

Conceptions et attitudes des parents d'adolescents par rapport au suicide

Parents of Adolescents and Their Perceptions and Attitudes About Suicide

Christine Veilleux, Denise St-Cyr-Tribble et Denise Paul

Volume 18, numéro 1, printemps 1993

Communautés culturelles et santé mentale II

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032259ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032259ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Veilleux, C., St-Cyr-Tribble, D. & Paul, D. (1993). Conceptions et attitudes des parents d'adolescents par rapport au suicide. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 269–286. <https://doi.org/10.7202/032259ar>

Résumé de l'article

Devant la réaction des parents surpris du geste suicidaire posé par leur adolescent, nous avons été amenées à questionner 380 parents d'adolescents et à constater le réalisme de leurs conceptions à ce sujet. Nous avons noté des divergences d'opinions entre les pères et les mères chez les sujets ayant vécu différentes situations reliées au suicide et chez ceux ayant reçu de l'information en matière de suicide. Ces différents points de vue concernent le caractère impulsif du geste, l'âge des suicidaires, la possibilité d'intervenir et le niveau d'acceptabilité du suicide. Cette étude souligne aussi l'importance d'implanter des programmes de prévention dépassant le simple niveau de l'information.



Conceptions et attitudes des parents d'adolescents par rapport au suicide

Christine Veilleux*

Denise St-Cyr-Tribble**

Denise Paul***

Devant la réaction des parents surpris du geste suicidaire posé par leur adolescent, nous avons été amenées à questionner 380 parents d'adolescents et à constater le réalisme de leurs conceptions à ce sujet. Nous avons noté des divergences d'opinions entre les pères et les mères chez les sujets ayant vécu différentes situations reliées au suicide et chez ceux ayant reçu de l'information en matière de suicide. Ces différents points de vue concernent le caractère impulsif du geste, l'âge des suicidaires, la possibilité d'intervenir et le niveau d'acceptabilité du suicide. Cette étude souligne aussi l'importance d'implanter des programmes de prévention dépassant le simple niveau de l'information.

Introduction

Les statistiques relatives au taux de suicide chez les 15-19 ans inquiètent grandement les professionnels de nombreuses disciplines. Au Canada, ces taux sont passés de 3,3 décès par 100 000 habitants en 1960 à 11,2 en 1985, pour finalement atteindre 12,5 en 1986. En 1989, on comptait 247 suicides parmi les 3 492 décès déclarés chez ce même groupe (Statistique Canada, 1989). Pour la même période au Québec, les taux de suicide chez ce groupe d'âge passaient de

* Christine Veilleux, M.Sc., est infirmière-chef à l'Hôpital Général Juif-Sir Mortimer B. Davis

** Denise St-Cyr-Tribble, M.A., est professeure adjoint au département des Sciences infirmières de la Faculté de médecine à l'Université de Sherbrooke.

*** Denise Paul, infirmière, D.Ed., est professeure agrégée au département des Sciences infirmières de la Faculté de médecine à l'Université de Sherbrooke.

Nous tenons à remercier le docteur G. Domino, de l'Université de Tucson en Arizona, qui nous a permis d'utiliser son questionnaire d'opinions sur le suicide. Nos remerciements s'adressent également à M. Roger Poirier, directeur des services éducatifs de la Commission scolaire catholique de Sherbrooke, ainsi qu'aux directeurs et professeurs des écoles engagées dans cette recherche, qui nous ont aidés à réaliser celle-ci.

1,3 décès en 1960 à 13,1 en 1985 (Statistique Canada, 1986), pour atteindre 14,1 décès en 1988. Si l'on rajoutait les cas de suicides non signalés ou masqués, le nombre de tentatives de suicides non réussies et le nombre imposant d'adolescents affligés d'un déchirant mal de vivre, on ne ferait qu'alourdir ces statistiques.

Le geste suicidaire constitue généralement l'ultime moyen qu'a l'individu pour signifier à son entourage son état de désespoir (Richman, 1979). Des messages traduits dans des attitudes ou des comportements propres à cette personne laissent souvent pressentir le malaise avant que ne soit posé l'acte fatidique (Davis, 1985). D'ailleurs, les deux-tiers des adolescents suicidaires ont signalé une intention de mort à leurs proches avant de passer à l'acte et ce, de façon répétitive (Stevenson et al., 1972).

Pourtant, les proches, notamment les parents, réagissent souvent avec incompréhension et étonnement lorsqu'ils apprennent que leur adolescent a attenté à ses jours.

Plusieurs hypothèses expliqueraient ce phénomène de «sous-réaction parentale». Selon Peck (1981), les parents interprètent parfois les plaintes de leur adolescent comme une atteinte à leur compétence parentale. Chabrol (1984) présume une difficulté à discerner les comportements inhérents au processus de maturation de l'adolescent des signes précurseurs de suicide. Morissette (1985) rapporte que les parents peuvent nier le phénomène et écarter toute allusion au suicide, qui constituerait une explication trop menaçante ou trop culpabilisante pour eux.

