



HAL
open science

Prévention du suicide auprès des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et des personnes réfugiées ou en demande d'asile.

Fernando Chinchilla, Samuel Duchesne, Ashley Chu

► To cite this version:

Fernando Chinchilla, Samuel Duchesne, Ashley Chu. Prévention du suicide auprès des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et des personnes réfugiées ou en demande d'asile.. Institut Universitaire SHERPA. 2024, pp.134. <hal-04812680>

HAL Id: hal-04812680

<https://hal.science/hal-04812680v1>

Submitted on 30 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

PRÉVENTION DU SUICIDE AUPRÈS DES MEMBRES DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES MINORITAIRES ET/OU RACISÉES ET DES PERSONNES RÉFUGIÉES OU EN DEMANDE D'ASILE

Revue de la littérature et consultations
des acteurs terrain

Samuel Duchesne

Ashley Chu

Fernando A. Chinchilla



Titre : Prévention du suicide auprès des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, des personnes réfugiées ou en demande d'asile au Québec. Revue de la littérature et consultations des acteurs terrain

Présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Graphisme et mise en page : Andréanne Boisjoli

Image page couverture : Marie-Anne C. Duplessis (ouiflo)

© 2024 Institut universitaire SHERPA et CERDA

Une publication de l'Institut universitaire SHERPA, une équipe financée par le Fonds de recherche du Québec - Société et Culture et par le ministère de la Santé et des Services sociaux, au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
7085 Hutchison
Montréal, QC, H3N 1Y9
sherpa.dlm@ssss.gouv.qc.ca
<https://sherpa-recherche.com>

INSTITUT UNIVERSITAIRE
SHERPA
Immigration. Diversité. Santé.

...et du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA)
7085 Hutchison
Montréal, QC, H3N 1Y9
cerda.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca
<https://cerda.info/>

 **CERDA**
www.cerda.info

PRÉVENTION DU SUICIDE AUPRÈS DES MEMBRES DES
COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES MINORITAIRES ET/OU
RACISÉES, DES PERSONNES RÉFUGIÉES OU EN DEMANDE D'ASILE
AU QUÉBEC

Revue de la littérature et consultations des acteurs terrain

Samuel Duchesne
Ashley Chu
Fernando A. Chinchilla

Coordination

Mélanie M. Gagnon, cheffe de services en transfert de connaissances, CERDA

Andréanne Guindon, cheffe d'administration de programme, IU SHERPA

Virginie Lubino, cheffe d'équipe, CERDA

Rédaction

Samuel Duchesne, professionnel de recherche

Ashley Chu, professionnelle de recherche

Fernando A. Chinchilla, Ph. D., chargé de projet

Soutien scientifique

Janique Johnson-Lafleur, Ph. D., chercheuse d'établissement à l'IU SHERPA et professeure adjointe à la Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill

Rachel Kronick, MD, MSc, FRCPC, psychiatre, chercheuse à l'IU SHERPA et professeure adjointe à la Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill.

Comité avisur

Marie-Ève Carle, spécialiste en activités cliniques, Centre de crise l'Accès, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est

Nathalie Chénier, ARH, Programme Réfugiés et demandeurs d'asile, Direction des programmes de santé mentale et dépendance (DSMD), Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Guillaume Deblois, chef de secteur Accueil, analyse, orientation, référence (AAOR), RLS Pierre-Boucher, RLS Pierre-de Saurel, RLS Richelieu-Yamaska, Centre intégré de la santé et des services sociaux de la Montérégie-Est

Brock Dumville, directeur du service de formation et service-conseil, Centre de prévention du suicide de Montréal (CPSM)

Marie-Claude Geoffroy, Ph. D., professeure, Département de psychiatrie, Université McGill et chercheuse, Groupe McGill d'études sur le suicide, Centre de recherche Douglas

Marie Hautval, courtière de connaissances, Association québécoise de prévention du suicide (AQPS)

Annie Jaimes, chercheuse à l'IU SHERPA et professeure, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Hugues Laforce, directeur, Centre d'intervention de crise TRACOM

