'étiologie du suicide (Joiner, 2005). En effet, la frustration du sentiment d'appartenance, comme cela peut être le cas dans l'expérience de la séparation amoureuse, peut augmenter le risque suicidaire (Kral et al., 2009).

Selon Condon (1988) et O'Neil (1986), la sphère sociale des adolescents inuits serait devenue encore plus importante suite aux transformations socioculturelles. Il est donc essentiel de considérer les impacts de ces transformations pour comprendre les enjeux d'attachement fragilisés chez ces derniers (Neckoway et al., 2007). En effet, pour reprendre les mots de Vitenti (2012) : « La question même des manifestations d'amour doit être vue à travers un contexte historique qui inclut l'expérience du pensionnat. » (p.221). Les pertes multiples engendrées par la séparation des enfants de leur famille,

de leur communauté, de leur langue et de leur tradition auraient favorisé la formation de liens très serrés et intimes entre les adolescents, notamment dans les rapports amoureux, dissimulant souvent une insécurité relationnelle (Kirmayer et al., 1998b). L'intensité de cette insécurité et (inter)dépendance relationnelle augmenterait la vulnérabilité aux difficultés interpersonnelles et amoureuse, et favoriserait par le fait même l'apparition de réactions excessives lors d'une difficulté amoureuse. En effet, Leineweber et Arensman (2003) constatent la même intensité affective vécue dans les moments de proximité et d'amour que dans les moments de ruptures ou de rejets, où les jeunes inuits sont grandement à risque de passer à l'acte ou de montrer d'autres réactions impulsives ou autodestructrices.

1.2.3 Difficultés amoureuses et suicide chez les jeunes inuits du Nunavut

Les recherches anthropologiques menées auprès des personnes inuites par Kral (2012, 2013, 2014; Kral et al., 2009) sont éclairantes quant à la nature des transformations socioculturelles des liens familiaux et amoureux, ainsi que de leurs conséquences chez les jeunes inuits suicidaires ou décédés par suicide. Kral (2012) fait d'ailleurs remarquer que, selon les jeunes suicidaires eux-mêmes, la vie amoureuse est source de beaucoup de conflits liés à leur passage à l'acte. En référence à Graburn (1969), il avance que les jeunes autochtones demeurent confus quant aux grandes questions entourant les relations amoureuses : comment être en couple, comment vivre l'intimité, comment faire perdurer la relation, comment gérer les difficultés amoureuses, etc.

Cette confusion pourrait être conséquente aux transformations des représentations sociales de l'amour, de la sexualité et de l'éducation des enfants occasionnées par la marginalisation en tant que forme d'acculturation (Berry, 2005 ; Graburn, 1969; Kral, 2009). Le fait de perdre des repères identitaires culturels et traditionnels, tout en étant exposé à de nouvelles représentations culturelles occidentales, aurait favorisé

l'émergence d'une confusion identitaire (Chandler et al., 2010 ; Usborne et Taylor, 2010). En effet, selon le Working Group for a Suicide Prevention in Nunavut (2009), l'exposition à des éléments culturels étrangers amènerait les jeunes inuits à reproduire et imiter des mœurs sociaux et amoureux étrangers à leur culture traditionnelle. En conséquence, ceux-ci connaîtraient des difficultés au niveau de la gestion des émotions et des mécanismes de coping relativement aux relations et aux difficultés amoureuses (Working Group for a Suicide Prevention in Nunavut, 2009). Dans les différentes études recensées, les difficultés se manifesteraient par des passages à l'acte lors de conflits ou frustrations (i.e. réactions agressives envers soi ou envers autrui), des comportements de manipulation, des séparations précipitées, des formes de dépendance affective, et des angoisses d'abandon (Leineweber, 2000; Kral, 2012, 2013).

Or, il a été rapporté à plusieurs reprises que les dimensions de la vie amoureuses ont un effet significatif, parfois même déclencheur (Kirmayer et al., 1998b), sur le suicide des adolescents et des jeunes adultes inuits (Kral, 2003, 2009, 2012, 2013; Kral et al., 2011; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Weyer, 1932; Wexler et al., 2009). En effet, plusieurs types de sources indiquent l'importance des difficultés amoureuses dans le passage à l'acte de ces jeunes. Kirmayer (1998b) rapporte que les aînés d'une communauté inuite identifiaient les difficultés amoureuses comme étant la cause principale du suicide chez les jeunes. De plus, une grande partie des jeunes inuits ayant fait une tentative de suicide rapportaient eux-mêmes que les problèmes liés à leur vie amoureuse étaient la raison de leur passage à l'acte (Kral, 2012). Également, Kral (2012) observait que la majorité des lettres suicidaires des jeunes inuits qui sont décédés mentionnaient des difficultés liées à leur relation amoureuse. Finalement, dans une révision des rapports du coroner de deux communautés inuites, Kral (2013) compte que 68% des suicides étaient en effet précipités par des séparations ou d'autres problèmes liés à la vie amoureuse.

1.3 Limites des connaissances actuelles

Lorsqu'il s'agit d'identifier quels sont les facteurs de risque déterminants dans l'étiologie suicidaire auprès d'un individu ou d'une population, il peut être pertinent de s'interroger sur le sens, l'importance et l'effet que peut avoir le facteur de risque en question sur le développement du risque suicidaire. En ce sens, bien qu'il semble raisonnablement bien établi que les difficultés amoureuses aient un effet déterminant sur le suicide auprès des adolescents et jeunes adultes inuits, les données à ce sujet demeurent limitées et il reste un flou conceptuel quant au sens, à l'importance et à l'effet que peut avoir la difficulté amoureuse au sein de cette population. La documentation actuelle offre peu d'informations spécifiques quant au lien entre les difficultés amoureuses et le suicide dans le contexte propre aux adolescents et jeunes adultes inuits du Nunavut.

1.4 Objectifs de recherche

Cette étude de nature descriptive et exploratoire repose sur un devis mixte. À partir d'une démarche rétrospective et comparative, nous cherchons à mieux comprendre le lien entre les difficultés amoureuses vécues à l'adolescence et au début de l'âge adulte et le suicide au sein de la population inuite du Nunavut.

Le premier objectif de cette étude consiste à examiner et décrire de façon quantitative la nature et la fréquence des difficultés amoureuses rencontrés à l'adolescence et au début de l'âge adulte (i.e. entre 15 et 30 ans)¹² par les personnes inuites décédées par

¹² Nous justifions dans une section ultérieure les raisons pour lesquelles la tranche d'âge entre 15 et 30 ans a été retenue.

suicide, en comparaison avec les personnes inuites vivantes avec et sans historique de tentative de suicide.

Le deuxième objectif consiste à examiner et décrire qualitativement, sur la base de leur vignette clinique, les difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte par les personnes inuites décédées par suicide, toujours en comparaison avec les personnes inuites vivantes avec et sans historique de tentative de suicide.

CHAPITRE II

MÉTHODE

2.1 Type de recherche

Cette recherche doctorale s'inscrit dans un devis mixte et repose sur l'analyse secondaire de données recueillies dans le cadre du projet de recherche *Learning from lives that have been lived*, ou en Inuktitut, *Qaujivallianiq Inuusirijauvalauqtunik* (Chachamovich, Haggarty, Cargo, Hicks, Kirmayer et Turecki, 2013). Cette recherche, dirigée par Gustavo Turecki, directeur du Groupe McGill d'Études sur le Suicide (GMES), et impliquant des chercheurs de la *Division of Social and Transcultural Psychiatry* de McGill, avait pour objectif d'identifier les facteurs de risque du suicide des personnes inuites. Pour ce faire, les chercheurs ont consulté par le moyen d'entrevues semi-structurées les proches-informants (e.g. parents, amis, conjoints, etc.) de deux groupes de participants : des participants inuits décédés suite à un suicide ainsi que des participants inuits vivants. Une même méthodologie, qui est détaillée dans les sections suivantes, a été appliquée aux participants des deux groupes. Les chercheurs se sont intéressés au parcours de vie des participants ainsi qu'aux circonstances entourant le suicide pour les participants décédés par suicide.

En premier lieu, il convient de présenter les détails méthodologiques de l'étude originale, tel qu'il a été rapporté dans l'article de Chachamovich et al. (2013). Ensuite, nous présentons les spécifications méthodologiques ayant été retenues pour la réalisation de notre étude exploratoire.

2.2 Spécifications méthodologiques pour l'étude originale

2.2.1 Participants

L'étude originale compte 120 participants inuits décédés suite à un suicide entre 2003 et 2006. Elle compte aussi 120 participants vivants qui ont été aléatoirement sélectionnés à partir du *Nunavut Health Care*. Les deux groupes de participants ont été pairés sur la base de leur communauté de provenance, leur genre et leur année de naissance. L'âge moyen des participants décédés était de 23,4 ans au moment du suicide. Puisque la collecte de données a été réalisée après la date de décès des participants décédés par suicide, les participants du deuxième groupe étaient donc en moyenne plus âgés que ceux du premier groupe au moment où l'entretien a été conduit. En moyenne, la différence entre leurs dates de naissance était de 59,3 jours, avec un minimum d'un jour et un maximum de 410 jours. Au sein des deux groupes, 99 (82,5%) participants étaient des hommes et 21 (17,5%) étaient des femmes¹³. Les participants des deux groupes étaient répartis selon 22 communautés du vaste Territoire du Nunavut, tel qu'il est illustré dans le tableau 2.1.

¹³ Cette proportion reste cohérente avec les taux de suicide que l'on rencontre au sein de la population inuite.

Tableau 2.1 Répartition géographique des participants de l'étude originale

Communauté	Participants décédés par suicide	Participants vivants
Iqaluit	14	14
Pangnirtung	13	13
Pond Inlet	12	12
Cape Dorset	10	10
Igloolik	10	10
Qikiqtarjuaq	10	10
Kugluktuk	9	9
Clyde River	6	6
Arctic Bay	5	5
Baker Lake	4	4
Gjoa Haven	4	4
Arviat	3	3
Cambridge Bay	3	3
Rankin Inlet	3	3
Coral Harbour	2	2
Hall Beach	2	2
Kugaaruk	2	2
Repulse Bay	2	2
Resolute Bay	2	2
Taloyoak	2	2
Chesterfield Inlet	1	1
Whale Cove	1	1
Total	120	120

2.2.2 Collecte de données

Les chercheurs de l'étude originale ont collecté les données par le moyen d'entrevues semi-dirigées auprès de 498 informants (i.e. 279 pour couvrir les trajectoires de vie de 120 participants décédés par suicide, et 219 pour couvrir les trajectoires de vie de 120 participants vivants). Respectivement à la méthode de l'autopsie psychologique et de la trajectoire de vie, que nous détaillons ci-dessous, ces entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès des informants, c'est-à-dire des proches des participants, et ce autant pour les participants décédés par suicide que pour les participants vivants, dans le but d'assurer une continuité dans la méthode de collecte de données.

2.2.2.1 Autopsie psychologique et trajectoire de vie

L'autopsie psychologique est une méthode souvent utilisée dans les études portant sur les populations ou les cas de personnes suicidées (Desaive, 2016). Dans l'étude originale, les chercheurs ont eu recours notamment à la méthode de l'autopsie psychologique afin de comprendre ce qui a poussé les participants à mettre fin à leur vie (Chachamovich et al., 2013).

L'étude du suicide requière une méthode particulière afin de reconstituer rétrospectivement les circonstances entourant la vie et le décès d'une personne suicidée. Créée par Robins, Murphy, Wilkinson, Gassner et Kayes (1959), l'autopsie psychologique¹⁴, aussi appelée la méthode de reconstruction rétrospective, a été développée afin de déterminer de manière post-mortem les causes du suicide et la présence de troubles mentaux pouvant avoir contribué au suicide. Par le moyen d'entrevues semi-structurées avec les proches-informants de la personne décédée, cette méthode amène donc à collecter le plus possible d'informations relatives aux circonstances entourant le décès, et quant à la présence de troubles mentaux. Au cours des années, cette méthodologie a passablement évolué afin d'ajouter des mesures psychologiques telles que l'impulsivité, la psychopathologie, l'historique de tentatives de suicide, qui sont tous des facteurs de risque connus du suicide (Chachamovich et al., 2013).

Les chercheurs de l'étude originale ont complété l'autopsie psychologique avec la méthode des trajectoires de vie. Cette méthode est une procédure permettant de rendre compte de façon encore plus détaillée du parcours de vie d'une personne suicidée (Séguin, Lesage, Turecki, Bouchard, Chawky, Tremblay, Daigle et Guy, 2007).

¹⁴ Lorsqu'on applique la méthode de l'autopsie psychologique à un groupe de participants vivants, nous parlons simplement d'une « étude rétrospective ».

Inspirée par les travaux de Caspi et al. (1996) et de Ensel, Peek, Lin et Lai (1996), cette méthode d'entrevue semi-standardisée de nature clinique sert à retracer les événements qui marquent la trajectoire d'un individu suivant 15 sphères de vie. Toutes composées de différentes variables plus spécifiques, les sphères de vie sont :

1. Les lieux de résidence;
2. La relation parent-enfant;
3. La vie amoureuse;
4. Les naissances et adoptions d'enfants;
5. La vie familiale;
6. Les épisodes de difficultés personnelles;
7. Les difficultés en rapport au jeu pathologique;
8. La vie académique;
9. La vie professionnelle;
10. La vie sociale;
11. Les séparations ou pertes;
12. Les autres difficultés;
13. Les expériences négatives;
14. Les facteurs de protection;
15. Les services de santé reçus.

La méthode des trajectoires de vie a été utilisée pour étudier les différents profils de trajectoires de vie des personnes suicidées au Nouveau-Brunswick (Séguin, Lesage, Turecki, Daigle et Guy, 2005), au Québec (Séguin, Renaud, Lesage, Robert et Turecki,

2011), et, pour une première fois au Nunavut avec l'étude originale menée par le Dr Turecki et d'autres chercheurs du GMES (Chachamovich et al., 2013).

Combinant donc les entretiens semi-dirigés, l'utilisation d'instruments standardisés et d'autres informations tels que les dossiers médicaux, l'autopsie psychologique et la trajectoire de vie offrent un portrait général du parcours de vie de l'individu et permet d'observer les facteurs de risque du suicide.

2.2.2.2 Déroutement de l'entrevue et passation de questionnaires

Les entrevues auprès des informants ont été effectuées par des membres intervieweurs de l'équipe de recherche, accompagnés si nécessaire par un traducteur-interprète. La durée, la fréquence, de même que le nombre d'informateurs présents étaient variables d'une entrevue à l'autre. Pour les participants décédés, une moyenne de 2,3 entrevues par sujet ont été réalisées, (i.e. 279 entrevues pour couvrir 120 participants). En ce qui a trait aux participants vivants, une moyenne de 1,8 entrevues ont été effectuées, (i.e. 219 entrevues pour couvrir 120 participants). La majorité des entrevues ont été réalisées avec un informant à la fois. Quelques entrevues ont été réalisées avec plus d'un informant à la fois, à la demande de celui-ci. Une grande proportion des entrevues a été effectuée avec les mères, les frères ou sœurs, les partenaires amoureux ou les amis du participant à l'étude (Chachamovich et al., 2013).

Les entrevues étaient semi-structurées. Elles étaient composées d'une combinaison de questions ouvertes et fermées, couvrant toutes les 15 sphères de vie énumérées plus haut. À l'aide des réponses de l'informant, le chercheur chargé de l'entrevue explorait et reconstituait ainsi la trajectoire de vie du sujet. Par exemple, l'intervieweur qui s'intéresse à la sphère amoureuse du participant pouvait poser des questions semblables à celles-ci :

- Est-ce que le sujet a connu des relations amoureuses ?
- À quel âge le sujet a-t-il eu sa première relation amoureuse ?
- Pourriez-vous me résumer comment cela s'est déroulé, à votre connaissance ?
- Quelle a été la cause de la rupture ?
- Comment le sujet a-t-il réagi à la rupture ?
- A-t-il connu des tensions, de l'infidélité ou de la violence dans son couple ?
- A-t-il eu des enfants à partir de cette liaison ?

L'informant pouvait alors répondre et élaborer à partir des questions posées par l'intervieweur. Cela permettait alors de couvrir et reconstituer progressivement le parcours de vie du participant à l'étude.

Une autre section de l'entrevue était constituée par la passation de questionnaires afin d'évaluer des informations relatives aux troubles psychiatriques (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID-I, SCID-II)), à certains traits comme l'impulsivité (*Barratt Impulsiveness Scale* (BIS)), et à l'agressivité (*Brown and Goodwin Lifetime History of Aggression* (BGLHA)), ainsi qu'à d'autres informations familiales et sociodémographiques. Les qualités psychométriques de validité et de fidélité de ces tests sont reconnues dans la communauté scientifique, tels que le rapportent Suris, Lind, Emmett, Borman, Kashner et Barratt (2004).

La conduite de l'entretien ainsi que la passation de questionnaires ont été rigoureusement appliqués de la même façon avec les informants du groupe des 120 participants décédés et avec les informants du groupe des 120 participants vivants.

Ensemble, l'autopsie psychologique et la trajectoire de vie visaient à tracer les événements marquants de toutes les sphères de sa vie de la naissance jusqu'au décès pour les participants du premier groupe, et jusqu'au moment de l'entrevue avec les informants pour les participants du deuxième groupe. Fidèlement à la méthode utilisée avec les proches des participants décédés, ce sont aussi les proches-informants des participants vivants qui ont été rencontrés, en l'absence du participant en question afin de reproduire exactement la même procédure qu'avec les participants décédés. La reproduction de la méthode implique tout de même quelques changements mineurs. Par exemple, dans le groupe de participants décédés par suicide, on pouvait demander par exemple : « Comment était le participant dans les six derniers mois avant son décès par suicide ? » Dans le groupe des participants vivants, on pouvait demander, similairement : « Comment était-il dans les six derniers mois avant l'entrevue ? »

2.2.2.3 Validité et fiabilité de la méthode

La méthode d'autopsie psychologique montre une validité et une fiabilité tout à fait acceptables (Chachamovich et al., 2013; Desai, 2016)¹⁵. En ce qui a trait aux diagnostics psychiatriques évalués dans les questionnaires de l'étude, Chachamovich et al. (2013) ont évalué la validité du SCID-I et II d'après la convergence entre ce qui était rapporté par les proches-répondants de participants vivants, et ce qui était rapporté par les participants vivants eux-mêmes. Les résultats ont montré des niveaux de convergence entre forts et acceptables : les coefficients de Kappa étaient de 0,84 pour les troubles de l'humeur, 0,83 pour les troubles de la personnalité, 0,79 pour la schizophrénie et 0,57 pour l'abus de substances.

¹⁵ Il convient de noter que cette méthode présente naturellement certaines limites, que nous ne manquerons pas d'explicitier dans la discussion de cette étude.

En ce qui a trait à la fidélité inter-juge, 15 enregistrements audio d'autopsies psychologiques appartenant au GMES ont été réécoutées puis réévaluées par un évaluateur indépendant. La convergence entre l'évaluation originale et la réévaluation indépendante montre des coefficients de Kappa de 0,82 pour les troubles de l'humeur, de 0,79 pour l'abus de substances et de 1,0 pour la schizophrénie, ce qui respecte de façon adéquate les critères de scientificité.

2.2.3 Codage

2.2.3.1 Vignettes cliniques

Après que toutes les données furent collectées au sujet d'un participant par l'entrevue et les questionnaires auprès des proches, l'intervieweur était responsable de rédiger une vignette clinique sur ce dernier. La vignette clinique est un rapport descriptif des événements marquants de toutes les sphères de vie du sujet, allant de sa naissance jusqu'à son décès, ou jusqu'au moment de l'entrevue en ce qui concerne les participants vivants. La vignette prend compte également d'autres informations issues des dossiers médicaux, journaux intimes et notes suicidaires. La vignette offre aussi une description détaillée des six derniers mois du participant, soit avant son décès ou avant le moment de l'entrevue pour les participants vivants.

La vignette clinique contient également une évaluation psychopathologique et une impression diagnostique. Cette formulation diagnostique est réalisée par le moyen d'une évaluation indépendante de psychologues ou psychiatres affiliés à la recherche. Pour qu'il y ait un diagnostic, il devait y avoir un consensus parmi les évaluateurs.

La vignette clinique rend compte des 15 sphères de vie, qui elles comptent entre 5 et 27 variables, comptant au total 218 variables. Les variables, du moins dans la sphère

amoureuse, peuvent être par exemple : la présence d'une séparation amoureuse, de tensions expérimentées dans le couple, d'infidélité subie ou infligée par le participant, de violence conjugale subie ou infligée par le participant, de difficultés périnatales, etc.). De façon générale, chaque variable est identifiée par son code ainsi que l'âge à laquelle le participant a expérimenté la variable en question dans sa trajectoire de vie. À noter que nous détaillons les variables relatives à la vie amoureuse dans une prochaine section.

La vignette rend également compte d'une courte description qualitative de la nature, des motifs, du contexte ou des conséquences de la variable en question. La vignette clinique résume aussi les informations issues des dossiers médicaux (i.e. maladies, type de traitements et services, prise de médication, satisfaction du traitement, type de professionnel, raison de la cessation, etc.). Certaines variables sont de nature ponctuelle (e.g. fin d'une relation amoureuse, naissance d'un enfant) et d'autres de nature continue (e.g. des tensions conjugales durant plusieurs années).

Bien qu'elles rendent compte de façon détaillée de la trajectoire de vie des participants à l'étude, il demeure que les vignettes ne sont pas des données brutes à proprement parler. En effet, comme nous l'avons vu, les vignettes sont en fait des synthèses effectuées par les chercheurs et intervieweurs de l'étude originale, faites à partir des données tirées des entrevues et des dossiers médicaux. De plus, une proportion des entrevues a été réalisée en Inuktitut avec l'aide d'un ou d'une interprète, pour ensuite être traduites en anglais ou en français sous la forme de vignettes cliniques. Or, il faut reconnaître qu'un premier travail de traitement de l'information a préalablement été fait. Nous verrons dans la discussion les limites que cela comporte.

2.2.4 Considérations éthiques

Les chercheurs du projet ont reçu l'approbation et le support du Gouvernement du Nunavut, du Coroner, du Département de la Santé et des Services Sociaux, de l'organisation *Nunavut Tunngavik Incorporated*, de la *Royal Canadian Mounted Police* (RCMP) et du *Embrace Life Council*. Le projet a été évalué et approuvé par le *Ethics Review Board* de l'Université McGill, où sont affiliés les chercheurs du GMES (Chachamovich et al., 2013).

Certains enjeux d'ordre éthiques émergent lorsque l'on conduit une autopsie psychologique. En effet, approcher des personnes endeuillées par le suicide d'un proche nécessite un souci éthique, en plus d'une grande sensibilité humaine. Le faire auprès d'une population inuite représente pour les chercheurs des enjeux supplémentaires. Les chercheurs ont été soucieux de minimiser la détresse des proches-informants qui ont été consultés lors de la collecte des données. Ils ont donc rencontré ceux-ci au moins un an après le décès par suicide de leur proche. Le projet de recherche leur a été expliqué dans tous ses détails avant l'entrevue, et leur consentement libre et éclairé (i.e. en anglais et en inuktitut) a été obtenu. Les informants pouvaient décider de faire l'entrevue en anglais ou en inuktitut, selon leur préférence. Le cas échéant, un traducteur-interprète pouvait être présent pendant l'entrevue. Les informants savaient qu'ils pouvaient arrêter de participer au projet ou interrompre l'entrevue à n'importe quel moment, et cela sans conséquence. Un second formulaire de consentement pouvait être signé afin que les chercheurs aient accès aux fiches médicales des participants. La confidentialité et l'anonymat des informants ont été respectés à tous les temps de l'étude, et les entrevues étaient conduites dans des endroits qui assuraient leur sécurité et confidentialité. Une compensation financière de 100 dollars leur était octroyée.

Respectivement aux principes de la recherche participative et des lignes directrices de l'Institut Canadien de la Recherche en Santé (Gouvernement du Canada, 2010) sur la recherche en ce qui a trait aux populations autochtones, des représentants des communautés inuites ont été, sont, et seront impliqués dans toutes les grandes étapes du processus de recherche, soit l'implémentation du projet, l'interprétation des données et la publication d'articles.

En somme, la recherche de Chachamovich et al. (2013) présente définitivement une opportunité d'accéder à une meilleure compréhension du suicide chez les Inuits. En effet, cette recherche rigoureuse se veut novatrice car elle est la première à faire appel à la méthode de l'autopsie psychologique et des trajectoires de vie des personnes décédées par suicide dans la population inuite au Nunavut, de même qu'au sein de la population autochtone du Canada de façon plus générale. Par ailleurs, la recherche menée par Gustavo Turecki (Chachamovich et al., 2013) présente un échantillon assez vaste en comparaison avec les autres études sur le même sujet, qui comptent souvent des plus petits groupes de participants. Cela peut donner une valeur supplémentaire en ce qui a trait à la généralisation des résultats. Aussi, cette recherche offre la possibilité de comparer les trajectoires de vie des participants décédés à celles des participants vivants, ce qui peut s'avérer utile pour connaître les particularités qui sont déterminantes dans le suicide ou la résilience des personnes. Ce sont ces forces que nous tentons de récupérer dans notre recherche doctorale en proposant une analyse secondaire des données issues de cette recherche (Chachamovich et al., 2013). Il convient maintenant de décrire les spécifications relatives à la réalisation de notre recherche doctorale à proprement parler.

2.3 Spécifications pour la présente recherche

Dans cette étude exploratoire, nous nous intéressons spécifiquement à la relation entre les difficultés amoureuses à l'adolescence et au début de l'âge adulte et le suicide au sein de la population inuite du Nunavut. Tel qu'il a été précisé dans nos objectifs de recherche, nous cherchons à partir d'une démarche rétrospective et comparative à mieux comprendre la relation entre les difficultés amoureuses vécues à l'adolescence et au début de l'âge adulte et le suicide au sein de la population inuite. Pour ce faire, nous avons effectué l'analyse secondaire des données issues de la recherche présentée ci-dessus. En lien avec nos objectifs de recherche, nous avons analysé de manière quantitative et qualitative la sphère amoureuse des participants à l'étude. À ce sujet, rappelons que le premier objectif consiste à examiner de façon quantitative la nature et la fréquence des difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte (i.e. entre 15 et 30 ans) par les personnes inuites décédées par suicide, en comparaison avec les personnes vivantes avec et sans historique de tentative(s) suicidaire(s). Le deuxième objectif consiste à examiner et décrire qualitativement, sur la base des vignettes cliniques, les difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte par les personnes inuites décédées par suicide, toujours en comparaison avec les personnes inuites vivantes avec et sans historique de tentative(s) suicidaire(s).

Dans un premier temps, nous avons procédé à un triage ainsi qu'un pairage des participants issus de l'échantillon de recherche original. Deuxièmement, nous avons choisi d'analyser spécifiquement les variables relatives à la sphère amoureuse dans la banque de données afin de répondre à nos objectifs de recherche. Toujours dans cette même visée, nous avons fait appel à d'un devis de recherche mixte, combinant une méthode d'analyse quantitative (i.e. analyse visuelle de tableaux descriptifs et tests du Khi-deux) et une méthode d'analyse qualitative (i.e. analyse thématique de contenus).

Nous verrons aussi comment ces spécifications apportent de nouvelles considérations éthiques. Or, dans les prochains paragraphes, nous présentons ces spécifications méthodologiques.

2.3.1 Triage et pairage des participants

Comme nous avons vu plus haut, l'échantillon de l'étude originale est constitué de 240 participants, parmi lesquels 120 sont des participants décédés par suicide et 120 sont des participants vivants (Chachamovich et al., 2013). Dans notre recherche, nous avons d'abord procédé à un triage afin de retenir seulement les participants dont les vignettes étaient admissibles, c'est-à-dire qui comportaient des informations suffisamment complètes et cohérentes, pour être analysées correctement¹⁶. Ce faisant, nous avons conservé les vignettes de 93 participants décédés et celles de 103 participants vivants.