Avant même de nous interroger sur les réactions de déni des parents ou sur leur interprétation des comportements présuicidaires de l'adolescent, il nous a semblé judicieux d'explorer d'abord leurs conceptions et leurs attitudes par rapport à divers aspects du suicide. Selon Morissette (1985) les opinions sur le suicide orientent le comportement et les gestes face à la personne suicidaire.

Plusieurs auteurs en psychologie sociale soutiennent qu'une relation importante existe entre, d'une part, la conception qu'ont les gens d'un certain sujet et, d'autre part, leurs attitudes et leurs réactions face à ce sujet. Selon Smith et al. (1978), l'attitude nous permettrait de comprendre l'organisation de l'expérience et le comportement des individus. L'attitude sociale est décrite comme ayant trois composantes: cognitive, émotionnelle et behavioriste. Le processus qui nous amène à élaborer des conceptions et à développer des attitudes à partir d'attributions dispositionnelles et situationnelles est très complexe. De

plus, le type d'attribution que nous donnons à un comportement quelconque influencerait de façon marquée notre réaction à celui-ci. Brownlee (1978) souligne aussi l'importance d'analyser les croyances et les attitudes des gens sur les sujets se rapportant à la santé, car elles peuvent fortement affecter leurs réactions face à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie.

Certains chercheurs ont questionné différents groupes de personnes afin d'évaluer leur connaissance globale de la problématique du suicide, leur compréhension du phénomène, leurs conceptions et leurs croyances sur le sujet (Stafford et Warr, 1985; Kalish et al., 1974). D'autres ont tenté de décrire les réactions, comportements et attitudes face à la personne suicidaire (Domino et al., 1982; Ginsburg, 1971). Des recherches ont également porté sur des personnes plus susceptibles, de par leur travail, de côtoyer un nombre élevé d'individus suicidaires, soit des membres du clergé, des bénévoles ou des professionnels de la santé (Domino, 1985; Ansel et McGee, 1971). Cependant, la revue de la littérature nous a permis de constater que les parents, notamment d'adolescents, ont été fort peu sollicités jusqu'à maintenant pour répondre à des questions soulevant des éléments de santé mentale, encore moins sur le suicide.

Cette étude a donc pour but de décrire les conceptions et les attitudes d'une population de parents d'adolescents par rapport au suicide et d'identifier certaines variables socio-démographiques pouvant affecter cette perception.

Méthodologie

Nous avons entrepris une enquête auprès d'un groupe de parents afin de connaître non seulement leurs opinions sur le suicide, mais aussi les différentes variables pouvant affecter ces opinions. Nous avons constitué un échantillon aléatoire systématique à partir de la liste des étudiants du cinquième secondaire inscrits au cours régulier et fréquentant soit l'une des institutions desservies par la Commission scolaire catholique de Sherbrooke, soit l'une des cinq institutions privées établies sur le territoire de la région de Sherbrooke au 30 septembre 1987. Ayant obtenu l'accord de la Commission scolaire et de l'ensemble des directeurs des écoles engagées dans le projet, nous avons distribué 380 questionnaires aux parents au cours des mois de mai et juin 1988, par l'intermédiaire des adolescents rencontrés collectivement dans chacun des dix établissements visés par l'étude. L'un ou l'autre des parents pouvait remplir le questionnaire sans consulter son conjoint. Nous avons envoyé deux lettres de relance, l'une aux élèves

et l'autre aux parents, de façon à augmenter le taux de réponse. L'anonymat des répondants a été respecté, l'identification numérique des questionnaires ayant eu comme seul but de faciliter la relance.

Description du questionnaire

L'instrument utilisé dans notre étude est une traduction française et une adaptation québécoise du *Suicide Opinion Questionnaire* (SOQ) développé par Domino et al., (1982), en 1978, à l'Université de Tucson (Arizona). Un exemple des items les plus représentatifs figure au tableau 1. Le questionnaire utilise une échelle de type Likert à cinq options pour mesurer les attitudes et les conceptions par rapport à 100 énoncés traitant de différents aspects du suicide. Selon Domino *et al.*, environ le tiers des items évalue la connaissance des facteurs socio-démographiques associés au suicide, alors que les deux autres tiers concernent les attitudes.

De plus, parce que cet instrument a l'avantage d'avoir déjà été utilisé auprès de diverses populations, notamment en raison des qualités métrologiques de l'instrument original, nous l'avons sélectionné. La validité du contenu avait déjà été assurée par une variété de professionnels œuvrant auprès des suicidaires; quant à la fiabilité de l'instrument, elle a été établie à l'aide d'un test-retest indiquant une corrélation supérieure à 0,68. La validité du contenu a été démontrée par le regroupement des items lors d'une analyse de facteurs ayant permis de dégager 15 dimensions, facteurs fiables et significatifs. Ce sont ces 15 dimensions que nous avons utilisées pour regrouper et analyser nos résultats. Quelques-unes sont présentées dans le tableau 2.