Marcel Landry, adjoint à la directrice, Direction des programmes de santé mentale et dépendance, Direction de Santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Kathy Laramée, directrice des services d'intervention, Centre de prévention du suicide de Montréal (CPSM)

Marie-Pier Long, Inf., M. SC., conseillère-cadre en soins infirmiers-santé mentale, Direction des soins infirmiers, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Brian L. Mishara, Ph. D., directeur du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

Nasrin Neda, coordonnatrice du département de l'accueil et établissement, Maison Internationale de la Rive-Sud (MIRS)

Massimiliano Orri, professeur, Département de psychiatrie, Université McGill et clinicien-chercheur, Groupe McGill d'études sur le suicide, Centre de recherche Douglas

Josianne Richard-Lacelle, intervenante de crise, Centre d'intervention de crise TRACOM

Annick Simard, consultante externe, Pratique professionnelle, Direction de la réadaptation et des services multidisciplinaires, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Safya St-Hilaire, Inf., Clinique des réfugiés du RLS-Champlain, Direction des services hospitaliers volets urgences, blocs opératoires et services généraux première ligne, CISSS de la Montérégie-Centre

Yann Zoldan, Ph. D., chercheur à l'IU SHERPA et professeur de psychologie de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)

REMERCIEMENTS

L'équipe du projet remercie les membres du Comité aviseur qui ont contribué de façon particulière à concrétiser plusieurs de nos objectifs au cours de cette première année d'activités. Nous souhaitons remercier plus particulièrement : Sara-Michèle Bard, Guillaume Deblois, Brock Dumville, Annie Jaimes, Hugues Laforce, Kathy Laramée, Marie-Pier Long et Annick Simard pour leurs commentaires sur le sondage avant qu'il ne soit rendu disponible aux équipes de terrain. Nous voulons aussi exprimer notre gratitude aux personnes qui ont fait une relecture de ce rapport. Enfin, nous soulignons l'intérêt, l'énergie et le temps alloués par tous les intervenant·e·s du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire québécois qui ont généreusement rempli notre sondage ou participé à nos consultations et suggéré des voies de réflexion pour améliorer les services en prévention du suicide aux membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées ainsi qu'aux personnes réfugiées ou en demande d'asile.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------------|
| Remerciements | vi |
| TABLE DES MATIÈRES | VII |
| Liste des figures | x |
| Liste des tableaux | x |
| ACRONYMES | XI |
| GLOSSAIRE | XII |
| | |
| SOMMAIRE EXÉCUTIF | 1 |
| INTRODUCTION | 4 |
| Objectifs du rapport | 5 |
| Structure du rapport | 6 |
| 1. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES | 7 |
| 1.1 Revue de la littérature | 7 |
| 1.2 Consultations | 9 |
| 2. LE SUICIDE, LES TENTATIVES ET LES IDÉATIONS SUICIDAIRES CHEZ LES SOUS-GROUPES | 11 |
| 2.1 Personnes immigrantes, réfugiées ou en demande d'asile | 12 |
| 2.2 Membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et personnes racisées | 18 |
| 2.3 Résumé | 20 |

| | |
|--|-----------|
| 3. MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE | 21 |
| 3.1 Comment approcher les facteurs de risque et de protection chez les sous-groupes? | 24 |
| 4. LA RECHERCHE D'AIDE ET L'IMPORTANCE DE LA CULTURE | 25 |
| 4.1 Recherche d'aide et utilisation de services | 25 |
| 4.2 Valeurs et croyances culturelles relatives à la santé mentale et au suicide | 29 |
| 4.3 L'expression de la détresse | 33 |
| 5. FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES SOUS-GROUPES | 37 |
| 5.1 Santé mentale, consommation de substances et traumatisme | 37 |
| 5.2 Discrimination | 40 |
| 5.3 Intégration et stress d'acculturation | 42 |
| 5.4 Rôles et conflits familiaux | 44 |
| 5.5 Isolement | 47 |
| 5.6 Facteurs socio-économiques et déqualification socioprofessionnelle | 48 |
| 5.7 Transition, statut et détention en contexte de migration | 50 |
| 6. FACTEURS DE PROTECTION CHEZ LES SOUS-GROUPES | 53 |
| 6.1 Raisons de vivre, stratégies d'adaptation et résilience | 53 |
| 6.2 Sentiment d'appartenance | 57 |
| 6.3 Soutien social | 59 |
| 6.4 Relations familiales harmonieuses | 60 |
| 6.5 L'école comme milieu d'intégration et d'apprentissage | 61 |
| 6.6 Participation à la société d'accueil | 62 |
| 6.7 Religion et spiritualité | 63 |