Ensuite, conformément à la visée comparative de nos objectifs de recherche, nous avons séparé les participants vivants qui avaient fait des tentatives antérieures (n = 31) de ceux qui n'en avait jamais fait (n = 72) afin de faire des comparaisons intergroupes. Inspiré par la démarche méthodologique de Beaudoin, Séguin, Chawky, Affleck, Chachamovich et Turecki (2018), ce nouveau regroupement a été effectué afin que

¹⁶ À noter que les vignettes cliniques pouvaient être très inégales les unes des autres. Par exemple, une vignette clinique pouvait comporter plusieurs informations tirées de plusieurs entrevues avec plus d'un proche-répondant (ceux-ci pouvant parfois être loquace ou peu enclin à élaborer), complémenté du dossier médical complet et du rapport du Coroner. Une autre vignette pouvait quant à elle comporter très peu d'informations, tirées d'une ou de peu d'entrevues avec un proche-répondant unique, et ce en l'absence de dossier médical ou de rapport du Coroner. Nous voyons donc comment certaines vignettes pouvaient être facilement admissibles à l'étude et d'autres plus difficilement.

puissent s'exprimer des contrastes, s'il y a lieu, entre les différents groupes lors d'analyses ultérieures¹⁷.

Conformément à la démarche de Beaudoin et al. (2018), où les auteurs ont analysé le même échantillon de recherche que l'étude originale dont nous faisons ici l'analyse secondaire, nous avons ensuite effectué un pairage des participants des trois groupes selon leur année de naissance (voir Annexe A). Cela a eu pour conséquence de diminuer l'échantillon à 30 participants par groupe, comptant finalement 90 participants au total :

1. Groupe DS : Participants décédés par suicide (n = 30);
2. Groupe TS : Participants vivants avec historique de tentative de suicide (n = 30);
3. Groupe STS : Participants vivants sans historique de tentative de suicide (n = 30).

La figure 2.1 qui suit tente de rendre compte de manière plus intuitive de ce processus.

¹⁷ À ce sujet, et comme il a été mentionné dans le cadre théorique, nous savons que les personnes qui décèdent par suicide ont des particularités que ne partagent pas forcément les personnes qui font des tentatives sans en décéder (Williams, 2001). Nous savons également que les personnes qui ont déjà fait une ou des tentatives présentent des traits particuliers, en comparaison avec les personnes qui n'ont jamais fait de tentative de suicide (Williams, 2001).

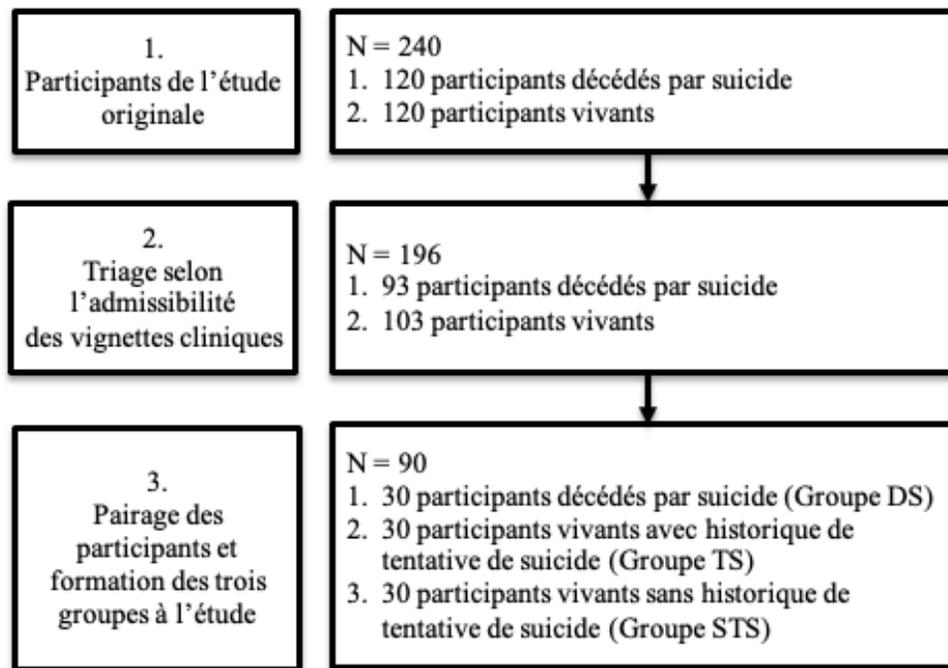


Figure 2.1 Représentation graphique du triage des participants

2.3.2 Variables

Dans l'étude originale, les variables reliées à la sphère de vie amoureuse étaient compilées dans la vignette clinique des participants de façon à ce qu'il soit possible de distinguer sept catégories :

1. Les séparations amoureuses, ou simplement les *séparations*;
2. Les conflits ou tensions d'ordre conjugales, ou simplement les *tensions*;
3. Les *infidélités subies* par le participant et donc causées par le partenaire amoureux;

4. Les *infidélités infligées* par le participant et donc subies par le partenaire amoureux;
5. La *violence conjugale subie* par le participant et donc causée par le partenaire amoureux;
6. La *violence conjugale infligée* par le participant et donc subie par le partenaire amoureux;
7. Les problèmes reliés aux grossesses et naissances, ou les *difficultés périnatales*.

Les difficultés amoureuses répertoriées dans cette étude correspondent généralement à celles qui ont été partiellement étudiées dans d'autres recherches sur le sujet (Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2009, 2012, 2013; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Weyer, 1932; Wexler et al., 2009). Cependant, les autres études rapportaient généralement ces difficultés d'une manière vague, peu définie et peu théorisée. Notre étude est intéressante et novatrice dans la mesure où elle différencie sept catégories de difficultés amoureuses. Avant de poursuivre, il convient de faire quelques précisions au sujet des difficultés amoureuses pouvant être rencontrées par les participants de notre étude.

Sur le plan strictement conceptuel, ce que nous dénommons « séparations » correspond au processus par lequel deux individus, c'est-à-dire le couple formé par le participant et sa partenaire amoureuse, mettent fin à leur relation en raison de causes internes et/ou externes (Le Petit Robert, 2019). À titre d'exemple, un participant de notre étude a été forcé de mettre fin à sa relation avec sa partenaire puisque les parents de celle-ci n'acceptaient leur union. Dans un autre exemple, la partenaire d'un participant a décidé de mettre fin à leur relation à cause de ses problèmes de consommation.

Nous avons retenu le terme « tensions » puisque celui-ci, du moins sur le plan psychologique, renvoie à quelque chose d'émotionnellement intense, tendu, contracté

et délicat de par sa fragilité (Le Petit Robert, 2019). Dans les relations amoureuses, cela peut se manifester par des conflits verbaux et des dynamiques conflictuelles. Par exemple, il est rapporté qu'un participant de notre étude avait régulièrement des problèmes avec sa partenaire parce qu'elle aurait été contrôlante et jalouse des autres femmes qu'il côtoyait. Dans un autre exemple, il est rapporté que le participant et sa partenaire étaient pratiquement constamment en train de se disputer et d'argumenter l'un envers l'autre.

L'infidélité subie¹⁸ renvoie au manque de fidélité de la partenaire amoureuse face au participant sur le plan des sentiments et/ou des actes qui en découlent. Nous parlons d'infidélité infligée lorsque le participant est infidèle envers sa partenaire amoureuse. Dans notre étude, les formes courantes d'infidélité sont les relations amoureuses ou sexuelles extra-conjugales, c'est-à-dire avec d'autres personnes que la partenaire amoureuse. Par exemple, un participant a été trompé secrètement par sa partenaire pendant plusieurs années. Dans un autre exemple, la partenaire d'un participant l'a trompé uniquement à une reprise.

De façon générale, la violence conjugale correspond aux actes et/ou dynamiques de violence exercée par un partenaire sur l'autre. La violence au sein d'un couple peut prendre plusieurs formes : physique (e.g. secouer, frapper, lancer des objets, menacer avec une arme), psychologique (e.g. manipuler, contrôler, isoler l'autre de ses proches), verbales (e.g. crier, insulter, menacer) et sexuelle (e.g. harceler, attoucher, abuser sexuellement de l'autre). Par exemple, dans notre étude, un participant a été hospitalisé pour des blessures physiques suite à une altercation avec sa partenaire. Dans un autre

¹⁸ Pour les catégories relatives à l'infidélité et la violence conjugale, nous avons choisi les mots « subir » et « infliger ». Le terme « subir » renvoie, pour le participant, au fait d'être l'objet envers lequel le partenaire est infidèle ou violent (Le Petit Robert, 2019). Quant à lui, le mot « infliger » renvoie, pour le participant, au fait de faire subir ou d'imposer au partenaire l'infidélité ou la violence conjugale.

exemple, le participant a été incarcéré après avoir menacé sa partenaire avec une arme à feu.

Les difficultés périnatales renvoient aux problèmes ou complications entourant les grossesses et naissances vécues par le participant et sa partenaire amoureuse. Par exemple, il est rapporté qu'une participante de notre étude a eu une grossesse non-désirée à 15 ans. Dans un autre exemple, la partenaire d'un participant a fait une fausse couche après quelques semaines de grossesse.

Enfin, de retour aux variables étudiées dans le cadre de notre recherche, nous présentons aussi certaines données sociodémographiques afin d'offrir un portrait descriptif des participants composant l'échantillon de recherche, selon : le genre, l'âge au moment du décès, le lieu de résidence au moment du décès, l'orientation sexuelle, et le niveau de scolarité.

2.3.2.1 Au sujet de la tranche d'âge à l'étude

Il convient ici de faire un aparté au sujet de la tranche d'âge à l'étude, soit entre 15 et 30 ans. Dans le cadre de cette étude, nous avons en effet retenu la tranche d'âge de 15 à 30 ans pour différentes raisons, méthodologiques et théoriques. En effet, un constat s'est rapidement imposé lors de la préparation aux analyses : celle d'un manque de données entourant la sphère de la vie amoureuse chez les adolescents entre 10 et 14 ans. Cela pourrait s'expliquer par les croyances des proches-informants qui ont été interviewés, comme quoi par exemple les participants ne devaient pas avoir de vie amoureuse assez significative à cet âge pour être rapportée. Pourtant sur le plan développemental, rappelons que dès 11 ans les adolescents et adolescentes peuvent commencer à avoir des intérêts pour la sexualité (e.g. la découverte de leur anatomie sexuelle), et qu'à 14 ans ils commencent à avoir alors des intérêts pour les relations

amoureuses à proprement parler (Dolto, 1988). Cependant, comme le révèlent certains chercheurs, c'est surtout à partir de 14-15 ans que les adolescents ont tendance à former des relations amoureuses basés sur, comme nous l'avons vu, des formes d'intimité, d'engagement et de passion romantique (Sternberg, 1988). Or, face à ce manque de données ainsi qu'au fait que les relations amoureuses à proprement parler se forment généralement après 14-15 ans, nous avons décidé d'étudier les difficultés amoureuses telles qu'elles se manifestent seulement à partir de 15 ans.

Puis, nous avons décidé de limiter la tranche d'âge à 30 ans principalement pour des raisons méthodologiques. Erikson (1950/1993) affirme bien que le stade développemental du début de la vie adulte, caractérisé par le dilemme entre l'intimité et l'isolement, a lieu à partir de 18-20 et jusqu'à 40-45 ans. Toutefois, comme nous le verrons à la figure 2.2 dans quelques pages, presque la totalité des participants qui sont ultimement décédés par suicide (groupe DS) sont morts avant d'avoir atteint l'âge de 30 ans. Or, la comparaison intergroupe, qui est une partie intégrante des objectifs de notre étude, n'aurait pas été possible après cet âge. En lien avec cet obstacle méthodologique, nous avons donc décidé d'étudier les difficultés amoureuses jusqu'à 30 ans¹⁹.

2.3.3 Méthode d'analyse quantitative des données

2.3.3.1 Analyse statistique descriptive

Conformément à notre premier objectif, nous avons procédé à l'analyse statistique descriptive des difficultés amoureuses rencontrés par les participants des trois groupes. Nous avons d'abord fait une première lecture de l'ensemble des vignettes cliniques qui,

¹⁹ Nous verrons avec plus détails dans comment nous avons tenté de surmonter cet obstacle méthodologique. Nous expliciterons également les limites de cela dans la discussion de cet essai.

comme nous l'avons détaillé plus haut, regroupent les événements survenus au cours de la vie des participants. Conformément au sujet et aux objectifs de l'étude, nous nous sommes concentrés essentiellement sur la sphère de la vie amoureuse. Ensuite, nous avons entré ces données dans une base de données SPSS pour compiler les données et ainsi être en mesure de faire des analyses statistiques. Nous avons donc produit des tableaux de fréquences et des graphiques présentant la survenue des différentes difficultés amoureuses vécues entre 15 et 30 ans chez les participants des trois groupes. L'analyse visuelle des tableaux descriptifs permet de percevoir certaines différences et similitudes observables entre la fréquence des difficultés amoureuses rencontrées chez les participants des trois groupes.

Nous avons produit des tests du Khi-deux pour comparer et déterminer s'il y a une différence significative entre les fréquences retrouvées dans les trois groupes (i.e. groupes DS, TS et STS). Les hypothèses vérifiées par ces tests sont les suivantes :

1. Hypothèse nulle : Les participants des trois groupes rencontrent de façon équivalente les difficultés amoureuses dans la tranche d'âge concernée;
2. Hypothèse alternative : Les participants des trois groupes ne rencontrent pas de façon équivalente les difficultés amoureuses dans la tranche d'âge concernée.

Afin de percevoir les contrastes et nuances développementales, nous avons fait un découpage en tranches d'âge (i.e. entre 15 et 18 ans, entre 19 et 22 ans, entre 23 et 26 ans et entre 27 et 30 ans). Toutefois, en décidant de cette méthode de découpage, nous avons été confrontés au problème de l'attrition des participants à travers le temps, c'est-à-dire la diminution progressive de l'échantillon en raison des décès des participants du groupe DS survenant à différents âges. En effet, cet obstacle particulier à l'étude de la problématique du suicide a pour effet que nous ne retrouvons pas le même nombre de participants ayant atteint, par exemple, l'âge de 15 ans versus l'âge de 30 ans. Tel

que montré par le tableau suivant, nous pouvons effectivement compter la totalité des participants du groupe de participants décédés, soit 30, ayant atteint l'âge de 18 ans. En augmentant en âge, nous comptons seulement 21 participants de ce groupe ayant atteint l'âge de 22 ans. Ensuite, nous observons que seulement 10 participants ont atteint l'âge de 26 ans. Huit participants de ce groupe ont ensuite atteint l'âge de 30 ans. Finalement, sept participants du groupe DS avaient plus de 30 ans au moment de leur décès.

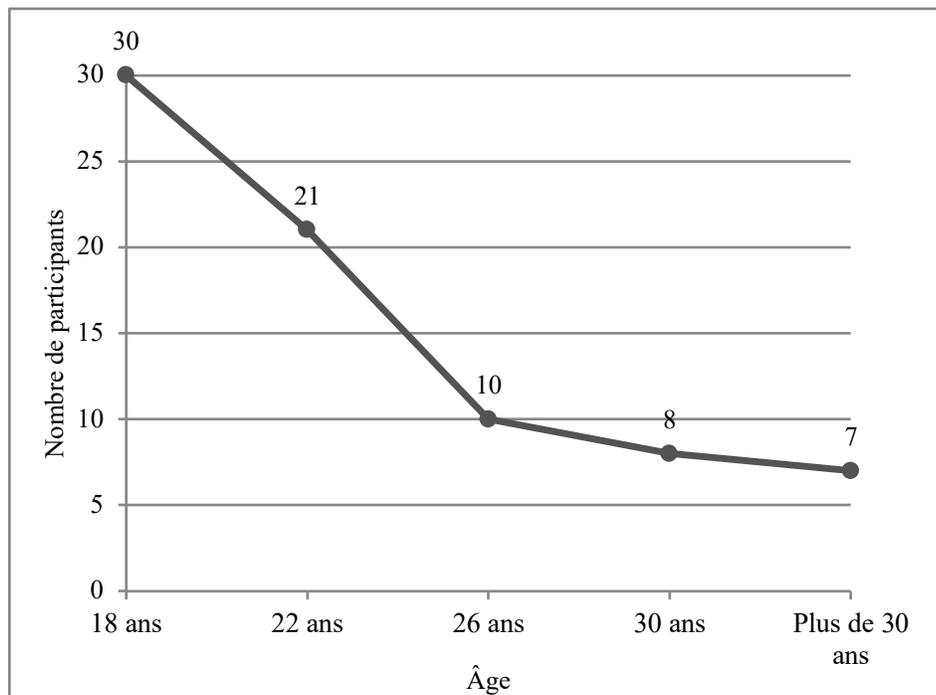


Figure 2.2 Représentation graphique de l'attrition des participants

Pour conserver des échantillons comparables entre les groupes compte tenu de la mortalité, nous avons poursuivi la démarche suivante : nous avons cessé de comptabiliser les données des participants des groupes TS et STS avec qui les participants du groupe DS étaient pairés, et ce à partir de l'âge de leur décès. Malgré les limites que cela peut comporter, cette démarche a pour effet de maintenir une taille

d'échantillon égale ainsi qu'une base comparative entre les trois groupes. En effet, bien que cela comporte des limites méthodologiques qui seront explicitées dans la discussion de cet essai, ce choix nous permet d'étudier les difficultés amoureuses survenus dans la vie de tous les participants dans les différentes tranches d'âges contenues entre 15 et 30 ans. Les analyses statistiques descriptives et les résultats correspondants tiendront donc compte de cette attrition, et ce d'une manière qui sera explicitée dans le chapitre Résultats.

2.3.4 Méthode d'analyse qualitative des données

2.3.4.1 Devis mixte et triangulation des méthodes d'analyse de données

Après avoir produit des tableaux descriptifs rendant compte des données quantitatives de l'étude, il nous est apparu essentiel de faire une analyse supplémentaire, rendant compte de la nature qualitative des difficultés amoureuses rencontrées par les participants. Nous avons alors opté pour l'intégration d'un second objectif et d'une démarche analytique complémentaire pouvant mieux répondre aux interrogations laissées en suspens par les résultats du premier objectif, et ainsi mieux refléter la complexité du lien entre les difficultés amoureuses à l'adolescence et au début de l'âge adulte et le suicide. En intégrant donc la méthode de l'analyse thématique de contenus, cette recherche au devis mixte effectue donc une triangulation des méthodes d'analyse de données (Caillaud et Flick, 2016). La triangulation est une procédure méthodologique visant à augmenter la validité des connaissances découlant d'une recherche. En faisant appel à plus d'une méthode d'analyse, la triangulation permet d'enrichir le niveau de compréhension du phénomène étudié. Selon la typologie des méthodes mixtes de recherche de Creswell (2009), reprise par Fortin et Gagnon (2016), la stratégie que nous employons ici est de type séquentielle-explicative. Ce type de recherche est caractérisé par une méthode d'analyse quantitative suivie d'une méthode

d'analyse qualitative des données, puis d'une intégration des deux analyses²⁰. Les données qualitatives servent donc à ajouter une profondeur qualitative aux données quantitatives. Voyons maintenant en détail quel type d'analyse qualitative nous proposons justement.

2.3.4.2 Analyse thématique des vignettes cliniques

Comme mentionné, nous avons procédé à l'analyse thématique de la sphère de vie amoureuse des participants sur la base du contenu de leurs vignettes cliniques. Cette analyse s'est faite à partir du même échantillon que pour le premier objectif, composé de 30 participants décédés par suicide (Groupe DS), 30 participants vivants ayant déjà fait au moins une tentative de suicide (Groupe TS), et 30 autres participants vivants n'ayant jamais fait de tentative de suicide (Groupe STS).

Pour ce faire, nous avons d'abord fait une première lecture entière des vignettes cliniques en tentant de suspendre tout jugements, préconceptions et théorisations. Durant cette lecture phénoménologique, nous nous sommes centrés sur les vignettes rendant compte des témoignages des proches répondants, afin de refléter le mieux possible leur monde de représentations au sujet du participant en question (Paillé et Mucchielli, 2016). Suite à cela, nous avons élaboré une compréhension initiale et spontanée qui se dégageait de cette première lecture qualitative. Nous avons par la suite effectué un retour sur le deuxième objectif afin de conscientiser notre posture de recherche, soit la posture phénoménologique. Or, nous avons tenté de préserver tout au long du processus une attitude d'ouverture face au corpus étudié. Après ces étapes,

²⁰ Nous retrouverons les deux types de méthodes d'analyse (i.e. quantitative et qualitative) dans la section Résultats. La section Discussion représente un effort de synthèse et d'intégration des résultats d'analyse quantitative et qualitative.

nous avons procédé à une relecture des vignettes, où cette fois-ci nous nous sommes concentrés sur la sphère de vie amoureuse.

Pour construire l'arbre thématique, nous avons généré des thèmes à faible inférence, pour ensuite les grouper et les hiérarchiser en rubriques, thèmes, sous-thèmes, noyaux de sens et en extraits tirés de la vignette clinique. Cette méthode inductive nous a permis de demeurer aussi près que possible des vignettes cliniques, sans les interpréter ou les appliquer précocement à une théorie, et ce tout en demeurant près de nos objectifs de recherche (Paillé et Mucchielli, 2016). Cela donne une impression que les résultats ont une forte teneur descriptive et demeurent limités dans leur niveau d'interprétation, ce qui est tout à fait juste.

À ce sujet, nous avons convenu que l'analyse thématique est la méthode la plus adéquate pour traiter de façon descriptive les données contenues dans les vignettes cliniques. Rappelons ici que les vignettes ne sont pas des données brutes en tant que tel, mais des synthèses préalablement traitées et parfois même traduites par les chercheurs-intervieweurs de l'étude originale. Cet obstacle méthodologique limite la possibilité d'interpréter les données, puisque l'action d'ajouter un niveau d'inférence supplémentaire aurait selon nous pour risque d'altérer, voire de dénaturer le contenu des vignettes. Cela serait à notre avis un manque de rigueur scientifique qui risquerait davantage de compromettre la qualité et la validité de notre étude, plutôt que d'ajouter à la richesse et à la profondeur des résultats. Or, comparativement à d'autres méthodes d'analyse qualitative, l'analyse thématique de contenus demeure le compromis le plus avantageux conformément aux objectifs de notre étude exploratoire. Dans tous les cas, cette méthode d'analyse complémentaire ajoute à la richesse et à la complexité des résultats en secondant les descriptions quantitatives avec des observations de nature qualitative –d'où la triangulation des méthodes d'analyse.

Finalement, concernant le support matériel utilisé pour l'analyse thématique de contenus, nous avons privilégié l'utilisation du logiciel *Microsoft Word* afin de construire, structurer et rédiger les arbres thématiques. Les résultats de l'analyse thématique seront présentés sous forme textuelle et mettront de l'avant les catégories, thèmes et sous-thèmes ainsi que leurs noyaux de sens.

2.3.5 Considérations éthiques

2.3.5.1 Considérations éthiques liées à l'utilisation secondaire de données

Nous avons obtenu la permission écrite du chercheur principal qui a dirigé cette étude, Dr Gustavo Turecki, directeur du Groupe McGill d'Études sur le Suicide pour faire, dans le cadre de notre recherche doctorale, une utilisation secondaire des données recueillies dans l'étude originale (Chachamovich et al., 2013). Nous avons également obtenu le certificat d'approbation éthique du Comité d'Éthique de la Recherche pour les Projets Étudiants Impliquant des Êtres Humains de l'UQÀM (Numéro de certificat : 2818), qui assure que ce projet de recherche soit conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la Politique numéro 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains au sein de l'institution de l'UQÀM (voir Annexe B).

Tel qu'il a été détaillé, notre utilisation secondaire implique donc les données, soient les informations relatives aux événements connus à travers la vie des participants, en vue d'une analyse quantitative et qualitative des difficultés amoureuses rencontrées au cours de la vie. Tel qu'il a été consenti par les proches-informants consultés lors de la collecte des données, nous avons accès dans cette recherche aux dossiers médicaux des participants à l'étude. Les dossiers médicaux proviennent des archives du *Nunavut Health Care* (NHC) ainsi que du Bureau du Coroner, pour lesquels nous avons obtenu l'autorisation à consulter pour des fins de recherche. Il est à noter que toutes les

informations qui nous sont accessibles demeurent dénominalisées et codifiées, de façon à ce qu'il nous est impossible d'identifier les participants, de même que les informants. Toute autre information sensible (i.e. date de naissance, date de décès, caractéristique ou événement de vie permettant de reconnaître spécifiquement un individu) ne sera pas explicitement présentée dans l'essai doctoral ou dans les articles découlant de ce dernier.

Les données papiers sont conservées dans un classeur verrouillé dans l'un des bureaux, lui aussi verrouillé, du Réseau Québécois sur le Suicide, les Troubles de l'Humeur et les Troubles Associés (RQSTHTA). Les données numériques sont protégées par mot de passe et sont uniquement accessibles aux chercheurs du RQSTHTA qui ont obtenu l'autorisation d'accès aux données. Le fichier qui relie les codes aux noms des répondants et participants est conservé dans un lieu sécurisé et verrouillé. Les enregistrements originaux des entrevues ont été détruits sitôt après la transcription des informations dans des vignettes cliniques dénominalisées. Toutes les autres informations seront conservées pendant sept ans après la fin du projet et seront ensuite détruites.

D'après l'Énoncé de Politique des trois Conseils (EPTC-2) au sujet de la recherche avec des êtres humains, un nouveau consentement n'est pas requis dans le cas d'une utilisation secondaire de données qui ont été préalablement anonymisées et dont il ne nous est pas possible d'identifier les participants.

2.3.5.2 Considérations éthiques liées à la recherche visant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada

Considérant le chapitre 9 de l'EPTC-2, portant sur la recherche visant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada, il nous apparaît essentiel d'inclure des

personnes affiliées à la communauté inuite dans toutes les grandes étapes du processus de la recherche. Plusieurs instances communautaires et gouvernementales ainsi que des personnes ressources ont déjà été sollicitées dans les étapes préalables à la réalisation de notre recherche doctorale. Tel qu'il est écrit dans l'article de Chachamovich et al. (2013) : « Nous avons tenté d'impliquer des représentants issus de communautés et d'organisations gouvernementales inuites à la mise en œuvre, l'interprétation et la dissémination de la recherche. » (p.3., traduction libre). Rappelons que l'étude originale a reçu l'aide et le support du Gouvernement du Nunavut, du Bureau du Coroner en Chef, du Département de la Santé et des Services Sociaux du Nunavut, de l'organisation inuite *Nunavut Tunngavik Incorporated*, de la *Royal Canadian Mounted Police* (RCMP), et du *Embrace Life Council* (i.e. un conseil inuit multisectoriel pour la prévention du suicide). Par rapport à la réalisation de cette recherche doctorale, la consultation d'un représentant de la communauté se fera avant la diffusion de toute publication sous forme d'articles qui découleront du présent essai doctoral.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Ce chapitre portant sur les résultats est divisé en deux sections, conformément aux deux objectifs gouvernant cet essai. La première section rend compte des résultats des analyses descriptives quantitatives des données entourant les difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte par les participants des trois groupes à l'étude. La deuxième section présente les résultats des analyses thématiques du contenu des vignettes cliniques des participants des trois groupes à l'étude.

3.1 Premier objectif : Décrire quantitativement les difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte chez trois groupes de participants

3.1.1 Données sociodémographiques relatives à l'échantillon

Le tableau 3.1 à la page suivante présente certaines caractéristiques relatives aux participants constituant l'échantillon de notre recherche.