Une dizaine d'items placés à la fin du questionnaire portent sur l'âge, le sexe, la profession et le niveau de scolarité des répondants, sur leur vécu par rapport au suicide (personnel ou dans leur entourage), de même que sur la source des informations qu'ils ont déjà sur le suicide. L'indice de Green (1970) a servi à mesurer le statut socio-économique des participants. Nous avons employé pour mesurer cette variable: le niveau de scolarité et la profession des répondants. Nous avons recueilli de plus, à l'endos du feuillet, les commentaires de ceux-ci quant à l'étude elle-même ou au sujet dont elle traitait.

Traduction du questionnaire français

Nous avons d'abord soumis aux règles de la méthode de traduction inversée *Back Translation*, préconisée par Brislin (Del Greco et Walop, 1987; Brislin, 1970). Nous avons ensuite effectué un

Tableau 1
Items représentatifs du «Suicide Opinion
Questionnaire» (SOQ)

Options de réponses

- A) Tout à fait d'accord
 - B) D'accord
 - C) Indécis
 - D) En désaccord
 - E) Tout à fait en désaccord
- 9. Je me sentirais honteux si un des membres de ma famille se suicidait.
 - 18. Le suicide est un moyen acceptable de mettre fin à une maladie incurable.
 - 26. Le taux de suicide chez les médecins est beaucoup plus élevé que chez les autres professionnels.
 - 41. Un pourcentage élevé des suicidés provient de foyers désunis.
 - 49. Il peut exister des situations où la seule solution raisonnable est le suicide
 - 52. L'amélioration suite à une crise suicidaire indique que le risque de suicide est passé.
 - 79. Il devrait exister des cliniques de suicide où les gens qui veulent mourir pourraient le faire sans douleur et en privé.
 - 97. Ceux qui se suicident sont des lâches qui ne peuvent faire face aux défis de la vie.
-

pré-test de l'instrument français auprès d'une quinzaine de parents présentant des caractéristiques similaires aux sujets visés par l'étude. Des tests statistiques (corrélations de Pearson), exécutés sur les réponses de personnes bilingues ayant rempli des questionnaires à demi anglais et à demi français, nous ont permis d'évaluer l'équivalence des deux versions à 0,799 et 0,760.

Nous avons effectué une analyse de facteurs utilisant la rotation Varimax et l'extraction des facteurs par la méthode des composantes principales, afin d'évaluer la validité de construction de l'instrument. En comparant les regroupements issus de différentes analyses effec-

Tableau 2
Dimensions issues de l'analyse factorielle
de Domino et al. (1982)

Acceptabilité/normalité:	Le suicide est un comportement acceptable en maintes circonstances. Il n'est ni mauvais ni honteux en soi.
Immortalité/maladie mentale:	Le suicide est un geste essentiellement immoral, malfaisant. Les suicidaires sont des poltrons, des malades mentaux.
Suicide en tant que geste Semi-sérieux:	Le suicide est un geste mauvais en soi, peu sérieux.
Religion:	La foi influence à la baisse les taux de suicide.
Geste semi-sérieux:	La menace suicidaire est peu sérieuse. Par le geste suicidaire transparait non seulement la pulsion fondamentalement agressive de l'homme mais également sa faiblesse.
Létalité:	Beaucoup plus qu'un simple appel à l'aide, le geste suicidaire demeure avant tout un geste fortement léthal. L'intervention auprès des suicidaires peut difficilement limiter la portée de ce geste.
Irréversibilité:	Le désir de suicide est irréversible.
Vieillessement:	L'âge joue un rôle prépondérant sur le risque suicidaire.
Impulsivité:	L'acte suicidaire est le résultat d'un geste impulsif, beaucoup plus que de préméditation.

tuées antérieurement, nous avons pu comprendre que plusieurs dimensions coexistaient à l'intérieur de l'instrument.

La consistance interne de l'instrument mesurée sur l'ensemble des questionnaires remplis nous rapporte un alpha de Cronback de 0,830 pour la version française du SOQ.

L'application répétée du SOQ traduit à un intervalle variant entre deux et quatre semaines nous a permis d'établir un coefficient de corrélation à 0,834.

RÉSULTATS

Distribution des opinions selon les facteurs de Domino et al. (1982)

Nous avons évalué les conceptions et les attitudes des parents d'adolescents à l'aide des 15 dimensions définies par Domino et al. (1982). Le tableau 3 présente les résultats les plus significatifs, exprimés selon des moyennes variant de 1 à 5, chiffre découlant de la moyenne des réponses obtenues à chacun des items composant cette dimension. Les opinions sont donc évaluées sur un continuum, une cote inférieure signifiant une tendance à accepter l'idée générale exprimée dans chacune des catégories d'items, et une cote supérieure exprimant un désaccord plus ou moins marqué avec cette idée.