| | |
|--|------------|
| 7. DÉFIS ET LIGNES DIRECTRICES | 65 |
| 7.1 Résultats des consultations | 65 |
| 7.2 Principaux défis et besoins des professionnel·le·s | 67 |
| 7.3 Lignes directrices issues de la littérature | 77 |
| 8. RECOMMANDATIONS | 93 |
| 8.1 Renforcer les connaissances sur les réalités des sous-groupes auprès des professionnel·le·s des différents milieux impliqués dans la prévention du suicide | 94 |
| 8.2 Développer les connaissances et habiletés des professionnel·le·s pour aborder le sujet du suicide chez les sous-groupes | 95 |
| 8.3 Favoriser le soutien des professionnel·le·s dans le repérage, l'estimation et l'évaluation du risque des personnes appartenant aux sous-groupes | 96 |
| 8.4 Renforcer les compétences culturelles et structurelles des professionnel·le·s | 97 |
| 8.5 Créer des opportunités de partage entre les diverses parties prenantes de la prévention du suicide | 98 |
| 8.6 Développer des stratégies de sensibilisation aux enjeux de santé mentale adaptées culturellement et aux sous-groupes | 100 |
| 8.7 Adapter culturellement les efforts de prévention du suicide dans les écoles | 102 |
| 8.8 Adapter culturellement les stratégies de prévention et de postvention existantes | 104 |
| 8.9 Déployer des stratégies pour avancer dans la connaissance du phénomène chez les sous-groupes au québec | 105 |
| 9. BIBLIOGRAPHIE | 106 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion de la revue de la littérature | 9 |
| Figure 2 : Modèle socio-écologique | 22 |
| Figure 3 : Sentiment d'être outillé·e pour intervenir auprès des personnes suicidaires selon les sous-groupes | 73 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Taux de mortalité par suicide par 100 000 personnes-année, Canada, 2006-2016 | 16 |
| Tableau 2 : Profil des répondant·e·s au sondage | 66 |
| Tableau 3 : Principaux défis rencontrés par les participant·e·s aux consultations | 68 |
| Tableau 4 : Enjeux (en lien avec le suicide) mentionnés le plus souvent par les personnes qui reçoivent des services, selon les sous-groupes | 74 |
| Tableau 5 : Thématiques et compétences que les personnes répondantes au sondage souhaiteraient renforcer en matière de prévention du suicide en contexte de diversité ethnoculturelle | 75 |
| Tableau 6 : Stratégies de prévention | 79 |

ACRONYMES

| | |
|-----------|--|
| CDC | Center for Disease Control and Prevention |
| CERDA | Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| DPJ | Direction de la protection de la jeunesse |
| EIBS | Effet de l'immigrant·e en bonne santé |
| GEDPAS | Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire |
| GÉRIS | Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire |
| INSPQ | Institut national de la santé publique du Québec |
| IRV | Inventaire des raisons de vivre |
| IU SHERPA | Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles |
| LGBTQIA+ | lesbienne, gai, bisexuelle, transgenre, queer, en questionnement, intersexe ou asexuelle |
| MEQ | ministère de l'Éducation du Québec |
| MIFI | ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration |
| MSSS | ministère de la Santé et des Services sociaux |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | organisation non gouvernementale |
| RPCE | personnes réfugiées prises en charge par l'État |
| RSSS | Réseau de la santé et des services sociaux |
| TSPT | trouble de stress post-traumatique |