Tableau 3.1 Caractéristiques des participants de l'échantillon²¹

		Groupe DS (n = 30)	Groupe TS (n = 30)	Groupe STS (n = 30)	Total (N = 90)
Genre					
Masculin	n (%)	26 (86,7)	25 (83,3)	26 (86,7)	77 (85,6)
Féminin	n (%)	3 (10)	5 (16,7)	4 (13,3)	12 (13,3)
Donnée manquante	n (%)	1 (3,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,1)
Âge					
	μ	22,40	27,10	27,10	25,60
	σ	2,70	2,66	2,66	2,72
Orientation sexuelle					
Hétérosexuel	n (%)	28 (93,3)	29 (96,7)	29 (96,7)	86 (95,6)
Homosexuel	n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Donnée manquante	n (%)	2 (6,7)	1 (3,3)	1 (3,3)	4 (4,4)
Scolarité					
Moins de sept ans de scolarité	n (%)	0 (0,0)	2 (2,2)	5 (5,6)	7 (7,8)
Niveau primaire complété	n (%)	1 (1,1)	4 (4,4)	1 (1,1)	6 (6,7)
Niveau secondaire entamé	n (%)	23 (25,6)	14 (15,6)	12 (13,3)	49 (54,4)
Niveau secondaire complété	n (%)	2 (2,2)	5 (5,6)	8 (8,9)	15 (16,7)
Donnée manquante	n (%)	4 (4,4)	5 (5,6)	2 (2,2)	11 (12,2)
Ne s'applique pas	n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,2)	2 (2,2)

3.1.2 Répartition géographique de l'échantillon

La figure 3.1 représente la répartition géographique des participants sur le Territoire du Nunavut. Dans l'échantillon que nous avons conservé pour notre étude, les participants sont distribués dans 19 communautés à travers le Territoire.

²¹ Rappelons que le groupe DS est composé de 30 participants décédés par suicide. Le groupe TS est composé de 30 participants vivants avec historique de tentatives de suicide. Le groupe STS est composé de 30 autres participants vivants sans historique de tentative de suicide. Nous utiliserons ces acronymes pour présenter l'ensemble des résultats et pour discuter ensuite de ceux-ci dans une section ultérieure.

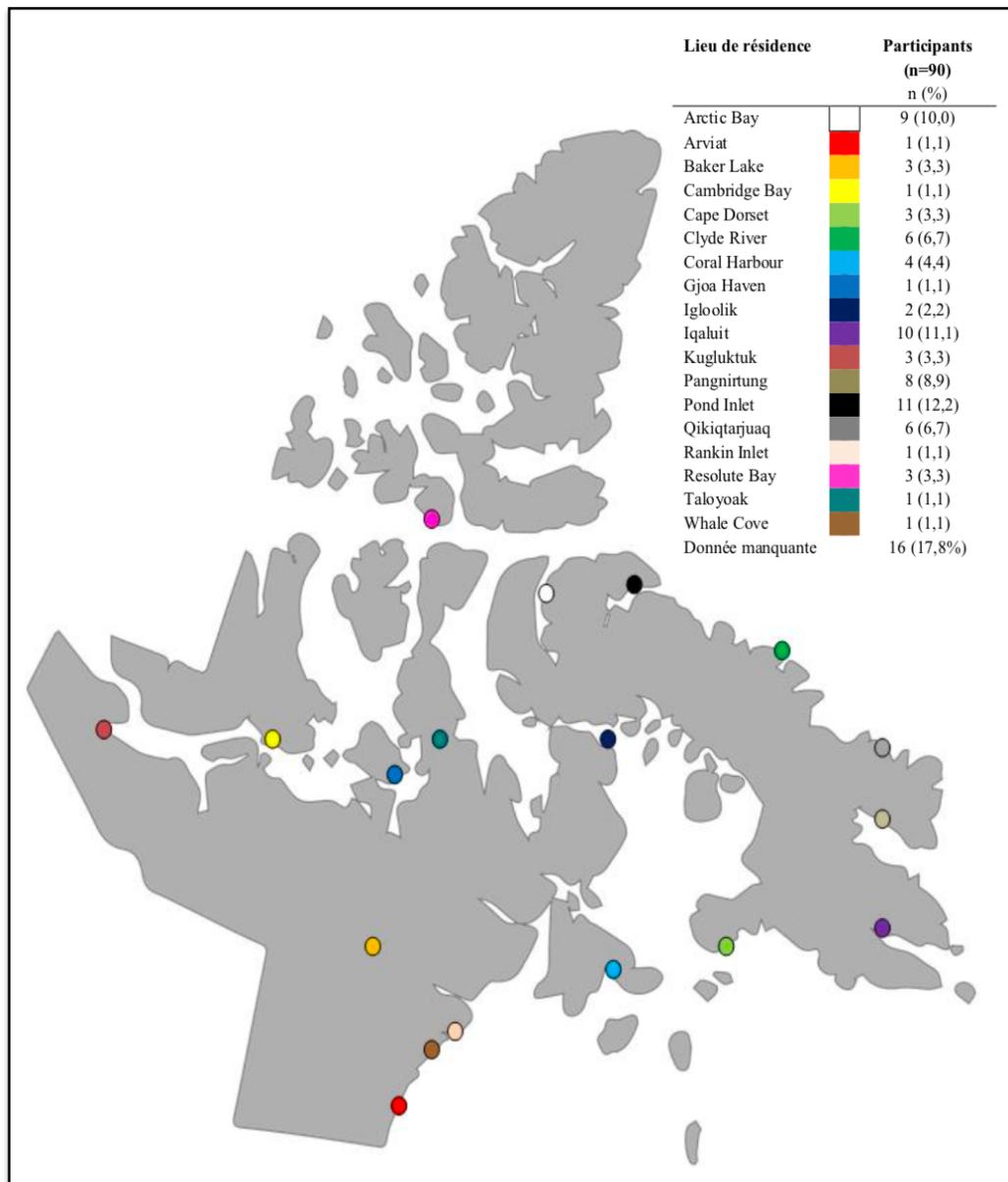


Figure 3.1 Distribution géographique des participants
(Territoire du Nunavut, Canada)

3.1.3 Au sujet de l'attrition de l'échantillon

Au risque de répéter ce qui a été mentionné dans une section précédente, nous insistons à rappeler ici que le nombre de participants du groupe DS diminue progressivement selon l'avancement en âge en raison des décès par suicide. Pour cette raison, la taille de l'échantillon, ou le n des groupes, varie selon la tranche d'âge concernée. Comme l'a montré la figure 2.2 que nous avons présenté antérieurement, la taille d'échantillon du groupe DS passe progressivement de 30 à 18 ans, à seulement huit à 30 ans. Cela signifie que 22 participants de ce groupe sont décédés entre 18 et 30 ans. Sept participants avaient plus de 30 ans au moment de leur décès, le plus âgé ayant atteint 39 ans au moment de son suicide²².

Or, les analyses statistiques descriptives et les résultats correspondants tiennent donc compte de cette attrition. La taille échantillonnale (n) des trois groupes (i.e. DS, TS et STS) connaît donc des variations selon la tranche d'âge :

- La tranche d'âge spécifique de 15 à 18 ans compte 30 participants dans chaque groupe;

²² Comme nous l'avons souligné précédemment, cela pose un problème méthodologique, soit celui de la comparaison aux autres groupes, puisque les décès ne concernent que le groupe des participants décédés par suicide (i.e. groupe DS). Pour tenter de surmonter cet obstacle méthodologique, nous avons donc cessé de comptabiliser les données de la trajectoire de vie des participants du groupe TS et STS après l'âge du décès des participants du groupe DS avec qui ils étaient pairés selon leur date de naissance. Cela signifie donc que nous n'avons pas analysé leurs événements de vie survenus après l'âge du décès du participant du groupe DS avec qui ces participants étaient pairés. Cette démarche particulière nous a permis de conserver la possibilité de faire des comparaisons intergroupes, qui sont une part intégrante de nos objectifs de recherche. Toutefois, ce choix méthodologique entraîne une certaine perte de données relativement aux difficultés amoureuses rencontrées dans la vie des participants des groupes TS et STS après le décès du participant du groupe DS avec qui ils étaient pairés. Les limites que cela impose seront explicitées en détail dans la Discussion, au terme de cet essai.

- La tranche d'âge spécifique de 19 à 22 ans compte 21 participants dans chaque groupe;
- La tranche d'âge spécifique de 23 à 26 ans compte 10 participants dans chaque groupe;
- La tranche d'âge spécifique de 27 à 30 ans compte 8 participants dans chaque groupe;
- La tranche d'âge générale de 15 à 30 ans compte un effectif théorique²³ de 30 participants dans chaque groupe. Cette tranche d'âge permet d'apprécier de façon générale les difficultés amoureuses vécues par les participants de leur vivant²⁴, à partir de 15 ans et jusqu'à 30 ans.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il peut être utile de voir préalablement comment se manifeste plus largement le phénomène des comportements au sein des participants des trois groupes.

3.1.4 Comportements suicidaires des participants

Le tableau suivant témoigne du nombre de participants ayant commis un comportement suicidaire (e.g. tentative de suicide ou suicide complété) selon différentes tranches d'âge²⁵.

²³ Nous précisons que cet effectif est théorique, puisqu'il ne reflète pas la réalité de l'attrition de l'échantillon pour cause de mortalité des participants du groupe DS et la cessation de l'analyse des événements de vie des participants TS et STS avec qui ils sont pairés.

²⁴ Pour les participants des groupes TS et STS, rappelons ici que nous analysons les difficultés amoureuses vécues avant l'âge de décès du participant du groupe DS avec qui ils étaient pairés.

²⁵ Nous avons constaté que les données à l'étude (i.e. le contenu des vignettes cliniques) ne rendaient pas compte de façon fiable aux idéations suicidaires. En effet, les idéations ne laissaient pas

Tableau 3.2 Nombre de participants ayant fait au moins un comportement suicidaire

Tranche d'âge		Groupe DS	Groupe TS	Groupe STS
		(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)
15-18 ans	n (%)	14 (46,7)	13 (43,3)	0 (0,0)
	μ (σ)	0,67 (0,71)	0,53 (0,46)	0,00 (0,00)
19-22 ans	n (%)	15 (50,0)	7 (23,3)	0 (0,0)
	μ (σ)	0,95 (0,45)	0,33 (0,44)	0,00 (0,00)
23-26 ans	n (%)	4 (13,3)	2 (6,7)	0 (0,0)
	μ (σ)	0,47 (0,84)	0,07 (0,06)	0,00 (0,00)
27-30 ans	n (%)	3 (10,0)	3 (10,0)	0 (0,0)
	μ (σ)	0,33 (0,67)	0,13 (0,19)	0,00 (0,00)

À prime abord, nous pouvons observer que les participants ayant fait une tentative de suicide ou étant décédés par suicide étaient plus susceptibles de connaître une vulnérabilité suicidaire entre 15 et 18 ans inclusivement. En effet, dans notre échantillon, près de la moitié des participants des groupes DS et TS auraient fait au moins une tentative (i.e. létale ou non-létale) dans cette tranche d'âge. De façon attendue, comme il s'agit justement du critère d'inclusion, le groupe STS ne compte aucun participant ayant fait une tentative de suicide.

Lorsque nous observons plus spécifiquement les différences intergroupes, il semble y avoir systématiquement plus de participants du groupe DS qui ont commis des comportements suicidaires, à l'exception de la tranche d'âge de 27 à 30 ans où cela s'égalise avec le groupe TS. Lorsque nous observons les moyennes, il apparaît que les participants du groupe DS ont commis en moyenne plus de comportements suicidaires (résultant ou non d'un décès) que leurs pairs du groupe TS, cet ceci à toutes les tranches d'âge. Cette différence est particulièrement marquée à partir de 19 ans, où ceux-ci

nécessairement de traces dans les dossiers médicaux, et n'étaient pas nécessairement communiquées aux proches-informants. Il est parfois fait mention dans certaines vignettes d'idéations suicidaires chez les participants, mais cela relève de l'exception plus que de la norme. Pour ces raisons, nous avons convenu de ne pas faire ressortir les données relativement aux idéations suicidaires des participants.

comptent près de trois fois plus de comportements suicidaires en comparaison avec le groupe TS. Enfin, il convient désormais de faire l'analyse quantitative des différentes catégories de difficultés amoureuses telles que retrouvées dans les trois groupes de participants.

3.1.5 Difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte chez les participants des trois groupes

Dans les sections suivantes, nous détaillons des six catégories de difficultés amoureuses pouvant être vécues par les participants des trois groupes (i.e. séparations, tensions, infidélité subie et infligée, violence conjugale subie et infligée, et difficultés périnatales). Pour chaque catégorie, nous commençons par présenter un tableau descriptif rendant compte du nombre de participants ayant connu les difficultés amoureuses en question, ainsi que certaines variables d'intérêt (i.e. l'effectif de participants (n), le pourcentage (%), la moyenne (μ), et l'écart-type (σ)) et ceci pour les tranches d'âge suivantes : entre 15 et 30 ans (i.e. qui rend compte de toute la période de l'adolescence et le début de l'âge adulte), et plus spécifiquement entre 15 et 18 ans, entre 19 et 22 ans, entre 23 et 26 ans et entre 27 et 30 ans. Au même tableau, nous avons ajouté les résultats des tests du Khi-deux et inscrit les variables d'intérêt (i.e. la valeur du Khi-deux (X^2), la taille d'effet telle que rapportée par le V de Cramér (V), et le niveau de significativité (p)). À noter ici que nous retrouvons un degré de liberté (ddl) de 2 dans tous les tests du Khi-deux. Nous décrivons ensuite certaines observations et différences entre les groupes qui peuvent être faites à partir d'une analyse visuelle des données. Ces observations peuvent être validées ou invalidées

selon le niveau de significativité²⁶. Pour chaque catégorie, une figure graphique offre un support afin de visualiser les résultats d'une manière plus intuitive.

3.1.5.1 Séparations

Le tableau 3.3 présente les données en ce qui a trait au nombre de participants dans les trois groupes ayant connu des séparations amoureuses selon les différentes tranches d'âge.

Tableau 3.3 Nombre de participants ayant connu des séparations selon les trois groupes

Tranche d'âge		Groupe DS	Groupe TS	Groupe STS	Khi-deux		
		(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)	X^2	V	p
15-30 ans	n (%)	23 (76,7)	12 (40)	14 (46,7)	5,067	0,237	0,079
	μ (σ)	0,93 (1,28)	0,53 (0,73)	0,53 (0,78)			
15-18 ans	n (%)	12 (40,0)	6 (20,0)	4 (13,3)	6,257	0,264	0,044*
	μ (σ)	0,50 (0,68)	0,20 (0,41)	0,23 (0,68)			
19-22 ans	n (%)	7 (33,3)	6 (28,6)	4 (19,0)	1,015	0,106	0,602
	μ (σ)	0,27 (0,52)	0,23 (0,50)	0,13 (0,35)			
23-26 ans	n (%)	2 (20,0)	2 (20,0)	5 (50,0)	2,222	0,157	0,329
	μ (σ)	0,10 (0,40)	0,07 (0,25)	0,17 (0,38)			
27-30 ans	n (%)	2 (25,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	2,069	0,152	0,355
	μ (σ)	0,07 (0,25)	0,03 (0,18)	0,00 (0,00)			

* : $p < 0,05$

ddl : 2

En observant les données, nous constatons qu'en général, c'est-à-dire dans la tranche d'âge de 15 à 30 ans, plus de participants du groupe DS ont connu des séparations que

²⁶ Concernant les observations faites sans que soit atteint le niveau de significativité, il serait risqué de tirer des conclusions sur la base de ces observations. En effet, pour ces observations, toute différence pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs, y compris des erreurs de mesure. Nous sommes prudents ici à tirer des conclusions et à généraliser les résultats seulement si les observations sont validées par le test statistique du Khi-deux.

dans le groupe TS et STS, et ceux-ci ont connu en moyenne plus de séparations que les participants des autres groupes. Cependant, cette observation n'est pas validée par le test du Khi-deux ($X^2 = 5,067$; $V = 0,237$; $ddl = 2$; $p = 0,079$). Lorsque nous observons spécifiquement dans la tranche d'âge de 15 à 18 ans, nous remarquons que plus de participants du groupe DS ont connu une séparation et que ceux-ci ont connu en moyenne le double de séparations par rapport aux autres groupes. Ici, le test du Khi-deux permet d'affirmer que la différence entre les groupes est significative ($X^2 = 6,257$, $V = 0,264$; $ddl = 2$, $p = 0,044$). Dans les tranches d'âge suivantes, les différences semblent être moins marquées, tant par rapport au nombre de participants s'étant séparé que par rapport à la moyenne de séparations, d'autant plus que ces différences ne sont pas significatives. Relevons toutefois en demeurant descriptif qu'entre 23 et 26 ans, nous observons que plus de participants du groupe STS ont connu des séparations par rapport aux participants des deux autres groupes. En moyenne, ceux-ci auraient également connu plus de séparations. À noter que les participants ayant connu des séparations amoureuses à des âges plus « tardifs » (e.g. dans les tranches d'âge de 23-26 ans ou de 27-30 ans) n'avaient pas connu de difficultés à des âges plus « précoces » (e.g. dans les tranches d'âge de 15-18 ans ou de 19-22 ans), à l'exception d'un individu dans le groupe DS qui aurait vécu des ruptures répétées, et ce de 15 à 30 ans²⁷. Enfin, certaines observations que nous avons faites ici peuvent également être vues d'une manière plus intuitive dans la figure suivante, qui montre combien de participants de tous les groupes ont connu des séparations en fonction des tranches d'âge correspondantes.

²⁷ Cette information n'apparaît pas dans le tableau descriptif, mais nous jugeons cela tout de même pertinent de la rapporter.

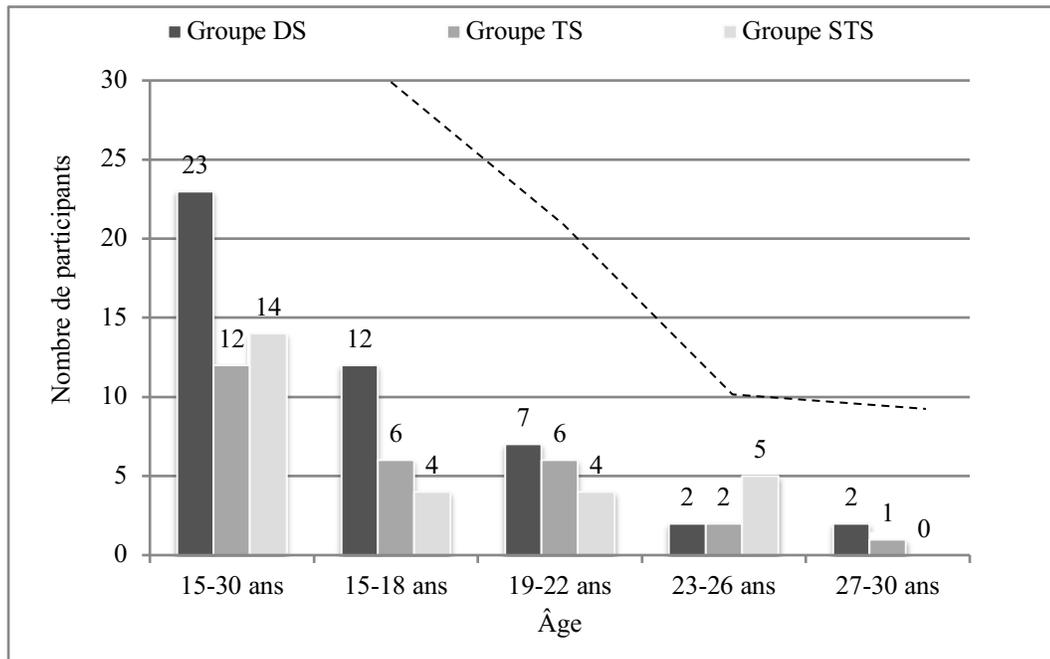


Figure 3.2 Nombre de participants ayant connu des séparations selon les trois groupes²⁸

²⁸ La ligne pointillée rappelle la diminution progressive du n des groupes en raison de l'attrition pour cause de mortalité dans le groupe DS. Nous retrouverons également la ligne pointillée dans les figures 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 et 3.8.

3.1.5.2 Tensions

Le tableau 3.4 montre le nombre de participants ayant connu des tensions conjugales aux différents âges compris entre 15 et 30 ans.

Tableau 3.4 Nombre de participants ayant connu des tensions selon les trois groupes

Tranche d'âge		Groupe DS	Groupe TS	Groupe STS	Khi-deux		
		(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)	X^2	V	p
15-30 ans	n (%)	14 (46,7)	5 (16,7)	3 (10,0)	3,750	0,204	0,153
	μ (σ)	1,27 (3,20)	0,47 (1,14)	0,63 (2,41)			
15-18 ans	n (%)	5 (16,7)	0 (0,0)	1 (3,3)	7,500	0,289	0,024*
	μ (σ)	0,43 (1,07)	0,00 (0,00)	0,33 (0,18)			
19-22 ans	n (%)	4 (19,0)	4 (19,0)	2 (9,5)	0,900	0,100	0,638
	μ (σ)	0,23 (0,77)	0,20 (0,55)	0,27 (1,01)			
23-26 ans	n (%)	3 (30,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	1,071	0,109	0,585
	μ (σ)	0,30 (0,95)	0,13 (0,73)	0,17 (0,75)			
27-30 ans	n (%)	3 (37,5)	2 (25,0)	2 (25,0)	0,310	0,059	0,856
	μ (σ)	0,30 (1,02)	0,13 (0,57)	0,17 (0,75)			

* : $p < 0,05$

$ddl : 2$

Nous pouvons observer qu'entre 15 à 30 ans, le groupe DS comprend davantage de participants ayant expérimenté des tensions dans leur couple, et ceux-ci auraient connu en moyenne plus de tensions que les participants des deux autres groupes. Cependant, cette observation est invalidée par le test du Khi-deux ($X^2 = 3,750$; $V = 0,204$; $ddl = 2$; $p = 0,153$). Dans la tranche d'âge de 15 à 18 ans, significativement plus de participants du groupe DS auraient expérimenté des tensions ($X^2 = 7.500$; $V = 0,289$; $ddl = 2$, $p = 0,024$), et ceux-ci auraient connu en moyenne plus de tensions que leurs pairs des autres groupes. Nous observons ensuite peu de différences dans les tranches d'âge suivantes en ce qui a trait au nombre de participants ayant connu des tensions dans leur couple. De plus, les seuils de significativité ne sont pas atteints. Cependant, nous pouvons observer de façon descriptive dans l'échantillon que les participants du groupe DS qui

ont vécu de telles tensions en ont expérimenté en moyenne davantage que les participants des autres groupes. Notons ici que les participants des trois groupes ayant connu des tensions tardives dans leur vie n'auraient pas spécialement connus de tensions plus tôt dans leur vie. Nous pouvons voir dans la figure 3.3 le nombre de participants des trois groupes ayant connu des tensions amoureuses à travers le temps.

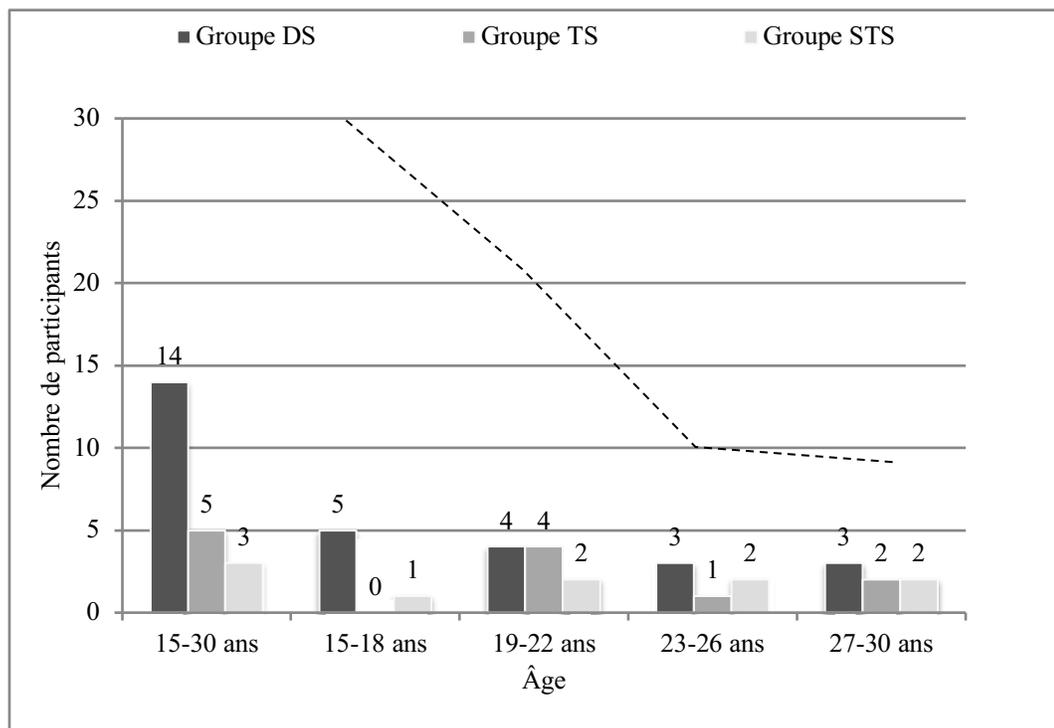


Figure 3.3 Nombre de participants ayant connu des tensions selon les trois groupes

3.1.5.3 Infidélité subie

Le tableau suivant montre le nombre de participants ayant subi de l'infidélité de la part de leur partenaire amoureux, selon les différentes tranches d'âges compris entre 15 et 30 ans.

Tableau 3.5 Nombre de participants ayant subi de l'infidélité selon les trois groupes

Tranche d'âge		Groupe DS	Groupe TS	Groupe STS	Khi-deux		
		(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)	X^2	V	p
15-30 ans	n (%)	3 (10,0)	6 (20,0)	1 (3,3)	4,275	0,218	0,118
	μ (σ)	0,23 (0,82)	0,37 (0,89)	0,03 (0,18)			
15-18 ans	n (%)	2 (6,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	2,069	0,152	0,355
	μ (σ)	0,17 (0,65)	0,33 (0,18)	0,00 (0,00)			
19-22 ans	n (%)	2 (9,5)	4 (19,0)	1 (4,8)	2,169	0,155	0,338
	μ (σ)	0,67 (0,25)	0,27 (0,83)	0,1 (0,55)			
23-26 ans	n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	n.a.	n.a.	n.a.
	μ (σ)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)			
27-30 ans	n (%)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	4,091	0,213	0,129
	μ (σ)	0,00 (0,00)	0,67 (0,00)	0,00 (0,00)			

* : $p < 0,05$

ddl : 2

Remarquons que les tests du Khi-deux n'ont pas relevé de différences significatives concernant l'infidélité subie par les participants des trois groupes, et ce à tous les âges. En conservant un angle descriptif, il demeure tout de même pertinent de faire remarquer que dans la tranche d'âge de 15 à 30 ans, le groupe TS compte légèrement plus de participants ayant subi de l'infidélité par leur partenaire que les groupes DS et STS. Par ailleurs, ceux-ci ont connu en moyenne plus d'infidélités que leurs pairs des groupes DS et STS. Lorsque nous observons plus spécifiquement les tranches d'âge, peu de différences apparaissent autant dans la fréquence de participants ayant subi de l'infidélité que dans la moyenne d'infidélité subie par les participants. Il est à noter que les participants ayant subi de l'infidélité à des âges plus tardifs n'en avaient pas subi à

des âges antérieurs. La figure suivante illustre bien le nombre de participants ayant subi de l'infidélité selon les différentes tranches d'âge.