L'analyse des réponses obtenues par ce questionnaire nous permet de comprendre que les parents d'adolescents acceptent mal le geste suicidaire et ce, indépendamment du motif, de l'âge ou de la condition de santé de ces jeunes (voir tableau 3).

Le cumul des réponses recueillies auprès de notre échantillon de parents nous indique également que seule une faible proportion de parents associe suicide, immoralité et maladie mentale. Cette fois cependant, l'étendue et l'intervalle de confiance nous signalent que les opinions sont moins catégoriques à ce sujet.

Selon la majorité des sujets interrogés, toute allusion au suicide devrait être traitée avec sérieux.

En ce qui concerne l'influence de la religion sur le comportement suicidaire, les opinions semblent néanmoins partagées. Le grand écart-type et l'étendue maximale représentent d'ailleurs très bien la diversité des points de vue à ce sujet. L'étude de différentes variables socio-démographiques pourrait toutefois faire ressortir des variances d'opinions dans le groupe.

Au-delà de ce qu'il signifie pour la population interrogée, le geste suicidaire n'en demeure pas moins fortement létal, mais sa portée peut être limitée par une intervention. Selon notre enquête, d'ailleurs, 92,2 % des parents acceptent la nécessité d'intervenir auprès de toute personne dont on soupçonne un désir suicidaire.

Tableau 3
Opinion des parents sur le suicide selon les dimensions
développées par Domino et al. (1982)

Dimensions	Moyenne	E.T.	Étendue	I.C. (0,95)
Acceptabilité/ Normalité	3, 65	0, 52	2, 19-5, 00	2, 63-4, 67
Immortalité/ Maladie mentale	3, 54	0, 34	2, 54-4, 46	2, 87-4, 21
Geste semi-sérieux	3, 51	0, 49	2, 14-4, 86	2, 55-4, 47
Religion	3, 29	0, 78	1, 00-5, 00	1, 76-4, 82
Létalité	3, 64	0, 56	1, 75-5, 00	2, 54-4, 74
Irréversibilité	3, 26	0, 52	1, 75-4, 75	2, 24-4, 28
Vieillessement	3, 88	0, 61	1, 67-5, 00	2, 68-5, 00
Impulsivité	3, 26	0, 73	1, 00-5, 00	1, 83-4, 69

Note: Les résultats présentés dans ce tableau et dans les suivants ne contiennent que les chiffres les plus significatifs.

À propos de l'irréversibilité de l'état suicidaire, l'opinion des parents n'est pas très nette: beaucoup sont indécis, tel que nous le laissent voir la moyenne, l'écart type très serré et la faible étendue.

Peu de parents croient à une relation claire entre l'âge et le développement d'idées suicidaires. D'ailleurs, ce qui reflète cette tendance, 90,3 % des parents questionnés condamnent l'idée voulant que la plupart des victimes soient des gens âgés ayant peu à attendre de la vie.

Quant à l'impulsivité liée au geste suicidaire, les opinions des répondants demeurent divisées: le grand écart type nous fait soupçonner l'influence de certaines variables socio-démographiques à ce sujet.

Différences entre les conceptions et les attitudes des répondants par rapport au suicide selon certaines variables socio-démographiques

Nous avons effectué des tests de comparaisons entre les opinions de parents des deux sexes, ayant un vécu suicidaire différent et n'ayant pas reçu les mêmes informations à propos du suicide, ce qui nous a permis de déceler des variances d'opinions parmi eux.

D'après nos comparaisons auprès de l'ensemble des répondants, les femmes seraient plus nombreuses à concevoir qu'un lien existe entre suicide et maladie mentale (voir tableau 4). Les hommes sont cependant plus portés à croire que le geste suicidaire est exécuté impulsivement. Ils ont également tendance à accepter plus difficilement le suicide que les femmes.

Chez les parents ayant eux-mêmes déjà vécu un épisode suicidaire, qu'ils aient tenté de se suicider ou seulement développé une idéation suicidaire sérieuse, le suicide est généralement mieux accepté que chez ceux n'ayant jamais songé à passer à l'acte (voir tableau 5). Les répondants ayant déjà eu des idéations suicidaires sont encore plus convaincus qu'il faut traiter avec sérieux les menaces et les indices de suicide. Pour les parents qui ont déjà tenté de se suicider ou qui y ont sérieusement songé, le désir suicidaire n'a aucune relation avec la croyance religieuse. Quant à ceux qui n'ont pas de passé suicidaire, ils sont généralement moins convaincus de la réversibilité du processus suicidaire.

Les sujets ayant déjà connu des personnes suicidaires perçoivent plus souvent le geste suicidaire comme un acte prémédité qu'impulsif (voir tableau 6). Ils croient également davantage en une possibilité d'intervention. Et, tout comme les parents qui ont un vécu suicidaire, ceux qui ont côtoyé une personne suicidaire ne voient que peu de relation entre âge et désir suicidaire.