GLOSSAIRE

Bien-être

Le *bien-être* est un sentiment général de satisfaction des besoins et d'épanouissement. Il touche tous les aspects de la vie. Il implique de bien se sentir et de bien fonctionner dans son environnement (Mental Health Foundation, 2013 : 3). Le bien-être passe, entre autres, par un rapport sain à soi et aux autres, par des connexions sociales positives, un sentiment de gratitude envers des personnes ou des circonstances, l'espoir, la confiance, des opportunités d'apprentissage, une vie active et l'habilité à participer au monde selon les valeurs que l'on porte et les objectifs que l'on se donne (Mental Health Foundation, 2013; Prevention Institute, 2017). Il est fonction d'un ensemble de facteurs individuels, familiaux, communautaires et sociétaux (OMS, 2021a : 10).

Communauté ethnoculturelle minoritaire et/ou racisée

Une *communauté ethnoculturelle minoritaire* est une communauté minoritaire (par rapport à une majorité dans une société) dont les membres partagent certaines caractéristiques comme la langue, la religion, les ancêtres ou l'origine géographique. Ces personnes peuvent être nées au Québec ou avoir immigré. Elles peuvent être « racisées » ou non, c'est-à-dire qu'elles peuvent faire l'objet de constructions sociales des différences basées sur leurs caractéristiques physiques (P. S. Li, 2003). Bien qu'elles puissent être définies comme appartenant à des communautés ethnoculturelles minoritaires au Québec, les personnes autochtones ne sont pas incluses dans ce projet¹.

¹ Des efforts spécifiques existent déjà pour la prévention du suicide chez les peuples autochtones. Ces derniers présentent des particularités qui les distinguent des autres groupes populationnels au Québec (haute incidence du suicide, traumatismes historiques, colonisation, communautés éloignées, etc.).

Le phénotype renvoie à « l'expression visible des gènes » (« Phénotype », s. d.).

**Communauté ou
personne racisée**

Une *communauté racisée* est formée de personnes qui appartiennent, « ...de manière réelle ou supposée, à un des groupes ayant subi un processus de racisation. La racisation est un processus politique, social et mental d'altérisation », qui consiste à attribuer des caractéristiques sociales souvent négatives (paresse, infériorité intellectuelle, criminalité, violence, etc.) sur la base de différences phénotypiques (Pierre, 2016 : 16; P. S. Li, 2003). Il importe d'évoquer la distinction entre « communauté racisée » et « minorités visibles ». Utilisé par le gouvernement fédéral canadien et le gouvernement québécois, le terme « minorités visibles », habituellement réservé à des fins statistiques et administratives (M. Labelle et al., 2007; Ma, 2022), désigne « ... les personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche » (Gouvernement du Québec, 2023). Pour mettre l'accent sur l'aspect socialement construit, nous préférons ainsi la notion de « communauté ou personne racisée » qui met en évidence le processus social de différenciation, mais le terme « minorité visible » est parfois utilisé dans la littérature canadienne rapportée.

Détection, dépistage, estimation et évaluation du risque suicidaire

- ▶ La *détection* de comportements suicidaires implique l'identification d'indices ou de signes précurseurs de la détresse suicidaire.
- ▶ Le *dépistage* réfère à la vérification de la présence d'idées suicidaires. Il requiert une action proactive de la part de l'intervenant-e, c'est-à-dire de poser une question à la personne.
- ▶ Le terme *repérage* est parfois utilisé pour faire référence à la détection (AQIISM, s.d.) et englobe parfois le dépistage et la détection (CISSSME, 2021). C'est ce dernier usage qui est employé ici.
- ▶ L'*estimation* consiste à « employer un outil, une mesure, une grille ou un instrument pour caractériser, décrire ou qualifier le niveau de suicidalité d'une personne jugée à risque de suicide » (CRISE, 2022). L'estimation sert notamment à prédire la probabilité qu'une personne fasse un passage à l'acte suicidaire dans un temps rapproché.
- ▶ Enfin, l'*évaluation* renvoie à l'exploration des situations individuelles afin d'évaluer le niveau de risque. Cet acte complexe requiert une relation de confiance et un jugement clinique qui peut être appuyé ou non par un outil d'évaluation du risque suicidaire (ICSP, 2021; Lebel et al., 2018).