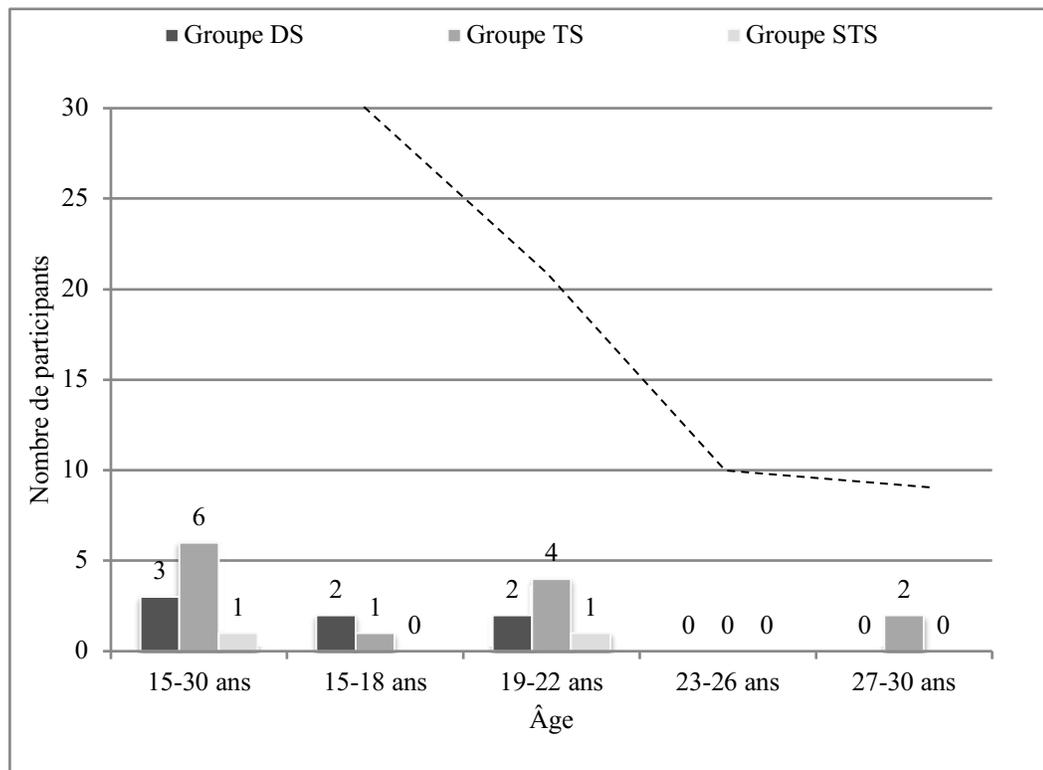


Figure 3.4 Nombre de participants ayant subi de l'infidélité selon les trois groupes

3.1.5.4 Infidélité infligée

Dans le tableau 3.6, nous pouvons observer le nombre de participants ayant infligé de l'infidélité à leur partenaire amoureux, selon les différentes tranches d'âges comprises entre 15 et 30 ans.

Tableau 3.6 Nombre de participants ayant infligé de l'infidélité selon les trois groupes

Tranche d'âge		Groupe DS	Groupe TS	Groupe STS	Khi-deux		
		(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)	X^2	V	p
15-30 ans	n (%)	2 (6,7)	5 (16,7)	3 (10,0)	1,575	0,132	0,455
	μ (σ)	0,33 (1,65)	0,87 (2,54)	0,53 (2,07)			
15-18 ans	n (%)	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (3,3)	1,023	0,107	0,600
	μ (σ)	0,00 (0,00)	0,07 (0,37)	0,03 (0,18)			
19-22 ans	n (%)	1 (4,8)	4 (19,0)	2 (9,5)	2,169	0,155	0,338
	μ (σ)	0,03 (0,18)	0,37 (10,7)	0,1 (0,40)			
23-26 ans	n (%)	1 (10,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	0,424	0,069	0,809
	μ (σ)	0,13 (0,73)	0,27 (1,01)	0,27 (1,01)			
27-30 ans	n (%)	2 (25,0)	2 (25,0)	1 (12,5)	0,424	0,069	0,809
	μ (σ)	0,17 (0,75)	0,17 (0,75)	0,13 (0,73)			

* : $p < 0,05$

ddl : 2

Comme nous l'avons relevé concernant les infidélités subies, il convient de préciser d'abord que les tests du Khi-deux n'ont pas relevé de différences significatives entre les groupes concernant les infidélités infligées. Lorsque nous observons les tableaux de façon descriptive, ceux-ci révèlent que légèrement plus de participants du groupe TS ont été la cause d'infidélité dans leur couple entre 15 et 30 ans, en comparaison aux groupes DS et STS. En moyenne, ceux-ci ont été la cause d'infidélité plus souvent en comparaison avec les participants des autres groupes. Entre l'âge de 15 et 18 ans, l'analyse statistique descriptive fait ressortir peu de différence observable entre les trois groupes. En ce qui a trait à la tranche d'âge de 19 à 22 ans, le groupe TS compte légèrement plus de participants ayant été la cause d'infidélité dans leur couple que dans

les deux autres groupes. Ceux-ci ont aussi plus d'infidélités infligées que leurs pairs des deux autres groupes. Peu de différences semblent s'exprimer en ce qui a trait au nombre de participants ayant été la cause d'infidélité au sein de leur couple et à la moyenne d'infidélités causées entre l'âge de 23 et de 30 ans. Aussi, bien que cette donnée n'apparaisse pas au tableau, nous savons que les participants ayant causé de l'infidélité au sein de leur couple étaient plus susceptibles d'en avoir causé à d'autres âges, et ce pour tous les groupes. Enfin, nous voyons dans la figure qui suit le nombre de participants ayant causé de l'infidélité à l'égard de leur partenaire amoureux selon les tranches d'âge.

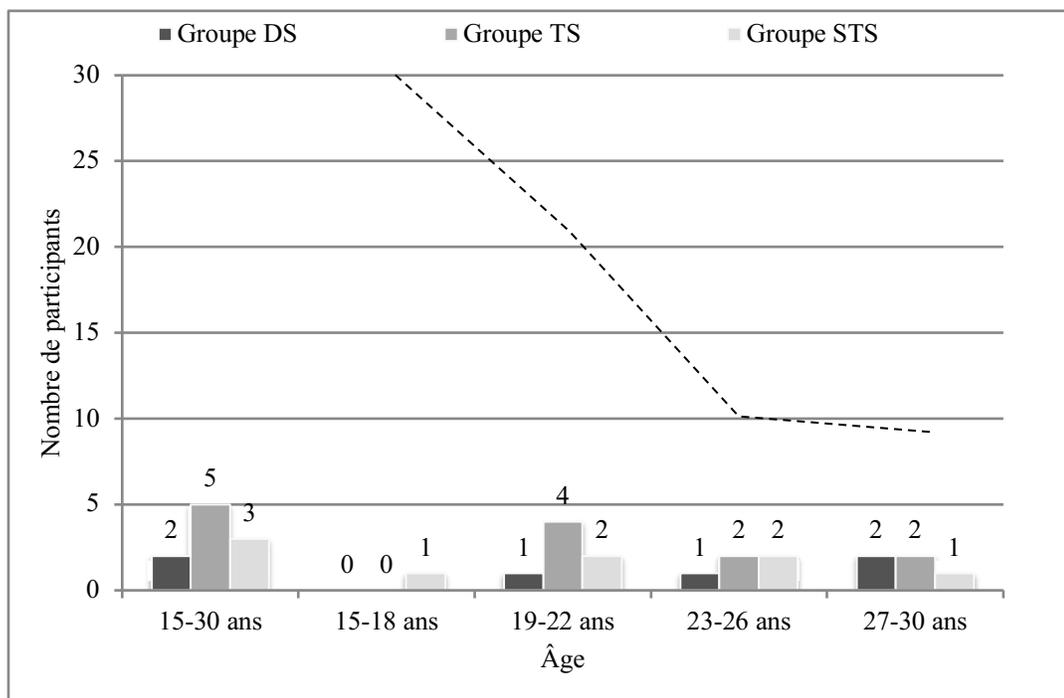


Figure 3.5 Nombre de participants ayant infligé de l'infidélité selon les trois groupes

3.1.5.5 Violence conjugale subie

Dans le tableau suivant, nous observons le nombre de participants ayant subi de la violence conjugale de la part de leur partenaire, et ceci selon les différentes tranches d'âges comprises entre 15 et 30 ans.

Tableau 3.7 Nombre de participants ayant subi de la violence conjugale selon les trois groupes

Tranche d'âge		Groupe DS	Groupe TS	Groupe STS	Khi-deux		
		(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)	X^2	V	p
15-30 ans	n (%)	2 (6,7)	3 (10,0)	3 (10,0)	4,091	0,213	0,129
	μ (σ)	0,20 (0,81)	0,57 (2,28)	0,20 (0,66)			
15-18 ans	n (%)	2 (6,7)	0 (0,0)	1 (3,3)	2,069	0,152	0,355
	μ (σ)	0,13 (0,57)	0,00 (0,00)	0,03 (0,18)			
19-22 ans	n (%)	2 (9,5)	2 (9,5)	2 (9,5)	0,000	0,000	1,000
	μ (σ)	0,07 (0,25)	0,17 (0,73)	0,13 (0,57)			
23-26 ans	n (%)	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	1,023	0,107	0,600
	μ (σ)	0,00 (0,00)	0,13 (0,73)	0,03 (0,18)			
27-30 ans	n (%)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	4,091	0,213	0,129
	μ (σ)	0,00 (0,00)	0,27 (1,01)	0,00 (0,00)			

* : $p < 0,05$

ddl : 2

Les tests du Khi-deux n'ont pas relevé de différence significative concernant la violence conjugale subie par les participants des trois groupes. Toutefois, nous pouvons observer de façon descriptive que la tranche générale de 15 à 30 ans compte un nombre égal de participants dans le groupe TS et le groupe STS, qui est légèrement supérieur à celui du groupe DS. Les participants du groupe TS subissent en moyenne plus de violence conjugale que les participants des deux autres groupes. Lorsque nous examinons plus spécifiquement la tranche d'âge de 15 à 18 ans, il semble que légèrement plus de participants du groupe DS ont subi de la violence conjugale de la part de leur partenaire, en comparaison avec les groupes STS et TS. Entre 19 à 22 ans,

il n'y a aucune différence entre les trois groupes quant au nombre de participants ayant subi de la violence conjugale. Cependant, lorsqu'on vérifie les moyennes, il apparaît que les participants du groupe TS connaissent en moyenne légèrement plus de violence conjugale subie à cet âge. Pour les tranches d'âge suivantes, les participants du groupe TS ont subi autant sinon plus de violence conjugale comparativement aux participants des autres groupes. Ici, à l'exception d'un participant du groupe TS, les participants ont vécu des épisodes de violence conjugale uniques, c'est-à-dire qu'ils n'étaient pas répétés dans le temps. Enfin, la figure 3.6 affiche le nombre de participants ayant subi de la violence de la part de leur partenaire en fonction des tranches d'âge.

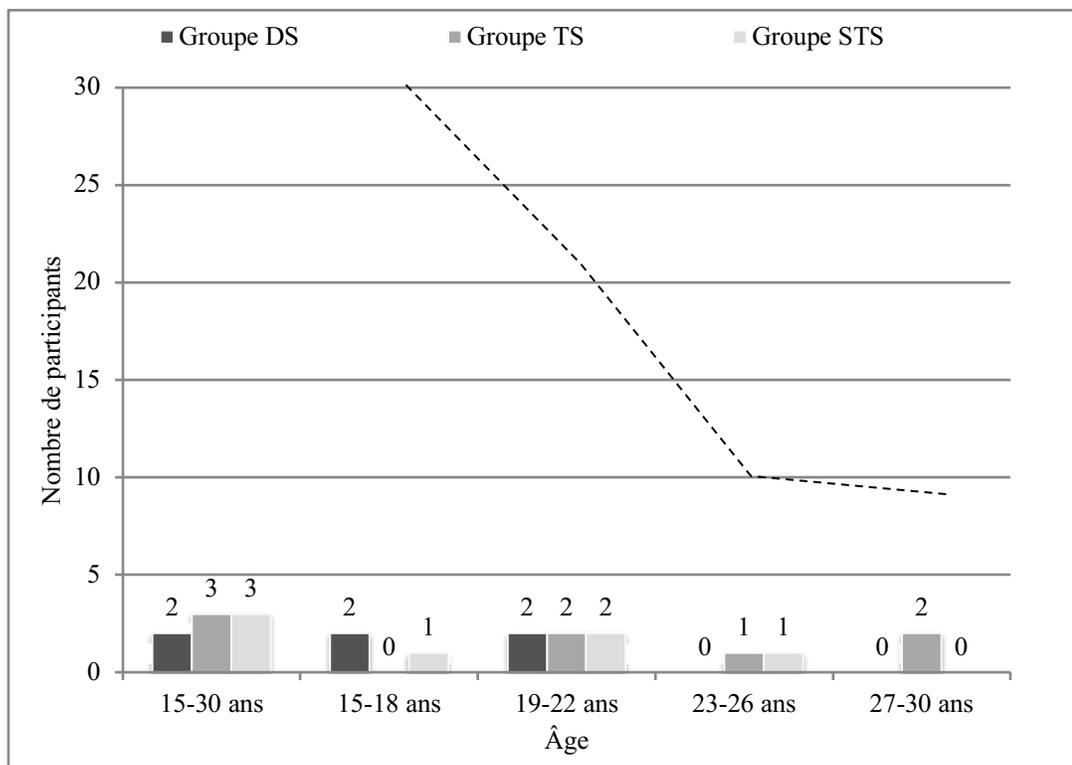


Figure 3.6 Nombre de participants ayant subi de la violence conjugale selon les trois groupes

3.1.5.6 Violence conjugale infligée

Le tableau 3.8 présenté ci-dessous recense le nombre de participants ayant été à l'origine de la violence conjugale envers leur partenaire, selon les différentes tranches d'âges comprises entre 15 et 30 ans.

Tableau 3.8 Nombre de participants ayant infligé de la violence conjugale selon les trois groupes

Tranche d'âge		Groupe DS	Groupe TS	Groupe STS	Khi-deux		
		(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)	X^2	V	p
15-30 ans	n (%)	3 (10,0)	6 (20,0)	3 (10,0)	1,731	0,139	0,421
	μ (σ)	0,20 (0,66)	0,47 (1,11)	0,30 (1,06)			
15-18 ans	n (%)	2 (6,7)	3 (10,0)	2 (6,7)	0,310	0,059	0,856
	μ (σ)	1,00 (0,40)	0,17 (0,59)	0,67 (0,25)			
19-22 ans	n (%)	1 (4,8)	3 (14,3)	2 (9,5)	1,071	0,109	0,585
	μ (σ)	0,67 (0,37)	0,13 (0,43)	0,17 (0,65)			
23-26 ans	n (%)	1 (10,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	0,000	0,000	1,000
	μ (σ)	0,03 (0,18)	0,03 (0,18)	0,07 (0,37)			
27-30 ans	n (%)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	2,022	0,150	0,364
	μ (σ)	0,00 (0,00)	0,13 (0,73)	0,00 (0,00)			

* : $p < 0,05$

ddl : 2

Ici aussi, faisons d'abord remarquer que les tests du Khi-deux n'ont pas révélé de différences significatives concernant la violence conjugale infligée par les participants des trois groupes. En conservant un angle descriptif, nous pouvons observer dans la tranche d'âge allant de 15 à 30 ans que le groupe TS compte légèrement plus de participants ayant été la cause de violence conjugale en comparaison aux autres groupes. Ceux-ci montrent également une moyenne supérieure aux participants des autres groupe. En observant le tableau, peu de différences semblent s'exprimer concernant le nombre de participants ayant infligé de la violence conjugale dans les trois groupes après cet âge. En effet, après l'âge de 23 et ce jusqu'à 30 ans, les trois groupes comptent un nombre à peu près égal de participants ayant été la cause de

violence au sein de son couple. Les différences de moyennes demeurent également peu prononcées. Sans que cela n'apparaisse au tableau, nous savons que les participants du groupe STS étaient plus susceptibles à travers les différentes tranches d'âge d'infliger de la violence conjugale de façon répétée à leurs partenaires amoureux, contrairement aux participants des autres groupes. Dans la figure suivante, nous pouvons visualiser le nombre de participants ayant été la cause de violence conjugale au sein de leur couple en fonction des tranches d'âge.

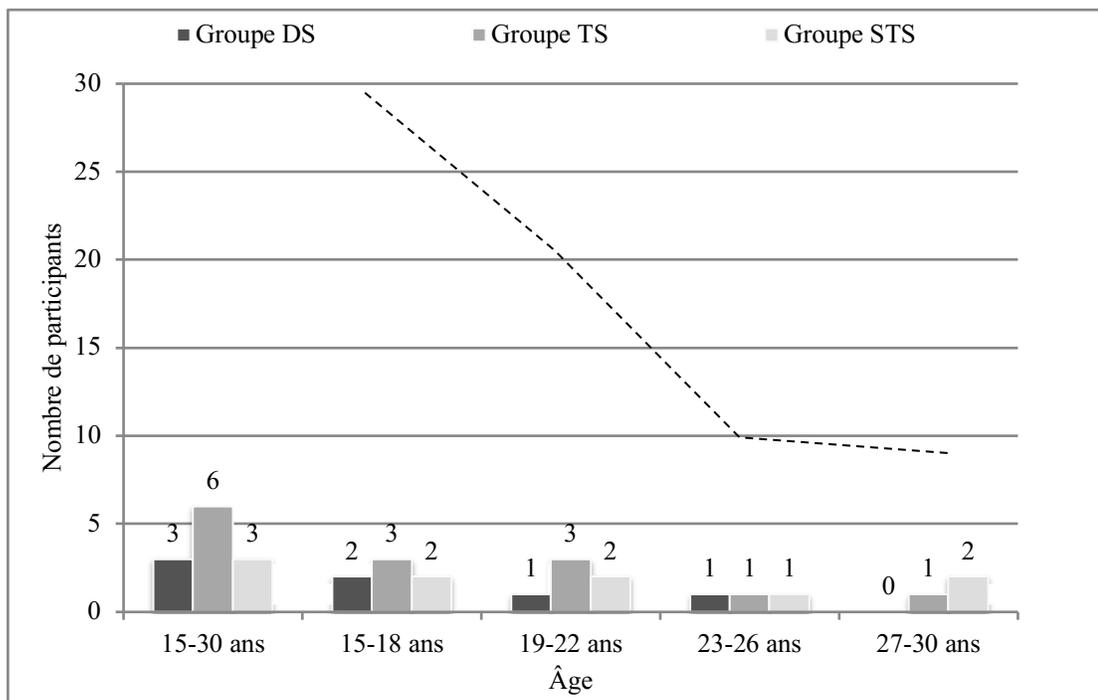


Figure 3.7 Nombre de participants ayant infligé de la violence conjugale selon les trois groupes

3.1.5.7 Difficultés périnatales

Dans le tableau 3.9, nous observons le nombre de participants ayant expérimenté des difficultés périnatales (e.g. avortements, fausses couches, grossesses imprévues, décès périnatal, etc.) selon les différentes tranches d'âges comprises entre 15 et 30 ans.

Tableau 3.9 Nombre de participants ayant connu des difficultés périnatales selon les trois groupes

Tranche d'âge		Groupe DS	Groupe TS	Groupe STS	Khi-deux		
		(n = 30)	(n = 30)	(n = 30)	X^2	V	p
15-30 ans	n (%)	3 (10)	2 (6,7)	1 (3,3)	1,071	0,109	0,585
	μ (σ)	0,10 (0,43)	0,10 (0,40)	0,30 (0,18)			
15-18 ans	n (%)	2 (6,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	2,048	0,152	0,359
	μ (σ)	0,10 (0,40)	0,03 (0,19)	0,00 (0,00)			
19-22 ans	n (%)	1 (4,8)	2 (9,5)	1 (4,8)	0,578	0,081	0,749
	μ (σ)	0,03 (0,18)	0,07 (0,26)	0,03 (0,18)			
23-26 ans	n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
	μ (σ)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)			
27-30 ans	n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>	<i>n.a.</i>
	μ (σ)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)			

* : $p < 0,05$

ddl : 2

n.a. : ne s'applique pas

En ce qui a trait aux difficultés périnatales, les tests du Khi-deux n'ont pas révélé de différences significatives entre les trois groupes. Cependant, lorsque nous observons de façon descriptive les résultats, nous observons qu'il y a légèrement plus de participants du groupe DS qui ont connu des difficultés périnatales entre 15 et 30 ans. Malgré cela, ce sont les participants du groupe STS qui montrent une moyenne supérieure de difficultés périnatales rencontrées. Tel que le montre le tableau 3.9, peu de différences s'expriment dans les tranches d'âge suivantes. D'ailleurs, selon nos données, il apparaît qu'aucun participant n'a connu de difficultés périnatales entre l'âge de 23 et 30 ans. La figure 3.8 rend compte de ces observations.

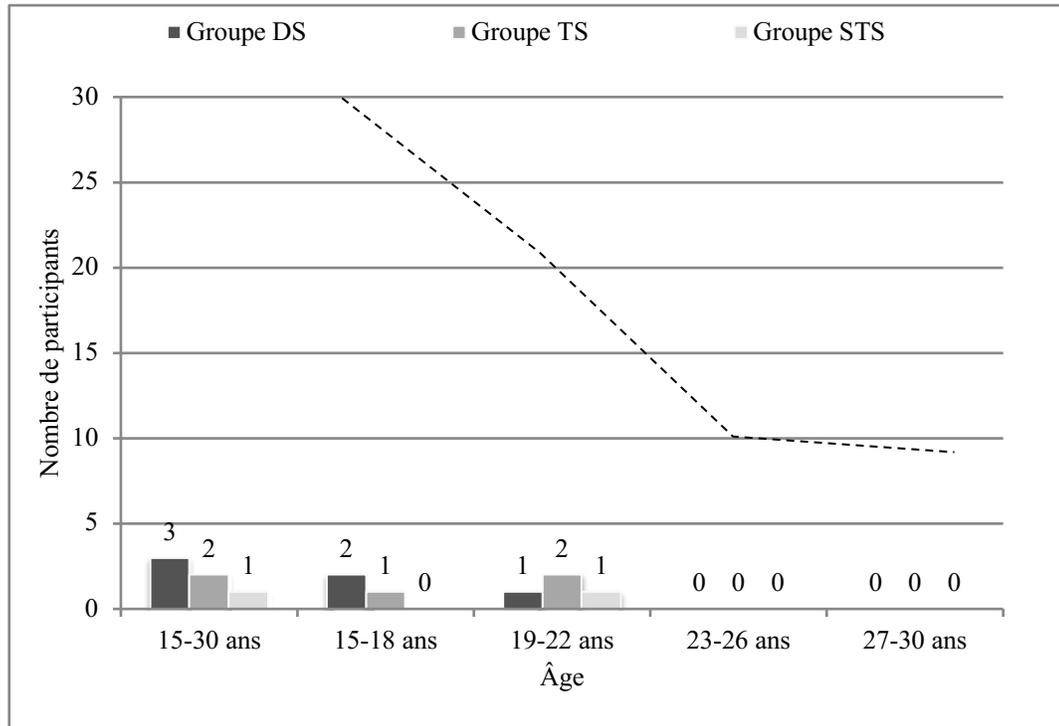


Figure 3.8 Nombre de participants ayant connu des difficultés périnatales selon les trois groupes

En lien avec le premier objectif de recherche, ces observations offrent un éclairage quantitatif quant aux difficultés amoureuses rencontrés à l'adolescence et au début de l'âge adulte au sein des trois groupes de participants à l'étude. Il convient ici de faire un court résumé des résultats avant de poursuivre avec le second objectif.

3.1.6 Résumé des résultats du premier objectif

Nous avons comptabilisé ici le nombre de participants ayant connu au moins un type de difficulté amoureuse (e.g. séparation, tension, infidélité subie ou infligée, violence conjugale subie ou infligée, difficulté périnatale) dans différentes tranches d'âges comprises entre 15 et 30 ans. Nous observons d'abord que des participants issus de tous

les groupes ont connu certains types de difficultés amoureuses à travers différents âges. Lorsque nous portons une attention particulière aux différences apparaissant entre les trois groupes étudiés, nous recensons dans l'échantillon un plus grand nombre de participants décédés par suicide (groupe DS) ayant connu des séparations et des tensions sur le plan conjugal entre 15 et 30 ans, comparativement aux participants vivants avec ou sans historique de tentative(s) suicidaire(s) (respectivement les groupes TS et STS). Toutefois, le Khi-deux révèle que cette observation n'est pas significative. Entre 15 et 18 ans, cette différence est toutefois plus marquée, comme les participants décédés par suicide seraient jusqu'à deux fois plus nombreux que les autres participants à avoir connu des séparations et des tensions conjugales. Cette observation aurait été validée par les tests de Khi-deux, qui confirment donc la différence significative entre les trois groupes en ce qui a trait aux séparations et aux tensions amoureuses rencontrées par les participants. Lorsqu'on observe plus spécifiquement le nombre de difficultés rencontrées par un même participant, il apparaît que les participants décédés par suicide (groupe DS) ont connu en moyenne deux fois plus de séparations, et jusqu'à quatre fois plus de tensions lorsque nous les comparons avec leurs pairs des deux autres groupes (groupes TS et STS). Peu de différences sont observées quant au nombre de participants des groupes TS et STS ayant connu des séparations et tensions amoureuses, et quant à la moyenne de difficultés rencontrées par les participants de ces deux groupes. En ce qui a trait aux autres difficultés amoureuses telles que l'infidélité subie et causée, la violence conjugale subie et causée, de même que les difficultés périnatales, peu de différences apparaissent entre les groupes. En somme, ce sont manifestement les participants décédés par suicide (groupe DS) qui sembleraient avoir connu le plus de séparations et de tensions amoureuses entre 15 et 18 ans comme nous l'avons vu. Afin d'éclairer des aspects que la démarche d'analyse quantitative des données ne permet pas d'observer, il convient désormais de passer au deuxième objectif de recherche.

3.2 Deuxième objectif : Décrire qualitativement les difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte chez trois groupes de participants

Respectivement à la méthode de l'analyse thématique, nous avons identifié dans le contenu des vignettes cliniques un certain nombre d'informations relatives à la vie amoureuse des participants des trois groupes. Des catégories, thèmes et sous-thèmes ont été identifiés sur la base de ces informations, documentant les difficultés amoureuses des participants des trois groupes. Les catégories renvoient à la nature générale de la difficulté amoureuse (e.g. séparation, tension, infidélité subie ou infligée, violence conjugale subie ou infligée, difficulté périnatale). Les thèmes renvoient aux motifs²⁹ ou aux caractéristiques³⁰, ainsi qu'aux conséquences³¹ des difficultés amoureuses en question. Les sous-thèmes (e.g. désapprobation de la relation par la famille (pour les séparations), jalousie et contrôle (pour les tensions), etc.) renvoient aux détails entourant soit le motif, la caractéristique ou la conséquence de la difficulté amoureuse en question.

Pour témoigner des résultats de l'analyse thématique, nous avons donc produit des tableaux pour chaque catégorie afin de faciliter la visualisation de l'occurrence thèmes et sous-thèmes relativement aux six catégories de difficultés amoureuses rencontrées par les participants des trois groupes. Après la présentation du tableau, nous présentons les éléments de contexte pour expliciter les détails des sous-thèmes. Bien que cela ait été explicité précédemment dans la section méthodologie, rappelons ici que les analyses thématiques du contenu des vignettes cliniques ont une visée descriptive, et

²⁹ D'après Le Petit Robert (2019), le terme « motif » réfère à aux raisons menant à l'apparition d'un phénomène. Cela peut renvoyer aux causes, aux explications, mais aussi aux éléments de contexte favorisant l'émergence du phénomène en question.

³⁰ Selon Le Petit Robert (2019), une « caractéristique » est un trait distinctif permettant de distinguer ou reconnaître quelqu'un ou quelque chose.

³¹ Le terme « conséquence » renvoie, selon Le Petit Robert (2019) aux suites d'une action, c'est-à-dire aux effets, aux implications et aux retombées qu'un phénomène peut causer ou en favoriser l'émergence.

ce conformément aux objectifs de recherche. Or, pour des raisons qui ont été élaborées plus tôt, les résultats présentés dans les sections suivantes auront donc pour but de décrire les difficultés amoureuses telles qu'elles sont rencontrées par les participants de notre étude, en respectant un angle descriptif à faible inférence pour éviter les interprétations.

3.2.1 Séparations

Le tableau 3.10 synthétise les différents thèmes et sous-thèmes relatifs à la catégorie des séparations, et rend compte de l'occurrence des sous-thèmes au sein des trois groupes de participants.