Une seule différence oppose les groupes de parents ayant déjà reçu des informations sur le suicide par l'intermédiaire d'un média et ceux n'ayant pu en bénéficier: les premiers sont généralement plus nombreux que les seconds à douter de l'impulsivité du geste suicidaire.

Tableau 4
Test de comparaison entre les opinions
des parents des deux sexes

RÉSULTATS			
Dimensions	Féminin n=167	Masculin n=49	p
Acceptabilité	3,61	3,77	0,061
Immoralité/Maladie mentale	3,53	3,65	0,019*
Impulsivité	3,33	3,06	0,024

* $p < 0,05$

Tableau 5
Test de comparaison entre les opinions des parents ayant
déjà vécu personnellement une expérience suicidaire (idéation
suicidaire ou tentative de suicide) et ceux n'en ayant pas vécu

RÉSULTATS				
Dimensions	Idéation suicide		Tentative suicide	
	oui n=30	non n=185	oui n=8	non n=207
Acceptabilité/ Normalité	3,37 $p = 0,002$	3,70	3,12 $p = 0,006^{**}$	3,87
Religion	3,62 $p = 0,012^*$	3,23	3,90 $p = 0,024^*$	3,26
Irréversibilité	3,43 $p = 0,061$	3,24	3,66 $p = 0,025^*$	3,24
Geste semi-sérieux	3,69 $p = 0,027^*$	3,48	3,59 n.s.	3,48

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Nous avons procédé à des analyses de corrélation entre l'âge, le statut socio-économique, ainsi que les conceptions et attitudes des répondants présentées selon les 15 dimensions du SOQ déjà établies par Domino et al (1982). Aucune corrélation significative entre l'âge et les facteurs de Domino et al. n'a pu être retenue de ces analyses. Cependant, nous avons observé un faible lien positif entre la concep-

Tableau 6
Test de comparaison entre les opinions des parents ayant personnellement connu un suicidaire et ceux n'en ayant jamais connu

RÉSULTATS			
Dimensions	Connaissance d'un suicidaire n=161	Aucun suicidaire connu n=56	p
Létalité	3, 69	3, 51	0, 034
Vieillessement	3, 93	3, 72	0, 024*
Impulsivité	3, 33	3, 07	0, 022

* $p < 0,05$

tion de la létalité du geste suicidaire et le statut socio-économique ($p < 0,05$). Les sujets dont le statut socio-économique est faible pensent que l'acte est souvent léthal et que la possibilité d'intervention est limitée face à un suicidaire déterminé à poser son geste.

DISCUSSION

Le suicide préoccupe de nombreux parents: le taux de participation à l'étude (61,3%) en est un bon indice. Ceux-ci se sentent concernés et même inquiets par rapport à ce danger qui menace plusieurs membres de la population adolescente.

Bien que le taux de réponse à notre enquête ait été des plus satisfaisants, un écart important demeure entre la participation des mères et celle des pères, malgré le fait que les unes et les autres aient été invités à y répondre. Cette différence limite d'ailleurs la portée des

Tableau 7

Test de comparaison entre les opinions des parents ayant déjà reçu de l'information sur le suicide et ceux n'en ayant jamais reçu

RÉSULTATS			
Dimensions	Information reçue n=80	Aucune information n=136	p
Impulsivité	3, 42	3, 17	0, 015

résultats recueillis. Le rôle traditionnel de la mère dans l'éducation des enfants et les travaux scolaires (Friedman, 1986) explique sans doute qu'un nombre plus élevé de mères aient répondu au questionnaire. Le haut taux de familles monoparentales ou reconstituées où l'enfant est laissé à la garde de la mère contribue aussi à justifier ces statistiques (MSSS conjointement avec les DSC, 1987). De plus, la mère est plus préoccupée par les questions de santé (Heller, 1986). Selon une enquête conduite par Wellman et Wellman (1986) sur les attitudes et les croyances d'un groupe de jeunes adultes par rapport au suicide, les hommes sont souvent plus effrayés que les femmes lorsqu'on leur parle de suicide. Selon cette étude, plusieurs d'entre eux avaient avoué qu'ils seraient davantage portés à nier et même à éviter le sujet si quelqu'un leur confiait ses projets suicidaires. Si nous transposions cette réalité à notre propre étude, nous pourrions expliquer l'absence des pères comme un désir de fuir le sujet. Cette problématique demeure complexe et constitue une avenue de recherche qu'il faudrait absolument explorer. Cela est d'autant plus important qu'il existe des différences notables dans les conceptions et les attitudes des pères et des mères.