Tableau 3.10 Arbre thématique des séparations

Catégorie	Thème	Sous-thème	Occurrence du sous-thème		
			Groupe DS (n = 30)	Groupe TS (n = 30)	Groupe STS (n = 30)
Séparations	Motifs de la séparation	Désapprobation de la relation par la famille	5	1	0
		Décision du partenaire	4	2	2
		Déménagement ou distance	2	0	1
		Problèmes de consommation	0	2	0
		Problèmes légaux	0	1	0
	Conséquences de la séparation	Risque suicidaire	7	1	0
		Suicide complété dans les six mois suivant	16	0	0
		Symptômes dépressifs	3	0	1
		Problèmes de consommation	1	0	0
		Changements familiaux	0	1	1

3.2.1.1 Motifs de la séparation

3.2.1.1.1 Désapprobation de la relation par la famille

Dans le groupe DS, il est rapporté que cinq participants auraient vu leur relation amoureuse désapprouvée par leurs beaux-parents, ce qui aurait favorisé ou, plus directement, causé la séparation du participant d'avec sa partenaire. Dans l'un de ces cas, la relation aurait été maintenue secrète pour éviter les préjudices anticipés. Dans un autre cas, les beaux-parents auraient rejeté l'union en raison de l'héritage inuit du participant, ce qui aurait également causé un avortement forcé chez sa partenaire. Dans un dernier cas, il est rapporté que les beaux-parents auraient refusé la relation, car le participant était d'une religion différente de la leur.

Au sein du groupe TS, un cas est reporté où les parents de la participante (i.e. âgée de 15 ans) désapprouvaient sa liaison avec un homme de 30 ans connu dans la communauté pour avoir des problèmes de consommation.

3.2.1.1.2 Décision du partenaire

Le groupe DS compte quatre participants au total dont il est précisé que la séparation aurait été décidée par le/la partenaire amoureux/amoureuse. L'un de ces participants aurait cessé de voir son entourage par peur d'être rejeté de nouveaux. Un autre ne se serait jamais remis de sa séparation, en espérant toujours revenir avec son ex-conjointe. Un autre participant parle d'un sentiment éprouvant de déception après la séparation. Pour le dernier participant, ses problèmes de consommation d'alcool auraient justifié la décision par sa partenaire de mettre fin à leur union.

Au sein du groupe TS, la décision de séparation aurait été faite par le partenaire amoureux à deux reprises. Pour l'un d'eux, la conjointe serait devenue enceinte d'un autre homme, entraînant donc la dissolution de leur couple. Dans l'autre cas, la partenaire aurait simplement décidé de s'engager dans une nouvelle relation alors qu'ils étaient toujours ensemble.

Le groupe STS compte deux cas où la séparation aurait été décidée par le/la partenaire amoureux/amoureuse. Dans l'un de ces cas, la partenaire aurait donné un ultimatum au participant, entre le hockey ou elle. Celui-ci aurait choisi la première option, mettant donc fin à leur relation amoureuse.

3.2.1.1.3 Déménagement ou distance

À deux reprises au sein du groupe DS, la relation aurait été terminée prématurément en raison du déménagement de la partenaire. Dans un autre cas, la séparation aurait été causée par la difficulté de faire survivre le couple face à la distance. Dans un cas au sein du groupe STS, la séparation aurait été précipitée par le déménagement de la conjointe suite au décès de sa mère.

3.2.1.1.4 Problèmes de consommation

Dans le groupe TS, un participant rapporte que sa conjointe avait des problèmes d'abus d'alcool. Cela aurait causé la fin de leur relation amoureuse. Dans un autre cas au sein du même groupe, la participante aurait décidé de mettre fin à sa relation car son partenaire était alcoolique et dépendant aux drogues.

3.2.1.1.5 Problèmes légaux

Pour un participant du groupe TS, la séparation serait survenue après une ordonnance restrictive empêchant tout contact entre lui et sa conjointe.

3.2.1.2 Conséquences de la séparation

3.2.1.2.1 Risque suicidaire

Au sein du groupe DS, un participant aurait fait part d'idées suicidaires à ses proches après sa séparation. Un autre participant du groupe TS aurait tenté de se suicider après s'être séparé de sa conjointe.

3.2.1.2.2 Suicide complété

Au total, seize participants sur trente (53,3%) au sein du groupe DS seraient décédés par suicide dans les six mois suivant une séparation. L'analyse thématique du contenu des vignettes permet de détailler certains éléments du contexte de la séparation qui peuvent avoir été importants dans les six derniers mois de vie, ou qui peuvent avoir précipité le suicide des participants en question. Dans trois de ces cas ayant mené au suicide, il est précisé que la séparation aurait été décidée par le participant lui-même, et dans deux autres cas, il s'agirait de la décision de leur conjointe. Deux autres participants se seraient suicidés après que la continuité de la relation devienne impossible en raison du déménagement de leur partenaire. Trois participants se seraient suicidés peu après qu'ils aient été forcés de mettre fin à leur relation amoureuse par leurs beaux-parents qui désapprouvaient leur union pour des motifs xénophobes ou

religieux. Un participant aurait connu des sentiments de culpabilité par rapport à la séparation : « Je suis désolé de t'avoir eu comme amoureuse » (traduction libre), aurait-il indiqué sur les réseaux sociaux en ligne (e.g. Facebook) quelques mois avant de s'enlever la vie. Un autre participant aurait tenté de se suicider de façon impulsive tout de suite après la séparation, sans réfléchir. Dans une autre vignette, il est rapporté que le participant avait tendance à devenir systématiquement suicidaire (i.e. idéations et tentatives de suicide) après chaque séparation, jusqu'à ce que sa dernière le mène au décès. Dans une autre vignette, le participant aurait mentionné à un proche quelques jours avant son suicide qu'il avait le cœur brisé depuis sa séparation. Un autre participant aurait camouflé son malheur, aux dires de son cousin : « Il venait de se séparer et il semblait si triste. Je lui ai demandé s'il n'était pas content (sic). Il ne m'a pas répondu et ne m'a même pas regardé. » (traduction libre) Un autre participant aurait insinué à ses proches un désir suicidaire après sa séparation, avant d'ultimement mettre fin à sa vie. Il est mentionné que trois participants seraient décédés seulement quelques jours après la séparation. L'un d'entre eux serait décédé le jour même.

3.2.1.2.3 Symptômes dépressifs

Trois participants du groupe DS auraient connu des symptômes dépressifs après la séparation (i.e. perte d'intérêt pour une période prolongée, baisse marquée de l'humeur, isolement social). Dans deux de ces cas, un épisode dépressif majeur aurait été diagnostiqué. Dans un cas au sein du groupe STS, il est rapporté que le participant aurait été grandement préoccupé et constamment triste après la séparation.

3.2.1.2.4 Problèmes de consommation

Dans le cas d'un participant du groupe DS, celui-ci aurait commencé après la séparation à abuser de l'alcool répétitivement et à développer une dépendance au cannabis.

3.2.1.2.5 Changements familiaux

Une participante du groupe TS se serait retrouvée seule pour éduquer son enfant lorsque son partenaire l'a laissé. Un autre participant, cette fois-ci dans le groupe STS, aurait perdu contact avec sa fille après la séparation.

3.2.2 Tensions

L'analyse thématique du contenu des vignettes relève les différents motifs ainsi que les conséquences des tensions, tel qu'illustré dans le tableau 3.11.

Tableau 3.11 Arbre thématique des tensions

Catégorie	Thème	Sous-thème	Occurrence du sous-thème		
			Groupe DS (n = 30)	Groupe TS (n = 30)	Groupe STS (n = 30)
Tensions	Motifs des tensions	Jalousie et contrôle	3	3	3
		Problèmes de consommation	2	2	0
		Conflits familiaux	3	0	0
		Décès d'un enfant	0	1	0
	Conséquences des tensions	Séparations	3	1	0
		Incarcération	0	2	0
		Risque suicidaire	0	4	0
		Suicide complété dans les six mois suivant	6	0	0

3.2.2.1 Motifs des tensions

3.2.2.1.1 Jalousie et contrôle

Au sein du groupe DS, les thèmes de la jalousie et du contrôle sont explicités comme étant des sources de tension au sein du couple pour trois participants. Dans le premier cas, il est mentionné que la conjointe du participant était contrôlante. Dans le second cas, la conjointe du participant aurait été jalouse envers d'autres femmes qui étaient dans la vie de celui-ci. Dans le troisième cas, la conjointe du participant l'aurait forcé à rester en couple avec elle. Or, bien qu'il aurait tenté répétitivement de se séparer, sa conjointe aurait exercé un contrôle sur lui au point que la relation continue malgré lui.

La jalousie et le contrôle auraient généré des tensions chez trois participants du groupe TS. Le premier participant aurait eu de la difficulté à faire confiance à sa partenaire, soupçonnant qu'elle le trompe. Selon ce dernier, ses difficultés relationnelles auraient été causées par son passé : « Mon passé est en train de gâcher mes relations. » (traduction libre) Dans le second cas, la conjointe aurait été craintive par rapport aux autres femmes qui sont dans la vie du participant. Dans le troisième cas, la jalousie aurait été réciproque, comme tous les deux flirtaient avec d'autres personnes.

Au sein du groupe STS, trois participants auraient connu de telles tensions liées à la jalousie et au contrôle. Un participant aurait fait des menaces de suicide à sa partenaire. Un autre, inversement, aurait subi des menaces suicidaires de la part de sa conjointe. Un dernier participant aurait vécu des conflits en lien avec les exigences élevées et le rabaissement constant de la part de sa partenaire amoureuse.

3.2.2.1.2 Problèmes de consommation

À deux reprises au sein du groupe DS, l'alcool aurait été la source de tensions dans le couple. Il est rapporté pour un participant que l'abus d'alcool de sa conjointe causait des conflits constants dans leur couple. Dans un autre cas, les tensions et les confrontations auraient débuté lorsque le participant a pris l'habitude d'abuser de l'alcool.

Deux participants du groupe TS auraient expérimenté des tensions liées à un problème de consommation. Pour le premier, cela aurait été les abus répétés d'alcool de la conjointe qui aurait causé les tensions. Dans le second cas, c'est l'alcoolisme du participant qui aurait causé des tensions au sein du couple.

3.2.2.1.3 Conflits familiaux

Trois fois dans le groupe DS, la relation de couple aurait été désapprouvée par les beaux-parents, ce qui aurait causé des tensions dans la relation amoureuse, et ultimement mené à la dissolution du couple. Pour le premier participant, la relation aurait été désapprouvée pour des motifs culturels (i.e. le fait d'être Inuit), tandis que pour le deuxième participant, cela aurait été pour des motifs religieux (i.e. le fait de ne pas être Chrétien). Dans le troisième cas, le fait de maintenir le couple secret pour éviter les réprimandes des beaux-parents aurait causé des tensions au sein du couple.

3.2.2.1.4 Décès d'un enfant

Une participante du groupe TS aurait connu des tensions et conflits importants avec son conjoint suite au décès périnatal de leur enfant. Il est détaillé qu'après une série de

conflits, la participante aurait décidé de cesser de voir et de communiquer avec son partenaire, qui se serait suicidé quelques jours après cette coupure de contact.

3.2.1.2 Conséquences des tensions conjugales

3.2.1.2.1 Séparations

Trois fois dans le groupe DS, les tensions auraient causé des séparations temporaires et répétées entre le participant et sa partenaire. Dans un cas au sein du groupe TS, la relation aurait été troublée et marquée par les tensions constantes. Le participant et sa conjointe se seraient séparés à une reprise, pour éventuellement revenir ensemble.

3.2.1.2.2 Incarcération et hospitalisation

Le groupe TS compte un participant qui aurait été arrêté par les forces policières après avoir menacé de se suicider lors d'un conflit avec sa conjointe alors qu'il était sous l'influence de substances. Celui-ci aurait amené à l'hôpital. Un second participant du même groupe aurait été incarcéré suite à des conflits importants avec sa conjointe.

3.2.1.2.3 Risque suicidaire

Quatre participants du groupe TS auraient connu un épisode de détresse suicidaire suite à des tensions importantes dans leur couple. Le cas d'un de ces participants est décrit dans le paragraphe ci-haut. Trois autres participants auraient menacé de se suicider en lien avec des tensions conjugales, sans toutefois commettre de comportement suicidaire.

3.2.1.2.4 Suicide complété

Au total, ce sont six participants (20%) au sein du groupe DS qui auraient connu des tensions conjugales dans les six mois précédant leur suicide. Deux d'entre eux auraient connu des conflits liés essentiellement à la jalousie et la possessivité du partenaire amoureux. Pour un autre participant, la vignette rapporte que les conflits auraient été liés à l'anxiété d'abandon et au sentiment de désespoir du participant. Pour deux autres participants, les tensions se seraient manifestées par des conflits ouverts et parfois même par de la violence conjugale causée par le participant.

3.2.3 Infidélité subie

Le tableau ci-dessous illustre les différents thèmes et sous-thèmes relatifs à l'infidélité subie ainsi que leur occurrence dans l'arbre thématique.

Tableau 3.12 Arbre thématique de l'infidélité subie

Catégorie	Thème	Sous-thème	Occurrence du sous-thème		
			Groupe DS (n = 30)	Groupe TS (n = 30)	Groupe STS (n = 30)
Infidélité subie	Caractéristiques de l'infidélité subie	Infidélité réciproque	1	1	1
		Infidélité unique	0	0	2
		Infidélité au cœur de la relation	0	1	0
	Conséquences de l'infidélité subie	Risque suicidaire	0	1	0
		Suicide complété dans les six mois suivant	3	0	0
		Grossesse non-prévue	0	1	0

3.2.3.1 Caractéristiques de l'infidélité subie

3.2.3.1.1 Infidélité réciproque

Un participant de tous les groupes (i.e. DS, TS, STS) aurait connu des infidélités réciproques, c'est-à-dire que les deux membres du couple entretenaient des relations extraconjugales.

3.2.3.1.2 Infidélité unique

Le groupe STS compte deux participant(e)s qui auraient subi de l'infidélité à une reprise, c'est-à-dire que leur conjoint(e) ne l'aurait trompé qu'une fois et cet événement ne se serait pas répété.

3.2.3.1.3 Infidélité au cœur de la relation

Dans le groupe TS, un participant aurait été en couple avec une femme qui était elle-même mariée à un autre homme.

3.2.3.2 Conséquences de l'infidélité subie

3.2.3.2.1 Risque suicidaire

Dans un cas, associé au groupe TS, il est fait mention que le participant aurait tendance à devenir suicidaire à chaque fois que sa conjointe lui serait infidèle.

3.2.3.2.2 Suicide complété

Au total, trois participants (10%) du groupe DS auraient subi de l'infidélité au cours des six mois avant leur décès par suicide. Dans l'un de ces cas, l'infidélité aurait été réciproque, comme nous avons vu plus haut. Une participante aurait écrit dans sa lettre de suicide qu'elle soupçonnait son partenaire de l'avoir trompé récemment³². Dans un autre cas, le participant aurait mis fin à sa vie peu de temps après qu'il ait appris que sa partenaire l'aurait trompé.

3.2.3.2.3 Grossesse non-prévue

La conjointe d'un participant du groupe TS serait devenue enceinte d'un autre homme alors qu'ils étaient en couple depuis quelques mois.

3.2.4 Infidélité infligée

Le tableau 3.13 représente les thèmes et sous-thèmes relatifs à cette catégorie de difficultés amoureuses, ainsi que leur occurrence.

³² Il convient cependant de noter au passage que le contenu de la vignette demeure trop ambigu pour déterminer s'il y a infidélité réelle ou un soupçon d'infidélité.

Tableau 3.13 Arbre thématique de l'infidélité infligée

Catégorie	Thème	Sous-thème	Occurrence du sous-thème		
			Groupe DS (n = 30)	Groupe TS (n = 30)	Groupe STS (n = 30)
Infidélité infligée	Caractéristiques de l'infidélité infligée	Promiscuité sexuelle	2	1	0
		Relation extraconjugale unique	0	1	0
	Conséquences de l'infidélité infligée	Infections sexuellement transmissibles	1	0	0
		Suicide complété dans les six mois suivant	2	0	0

3.2.4.1 Caractéristiques de l'infidélité infligée

3.2.4.1.1 Promiscuité sexuelle

Deux participants du groupe DS auraient connu des relations extraconjugales. Dans le premier cas, il s'agirait de relations sexuelles non-protégées avec plusieurs partenaires sexuels différents alors qu'ils étaient en couple. Dans l'autre cas, il est mentionné que le participant aurait eu trois fréquentations amoureuses avec d'autres femmes pendant les 12 années de couple avec sa partenaire. Citant la conjointe de ce dernier : « Il aimait me montrer qu'il fréquentait plusieurs autres femmes, et je savais qu'il était avec au moins trois d'entre elles. » (traduction libre)

Un participant du groupe TS aurait entretenu des rapports amoureux et sexuels avec plusieurs autres femmes alors qu'il était en couple.

3.2.4.1.2 Relation extraconjugales unique

Il est rapporté dans un cas du groupe TS que la relation extraconjugale aurait duré jusqu'à 16 ans, alors que le participant était marié à une autre femme.

3.2.4.2 Conséquences de l'infidélité infligée

3.2.4.2.1 Infections sexuellement transmissibles

Un participant du groupe DS aurait contracté une maladie transmissible sexuellement dans une relation sexuelle extraconjugales non-protégée et l'aurait ensuite transmise à sa conjointe : « Il m'a trompé une fois pendant qu'il était à l'extérieur de la ville, puis en revenant il m'a transmis une infection transmissible sexuellement qu'il avait attrapé là-bas. » (traduction libre)

3.2.4.2.2 Suicide complété

Au total, deux participants (6,7%) auraient entretenu une ou des relations extraconjugales dans les six mois précédant leur décès. Ceux-ci auraient entretenu des relations extraconjugales pendant entre trois et cinq ans avant de mettre fin à leur vie.

3.2.5 Violence conjugale subie

Le tableau 3.14 présente les thèmes et sous-thèmes relatifs à cette catégorie de difficultés amoureuses, ainsi que leur occurrence.

Tableau 3.14 Arbre thématique de la violence conjugale subie

Catégorie	Thème	Sous-thème	Occurrence du sous-thème		
			Groupe DS (n = 30)	Groupe TS (n = 30)	Groupe STS (n = 30)
Violence conjugale subie	Caractéristiques de la violence conjugale subie	Violence physique	1	1	0
		Violence psychologique	0	1	1
		Violence réciproque	0	1	0

3.2.5.1 Caractéristiques de la violence conjugale subie

3.2.5.1.1 Violence physique

Une participante du groupe DS aurait subi de la violence de nature physique de la part de son partenaire. À noter que cette agression aurait nécessité une hospitalisation. Dans un autre cas au sein du groupe TS, le participant aurait subi de la violence conjugale physique qui se serait manifesté surtout par des coups.

3.2.5.1.2 Violence psychologique

Un participant du groupe TS et du groupe STS auraient subi de la violence conjugale de nature psychologique, notamment des menaces suicidaires, de la manipulation et des cris.

3.2.5.1.3 Violence réciproque

Dans le groupe TS, un participant aurait expérimenté à la fois subi et causé de la violence physique au sein de son couple.

3.2.6 Violence conjugale infligée

Le tableau suivant représente un résumé de l'arbre thématique en ce qui a trait à la violence conjugale dont le participant est à l'origine.

Tableau 3.15 Arbre thématique de la violence conjugale infligée

Catégorie	Thème	Sous-thème	Occurrence du sous-thème		
			Groupe DS (n = 30)	Groupe TS (n = 30)	Groupe STS (n = 30)
Violence conjugale infligée	Caractéristiques de la violence conjugale infligée	Violence physique	5	5	3
		Violence psychologique	0	1	0
		Consommation de substances	3	1	1
	Conséquences à la violence conjugale infligée	Incarcération	3	0	4
		Hospitalisation	0	0	1
		Suicide complété dans les six mois suivant	4	0	0

3.2.6.1 Caractéristiques de la violence infligée

3.2.6.1.1 Violence physique

Cinq participants du groupe DS auraient été violents par des moyens physiques envers leur conjointe. Dans un cas, le participant aurait tenté de blesser sa conjointe avec une

arme à feu. Quant au groupe TS, cinq participants auraient été violents de façon physique à l'égard de leur conjointe. Dans l'un de ces cas, il est détaillé que le participant avait de la difficulté à gérer sa colère et ses émotions de façon plus générale. Un participant aurait menacé sa conjointe avec une arme à feu. Dans au moins trois cas au sein du groupe STS, il est explicité que la nature des violences était physique. Dans l'un de ces cas, le participant en serait venu à menacer sa partenaire avec des armes blanches. Dans un autre, il est précisé que le participant l'aurait frappé à une reprise pendant un épisode de colère, et que cela ne se serait pas répété dans le temps.

3.2.6.1.2 Violence psychologique

Il est explicité qu'un participant du groupe TS aurait utilisé un langage abusif à l'égard de sa conjointe et lui aurait fait à plusieurs reprises des menaces suicidaires, en plus d'être violent physiquement envers elle.

3.2.6.1.3 Consommation de substances

À trois reprises au sein du groupe DS, la violence conjugale causée aurait été facilitée par la consommation d'alcool ou de drogues. Il est précisé qu'un participant du groupe TS ne serait violent envers sa conjointe que lorsqu'il consommerait de l'alcool. Finalement, le groupe STS compte quatre participants pour qui la violence conjugale aurait été facilitée par la consommation d'alcool.

3.2.6.2 Conséquences de la violence infligée

3.2.6.2.1 Incarcération

Trois participants du groupe DS auraient causé de la violence à l'égard de leur partenaire avant d'être incarcérés temporairement. Dans l'un de ces cas, le participant aurait été incarcéré pendant six mois pour avoir agressé sa partenaire. À son retour, une ordonnance restrictive aurait interdit toute communication avec son ex-conjointe ainsi que leurs enfants. Un deuxième participant, avant de mettre fin à sa vie, aurait été en attente d'un procès pour violence conjugale pour lequel il savait qu'il allait être condamné à purger une peine en prison.

Dans quatre cas au sein du groupe STS, les autorités ont dû être impliqués en lien avec de la violence conjugale causée par le participant. Un participant de 16 ans aurait été mis en probation temporaire après un épisode de violence à l'égard de sa petite amie. À la suite de la probation, la violence aurait cessé. Un autre participant aurait reçu une ordonnance restrictive en attente d'un procès suite à un épisode de violence à l'égard de sa conjointe. Dans deux autres cas, les policiers seraient intervenus pour faire cesser la violence conjugale.

3.2.6.2.2 Hospitalisation

Un participant du groupe STS aurait été hospitalisé à Ottawa après s'être blessé en frappant avec sa main dans le mur lors d'une altercation avec sa conjointe.

3.2.6.2.3 Suicide complété

Au total, quatre participants (13,3%) auraient été la cause de violence conjugale dans les six mois précédant leur suicide. Dans la totalité des six cas, il s'agit de violence physique. Pour l'un de ces cas, la violence est également de nature psychologique. Un participant se serait suicidé après qu'une ordonnance restrictive ait été mise en place à son retour de prison par son ex-conjointe et son nouveau partenaire, l'empêchant de communiquer avec celle-ci ainsi que leurs enfants. Un autre participant se serait enlevé la vie avant son procès pour violence conjugale, pour lequel il anticipait son emprisonnement.

3.2.7 Difficultés périnatales

Ci-dessous, nous représentons à l'aide du tableau 3.16 les différents thèmes et sous-thèmes qui émergent dans la catégorie des difficultés périnatales, ainsi que leur occurrence.

Tableau 3.16 Arbre thématique des difficultés périnatales

Catégorie	Thème	Sous-thème	Occurrence du sous-thème		
			Groupe DS (n = 30)	Groupe TS (n = 30)	Groupe STS (n = 30)
Difficultés périnatales	Motifs des difficultés périnatales	Grossesse non-désirée	3	1	1
		Avortement	2	2	0
		Fausse couche	1	1	0
		Mise en adoption d'un enfant	1	2	3
		Décès périnatal	0	1	0
		Grossesse à risque	0	1	0
	Conséquences des difficultés périnatales	Risque suicidaire	0	2	0
		Suicide complété dans les six mois suivant	3	0	0

3.2.7.1 Motifs des difficultés périnatales

3.2.7.1.1 Grossesse non-désirée

Trois participantes du groupe DS auraient connu des grossesses non-désirées. La première serait devenue enceinte et aurait accouché de son premier enfant à 15 ans. La deuxième participante serait devenue enceinte après avoir eu une relation non-protégée avec un autre homme que son conjoint. La vignette précise qu'elle n'était apparemment pas en mesure de savoir qui était le père de son enfant. Dans le troisième cas, la conjointe du participant lui aurait caché sa grossesse, jusqu'à ce que celui-ci décède par suicide, sans savoir qu'il était le père de l'enfant à naître.

Une participante du groupe TS serait devenue enceinte après avoir eu une relation sexuelle non-protégée. Une autre participante du groupe STS aurait vécu deux grossesses, à 16 et à 18 ans, qui n'étaient pas désirées.

3.2.7.1.2 Avortement

Au sein du groupe DS, deux vignettes rapportent que la conjointe du participant aurait vécu un avortement. Dans l'une d'elles, il est précisé que la conjointe se serait fait avorter sous la pression de ses parents qui à la base n'approuvaient pas leur relation. Dans le groupe TS, une participante de 14 ans aurait été forcée par ses parents à se faire avorter. La conjointe d'un autre participant aurait pris le choix quant à elle de se faire avorter.

3.2.7.1.3 Fausse couche

Un participant du groupe DS et du groupe TS auraient été perturbés et endeuillés par la fausse couche de leur conjointe.

3.2.7.1.4 Mise en adoption d'un enfant

Dans le groupe DS, un participant de 15 ans aurait été encouragé à laisser sa belle-mère adopter³³ son enfant. Dans le groupe TS, deux participants auraient mis en adoption leur enfant et l'un d'entre eux aurait été adopté par la belle-mère du participant. Au sein du groupe STS, trois participants auraient donné leur enfant en adoption. Dans deux de ces cas, ce sont des membres de la famille qui auraient adopté l'enfant en question, et dans l'autre cas ce serait l'ex-conjointe ainsi que son nouveau conjoint qui aurait repris la garde exclusive de l'enfant, faisant perdre au participant tout contact avec son enfant.

3.2.7.1.5 Décès périnatal

Une participante du groupe TS aurait accouché d'un enfant prématuré (i.e. quatre mois avant la date prévue d'accouchement) et ce dernier serait décédé quelques jours après l'accouchement. La vignette rend compte de plusieurs difficultés amoureuses (e.g. tensions, consommation d'alcool, infidélités réciproques, séparation, et ultimement le suicide du partenaire de la participante).

³³ Il convient ici de relever qu'au sein de plusieurs communautés autochtones canadiennes, dont les Inuits, l'adoption coutumière entre membres de la famille ou de la communauté est un phénomène commun. En ce sens, l'adoption se fait généralement de manière consensuelle et respectueuse entre les différents partis, sans nécessairement laisser de traces écrites.

3.2.7.1.6 Grossesse à risque

La conjointe d'un participant du groupe TS aurait connu une grossesse à risque selon la vignette.

3.2.7.2 Conséquences des difficultés périnatales

3.2.7.2.1 Risque suicidaire

Il est rapporté qu'un participant du groupe TS aurait fait une tentative de suicide peu après la fausse couche de sa conjointe.

3.2.7.2.2 Suicide complété

Au total, trois participants (10%) du groupe DS auraient expérimenté des difficultés périnatales six mois avant leur suicide³⁴. Deux participants se seraient suicidé quelques mois après l'avortement de leur conjointe. L'un de ces avortements aurait été forcé par les parents, comme nous l'avons explicité plus haut. Un autre participant âgé de 15 ans aurait mis fin à sa vie quelques temps après la mise en adoption de son enfant par les parents de sa conjointe.

³⁴ Bien qu'il ne s'agisse pas d'un participant, il convient de relever un autre cas où le conjoint de la participante se serait suicidé après une série de difficultés amoureuses conséquentes au décès périnatal de leur enfant.

3.2.8 Résumé des résultats du deuxième objectif

Comme nous venons de le voir, l'analyse thématique du contenu des vignettes cliniques des participants permet d'observer des détails plus qualitatifs ou contextuels au sujet des difficultés amoureuses rencontrées par les participants. Les résultats de cette analyse révèlent entre autres que dans la majorité des cas, les participants décédés par suicide (groupe DS) auraient connu au moins une difficulté amoureuse dans les six mois précédant leur suicide (en ordre croissant d'occurrence : les séparations ($n = 16$), les tensions ($n = 6$), la violence conjugale infligée ($n = 4$), l'infidélité subie ($n = 3$), les difficultés périnatales ($n = 3$), et l'infidélité infligée ($n = 2$)). Cette dernière observation montre que les cas de décès par suicide dans notre échantillon sont précédés d'une séparation dans plus de la moitié des cas (53,3%), et d'une tension conjugale dans 20% des cas. Les résultats issus de l'analyse thématique tendent à montrer que les séparations chez les participants décédés par suicide (groupe DS) sont plus souvent précipitées par des causes extérieures au participant (i.e. refus de la relation amoureuse par la belle-famille du participant, déménagement de la partenaire, décision de la partenaire, etc.), en comparaison avec les participants vivants avec ou sans historique de tentative de suicide (groupes TS et STS). L'analyse thématique permet aussi d'observer que les séparations s'avèrent plus souvent conflictuelles chez les participants décédés par suicide (groupe DS), comparativement à leurs pairs vivants (groupes TS et STS).

En somme, tout en demeurant descriptive pour des raisons qui ont précédemment été expliquées, l'analyse thématique du contenu des vignettes cliniques permet d'explicitier des éléments contextuels que l'analyse quantitative ne permet pas de mettre en relief. Lorsque combinées, ou triangulées, ces résultats mixtes peuvent faciliter un éclairage avec différents angles pour mieux saisir le lien entre les difficultés amoureuses et le suicide à l'adolescence et au début de l'âge adulte au sein de la population inuite du

Nunavut. Le prochain chapitre de notre essai, consistant en la Discussion, élabore notamment sur cette triangulation des résultats et observations pouvant être faites sur la base des deux méthodes d'analyse.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Le suicide des adolescents et des jeunes adultes est un problème de santé publique préoccupant au sein des communautés inuites du Nunavut. Comme nous avons vu, plusieurs facteurs de risque entrent en ligne de compte pour expliquer le suicide de ces jeunes. Parmi eux, les difficultés amoureuses ont été identifiées par certains chercheurs comme des facteurs significativement importants (Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2009, 2012, 2013; Kral et al., 2011; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Weyer, 1932; Wexler et al., 2009).

Cette étude exploratoire avait pour objectif d'examiner les difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte (i.e. entre 15 et 30 ans) et de mieux comprendre leur lien avec le suicide, et ceci spécifiquement au sein de la population inuite du Nunavut. Pour ce faire, nous avons fait appel à un devis mixte composé d'une méthode d'analyse quantitative (i.e. analyse descriptive visuelle, test du Khi-deux) et qualitative (i.e. analyse thématique de contenu) afin d'examiner les difficultés amoureuses rencontrées dans la trajectoire de vie de 30 participants inuits décédés suite à un suicide (groupe DS), en comparaison avec 30 participants inuits vivants ayant déjà fait une tentative de suicide (groupe TS) et 30 autres participants inuits vivants n'ayant fait aucune tentative (groupe STS). Dans la section précédente, nous avons présenté les résultats de ces analyses. Dans la présente section, nous discutons de ces résultats afin de faire ressortir des observations et des pistes de réflexion éclairantes au sujet des difficultés amoureuses et du suicide au sein des

adolescents et jeunes adultes inuits du Nunavut. Dans un premier temps, nous proposons un résumé des résultats obtenus par les analyses et ensuite une discussion sur la base de ces résultats. Après cela, nous élaborons au sujet des implications découlant de notre recherche sur la prévention du suicide ainsi que sur l'intervention psychosociale auprès des adolescents et jeunes adultes inuits présentant un risque suicidaire. Finalement, nous élaborons au sujet des forces et limites de notre étude, et ultimement des recommandations pour des recherches ultérieures.

4.1 Résumé des résultats

4.1.1 Les comportements suicidaires des participants

Dans un premier temps, les résultats de notre étude tendent à suggérer que les participants étaient plus susceptibles d'avoir des comportements suicidaires entre 15 et 18 ans inclusivement. En effet, dans notre échantillon, 14 (46,7%) participants du groupe DS auraient fait au moins un comportement suicidaire dans cette tranche d'âge, et 9 (30%) d'entre eux seraient décédés à la suite de leur passage à l'acte. Dans le groupe TS, 13 (43,3%) participants auraient fait au moins un comportement suicidaire dans cette même période de temps, ce qui représente près de la moitié du groupe. Nous observons donc que la majorité des tentatives de suicide et des décès par suicide dans notre échantillon de recherche sont survenus à l'adolescence tardive ou au début de l'âge adulte, ce qui correspond précisément au même phénomène que l'on peut observer dans la population inuite (Hicks, 2007a; Oliver, Peters et Kohen, 2012).

4.1.2 Les difficultés amoureuses et le suicide des participants

Comme nous l'avons constaté précédemment, nous pouvons observer que des participants issus de tous les groupes ont connu certains types de difficultés amoureuses à travers différents âges. En portant une attention particulière aux différences apparaissant entre les trois groupes, il semble y avoir un plus grand nombre de participants décédés par suicide (groupe DS) ayant connu des expériences de séparation(s) et de tension(s) entre 15 et 30 ans, comparativement aux participants vivants avec ou sans historique de tentative(s) suicidaire(s) (respectivement les groupes TS et STS). Toutefois, cette différence n'est réellement significative qu'entre l'âge de 15 et 18 ans, où les participants décédés par suicide (groupe DS) sont en effet jusqu'à deux fois plus nombreux que les autres participants à avoir connu des expériences de séparation(s) et de tension(s) conjugale(s).

Sous un autre angle, lorsqu'on regarde le nombre de difficultés rencontrées par un même participant, il apparaît que les participants décédés par suicide (groupe DS) ont connu en moyenne deux fois plus de séparations, et jusqu'à quatre fois plus de tensions lorsqu'on les compare avec leurs pairs des deux autres groupes (groupes TS et STS). En reliant cela à l'observation précédente, nous savons donc que les participants qui ultimement sont décédés par suicide sont plus susceptibles d'avoir vécu des difficultés amoureuses entre 15 et 18 ans, et aussi qu'ils sont plus susceptibles d'en vivre davantage en comparaison avec les participants vivants avec ou sans historique de tentative de suicide. Cela tend également à suggérer que les participants décédés par suicide seraient plus susceptibles d'avoir expérimenté des séparations et des tensions qui se répètent au sein d'une même relation amoureuse ou d'une relation amoureuse à l'autre.

Lorsqu'on compare les participants vivants ayant déjà fait une tentative de suicide (groupe TS) avec les participants n'ayant jamais fait de tentative de suicide (groupe STS), peu de différences s'observent quant à l'occurrence ou la moyenne des difficultés amoureuses vécues par les participants. Cela tend à suggérer qu'il n'y aurait pas de différence fondamentale entre les participants vivants ayant déjà fait une tentative de suicide et les participants vivants n'ayant jamais fait de tentative. Nous pourrions aussi croire que les difficultés amoureuses expérimentées par ces participants soient sous-rapportées par les proches-répondants puisqu'elles n'avaient pas de conséquences aussi dramatiques que celles vécues par les participants qui sont par la suite décédés par suicide³⁵.

L'analyse thématique des vignettes cliniques des participants révèle que la majorité des participants décédés par suicide auraient connu au moins une difficulté amoureuse dans les six derniers mois avant leur décès par suicide (en ordre d'occurrence : les séparations, les tensions conjugales, la violence conjugale infligée, l'infidélité subie, les difficultés périnatales et l'infidélité infligée). En observant ces données, nous constatons que dans plus de la moitié des cas, le suicide était précédé d'une séparation, et dans près du quart des cas d'une tension conjugale. Cette observation tend à suggérer que les séparations et les tensions sont des événements de la vie amoureuse susceptibles de déclencher un risque suicidaire chez les adolescents et jeunes adultes inuits, ou de participer d'une autre façon à l'étiologie suicidaire. En effet, il faut ici nous rappeler que les facteurs de risque suicidaire peuvent avoir un effet non seulement déclencheur, mais aussi contribuant, prédisposant ou précipitant. Dans cet ordre d'idées, les difficultés amoureuses telles que les séparations et tensions conjugales pourraient aussi interagir à long terme et ce en interaction avec plusieurs autres facteurs pour fragiliser la personne et augmenter le risque suicidaire. À titre d'exemple, les séparations ou

³⁵ En lien avec ce dernier point, nous discuterons des limites de la méthode de collecte de données dans une section dédiée.

tensions conjugales peuvent contribuer à l'évolution d'un trouble de santé mentale (e.g. dépression, troubles liés à une substance, etc.) qui peut par la suite favoriser l'émergence d'idées suicidaires, et de cette façon augmenter le risque de suicide.

Les résultats issus de l'analyse thématique révèlent que les séparations sont plus souvent précipitées par des causes extérieures (i.e. refus de la relation amoureuse par la belle-famille du participant, décision de la partenaire, déménagement de la partenaire) chez les participants décédés par suicide (groupe DS), en comparaison avec les participants vivants avec ou sans historique de tentative de suicide (groupes TS et STS). Nous pourrions supposer que les séparations causées ou précipitées par des raisons extérieures amènent un plus haut niveau de détresse suicidaire. L'analyse thématique fait également ressortir que les séparations s'avèrent plus souvent conflictuelles au sein des participants décédés par suicide (groupe DS), comparativement à leurs pairs vivants (groupes TS et STS). Cela pourrait signifier que l'interaction entre la séparation amoureuse et les tensions accentue le risque suicidaire. Nous pourrions également croire que les participants présentant déjà un risque suicidaire présentent des fragilités particulières favorisant déjà l'émergence de tensions et de conflits au sein du couple³⁶.

En ce qui a trait aux autres difficultés amoureuses telles que l'infidélité subie et causée, la violence conjugale subie et causée, de même que les difficultés périnatales, peu de différences s'observent entre les groupes. En effet, les tests de Khi-deux effectués n'ont révélé aucune différence significative entre les groupes. Ce constat pourrait suggérer que ces types de difficultés amoureuses ont probablement peu ou pas d'influence dans l'étiologie suicidaire des adolescents et jeunes adultes inuits. Cela pourrait aussi signifier que la taille de l'échantillon est trop petite pour faire valoir les différences

³⁶ Nous discuterons dans la prochaine section de la difficulté, voire l'impossibilité, de déterminer quel est le sens de cette interaction entre les difficultés amoureuses et le risque suicidaire.

intergroupes en ce qui a trait à ces difficultés. Il est aussi possible de penser que certaines de ces difficultés, telles que les infidélités et violences au sein du couple, aient été sous-reportées puisque ce sont souvent des événements secrets et peu partagé avec l'entourage³⁷.

Il convient désormais de relier ces résultats au corpus de littérature associé au suicide et aux relations amoureuses des adolescents et jeunes adultes inuits, ce que nous proposons justement de faire dans la section qui suit.

4.2 Discussion des résultats des analyses

En raison de la nature descriptive et exploratoire de la présente recherche, il nous faut reconnaître *a priori* qu'il n'est pas dans notre portée méthodologique et épistémologique d'avancer que les difficultés amoureuses constituent la cause, ou même une cause du suicide au sein des adolescents et jeunes adultes inuits. En effet, en examinant aussi spécifiquement les difficultés de la vie amoureuse et leur influence sur la problématique du suicide à l'adolescence et au début de l'âge adulte au sein de la population inuite du Nunavut, cela nous a forcément conduit à surestimer l'importance des relations amoureuses dans le processus menant au développement d'un risque suicidaire chez cette population. Il nous faut reconnaître en effet que les causes décisives du suicide demeureront toujours complexes, multidimensionnelles et fondamentalement mystérieuses (Kirmayer et al., 2007; Shneidman, 1996). Il demeure même impossible de déterminer avec certitude si ce sont effectivement, dans cet ordre, les difficultés amoureuses qui favorisent le développement du risque suicidaire ou au contraire les caractéristiques du risque suicidaire (e.g. troubles psychologiques, problèmes de consommation, trauma historique, etc.) qui favorisent l'émergence de

³⁷ Ces deux derniers points seront discutés davantage dans une section dédiée aux limites de l'étude.

difficultés amoureuses. D'un point de vue holistique, nous pouvons supposer que ces deux aspects demeurent réciproquement influençables. Or, sans prétendre qu'il s'agit là d'une relation de causalité, et tout en reconnaissant l'inter-influence probable, nous avons décidé de suivre avec prudence la même direction que semble prendre la littérature préexistante sur le sujet, qui tend à indiquer que les relations et les difficultés conjugales peuvent, dans cet ordre, avoir une influence sur le risque suicidaire et le suicide des adolescents et jeunes adultes inuits (Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2009, 2012, 2013; Kral et al., 2011; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Weyer, 1932; Wexler et al., 2009).

À l'instar de la littérature préexistante, les résultats de notre étude, pris dans leur ensemble, tendent également à suggérer que lorsque la stabilité ou la continuité même de la relation amoureuse est compromise ou mise au défi par des difficultés, spécifiquement par des séparations ou des tensions conjugales, les adolescents et jeunes adultes inuits, peuvent connaître une augmentation du risque suicidaire. En effet, les résultats de cette étude semblent témoigner de l'impact que peuvent avoir certaines difficultés amoureuses dans l'étiologie du suicide des adolescents et jeunes adultes inuits (Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2009, 2012, 2013; Kral et al., 2011; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Weyer, 1932; Wexler et al., 2009). Toutefois, l'originalité de notre étude tient notamment de l'éclairage de certaines nuances quant à la relation entre les difficultés amoureuses et le suicide chez cette population.

Tel que nous l'avons relevé, ce serait particulièrement entre l'âge de 15 à 18 ans que la survenue de ruptures ou de tensions amoureuses pourrait avoir un impact sur le risque suicidaire. En effet, nous avons vu que les participants décédés par suicide étaient plus nombreux à cet âge à avoir connu des séparations et tensions conjugales. Ces mêmes participants avaient également tendance à connaître un nombre supérieur de séparations amoureuses et tensions conjugales comparativement à leurs pairs vivants. Aussi, nous avons vu que des séparations et les tensions amoureuses étaient survenus

dans les six derniers mois de vie de la majorité des participants décédés par suicide. Cela suggère donc qu'un adolescent ou jeune adulte de 15 à 18 ans (1) qui a vécu une séparation amoureuse ou une expérience de tension conjugale, (2) qui a vécu à répétition des séparations ou tensions, (3) ou qui a vécu des séparations ou tensions conjugales dans les six derniers mois, pourrait présenter un plus grand risque suicidaire que ses pairs qui n'ont pas vécu de telles expériences.

Comment pouvons-nous tenter de comprendre ces informations à la lumière des perspectives théoriques que nous avons abordé à travers le contexte théorique de cet essai? Dans les prochaines sections, nous tentons de mieux comprendre certaines observations faites à partir des résultats de nos analyses sur la base de perspectives théoriques.

4.2.1 Perspectives développementales sur les résultats

D'un point de vue développemental, certains auteurs ont avancé que la relation amoureuse peut répondre à des besoins développementaux et interpersonnels vécus par l'adolescent et le jeune adulte, tels que le besoin de clarifier son identité propre et son rôle social en se distanciant progressivement de la structure familiale (Dolto, 1988; Erikson, 1950/1993). Nous pourrions concevoir la relation amoureuse à cet âge comme une expérience relationnelle fondatrice dans le développement du rapport à soi et à autrui, car elle est une opportunité pour confronter et fortifier le sens de l'identité et de l'altérité de l'adolescent ou du jeune adulte. Cependant, force est de constater que la relation amoureuse est potentiellement dévastatrice pour l'adolescent ou le jeune adulte si elle se voit perturbée par des tensions ou ruptures, ce qu'ont observé Leineweber (2000) et Leineweber et Arensman (2003). En effet, les résultats de notre étude tendent à suggérer que plus un adolescent ou jeune adulte connaît de difficultés amoureuses

telles que des séparations ou des conflits de couple, plus il pourrait être à risque suicidaire.

Nous observons cependant que certains participants vivants, ayant ou n'ayant jamais fait de tentative de suicide par le passé, ont également connu des séparations et des expériences de tensions amoureuses. Comment expliquer cependant que ces adolescents et jeunes adultes inuits ont connu des séparations et tensions amoureuses sans que cela affecte manifestement leur probabilité de passage à l'acte? À ce sujet, rappelons que l'étiologie suicidaire est le produit de l'interaction complexe et intriquée de facteurs de risque et de facteurs de protection (Kirmayer et al., 2007). Nous pourrions supposer que la présence d'autres facteurs de risque (e.g. épisodes dépressifs, dépendances à une substance, etc.) augmente l'impact que peut avoir une expérience de séparation amoureuse ou de tension conjugale sur le risque suicidaire.

Inversement, nous pourrions supposer que la présence de certains facteurs de protection, ayant pour effet de réduire le risque suicidaire, réduit l'impact potentiel d'une séparation ou tension amoureuse. À ce sujet, Beaudoin et al. (2018)³⁸ identifiait quatre niveaux de facteurs de protection contre le suicide au sein des personnes issues des communautés inuites : la dimension environnementale (e.g. sécurité financière, revenu continu, travail stable, etc.); la dimension sociale (e.g. support social, relations positives, etc.); la dimension individuelle (e.g. facilité d'être en relation, capacité d'exprimer et de gérer ses émotions, la persévérance, l'engagement, la spiritualité, etc.); la dimension culturelle (e.g. langage traditionnel, activités traditionnelles, sentiment d'identité clair, etc.). Ici, nous pourrions croire qu'un adolescent ou jeune adulte qui expérimente une séparation ou des tensions amoureuses tout en présentant

³⁸ Relevons au passage que l'étude de Beaudoin et al. (2018) a été réalisée avec le même échantillon que l'étude originale utilisé dans le cadre de cet essai (Chachamovich et al., 2013).

des facteurs de protection dans les dimensions mentionnées ci-dessus serait moins à risque de vouloir mettre fin à sa vie.

En somme, nous pourrions supposer qu'en fonction de l'interaction complexe et multidimensionnelles de ces facteurs de risque et de protection, l'expérience subjective d'une séparation ou de tensions conjugales pourrait potentiellement avoir un effet variablement suicidogène, c'est-à-dire augmentant variablement le risque suicidaire. Dans notre échantillon, il pourrait être possible que les participants vivants (des groupes TS et STS) aient connu davantage de facteurs de protection et/ou moins de facteurs de risque afin de mieux réguler l'expérience de la séparation amoureuse ou de la tension conjugale³⁹.

4.2.2 Perspectives interpersonnelles sur les résultats

D'un point de vue interpersonnel⁴⁰ (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), nous pourrions supposer que l'expérience d'une séparation ou de tensions amoureuses ont pour effet d'ébranler le besoin d'appartenance de l'adolescent ou du jeune adulte inuit, mais aussi de générer un sentiment d'être un fardeau (i.e. dans le fait d'être rejeté ou abandonné, de ne plus avoir de raison d'être, etc.). En nous référant aux pionniers de l'école interpersonnelle, nous pourrions aussi supposer que ces expériences de difficultés amoureuses auraient le potentiel de confronter l'adolescent ou le jeune adulte à l'isolement existentiel et à l'anxiété fondamentale (Fromm, 1957/1985; Horney, 1960/1991; Sullivan, 1955/1997; Van Orden et al., 2010). Il serait donc

³⁹ Notons au passage qu'il pourrait être intéressant, dans le contexte d'une recherche plus vaste que la présente étude doctorale, d'évaluer les effets modérateurs de ces variables sur le lien reliant les difficultés amoureuses ainsi que le suicide. Les recommandations pour des recherches futures seront plus formellement présentées dans des paragraphes ultérieurs de cette discussion.

⁴⁰ Rappelons que cette théorie tripartite du suicide soulignait le caractère crucial (1) du besoin d'appartenance, (2) du sentiment d'être un fardeau et (3) de la capacité acquise à tolérer la douleur (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010).

possible, comme l'affirmait Beaudoin et al. (2018), que la présence d'un support social ou de relations positives aient pour effet de réduire le risque suicidaire en pourvoyant à l'adolescent ou au jeune adulte d'autres sources de sentiment d'appartenance. Nous pourrions supposer que les participants faisant l'expérience d'une séparation ou de tensions amoureuses sans la présence d'un support social favorisant le sentiment d'appartenance pourrait être plus à risque de développer un risque suicidaire. Inversement, ceux qui auraient ce type de support social et interpersonnel pourraient être moins susceptibles de développer un risque suicidaire s'ils vivent une séparation ou des tensions conjugales.

4.2.3 Perspectives sociohistoriques sur les résultats

En reconnaissant le trauma historique au sein des collectivités et individus autochtones⁴¹ (Brave Heart et DeBruyn, 1998; Hartmann et Gone, 2014; Haskell et Randall, 2009; Kirmayer, Gone et Moses, 2014) ainsi que les impacts sur le plan de l'identité, de l'attachement et de l'altérité (Chandler et al., 2010; Kral (2009, 2012, 2013; Kral et al., 2011; Osborne et Taylor, 2010), nous pourrions supposer la présence d'une charge affective intense et particulière au sein des relations amoureuses chez les adolescents et les jeunes adultes. C'est le constat de Kirmayer et al. (1998b), comme quoi les relations amoureuses seraient à la fois très serrées, et très catastrophiques en cas de séparation. En effet, Kirmayer et al. (1998b) soupçonne que l'attachement caractéristique aux adolescents et jeunes adultes inuits pourrait dissimuler une

⁴¹ Rappelons que la théorie du trauma historique reconnaît qu'une grande partie des problèmes psychosociaux rencontrés actuellement au sein des collectivités et individus autochtones, y compris la prépondérance du suicide, pourraient être compris comme des effets indirects et transgénérationnels d'événements politiques, sociaux et culturels associés aux mesures historiques de colonialisme (Brave Heart et DeBruyn, 1998; Hartmann et Gone, 2014; Haskell et Randall, 2009; Kirmayer, Gone et Moses, 2014). Par ailleurs, Kral (2009, 2012, 2013; Kral et al., 2011) affirmait que l'impact du trauma historique serait particulièrement marqué sur le plan de l'altérité et de l'attachement, tel que cela peut se manifester dans les contextes communautaires, familiaux et conjugaux.

insécurité relationnelle, décrite comme par une (inter)dépendance grandement vulnérable aux difficultés ébranlant la relation amoureuse et générant des sentiments de rejet, d'abandon, voire de trahison.

D'après Haskell et Randall (2009), les relations amoureuses pourraient constituer chez les jeunes autochtones un vecteur de réparation des blessures relationnelles occasionnées par le traumatisme historique. En effet, plusieurs auteurs, psychologues et anthropologues, ont démontré combien la vie sociale et relationnelle est essentielle dans le développement de l'identité, de l'altérité et de la santé mentale au sein des Inuits (Alfred et Corntassel, 2005; Balikci, 1970; Kirmayer et al., 2008; Kral et al., 2009). À l'adolescence et au début de l'âge adulte, nous savons que c'est principalement la vie amoureuse qui est le vecteur de ces besoins sociaux et relationnels (Barber et al., 2008; Furman et al., 2007). C'est en ce sens que les relations amoureuses, à cet âge et au sein de cette population en particulier, auraient le potentiel ou « réparer » des blessures relationnelles à long cours, ou au contraire comme le présage Brody (1991, 2000), d'avoir des conséquences lourdes, durables et généralisées sur plusieurs aspects de la vie des adolescents ou jeunes adultes. En effet, lorsque l'adolescent ou le jeune adulte inuit connaîtrait une telle blessure interpersonnelle, les conséquences sur le plan de l'équilibre psychologique pourraient avoir le potentiel de générer le désespoir et la répétition du traumatisme, et conséquemment avoir des effets catastrophiques sur le plan psychologique (Leineweber et Arensman, 2003).

Nous pourrions supposer, comme le suggèrent les résultats de notre étude, que le fait d'avoir vécu un plus grand nombre de séparations et de tensions conjugales, comme c'est le cas dans notre étude chez les participants décédés par suicide, reproduit répétitivement des blessures relationnelles, ouvrant à chaque fois sur des enjeux potentiellement traumatiques, complexes et intergénérationnels. À ce sujet, les résultats de l'analyse thématique du contenu des vignettes cliniques montre bel et bien comment les difficultés amoureuses peuvent être profondément désorganisatrices pour les

adolescents et jeunes adultes, pouvant mener à différentes formes de passage à l'acte : abus d'alcool, comportements agressifs, comportements suicidaires, etc. Nos résultats montrent également comment les séparations sont souvent vécues d'une manière plus conflictuelle chez les participants décédés par suicide, et comment dans la majorité des cas de décès, le participant avait connu une séparation et/ou une tension amoureuse dans les six mois précédant son suicide. Comme l'avancent Elias et al. (2012), nous pourrions supposer que certains facteurs, comme le fait d'avoir un attachement fragilisé transmis de génération en génération au sein de la famille, pourrait défavoriser la régulation saine des émotions suite à des expériences confrontantes telles que les séparations ou les tensions amoureuses. Cela aurait donc pour effet d'augmenter la possibilité d'émergence d'un risque suicidaire dans un contexte de crise amoureuse.

Il pourrait être intéressant dans l'avenir de comparer les difficultés amoureuses telles qu'elles sont expérimentées par les adolescents et jeunes adultes inuits ou autochtones avec celles expérimentées par les adolescents et jeunes adultes allochtones. Les séparations et tensions amoureuses sont déjà fortement présentes lorsqu'on examine les facteurs de risque ayant pu favoriser l'émergence de comportements suicidaires chez les jeunes allochtones (Ha et al., 2013).

Toutefois, en raison de la quantité et la complexité des facteurs de risque propres à la population inuite ou autochtone, nous pourrions croire que les difficultés amoureuses surviennent déjà dans un bassin d'adversité individuelle et sociale important. Comme l'ont souligné plusieurs auteurs, il semble y avoir quelque chose de particulier dans le contexte autochtone et Inuit qui fragilise les adolescents et jeunes adultes lorsqu'ils font face à des adversités sur le plan de l'attachement et de l'identité (Chandler et al., 2010; Kral, 2003, 2009, 2012, 2013; Kral et al., 2011; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Weyer, 1932; Wexler et al., 2009).

4.2.4 Perspectives existentielles sur les résultats

Tel que l'ont montré Dibden (1991) et Tousignant et al. (2013), il peut être difficile pour un adolescent grandissant dans une communauté inuite de se projeter positivement dans l'avenir, d'entretenir des projets de vie durables et de s'investir dans des relations et des activités saines et positives, et ceci en raison d'adversités présentes dans divers contextes de leur vie (i.e. sociohistorique, collectif, familial et individuel). D'un point de vue existentiel, la relation amoureuse pourrait être conçue comme ce que Jean-Paul Sartre nommait un « projet existentiel », compris en tant que moyen en vue de faire face à l'adversité et la complexité inhérente à la vie, mais aussi à l'isolement et l'absurdité de l'existence (Deutch, 1978). La relation amoureuse, représentée en tant que projet existentiel, pourrait alors procurer une possibilité de partage de la souffrance, une raison de vivre, et un désir de se projeter positivement dans l'avenir. Cet investissement émotionnel procuré à la relation amoureuse pourrait expliquer l'intensité émotionnelle qu'observait Kirmayer et al. (1998b) dans les relations amoureuses des jeunes inuits. Cela pourrait aussi permettre également de comprendre les réactions catastrophiques aux séparations qu'observaient Leineweber et Arensman (2003) chez cette même population.