En effet, la conception différente qu'ont les hommes du geste suicidaire (le caractère impulsif qu'ils lui donnent, la relation avec la maladie mentale et le fait qu'ils ne l'acceptent pas de la même façon que les femmes) justifie jusqu'à un certain point d'autres approches face à la promotion de la santé et à la prévention du suicide. Même si tous poursuivent un but commun, la réceptivité des mères à diverses activités et diverses approches diffère largement de celle des pères. Ainsi, si on considère leur conception de l'impulsivité du geste suici-

daire, on peut se questionner sur l'augmentation de la participation des hommes à une activité visant à rendre les armes moins accessibles, car celles-ci sont susceptibles d'être utilisées rapidement et impulsivement. Toutefois, plusieurs autres variables entrent également en ligne de compte dans la décision de se joindre à telle ou telle activité.

Selon nos résultats, le vécu suicidaire personnel des parents modifie, du moins en partie, leurs conceptions et leurs attitudes par rapport au suicide. Leur acceptation, beaucoup plus évidente s'ils ont un tel vécu (voir tableau 5), témoigne d'une meilleure compréhension du processus suicidaire. La fréquentation d'individus suicidaires influence également leur attitudes à cet égard. Les parents ayant côtoyé un suicidaire voient davantage la létalité du geste suicidaire et perçoivent moins l'impulsivité de cet acte et son lien avec l'âge (voir tableau 6). S'il est partagé, ce vécu constitue sûrement une expérience intéressante à exploiter dans l'implantation de programmes de prévention du suicide chez l'adolescent. L'utilisation de ces personnes ressources, si l'on peut les qualifier ainsi, est susceptible d'aider à concrétiser le sujet. Ainsi établi un climat social de travail, on peut apporter des éléments de discussion pour évoluer graduellement vers un apprentissage et un partage répondant aux besoins et aux intérêts du groupe (Murray et Zentner, 1979). Que l'expérience du suicide ait ou non été vécue dans un autre contexte que l'adolescence, le but poursuivi demeure le même: en venir à parler du suicide, puis du suicide à l'adolescence. Cette expérience pourrait également servir à promouvoir la santé, puisqu'elle permet aux parents de se regrouper et de discuter non seulement du suicide, mais aussi de leur vécu propre de parents d'adolescents. À ce sujet, quelques parents ont souligné, par le biais de notre questionnaire, le manque de soutien qu'ils reçoivent à titre de pères et mères d'adolescents. Certaines ressources existent déjà dans le milieu québécois pour répondre à ces besoins (Comité de la santé mentale du Québec, 1985). Elles semblent répondre à de nombreux besoins chez cette clientèle. Il serait intéressant de mesurer leur impact dans la prévention du suicide adolescent.

Morissette (1985) affirme que notre société véhicule plusieurs mythes au sujet du suicide. Cependant, ce phénomène ne s'est pas révélé aussi clairement lorsque nous avons interrogé notre groupe de parents. Ainsi, seule une minorité de nos répondants ont mentionné les mythes de lâcheté, de courage ou de folie du suicidaire, l'influence du contexte socio-économique sur un tel geste. On se rappellera une étude réalisée par Kalish et al. (1974) auprès d'une population urbaine d'adultes américains, qui considéraient couramment le suicide comme

un acte de folie ou de poltronnerie. Dans une autre enquête, celle de Sale et al. (1971), le groupe de femmes adultes interrogées expliquaient généralement le suicide par la maladie mentale. Dans la présente étude, les conceptions des parents questionnés semblent nettement différentes. La méthode de recherche, l'évolution des mentalités et le contexte socio-culturel actuel ne sont certes pas étrangers aux attitudes et aux conceptions notées.

Bien que seulement 37 % des parents interrogés aient été rejoints par des sources d'information, le discours de gens, parlant ici des parents dans le contexte actuel, semble avoir évolué et se rapprocher davantage de la réalité qu'on connaît. Aujourd'hui, la mise en place de programmes éducatifs visant à informer le public sur le phénomène suicidaire constitue l'un des moyens de prévention primaire utilisé (Comité de la santé mentale du Québec, 1983). Nous ne notons cependant que très peu de différences entre les conceptions et les attitudes de parents ayant eu ou non accès à de l'information, ces deux groupes se distinguant par leur opinion sur l'impulsivité du geste suicidaire (tableau 7). Nous ne pouvons naturellement interpréter ces résultats sans nous rappeler certaines limites importantes de cette étude. En effet, outre les limites liées à l'instrument comme tel, nous ne faisons aucune référence au type d'information reçue ni aux autres variables socio-démographiques concernant les sujets interrogés. L'information doit continuer à constituer un élément important dans la prévention du suicide chez les adolescents, principalement auprès des personnes appartenant à leur réseau primaire, mais elle doit, à notre avis, atteindre d'autres niveaux.