Dans cette optique, lorsque des difficultés amoureuses mettraient en péril la continuité ou la survie du couple, comme c'est le cas de la rupture ou de la tension, l'adolescent ou le jeune adulte deviendrait à risque de perdre son projet existentiel et potentiellement sa raison de vivre, ce qui pourrait les mettre à risque de vouloir y mettre fin (Marshall et Marshall, 2012). En effet, dans le contexte d'une perte de sens, exister ne va alors plus de soi : le fait même d'être-au-monde n'est plus associé à un sentiment de bien-être ou d'être chez-soi, mais à un état de malaise, d'angoisse et d'absurdité. Dans l'expérience de la vulnérabilité ou de la détresse suicidaire, le suicide peut alors être perçu comme une fuite du monde de la vie et de ce qu'elle a d'inassimilable ou

d'intolérable (Frankl, 1946/2006; Jaspers, 1970). L'affirmation de Tillich (1973) comme quoi la question de l'amour est une question ontologique, prend alors tout son sens dans la mesure où les bouleversements amoureux peuvent également être des bouleversements existentiels. Autrement formulé, en remettant en question l'existence du Nous, ces difficultés amoureuses peuvent remettre en question l'existence du Je (Binswanger, 1942, cité par Coulomb, 2010; Coulomb, 2009, 2010; Jonckheere, 2000).

Nous pourrions supposer que le fait d'entretenir d'autres projets existentiels chargés de sens pourraient protéger l'adolescent ou le jeune adulte contre la croyance que la vie est absurde et ne mérite pas d'être vécue. Inversement, le fait de ne pas avoir d'autres projets existentiels ou de sources de sens pourraient favoriser l'émergence d'une idée ou d'un comportement suicidaire. Cette réflexion pourrait clarifier partiellement pourquoi certains adolescents et jeunes adultes ayant vécu des séparations ou tensions amoureuses connaîtront une augmentation du risque suicidaire, et d'autres non, comme c'est le cas dans notre échantillon.

4.2.5 Synthèse des perspectives sur les résultats

En somme, sur la base des résultats de notre étude et des points de vue théoriques présentés, nous sommes tentés de nous représenter la relation amoureuse comme un « abri », reprenant un terme utilisé par Jaspers (1925, cité dans Englebert, 2019), pouvant conférer aux adolescents et jeunes adultes inuits une force protectrice contre les adversités rencontrées dans différents contextes de leur vie. Nos résultats tendent à suggérer que les difficultés amoureuses telles que les séparations et les tensions conjugales ont pour effet de renverser l'aspect protecteur de la relation amoureuse, reflétant l'intensité de l'insécurité émotionnelle au cœur de ce type d'attachement qui se manifeste au sein des relations amoureuses. Les difficultés amoureuses, tout particulièrement les séparations et les tensions conjugales vécues entre 15 et 18 ans,

pourraient dans ce contexte agir en tant que facteurs de risque suicidaire crucial, à l'image d'un « abri qui vole en éclat » (Englebert, 2019, p. 178).

Finalement, les résultats de notre étude tendent à valider l'observation faite par plusieurs autres chercheurs, comme quoi les difficultés amoureuses peuvent être des facteurs de risque déterminants dans l'étiologie suicidaire des adolescents et jeunes adultes inuits du Nunavut (Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2009, 2012, 2013; Kral et al., 2011; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Weyer, 1932; Wexler et al., 2009). En ce sens, nous croyons qu'il pourrait être bénéfique de considérer ce facteur de risque comme étant particulièrement important dans le risque suicidaire et donc d'orienter en conséquence les services de prévention du suicide et d'intervention psychosociale auprès des adolescents ou jeunes adultes inuits présentant un risque suicidaire.

4.3 Implications pour la prévention du suicide et l'intervention psychosociale auprès d'adolescents et jeunes adultes inuits présentant un risque suicidaire

Cette étude donne suite aux recommandations émises par plusieurs chercheurs qui, observant que les difficultés amoureuses semblaient avoir un rôle déterminant dans l'étiologie suicidaire auprès d'adolescents et de jeunes adultes inuits, suggéraient d'étudier cette problématique avec plus de rigueur et de façon plus approfondie (Kirmayer et al., 1998b; Kral, 2009, 2013; Leineweber, 2000; Leineweber et Arensman, 2003; Vitenti, 2012; Working Group for a Suicide Prevention in Nunavut, 2009). C'est ce que nous avons tenté de faire en étudiant chez cette population la question des difficultés amoureuses et de leur lien avec le suicide par le moyen de l'autopsie psychologique et de la trajectoire de vie. Une telle méthodologie nous a permis d'identifier les difficultés amoureuses les plus saillantes à travers la trajectoire de vie de participants décédés par suicide (groupe DS), en comparaison avec celle de

participants vivants ayant déjà fait une tentative de suicide par le passé (groupe TS) et de participants vivants n'ayant jamais fait de tentative de suicide (groupe STS). Les résultats issus de l'analyse quantitative et qualitative permettent d'acquérir un certain éclairage en ce qui a trait aux difficultés amoureuses et au suicide chez les adolescents et jeunes adultes inuits du Nunavut.

En tentant de mieux comprendre ces observations selon les perspectives développementales, interpersonnelles, existentielles et sociohistoriques, nous avons cherché à apporter des pistes de compréhension nouvelles, intégratives, mais aussi pragmatiques. En effet, le développement des connaissances sur l'impact des difficultés amoureuses sur le risque suicidaire des adolescents et jeunes adultes inuits peut contribuer à l'élaboration d'outils de prévention du suicide ou d'intervention psychosociale auprès des personnes ou communautés présentant un risque suicidaire.

En raison des taux de suicide alarmants au sein des adolescents et jeunes adultes inuits, le Gouvernement du Nunavut ainsi que des associations locales et nationales mettent déjà en œuvre des programmes de prévention du suicide ou des programmes d'intervention psychosociale orientées vers les adolescents ou jeunes adultes à risque suicidaire (Gouvernement du Nunavut, 2016). Leur plan d'action pour la prévention du suicide au Nunavut, titré *Resiliency Within*, mise sur des engagements individuels et communautaires, bénévoles et professionnels, afin d'offrir des services plus accessibles aux personnes en situation de risque suicidaire sur le Territoire du Nunavut. Dans le tableau suivant, nous présentons les principales résolutions en matière de prévention du suicide et d'intervention psychosociale auprès de cette population, et nous y précisons comment notre étude peut contribuer à ces modalités de prévention et d'intervention.

Tableau 4.1 Apports de notre étude aux modalités de prévention du suicide et d'intervention psychosociale pour les adolescents et jeunes adultes présentant un risque suicidaire

Modalités	Description	Apports de cette étude
Équipe mobile de réponse au trauma	L'équipe mobile de réponse au trauma (<i>Ilisaqsivik</i>), offre du counselling individuel aux personnes en situation de vulnérabilité et ceci à travers tout le Territoire du Nunavut et en Inuktitut.	Reconnaître le caractère potentiellement suicidogène des séparations amoureuses ou des tensions conjugales dans l'évaluation du risque suicidaire. Sensibiliser les intervenants aux enjeux développementaux, interpersonnels, existentiels et sociohistoriques des difficultés amoureuses et de leur potentiel suicidogène auprès des jeunes inuits. Cibler les interventions sur l'expérience de deuil et de trauma historique pouvant être réactivé par l'expérience de séparation ou de tension amoureuse.
Services téléphoniques	L'initiative <i>Ilisaqsivik</i> offre une ligne d'écoute gratuite en Inuktitut, disponible à travers tout le Territoire du Nunavut.	Renforcer l'importance d'être à l'écoute des problèmes relatifs à la vie amoureuse des jeunes inuits. Reconnaître le caractère potentiellement suicidogène des séparations amoureuses ou des tensions conjugales dans l'évaluation du risque suicidaire.
Programme de mentorat	Le programme est offert à des jeunes par un groupe d'étudiants avancés dans leurs études secondaires. Le programme offre aux adolescents la possibilité d'avoir des interactions sociales positives, de développer des compétences, et de rencontrer et interagir avec des personnes-clés de la communauté.	Encourager la mise en place de psychoéducation en matière de développement de relations amoureuses saines et durables destiné aux jeunes inuits. Favoriser le modelage et l'espoir par le témoignage de modèles relationnels positifs. Favoriser le développement de projets personnels sains contribuant aux raisons de vivre et au sentiment que la vie a un sens en dépit de l'adversité.
Programme de sensibilisation des intervenants	Offert en personne ou en ligne, le programme cherche à sensibiliser les professionnels de la santé quant à l'histoire du Nunavut, de la culture inuite, des particularités culturelles, ainsi que des facteurs de protection et de risque suicidaire propre à cette population.	Sensibiliser les intervenants aux perturbations historiques et leurs répercussions sur la vie relationnelle, et plus particulièrement la vie amoureuse des jeunes inuits. Reconnaître le caractère potentiellement suicidogène des séparations amoureuses ou des tensions conjugales dans l'évaluation du risque suicidaire. Sensibiliser les intervenants aux enjeux développementaux, interpersonnels, existentiels et sociohistoriques des difficultés amoureuses et de leur potentiel suicidogène auprès des jeunes inuits.

4.4 Forces et limites de l'étude

Cette étude tire son originalité notamment des méthodes utilisées pour étudier la question du lien entre les difficultés amoureuses et le suicide auprès de la population inuite, soit l'autopsie psychologique et la trajectoire de vie. À notre connaissance, il s'agit de la première étude faisant appel à cette méthode pour étudier spécifiquement la question des relations ou des difficultés amoureuses en lien avec le suicide auprès de cette population spécifiquement. L'autopsie psychologique, en tant qu'étude rétrospective, et la trajectoire de vie permettent de mettre en lumière les facteurs de risque suicidaire sur une base longitudinale, permettant donc de couvrir tout le parcours de la vie de la personne, entre son début, et la fin de celle-ci s'il y a lieu. La dimension longitudinale permet également d'éclairer les différences d'âge et de se concentrer, comme nous l'avons fait dans le cadre de cette étude, sur l'adolescence et le début de l'âge adulte (i.e. 15 à 30 ans), et plus spécifiquement sur certaines tranches d'âge (i.e. 15-18 ans, 19-22 ans, 23-26 ans, 27-30 ans). L'évaluation des différentes sphères de vie permet de cibler quels sont les facteurs de risque ou événements de vie pouvant participer à l'étiologie complexe et multidimensionnelle du suicide. Aussi, la présence de groupes comparatifs (i.e. 30 participants décédés par suicide (groupe DS), 30 participants vivants avec historique de tentative(s) suicidaire(s) (groupe TS), 30 participants vivants sans historique de tentative de suicide (groupe STS)) permet de faire émerger les contrastes intergroupes, et de contribuer à notre compréhension des facteurs-clés pouvant influencer le développement du risque suicidaire.

Comme l'ont suggéré Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Kized et Leenaars (2012) en vue de combler certaines lacunes présentes dans la méthode de l'autopsie psychologique, nous avons tenté dans la méthodologie ayant conduit cette étude de combiner des éléments d'analyse quantitative (i.e. tableaux statistiques) et qualitative (i.e. analyse thématique des vignettes cliniques). Les données qualitatives ont pu

apporter une profondeur qualitative aux données quantitatives, pouvant donc augmenter la validité des résultats découlant de l'analyse. En effet, au-delà de rapporter la fréquence d'apparition des difficultés amoureuses dans la trajectoire de vie des participants, ceci nous a permis d'analyser et ainsi mettre en lumière des éléments du contexte (i.e. motifs et conséquences) entourant les difficultés amoureuses rencontrées par les participants.

Tout au long de la réalisation du projet de recherche, nous avons tenté d'assurer une rigueur scientifique, une validité méthodologique ainsi qu'une pertinence clinique. Cependant, le présent essai doctoral comporte tout de même certaines limites. En effet, la méthode de l'autopsie psychologique, qui est une méthode reposant sur des informations partielles elles-mêmes basées sur le témoignage de personnes tierces, comporte en soi des biais et limites méthodologiques (Hjelmeland et al., 2012). En effet, les proches-informants des participants pourraient, par exemple, avoir des oublis quant à certains événements de vie de leur proche, ou ne pas connaître des aspects de leur vie selon la nature de leur relation. Ceux-ci pourraient également être motivés par la désirabilité sociale, et ainsi préférer rapporter des aspects positifs et omettre des aspects négatifs, ayant pour conséquence de donner un portrait du participant qui ne reflète pas tout à fait la réalité. Aussi, tel que le soulignent les auteurs de l'étude originale (Chachamovich et al., 2013), les proches-informants pouvaient parfois interpréter différemment la trajectoire de vie de la personne suicidée, par exemple en surestimant la détresse psychologique, les troubles psychologiques ou les facteurs de risque⁴²

Il convient également de relever que l'étude originale menée par le Dr Gustavo Turecki (Chachamovich et al., 2013) n'était pas initialement conçue pour analyser

⁴² Pour Chachamovich et al. (2013), ceci pourrait s'expliquer par un besoin de comprendre ou de trouver un sens afin d'accepter le suicide de leur proche, ou encore par la croyance en quoi les gens doivent avoir des troubles mentaux pour mettre fin à leur vie.

spécifiquement les relations et les difficultés amoureuses en lien avec le suicide. C'est en observant une première fois les données qu'il nous est apparu essentiel d'interroger davantage cette dimension de la vie des participants. Cependant, nous avons été butés à travers la réalisation de la recherche à un certain manque de données liées spécifiquement à la sphère de la vie amoureuse. Il aurait été intéressant d'avoir plus d'informations spécifiques au sujet de la vie amoureuse des participants (e.g. la formation du couple, la durée du couple, les dynamiques du couple, la profondeur du lien amoureux, les capacités communicationnelles des membres du couple, les aspirations et projets de vie amoureuse, etc.). En effet, nous aurions pu supposer par exemple que les difficultés amoureuses survenant dans le contexte de relations moins longues, moins intenses ou moins profondes aient moins d'impact sur la personne quant à son équilibre de vie et son risque suicidaire.

Comme nous l'avons souligné dans les résultats, le fait d'étudier des participants qui décèdent par suicide à différents âges de leur vie implique des difficultés méthodologiques, dont l'attrition de l'échantillon à cause de la mortalité des participants qui décèdent à différents âges entre 15 et 30 ans. Afin de surmonter cet obstacle, nous avons cessé de comptabiliser les données de la trajectoire de vie des participants des groupes TS et STS avec qui le participant du groupe DS était pairé et ceci à partir de l'âge de décès de ce dernier. Cela entraîne nécessairement une perte de données pour les participants des groupes TS et STS, et une diminution progressive de la taille de l'échantillon.

Dans la section portant sur la méthode de recherche, nous avons relevé le fait que les analyses thématiques du contenu des vignettes cliniques demeurent descriptives et limitées dans leur niveau d'interprétation. Comme les données contenues dans les vignettes cliniques ne sont pas des données brutes à proprement parler, mais des synthèses produites par les chercheurs ayant conduit les entrevues auprès des proches du participant, cela signifie qu'un certain niveau de traitement de l'information a déjà

été fait avant même d'analyser ces données. Or, nous ne pouvons pas ici analyser et thématiser le contenu des vignettes comme nous pourrions le faire avec, par exemple, le verbatim des entrevues directement. De notre point de vue, le fait de conserver un angle descriptif dans l'analyse thématique des vignettes cliniques protège les données et les résultats qui en découlent d'un niveau d'inférence supplémentaire qui aurait plutôt pour conséquence de dénaturer les sources de l'information et compromettre la validité et la portée de notre étude. C'est dans cet esprit que nous croyons que la méthode de l'analyse thématique, approchée avec un faible niveau d'interprétation, est le compromis le plus adéquat et avantageux pour cette étude, considérant la nature des données.

Par ailleurs, rappelons que les participants qui ont été retenus dans le cadre de notre analyse secondaire de données sont composés de près de 85% d'hommes, donc environ 15% de femmes, ce qui aurait pu constituer une limite à la généralisation des résultats. Toutefois, nous retrouvons approximativement ces mêmes proportions dans les taux de suicide au sein de la population autochtone et plus précisément inuite (Hicks, 2007a; Peters et al., 2013; Santé Canada, 2013).

En décidant d'étudier des thématiques aussi variées que le suicide et les relations amoureuses dans le contexte culturel inuit, et ceci dans le contexte développemental de l'adolescence et du début de l'âge adulte, nous nous sommes butés à plusieurs littératures offrant d'innombrables études et publications disponibles. Comme plusieurs chercheurs face à leur sujet de recherche, nous avons été confrontés à l'impossibilité de lire l'ensemble des publications de chaque univers de littérature. Or, nous devons admettre un certain niveau de biais théorique. Certains aspects de la recherche auraient pu être différents s'ils avaient été apportés d'après des perspectives différentes.

Aussi, dans notre contexte théorique, nous avons tenté d'inclure le plus possible d'informations spécifiquement liées aux adolescents et jeunes adultes inuits du Nunavut afin de demeurer cohérent avec le sujet de notre étude. Cependant, cela ne s'est pas toujours avéré possible et, dans certaines sections où cela a été mentionné, nous avons dû faire appel à des faits et informations relatives à une population plus générale, soit celles des populations autochtones. Cela pourrait faire en sorte que certains liens que nous avons tissés dans le contexte théorique soient partiellement biaisés. En effet, mêler la population inuite du Nunavut au grand bassin que représente les populations autochtones représente un risque conceptuel et culturel, considérant les particularités culturelles et historiques de chaque nation ou peuple autochtone.

Finalement, il est important de relever notre biais culturel, étant donné que nous ne sommes personnellement ni Inuit, ni autochtone, et ne sommes non plus allés sur le territoire du Nunavut pour la collecte des données⁴³. Être un homme blanc qui étudie et pose comme objet de recherche le suicide parmi une communauté autochtone pose un problème à la fois éthique et historique. En effet, l'existence même de cet essai pourrait être offensant pour des personnes issues des communautés inuites et autochtones. Comme nous l'avons mis de l'avant dans l'introduction de cet essai, cela a justifié l'importance de mettre en place des mesures méthodologiques, rédactionnelles et personnelles afin de maintenir une reconnaissance de cet enjeu transculturel. En effet, nous avons inclus des membres de la communauté inuite du Nunavut à toutes les grandes étapes de la recherche, notamment l'implémentation du projet, l'interprétation des données et la publication d'articles. Aussi, dans la rédaction de cet essai, nous avons été attentif à ne pas tenir un discours revendicateur ou victimisant. De plus, nous avons favorisé l'emploi du temps de verbe au conditionnel afin de ne pas présenter les aspects théoriques comme des faits et ne pas non plus

⁴³ Rappelons que ce sont un groupe chercheurs associés au Groupe d'Études McGill sur le Suicide sous la direction du Professeur Gustavo Turecki qui ont réalisé la collecte de données.

refléter un portrait figé des sujets traités à travers l'essai. Sur le plan personnel, la conscience de cet enjeu nous a motivé à maintenir un respect des participants décédés et vivants, à avoir une reconnaissance envers le témoignage des proches-informants, ainsi qu'à reconnaître la complexité et la charge émotionnelle associée à la question du suicide des jeunes inuits.

4.5 Recommandations et pistes de recherche futures

Dans le cadre de cette recherche, nous avons tenté de poursuivre nos objectifs, qui étaient d'examiner quelles étaient les difficultés amoureuses rencontrées à l'adolescence et à l'âge adulte par les participants décédés par suicide et par les participants vivants avec ou sans tentative de suicide passée. Nous avons procédé à ceci à l'aide de deux méthodes d'analyse (i.e. analyse statistique descriptive et analyse thématique de contenus). Dans des recherches futures, il pourrait être intéressant de comparer ces données avec une population non-autochtone afin de confronter ou faire valoir la dimension transculturelle de la relation entre les difficultés amoureuses et le suicide des adolescents et jeunes adultes. Aussi, il pourrait être intéressant d'étudier directement, c'est-à-dire avec les participants vivants eux-mêmes, quels ont été les impacts de leurs difficultés amoureuses sur leur santé mentale et, s'il y a lieu, leur détresse suicidaire. Également, il pourrait être pertinent dans une recherche ultérieure de faire appel à d'autres méthodes qualitatives afin d'étudier l'essence du phénomène des difficultés amoureuses et du suicide auprès des adolescents et jeunes adultes inuits. Il pourrait s'agir par exemple d'explorer phénoménologiquement ou d'interpréter selon une méthode herméneutique les représentations des jeunes inuits, ou des membres de la communauté inuite, au sujet des enjeux reliant les difficultés amoureuses et le suicide. Cela pourrait mettre en évidence des dimensions que les méthodes quantitatives ne permettent pas de faire valoir. Finalement, des recherches actuelles tendent à montrer que la recherche sur le suicide des Premières Nations et des Inuits

peut favoriser la persistance d'un discours victimisant à leur sujet. Dans cet esprit, il pourrait être approprié dans des recherches ultérieures de recentrer le discours sur les facteurs de protection et de résilience favorisant le mieux-être des personnes et collectivités inuites afin, justement, de promouvoir la force, l'espoir et la vie.

CHAPITRE V

CONCLUSION

Le suicide est un problème de santé publique important au sein des communautés inuites du Nunavut, et ceci encore plus particulièrement auprès des adolescents et jeunes adultes où nous retrouvons des taux de suicide alarmants. Cette problématique doit être mise dans le contexte d'adversités multiples sur le plan de l'histoire et de la culture, de la collectivité, de la famille, de particularités individuelles et des événements de vie pouvant être rencontrés par les adolescents et jeunes adultes inuits. Un certain nombre d'études ont relevé l'importance que semblent prendre les difficultés amoureuses dans l'étiologie du suicide des adolescents et jeunes adultes inuits, sans nécessairement en faire l'objet de leur recherche.

Dans cette étude exploratoire, nous avons justement exploré le lien entre les difficultés amoureuses vécues à l'adolescence et au début de l'âge adulte et le suicide au sein de la population inuite du Nunavut. Pour ce faire, nous avons réalisé l'analyse secondaire des données issues d'une étude menée par des chercheurs du Groupe McGill d'Études sur le Suicide, qui comprenait l'autopsie psychologique et l'analyse des trajectoires de vie de participants inuits.

Or, dans le cadre de cette recherche, notre objectif a été d'examiner et de comparer les difficultés amoureuses (e.g. séparations, tensions, infidélité subie et infligée, violence conjugale subie ou infligée, difficultés périnatales) rencontrées au cours de la vie de 30 participants décédés par suicide, de 30 participants vivants ayant déjà fait une tentative

de suicide, et de 30 autres participants vivants n'ayant jamais fait de tentative de suicide, comptant au total 90 participants. L'analyse quantitative descriptive des trajectoires de vie a permis de rendre compte et de comparer la fréquence des difficultés amoureuses rencontrées par les participants des trois groupes selon différentes tranches d'âge comprises entre 15 et 30 ans, tandis que l'analyse thématique des vignettes cliniques a mis en relief des nuances qualitatives quant aux éléments de contexte (i.e. motifs, caractéristiques et conséquences) de celles-ci.

Bien que les résultats montrent que les participants qui sont décédés par suicide ont connu davantage de séparations et de tensions entre 15 et 30 ans en comparaison avec leurs pairs vivants, c'est spécifiquement entre 15 et 18 ans que cette différence est significative. De plus, l'analyse thématique des vignettes cliniques révèle que plus de la moitié des participants décédés par suicide ont connu des séparations ou tensions conjugales dans les six mois précédant leur suicide.

Dans le même sens que la littérature préexistante sur le sujet, les résultats de cette étude tendent à suggérer que les difficultés amoureuses, venant ébranler la stabilité ou la continuité des relations amoureuses, auraient le pouvoir d'augmenter de façon importante le risque suicidaire des adolescents et des jeunes adultes inuits. Nous avons fait appel à différentes perspectives théoriques afin d'apporter des éclairages sur les résultats des analyses. Dans la discussion, nous avons également soulevé les forces de l'étude (i.e. l'originalité de la méthode, la comparaison intergroupes et le devis mixte), ainsi que ses limites (i.e. biais liés à la conduite des entrevues avec les proches-informants, biais culturel, etc.). Dans des recherches ultérieures, il pourrait être pertinent de faire appel à des méthodes qualitatives afin d'étudier autrement l'impact des difficultés amoureuses dans l'étiologie du suicide des adolescents et jeunes adultes inuits.

En conclusion, nous espérons que les recherches futures reconnaîtront la complexité multidimensionnelle du suicide auprès des adolescents et jeunes adultes inuits du Nunavut. Effectivement, les raisons faisant en sorte qu'une personne se suicide demeureront toujours un mystère se refusant d'être entièrement résolu par la recherche. Néanmoins, la recherche offre l'opportunité précieuse, essentielle et vitale de mieux comprendre la personne qui contemple le suicide, et qu'à son tour cette personne se sente mieux comprise.

ANNEXE A

PAIRAGE DES PARTICIPANTS SELON LEUR ANNÉE DE NAISSANCE

Numéro de pairage	Groupe DS (n = 30)		Groupe TS (n = 30)		Groupe STS (n = 30)	
	Code	DDN	Code	DDN	Code	DDN
1	14-001	1973-11	44-001	1973-10	44-101	1974-07
2	14-002	1969-06	44-002	1969-11	44-074	1969-11
3	14-003	1988-03	44-005	1988-11	44-003	1988-03
4	14-009	1985-07	44-039	1985-12	44-009	1985-03
5	14-010	1986-07	44-010	1986-07	44-031	1986-05
6	14-027	1985-09	44-027	1985-10	44-029	1985-04
7	14-032	1987-11	44-014	1987-11	44-032	1987-12
8	14-033	1980-08	44-094	1981-07	44-033	1981-01
9	14-036	1965-12	44-037	1966-09	44-036	1966-02
10	14-047	1977-12	44-047	1977-07	44-120	1977-12
11	14-051	1982-10	44-051	1982-11	44-034	1982-04
12	14-053	1970-04	44-086	1971-04	44-053	1970-05
13	14-056	1969-11	44-056	1969-11	44-060	1970-01
14	14-058	1987-04	44-058	1986-05	44-064	1986-09
15	14-061	1982-10	44-061	1982-11	44-035	1982-04
16	14-069	1982-01	44-088	1983-03	44-066	1982-02
17	14-073	1973-03	44-004	1972-01	44-073	1972-11
18	14-075	1984-12	44-077	1985-10	44-075	1984-12
19	14-082	1986-07	44-082	1986-04	44-078	1987-01
20	14-084	1985-03	44-113	1984-03	44-084	1985-05
21	14-089	1986-10	44-089	1986-12	44-107	1986-02
22	14-095	1988-01	44-095	1989-03	44-007	1989-08
23	14-098	1978-08	44-098	1978-06	44-013	1978-07
24	14-100	1990-12	44-100	1990-11	44-022	1990-04
25	14-102	1987-02	44-102	1987-03	44-085	1987-02
26	14-103	1984-01	44-103	1984-11	44-054	1984-02
27	14-108	1968-09	44-108	1969-04	44-070	1968-07
28	14-116	1989-04	44-116	1989-03	44-092	1989-03
29	14-117	1988-10	44-117	1989-07	44-017	1989-10
30	14-119	1983-12	44-119	1983-12	44-023	1983-10

ANNEXE B

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



No. de certificat: 2818

Certificat émis le: 18-09-2018

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	La relation entre le suicide et les difficultés amoureuses vécues à l'adolescence et au début de l'âge adulte au sein de la population inuite : une étude rétrospective des trajectoires de vie
Nom de l'étudiant:	Jici LORD-GAUTHIER
Programme d'études:	Doctorat en psychologie (profil professionnel)
Direction de recherche:	Monique SEGUIN
Codirection:	Marc-Simon DROUIN

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.