À cet égard, Luc Lacroix, dans sa critique sur les politiques sociales et le suicide au Québec (1990), souligne la nécessité non seulement d'établir des programmes de lutte contre le suicide, comme un ennemi facile à identifier et à circonscrire, mais aussi de mettre l'accent sur des moyens de prévenir la crise suicidaire. Cette prévention primaire doit s'inscrire dans le cadre d'un engagement à améliorer la qualité de vie et la santé mentale des jeunes. Le soutien à des organismes visant à promouvoir la santé des enfants et des adolescents par le bien-être et l'aide aux parents constitue un des moyens d'intervention à privilégier.

Limites de l'étude

Les résultats de cette étude ne sauraient vraisemblablement éclairer nos actions futures si nous ne soulignons pas les limites méthodologiques de celle-ci. L'utilisation d'un questionnaire se rap-

portant au suicide en général plutôt qu'au suicide adolescent est à notre avis l'une des premières limitations. Cet instrument comporte toutefois l'avantage de situer l'opinion de notre population par rapport au suicide adolescent dans la problématique globale du suicide. La présence des 15 dimensions de Domino (1985) dans la comparaison des groupes cause également une perte d'information non négligeable. De plus, le faible nombre d'individus dans les groupes de parents rassemblés sous différentes variables socio-économiques demeure un élément important à souligner dans l'interprétation des résultats de cette enquête. Ainsi, on doit garder à l'esprit la sous-représentativité des répondants de sexe masculin. Il faudra donc retenir toutes ces considérations lors de la mise en marche d'une recherche subséquente.

CONCLUSION

Au-delà des limites de cette étude, ses résultats nous permettent de tirer des lignes directrices importantes pour la recherche et les implications futures en matière de prévention du suicide à l'adolescence.

Beaucoup de parents ont un vécu personnel et social par rapport au suicide et ont donc des conceptions et des attitudes très variées à ce sujet. De même, on note plusieurs différences dans les conceptions et les attitudes des pères et des mères par rapport au suicide. Ces différences risquent d'affecter jusqu'à un certain point leur comportement envers la personne suicidaire. Il serait d'ailleurs intéressant de vérifier cette hypothèse dans une recherche future.

L'utilisation du vécu des parents par rapport au suicide peut, à notre avis, aider à réorienter les programmes de prévention du suicide et de promotion de la santé des adolescents. Les différentes conceptions qu'ont les hommes et les femmes incitent aussi à se questionner sur les programmes de prévention déjà en place. Étant donné ces visions différentes, l'intérêt des pères pour de tels programmes et leur participation à ceux-ci s'avèrent d'une grande importance. D'ailleurs, cette dissemblance ajoutée à l'absence des hommes dans cette étude augmente notre questionnement à propos des types de programmes de prévention que l'on peut utiliser avec cette clientèle. Il faut s'interroger encore davantage lorsqu'on considère le taux trois fois plus élevé de mortalité par suicide chez les hommes que chez les femmes (Statistique Canada, 1989). Plusieurs pistes de recherche intéressantes surgissent ainsi: la réceptivité différente des hommes et des femmes face aux suicidaires, l'influence du père et celle de la mère sur la réversibilité du processus suicidaire, les conceptions dissemblables du

suicide entre hommes suicidaires et hommes non suicidaires ne sont que quelques exemples de recherches d'une pertinence certaine suite à cette étude.

À la lumière de nos résultats, nous prenons aussi conscience de l'opinion bien réaliste de la plupart des parents sur le phénomène suicidaire. Selon les données de cette recherche, leurs conceptions et leurs attitudes à ce sujet ne sont pas les seuls facteurs limitant l'efficacité des interventions auprès des adolescents suicidaires. La réponse à notre questionnement sur la «sous-réaction parentale» face aux messages des suicidaires demeure toujours incomplète. Les hypothèses de Peck (1981), Chabrol (1984) et Morissette (1985) énoncées précédemment méritent donc d'être étudiées en profondeur.

La promotion de la santé par le soutien aux parents constitue une avenue essentielle à explorer pour prévenir le suicide chez l'adolescent. Une analyse fouillée des besoins des parents d'adolescents s'avère cependant fondamentale pour la bonne marche de ces projets. En développant les recherches pour mieux connaître cette population, on pourra formuler d'importantes recommandations et amener une certaine directivité dans les programmes de prévention du suicide à l'adolescence.

RÉFÉRENCES

- ANSEL, E.L., MCGEE, R.K., 1971, Attitudes Toward Suicide Attempters, *Bulletin of Suicidology*, 8, 22-28.
- BAGLEY, C., RAMSEY, R., 1985, Psychosocial Correlates of Suicidal Behaviors in an Urban Population, *Crisis*, 6, 63-77.
- BRISLIM, R.W., 1970, Back-translation for Cross-cultural Research, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185-216.
- BROWNLEE, A.T., 1978, *Health Beliefs and Practices: Health and Illness in Community, Culture and Care*, The C.V. Mosby Company, Saint-Louis.
- CHABROLL, H., 1984, *Les comportements suicidaires de l'adolescent*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Comité de la santé mentale du Québec, 1985, *La santé mentale des enfants et des adolescents vers une approche plus globale*, Bibliothèque nationale de Québec, Québec.
- Comité de la santé mentale du Québec, 1983, *Prévenir le suicide au Québec*, Bibliothèque nationale de Québec, Québec.

- DAVIS, J.M., 1985, Suicidal Crisis in School, *School Psychology Review*, 14, 313-324.
- DEL GRECO, L., WALOP, W., 1987, Questionnaire development: 1. Formulation, *Canadian Medical Association Journal*, 136, 583-585.
- DOMINO, G., 1985, Clergy's Attitudes Toward Suicide and Recognition of Suicide Lethality, *Death Studies*, 9, 187-199.
- DOMINO, G., MOORE, D., WESTLAKE, L., GIBSON, L., 1982, Attitudes Toward Suicide: A Factor Analytic Approach, *Journal of Clinical Psychology*, 38, 257-262.
- FRIEDMAN, M.M., 1986, Family Role Structure in *Family Nursing: Theory and Assessment*, Appelton-Century-Crofts, Connecticut, 158-179.
- GINSBURG, G.P., 1971, Public Conceptions and Attitudes about Suicide, *Journal of Health of Social Behavior*, 12, 200-206.
- GREEN, R., 1970, Manual for Scoring Socioeconomic Status for Research of Health Behavior, *Public Health Report*, 35, 815-827.
- Groupe d'étude national sur le suicide, 1987, *Le suicide au Canada*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.
- HELLER, A.F., 1986, *La femme protectrice de la santé*, Conseil consultatif canadien de la santé de la femme, Ottawa.
- KALISH, R.A., REYNOLDS, D.K., FARBEROW, N.L., 1974, Community Attitudes Toward Suicide, *Community Mental Health Journal*, 10, 301-308.
- LACROIX, L., 1990, Le suicide et les politiques sociales au Québec, *Santé mentale au Québec*, 15, 46-61.
- MORISSETTE, P., 1985, *Le suicide, démystification, intervention, prévention*, Centre de prévention du suicide de Québec, Québec.
- MORISSETTE, P., 1985, *Le suicide: mythes, tabous, réalités*, Garotex, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) conjointement avec les départements de santé communautaire (DSC), 1989, *Les familles monoparentales, et la santé ça va?*, Les Publications Québec, Québec.
- MURRAY, R.B., ZENTNER, J.P. 1979, Group Work in Nursing in *Nursing Concepts for Health Promotion*, Prentice Hall, New Jersey, 188-224.
- PECK, M.L., 1981, The Loner: An Exploration of a Suicidal Subtype in Adolescence in S.C. Feirstein, A.Z. Scharzbery, A.D. Sorosky, eds., *Adolescent Psychiatry: vol. 9, Development and Clinical Studies*, University of Chicago Press, Chicago, 461-466.
- RICHMAN, R., 1979, The Family Therapy of Attempted Suicide, *Family Process*, 18, 131-142.

- SALE, I., WILLIAMS, O.L., CLARK, J., MILLS, J., 1975, Suicide Behavior: Community Attitudes and Beliefs, *Suicide*, 5, 158-168.
- SMITH, R.E., SARASON, I.G., SARASON, B.R., 1978, Social Psychology in *Psychology the Frontiers of Behavior*, Harper & Row, New York, 365-402.
- STAFFORD, M.C., WARR, W., 1985, Public Perceptions of Social Problems: Some Propositions and a Test, *The Journal of Applied Behavioral Science*, 21, 307-316.
- Statistique Canada, 1989, *Section de la statistique de l'état civil et de la santé*, Ottawa.
- Statistique Canada, 1986, *Section de la statistique de l'état civil et de la santé*, Ottawa.
- STEVENSON, E.K., HUDGENS, R.W., HELD, C.P., MENDITH C.H., HENCHIX, M.E., CAN, D.L., 1972, Suicidal Communication by Adolescents: A Study of Two Matched Groups of 60 Teenagers, *Diseases of the Nervous System*, 33, 112-122.
- WELLAMN, M.M., WELLMAN, R.J., 1986, Sex Differences in Peer Responsiveness to Suicide Ideation, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 360-378.

ABSTRACT

Parents of Adolescents and Their Perceptions and Attitudes About Suicide

In the context of parents reacting with surprise to the suicidal tendencies of their teenage child, the authors prepared a questionnaire for 380 parents of adolescents to gauge the realism of their perceptions on the topic. The authors noted differences of opinion between fathers and mothers among parents who have experienced a variety of situations related to suicide and others who have received information on the matter. These differing points of view concern the impulsive nature of the gesture, the age of the suicidal person, the opportunity to intervene and the level of acceptance of suicide. In addition, this study underscores the importance of implementing prevention programs that go beyond the simple distribution of information.