Anne-Marie Parisot
Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2016). Le suicide au Canada. Ottawa : Gouvernement du Canada. Repéré de : <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/healthy-living-vie-saine/suicide-canada-infographic/alt/infographic-infographique-fra.pdf>.
- Affaires indiennes et du Nord canadien. (2006). *Population indienne inscrite selon le sexe et la résidence 2005*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada. Repéré de : http://www.aicinac.gc.ca/pr/sts/rip/rip05_f.html.
- Agerbo, E. (2003). Unemployment and suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*(8), 560– 561.
- Alfred, T., & Corntassel, J. (2005). *Being indigenous : resurgences against contemporary colonialism. Government and opposition*. Oxford : Blackwell Publishing.
- Archibald, L. (2004). Teenage pregnancy in Inuit communities : Issues and perspectives. Repéré de : https://www.pauktuutit.ca/wp-content/uploads/TeenPregnancySummary_e.pdf.
- Bagley, C. (1991). Poverty and suicide among native Canadians : A replication. *Psychological Reports, 69*(1), 149–150.
- Balikci, A. (1970). *The Netsilik Eskimo*. New York : Doubleday.
- Barber, B., & Eccles, J. (2003). The joy of romance: Healthy adolescent relationships as an educational agenda. Dans P. Florsheim (Ed.), *Adolescent romantic relations and sexual behavior: theory, research, and practical implications*. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong : desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117*(3), 497-529.

- Beals, J., Manson, S. M., Whitesell, N. R., Spicer, P., Novins, D. K., & Mitchell, C. M. (2005). Prevalence of DSM-IV disorders and attendant help-seeking in two American Indian reservation populations. *Archives of General Psychiatry*, 62(1), 99-108.
- Beattie, K. (2005). Adult Correctional Services in Canada, 2003/04. *Juristat*, 25(8), 1-30.
- Beaudoin, V., Séguin, M., Chawky, N., Affleck, W., Chachamovich, E., Turecki, G. (2018). Protective factors in the Inuit population of Nunavut : a comparative study of people who died by suicide, people who attempted suicide, and people who never attempted suicide. *International journal of environmental research and public health*, 15(144), 1-15.
- Berman, S. L., Weems, C. F., & Stickle, T. (2006). Existential anxiety in adolescents : prevalence, structure, association with psychological symptoms and identity development. *Journal of youth and adolescence*, 35(3), 285-292.
- Berry, J. W. (2005). Acculturation : living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 697-712.
- Berry-Smith, S. (2012). Death, freedom, isolation and meaninglessness, and the existential psychotherapy of Irvin Yalom. Repéré de : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download>
- Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis Menschlichen Daseins*. Berlin : Asenger.
- Bjerregaard, P., Young, T. K., Dewailly, E., & Ebbesson, O. E. (2004). Indigenous Health in the Arctic : An overview of the circumpolar Inuit population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 390-395.
- Bouchard, G. (2006). Le processus suicidaire chez l'adolescent. Repéré de : <http://www.psychomedia.qc.ca/articles-psychologiques/le-processus-suicidaire-chez-l-adolescent>.
- Boothroyd, L. J., Kirmayer, L. J., Spreng, S., Malus, M., & Hodgins, S. (2001). Completed suicides among the Inuit of northern Quebec, 1982-1996 : a case-control study. *Canadian Medical Association*, 165(6), 749-755.

- Borowsky, I.W., Resnick, M. D., Ireland M., & Blum R.W. (1999). Suicide Attempts Among American Indian and Alaska Native Youth: Risk and Protective Factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(6), 573–580.
- Brave Heart, M. Y., & DeBruyn, L. M. (1998). The american indian holocaust : healing historical unresolved grief. *Am Indian Alsk Native Ment Health Res*, 8(2), 56-78.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Brent, B., & Mann, J.J. (2006). Familial Pathways to Suicidal Behavior : Understanding and Preventing Suicide among Adolescents. *The New-England Journal of Medecine*, 355(26), 2719-2721.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Kolko, D. J., & Zelenak, J. P. (1988). The psychological autopsy : Methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 362–366.
- Brody, H. (2000). *The other side of Eden : Hunters, farmers, and the shaping of the world*. New York : North Point Press/Farrar, Straus and Giroux.
- Brody, H. (1991). *The people's land: Inuit, whites and the Eastern Arctic*. Vancouver : Douglas and McIntyre.
- Bull, L. (1991). Native Residential Schooling : The Native Perspective. *Canadian Journal of Native Education*, 18, 3-63.
- Caillaud, S., & Flick, U. (2016). Triangulation méthodologique, ou comment penser son plan de recherche. Dans G. Lo Monaco, S. Delouvé & P. Rateau (Eds.), *Les représentations sociales*. Bruxelles : De Boeck.
- Camus, A. (1942/1985). *Le mythe de Sisyphe*. Paris : Gallimard.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications*. New York : The Guilford Press.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Thornton, A., Freedman, D., Amell, J. W., Harrington, H., et al. (1996). The life history calendar : A research and clinical assessment method

for collecting retrospective event-history data. *Int J Methods Psychiatr Res*, 6, 101-114.

- Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide et l'Euthanasie. (2008). Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide. Repéré de : <http://www.criseapplication.uqam.ca>.
- Chachamovich, E., Haggarty, J., Cargo, M., Hicks, J., Kirmayer, L. J., & Turecki, G. (2013). A psychological autopsy study of suicide among Inuit in Nunavut: methodological and ethical considerations, feasibility and acceptability. *Int J Circumpolar Health*, 72.
- Chachamovich, E., Kirmayer, L. J., Haggarty, J. M., Cargo, M., McCormick, R., & Turecki, G. (2015). Suicide among Inuit: results from a large, epidemiologically representative follow-back study in Nunavut. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(6), 268-275.
- Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B. W., & Hallett, D. (2010). *Le suicide chez les jeunes autochtones et l'effondrement de la continuité personnelle et culturelle*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219.
- Commission de Vérité et Réconciliation du Canada. (2015). The survivors Speak. Repéré de : http://nctr.ca/assets/reports/Final%20Reports/Survivors_Speak_English_Web.pdf.
- Compas, B. E., Hinden, B. R., & Gerhardt, C. (1995). Adolescent development : Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265- 293.
- Condon, R. G. (1988). *Inuit youth: Growth and change in the Canadian Arctic*. New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.
- Coulomb, M. (2009). *Phénoménologie du nous et psychopathologie de l'isolement*. Argenteuil, France : Le Cercle Herméneutique.
- Coulomb, M. (2010). L'amour ou la folie selon Ludwig Binswanger. *L'information psychiatrique*, 86, 798-804.

- Corcos, M., & Lamas, C. (2016). Fonctionnements limites à adolescence : psychopathologie et clinique psychodynamique. *L'information psychiatrique*, 92, 15-22.
- Cunningham, H. (2005). *Children and childhood in western society since 1500*. London & New York : Routledge Taylor and Francis Group.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design : qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Dastur, F. (2007). *La mort : essai sur la finitude*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Desaive, P. (2016). L'autopsie psychologique : applications cliniques et juridiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 2(47).
- Deutch, A. (1978). *Sartre in the Seventies : Interviews and Essays*. Michigan : University of Michigan.
- Dibden, L. (1991). The risky business of Inuit adolescence. *Canadian Family Physician*, 37, 1433-1437.
- Dinges N. G., & Duong-Tran, Q. (1992). Stressful life events and co-occurring depression, substance abuse and suicidality among American Indian and Alaska Native adolescents. *Cult Med Psychiatry*, 16(4), 487-502.
- Dolto, F. (1988). *La cause des adolescents*. Paris : Éditions Robert Laffont.
- Dorais, L. (1997). *Quaqtaq : Modernity and Identity in an Inuit Community*. Toronto : University of Toronto Press.
- Duclos, C. W., LeBeau, W., & Elias, G. L. (1994). American Indian Adolescent Suicidal Behavior in Detention Environments : Cause for Continued Basic and Applied Research. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 189-221.
- Durkheim, E. (1897/2007). *Le Suicide : Étude de sociologie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Elias, B., Mignone, J., Hall, M., Hong, S. P., Hart, L., & Sareen, J. (2012). Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population : an

empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system. *Social Science & Medecine*, 74, 1560-1569.

Englebert, J. (2019). De l'état-limite aux situations-limites, *Phainomenon*, 28, 159-183.

Ensel, W. M., Peek, M. K., Lin, N., & Lai, G. (1996). Stress in the life course : a life history approach. *Journal of Aging Health*, 8, 389-416.

Erikson, E. H. (1950/1993). *Childhood and society*. New York : W. W. Norton & Company.

Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents : a systematic review of populationbased studies. *Clinical Psychology Review* 24(8), 957-979.

Farber, L. (2000). *The ways of the will*. New York : Basic Books.

Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M., & Beautrais, A. (2005). Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People : A Critical Examination of the Evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 676-683.

Fornoville, T. (1959). Le suicide dans l'éthique sartrienne. *Revue Philosophique de Louvain*, 57(53), 80-95.

Fortin, M. F., Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Éducation.

Frankl, V. E. (1946/2006). *Man's search for meaning*. Boston : Beacon Press.

Frankl, V. E. (1968). *Psychotherapy and existentialism : selected papers on logotherapy*. New York : Simon and Schuster.

Fraser, S. L., Geoffroy, D., Chachamovich, E., & Kirmayer, L. J. (2015). Changing rates of suicide ideation and attempts among Inuit youth : A gender-based analysis of risk and protective factors. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behaviors*, 45(2), 141-56.

Freud, S. (1905/2011). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Flammarion.

Fromm, E. (1957/1985). *The art of loving*. London : Harper Collins.

- Furman, W. (2002). The emerging field of adolescent romantic relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 11(5), 177-180.
- Furman, W., Ho, M. J., & Low, S. M. (2007). The rocky road of adolescent romantic experience : Dating and adjustment. Dans R. C. Engels, M. Kerr, & H. Stattin (Éds.) *Friends, lovers and groups : Key relationships in adolescence* (61-80). West Sussex: Wiley.
- Furman, W., & Schaffer, L. (2003). The role of romantic relationships in adolescent development. Dans P. Florsheim (Éd.) *Adolescent romantic relations and sexual behavior : theory, research, and practical implications*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Gaia, A.C. (2002) Understanding emotional intimacy : A review of conceptualization, assessment and the role of gender. *International Social Science Review*, 77(3-4), 151-170.
- Geiss, S. K., & O'Leary, K. D. (1981). Therapist ratings of frequency and severity of marital problems : implications for research. *Journal of marital and family therapy*, 7(4).
- Gionet, L. (2006). Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006. Statistique Canada. Repéré de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2008002/article/10712-fra.htm>.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth Suicide Risk and Preventive Interventions : A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405.
- Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006*. Ottawa, ON : Ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada.
- Gouvernement du Canada. (2010). Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones. Repéré de : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29134.html>.
- Gouvernement du Nunavut. (2016). Resiliency within : an action plan for suicide prevention in Nunavut, 2016-2017. Repéré de : <http://inuusiq.com/wp-content/uploads/2015/09/Resiliency-Within-2016-2017.pdf>.

- Graburn, N. (1969). *Eskimos without igloos : Social and economic development in Sughluk*. Boston, MA : Little, Brown and Company.
- Group for the Advancement of Psychiatry (1989). *Suicide and Ethnicity in the United States*. New York : Brunner Mazel.
- Ha, T., Dishion, T. J., Overbeek, G., Burk, W. J., & Engels, R. C. (2014). The blues of adolescent romance : observed affective interactions in adolescent romantic relationships associated with depressive symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 42, 551-562.
- Hartmann, W. E., Gone, J. P. (2014). American indian historical trauma : community perspectives from two great plains medicine men. *American Journal of Community Psychology*, 54, 274-288.
- Haskell, L., Randall, M. (2009). Disrupted attachments : a social context complex trauma framework and the lives of aboriginal peoples in Canada. *Journal de la santé autochtone*, 48-100.
- Hayes, L. M. (2012). National study of jail suicide : 20 years later. *Journal of Correctional Health Care*, 18(3), 233-245.
- Hicks, J. (2007a). The social determinants of elevated rates of suicide among Inuit youth. *Indigenous affairs*, 30-37.
- Hicks, J. (2007b). *Suicide by Greenlandic youth, in historical and circumpolar perspective, Children and Youth in Greenland - an anthology*. Greenland : MIPI, Ilisimatusarfik and MILIK Publishing.
- Hicks, J. (2015). Statistical data on death by suicide by Nunavut Inuit, 1920 to 2014. Nunavut Tunngavik Inc. Repéré de : <https://www.tunngavik.com/files/2015/09/2015-09-14-Statistical-Historical-Suicide-Date-Eng.pdf>.
- Hicks, J., Bjerregaard, P., & Berman, M. (2013). *The transition from the historical inuit suicide pattern to the present inuit suicide pattern. The aboriginal policy research series. Volume 4 : Moving forward, making a difference*. Toronto : Thompson Educational Publishing.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools : are they methodologically flawed? *Death Studies*, 36(7), 605-626.

- Heidegger, M. (1927/1986). *L'être et le temps*. Paris : Gallimard.
- Horney, K. (1950/1991). *Neurosis and human growth*. New York : W.W. Norton & Company.
- Houston, K., Hawton, K., & Shepperd, R. (2001). Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), 159-170.
- Hsueh, A. C., Morrison, K. R., & Doss, B. D. (2009). Qualitative reports of problems in cohabiting relationships : comparisons to married and dating relationships. *J Fam Psychol*, 23(2), 236-246.
- Isaacs, S., Keogh, S., Menard, C., & Hockin, J. (1998). Suicide in the Northwest Territories: A Descriptive Review. *Chronic Diseases in Canada*, 19(4), 152-156.
- Jager, B. (2005). Couple and cosmos : Plato and Freud on love and friendship, *Journal of phenomenological psychology*, 35(1).
- Jaspers, K. (1925). *Psychologie der Weltanschauungen*. Berlin : Springer.
- Jaspers, K. (1970). *Philosophy*. Chicago : University of Chicago Press.
- Jensen, F. E., & Nutt, A. E. (2016). *The teenage brain : a neuroscientist's survival guide to raising adolescents and young adults*. New York, London, Toronto, Sydney : Harper.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Joiner, T. E. (1999). The clustering and contagion of suicide. *Current directions in psychological science*, 8(3), 89-92.
- Jonkheere, P. (2000). *La conjugalité : le nouveau défi amoureux*. Paris : L'Harmattan.
- Kazdin, A. E., Kraemer, H.C., Kessler, R. C., Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406.

- Kierkegaard, S. (1943/1984). *Ou bien... Ou bien...* Paris : Gallimard.
- Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., & Hodgins, S. (1998a). Attempted suicide among Inuit youth : psychosocial correlates and implications for prevention. *Can J Psychiatry*, 43, 816-822.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples : transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 45(7), 607–616.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). *Suicide chez les autochtones au Canada*. Ottawa : Fondation Autochtone de Guérison.
- Kirmayer, L. J., Fletcher, C., & Boothroyd, L. J. (1998b). Suicide among the Inuit of Canada. Dans A.A. Leenaars, S. Wenckstern, I. Sakinofsky, R.J. Dyck, M.J. Kral et R.C. Bland (Éds.) *Suicide in Canada (189-211)*. Toronto, ON : University of Toronto Press.
- Kirmayer, L. J., Fletcher, C., & Watt, R. (2008). Locating the ecocentric self : Inuit concepts of mental health and illness, Dans L. J. Kirmayer, G. G. Valaskakis (Éds.) *Healing Traditions : the mental health of aboriginal peoples in Canada*. Vancouver/Toronto : UBC Press.
- Kirmayer, L. J., Gone, J. P., & Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural psychiatry*, 51(2), 299-319.
- Kirmayer, L. J., Hayton, B., Malus, M., Jimenez, V., Dufour, R., Quesney, C., Ternar, Y., Yu, T., & Ferrara, N. (1994). *Suicide in Canadian Aboriginal Populations: Emerging Trends in Research and Intervention : un rapport présenté à la Commission royale sur les peuples autochtones, rapport numéro 1*. Montréal : Culture & Mental Health Research Unit, Institute of Community & Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital.
- Kirmayer, L. J., Malus, M., & Boothroyd, L. J. (1996). Suicide attempts among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(1), 8-17.
- Kral, M. J. (2009). *Transforming communities : suicide, relatedness, and reclamation among Inuit of Nunavut*. Thèse de doctorat, Université McGill.

- Kral, M. J. (2012). Postcolonial suicide among Inuit in Arctic Canada. *Cult Med Psychiatry, 36*, 306-325.
- Kral, M. J., Arnakaq, M., Ekho, N., Kunuk, O., Ootoova, E., Papatsie, M., & Taparti, L. (2000). Suicide in Nunavut : stories from Inuit elders. *Aboriginal health, identity and resources*, 34-44.
- Kral, M. J. (2013). “The weight on our shoulders is too much, and we are falling”. *Medical Anthropology Quarterly, 27*(1), 63-83.
- Kral, M. J., & Idlout, L. (2009). Community Wellness and Social Action in the Canadian Arctic : Collective Agency as Subjective Well-Being. Dans L. J. Kirmayer, G. G. Valaskakis (Éds.) *Healing Traditions : The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*. Vancouver/Toronto : UBC Press.
- Kral, M. J., Idlout, L., Minore, J. B., Dyck, R. J., & Kirmayer, L. J. (2011). Unikaartuit: meanins of well-being, unhappiness, health, and community change among Inuit in Nunavut. *Canada, Am J Community Psychol, 48*, 426-438.
- Lamis, D. A., & Jahn, D. R. (2013). Parent-child conflict and suicide rumination in college students : the mediating roles of depressive symptoms and anxiety sensitivity. *J Am Coll Health, 61*(2), 106-113.
- Laub, J. H., Nagin, D. S., & Sampson, R. J. (1998). Trajectories of change in criminal offending: good marriages and the desistance process. *American Sociological Review, 63*(2), 225-38.
- Le Petit Robert (2019). Dictionnaire Le Petit Robert. Paris : Édition Millésime.
- Leineweber, M. J. (2000). *Modernization and mental health : suicide among the Inuit in Greenland*. Thèse de doctorat, Université Nijmegen, Pays-Bas.
- Leineweber, M. J., & Arensman, E. (2003). Culture change and mental health : the epidemiology of suicide in Greenland. *Archives of Suicide Research, 7*(1), 41-50.
- Lemchuck-Favel, L. (1996). *Trends in First Nations Mortality 1979–1993*. Ottawa, ON : Santé Canada.

- Lenhart, A., Anderson, M., & Smith, A. (2015). Teens, technology and romantic relationships. Repéré de : <http://www.pewinternet.org/2015/10/01/teens-technology-and-romantic-relationships>.
- Lester, D. (1993). Tedium, depression, and suicidal preoccupation. *Psychological Reports*, 73(2), 622.
- Lester, D. (1995). American Indian Suicide Rates and the Economy. *Psychological Reports*, 77, 994.
- Luke, J. N., Anderson, I. P., Gee, G. J., Thorpe, R., Rowley, K. G., Reilly, R. E., Thorpe, A., & Stewart, P. J. (2013). Suicide ideation and attempt in a community cohort of urban aboriginal youth : a cross-sectional study. *Crisis*, 34(4), 251-261.
- MacMillan, H. L., MacMillan, A. B., Offord, D. R., & Dingle, J. L. (1996). Aboriginal health. *Canadian Medical Association Journal*, 155(11), 1569–1578.
- Maillochon, F., Ehlinger, V., & Godeau, E. (2016). L'âge « normal » au premier rapport sexuel. *Agora débats/jeunesses*, 4, 37-56.
- Marcel, G. (1961). *Philosophy of existentialism*. New York : The Citadel Press.
- Marshall, M., & Marshall, E. (2012). *Logotherapy revised : review of the tenets of Viktor E Frankl's logotherapy*. CreateSpace Independant Publishing Platform.
- May, P. A., Van Winkle, N. W., Williams, M. B., McFeeley, P. J., DeBruyn, L. M., & Serna, P. (2002). Alcohol and Suicide Death Among American Indians of New Mexico: 1980–1998. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 240-255.
- May, R. (1969/2007). *Love and will*. New York : W. W. Norton & Company.
- Moisan, C., Baril, C., Muckle, G., & Belanger, R. E. (2016). Teen pregnancy in inuit communities : gaps still needed to be filled. *Int J Circumpolar Health*, 9(75).
- Morency, J. (2018). Psychothérapie et Premières Nations : contribution du psychologue à la guérison et à la réconciliation. Repéré de : <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/psychotherapie-et-premieres-nations-contribution-du-psychologue-a-la-guerison-et-a-la-reconciliation>.

- Navaneelan, T. (2012). Suicide rates : an overview. Statistics Canada. Repéré de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-eng.htm>.
- Neckoway, R., Brownlee, K., & Castellan, B. (2007). Is attachment theory consistent with aboriginal parenting realities? *First Peoples Child & Family*, 3(2), 65-74.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*, 30, 133-54.
- Novins, D. K., Beals, J., Roberts, R. E., & Manson, S. M. (1999). Factors associated with suicide ideation among american indian adolescents : does culture matter? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 332-346.
- Nunatsiaq Online. (2014). Nunavut's population will soar over the next 25 years : StatsCan. Repéré de : http://www.nunatsiaqonline.ca/stories/article/65674nunavuts_population_will_soar_in_the_next_25_years_statscan.
- Oliver, L. N., Peters, P. A., & Kohen, D. E. (2012). Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. *Statistics Canada*, 23(3), 1-6.
- O'Neil, J. D. (1986). Colonial stress in the Canadian Arctic : An ethnography of young adults changing. Dans C. R. Janes, R. Stall, and S.M. Gifford (Eds.) *Anthropology and epidemiology* (249-274). Dordrecht, NL : D. Reigel.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Repéré de : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). Services de santé adaptés aux adolescents : un programme pour le changement. Repéré de : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69750/WHO_FCH_CAH_02.14_fre.pdf.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Pearce, M. E., Christian, W. M., Patterson, K., Norris, K., Moniruzzaman, A., Craib, K. J. P., Schecter, M. T., & Spittal, P. M. (2008). The cedar project : historical trauma, sexual abuse and HIV risk among young aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two canadian cities. *Social Science & Medecine*, 66, 2185-2194.

- Peters, P.A., Oliver, L. N., & Kohen, D. E. (2013). Mortality among children and youth in high-percentage First Nations identity areas, 2000-2002 and 2005-2007. *Rural and Remote Health*, 13(24).
- Quintin, J. (2018). Intimité et tact, Dans J. Quintin, F. Vinit, F. Herrera (Éds.) *Intimité et secrets dans les soins*. Montréal : Liber.
- Rao, U., Hammen, C., & Daley, S.E. (1999). Continuity of depression during the transition to adulthood : a 5-year longitudinal study of young women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(7), 908-915.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik. (2005). *Rapport annuel du 1er avril au 31 mars*. Kujjuaq, Québec: Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
- Reeves, C. (1977). *The psychology of Rollo May*. San Francisco, Washington, London : Jossey-Bass Publishers.
- Robins, E., Murphy, G. E., Wilkinson, R. H., Gassner, S., & Kayes, J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health Nations Health*, 49(7), 888-899.
- Rondeau, L., & Hamel, C. (2008). *Les relations amoureuses des jeunes : écouter pour mieux accompagner*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Ross, R. (2014). *Indigenous Healing: Exploring Traditional Paths*. Canada : Penguin Group.
- Sabbath, J. C. (1969). The suicidal adolescent: The expendable child. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 8, 272-285.
- Santé Canada. (2003). *Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- Santé Canada. (2011). *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada. Statistiques démographiques afférentes au Canada atlantique et à l'Ouest canadien, 2001-2002*. Ottawa : Publications Santé Canada.

- Santé Canada. (2013). *Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones, cadre du programme*. Ottawa : Publications Santé Canada. Repéré de : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/suicide/index-fra.php>.
- Santé Publique Canada. (2013). *Détermination et définition des principaux facteurs de risque du comportement antisocial et délinquant chez les enfants et les jeunes*. Ottawa : Centre National de Prévention du Crime.
- Séguin, M., Beauchamp, G., Robert, M., DiMambro, M., & Turecki, G. (2014). Developmental model of suicide trajectories. *The British Journal of Psychiatry*, 1-7.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N., Daigle, F., & Guy, A. (2007). Life trajectories and burden of adversity : mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological Medicine*, 37, 1575-1583.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Guy, A., & Daigle, F. (2005). *Projet de recherche sur les décès par suicide au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mai 2003*. Publications du Gouvernement du Nouveau-Brunswick.
- Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide : a study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 863-70.
- Shkilnyk, A.M. (1985). *A Poison Stronger Than Love: The Destruction of an Ojibwa Community*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Shneidman, E. S. (1991). A life in death : Notes of a committed suicidologist. An epistolary autobiography. Dans E. C. Walker (Éd.), *The history of clinical psychology in autobiography*. Belmont, CA : Brooks/Cole Publishing Compagny.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., Joiner, T.E. (2007). Rebuilding the tower of Babel : a revised nomenclature for the study of suicidal behaviors. Part 2 : suicide-related ideations, communications and behaviors. *Suicide Life Threat Behav*, 37(3), 264-77.

- Skye, C. (2015). *Existentialism and romantic love*. New York : Columbia University.
- Sorensen, S. (2007). *Adolescent romantic relationships. ACT for youth center of excellence, research facts and findings*. Cornell University : New York.
- Statistique Canada. (2019). Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Repéré de : <http://www.stat.gouv.qc.ca/jeunesse/dossiers/sexualite/sexualite.htm>.
- Statistique Canada. (2017). Les dix principales causes de décès, 2013. Récupéré de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2017001/article/14776-fra.htm>.
- Statistique Canada. (2011). Peuples autochtones. Annuaire du Canada 2011. Repéré de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-402-x/2011000/pdf/aboriginal-autochtones-fra.pdf>.
- Statistique Canada. (2013). Profil de l'enquête nationale auprès des ménages (ENM). Ottawa : Enquête nationale auprès des ménages de 2011. Repéré de : <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Science*, 9(2), 69-74.
- Sternberg, R. J. (1988). *The triangle of love*. New York : Basic.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Abakoumkin, G. (2005). The broken heart : suicidal ideation in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2178.
- Sullivan, H. S. (1953/1997). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York : W. W. & Company.
- Suris, A., Lind, L., Emmett, G., Borman, P. D., Kashner, M., & Barratt, E. S. (2004). Measures of aggressive behaviour: overview of clinical and research instruments. *Agression and violent behaviour*, 9, 165-227.
- Thériault, J., (1995). Réflexion sur la place de l'intimité dans la relation érotique et amoureuse. *Revue sexologique*, 3(1), 59-79.
- Tillich, P. (1973). *Systematic theology : three volumes in one*. Chicago : University of Chicago.

- Tousignant, M., Laliberté, A., Bibeau, G., & Noël, D. (2008). Comprendre et agir sur le suicide chez les Premières Nations : quelques lunes après l'initiation. *Frontières*, 21(1), 113-119.
- Tousignant, M., Vitenti, L., & Morin, N. (2013). Aboriginal youth suicide in Quebec : the contribution of public policy for prevention. *International journal of law and psychiatry*, 36, 399-405.
- Albert, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62(1), 13-27.
- Usborne, E., & Taylor, D. M. (2010). The role of cultural identity clarity for self-concept clarity, self-esteem, and subjective well-being. *Psychology*, 6(16).
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*, 117(2), 575-600.
- Vitenti, L. (2012). *Couper le fil de la vie : suicide et rituels de mort chez les Atikamekw de Manawan*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Wexler, L. (2009). Identifying colonial discourses in Inupiat young people's narratives as a way to understand the no future of Inupiat youth suicide. *The Journal of the National Center American Indian and Alaska Native Programs, University of Colorado*.
- Weyer, E. M. Jr. (1932). *The Eskimos : Their environment and folkways*. New Haven : Yale University Press.
- Williams, M. (2001). *Suicide and Attempted Suicide : Understanding the Cry of Pain*. London : Penguin Books.
- Working Group for a Nunavut Suicide Prevention Strategy. (2009). Towards the development of a Nunavut suicide prevention strategy : a summary report on the 2009 community consultations. Repéré de : <http://www.tunngavik.com/wp-content/uploads/2010/04/towards-the-development-of-a-nunavut-suicide-prevention-strategy-eng.pdf>.
- Yalom, I. D. (1980/2016). *Thérapie existentielle*. Paris : Éditions livre de poche.