Déterminant de la santé

Une pluralité de conditions affecte la santé des individus et des communautés. Ces facteurs interagissent et se déploient sur différentes échelles. Le milieu de vie, l'état de l'environnement dans lequel on évolue, la génétique, le revenu, l'âge, le niveau d'éducation et les relations avec les proches, la famille et la communauté ont un impact important sur la santé. Beaucoup de ces facteurs sont hors du contrôle des individus. La promotion de la santé vise à agir sur les déterminants modifiables de la santé (OMS, 2021a).

Effet de l'immigrant-e en bonne santé

L'effet de l'immigrant-e en bonne santé (EIBS) relève que les personnes immigrantes récemment arrivées au Canada présentent généralement de meilleurs états de santé que ceux de la population née au Canada, incluant la santé mentale (Ali, 2002; Hansson et al., 2009). Cet effet s'explique de plusieurs façons. Le parcours migratoire foisonne de difficultés (épreuves du parcours, exigence des critères de sélection des pays d'accueil comme le Canada, procédures bureaucratiques), ce qui fait en sorte que les personnes ayant une santé mentale plus faible ont moins de chance d'immigrer. Les personnes nouvellement arrivées sont aussi moins susceptibles de déclarer leurs problèmes de santé (Hansson et al., 2009 : 21).

Facteur de protection

Les *facteurs de protection* prémunissent contre le risque du suicide. Ils diminuent les chances que quelqu'un exposé à plusieurs facteurs de risque commette des actes suicidaires (Soubrier, 2004). L'approche de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se base sur l'idée que des actions directes sur les facteurs de risque, en diminuant l'accès aux moyens létaux pour se suicider, par exemple, doivent s'accompagner d'un renforcement des facteurs de protection. Ces derniers opèrent, toujours selon l'OMS, un « effet tampon » sur les facteurs de risque (OMS, 2014 : 44). Grâce à eux, les personnes en situation de vulnérabilité peuvent ne pas présenter de risque suicidaire. Il importe donc de miser sur ces derniers pour prévenir le suicide.

La littérature se focalise généralement plus sur les facteurs de risque que sur les facteurs de protection. Le présent rapport tente d'équilibrer cette relation. Il importe aussi de noter que l'opposition entre facteurs de risque et de protection n'est pas nette. Ce qui peut agir comme un facteur de protection pour un sous-groupe peut constituer un facteur de risque pour un autre. La religiosité, qui peut à la fois entraver la recherche d'aide et dissuader de s'enlever la vie, est un exemple discuté dans ce rapport (Gearing et Alonzo, 2018). Bien que les termes « déterminants de la santé » et du suicide rendent bien compte de cette variabilité, les termes « facteurs de risque » et « facteurs de protection » sont tout de même choisis dans ce rapport pour refléter la littérature consultée.

Facteur de risque

Le suicide, les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont les conséquences d'une pluralité de facteurs de risque pour la santé physique et mentale. Ces facteurs de risque augmentent la probabilité de commettre une tentative de suicide. Si certaines expériences sont plus déterminantes que d'autres (p. ex. une tentative de suicide antécédente), c'est souvent la confluence des facteurs qui entraîne un comportement suicidaire (OMS, 2014 : 30). Les facteurs de risque discutés dans cette revue concernent majoritairement des facteurs interpersonnels, communautaires et sociétaux comme l'isolement, la stigmatisation des enjeux de santé mentale et l'accès aux soins.

Personne en demande d'asile

Une *personne en demande d'asile* est celle qui se présente à la frontière du pays auquel elle a adressé la demande, dans ce cas le Canada, et est en attente du verdict qui lui confèrera ou non le statut de personne réfugiée au pays. Au Québec, la réponse à cette demande prend environ deux ans.

Personne immigrante

Une *personne immigrante* désigne une personne qui s'est établie de façon permanente dans un autre pays (Conseil canadien pour les réfugiés, 2010). Les personnes dont les parents et les grands-parents ont immigré sont parfois incluses dans cette catégorie dans la littérature scientifique, elles sont dites de « deuxième » ou de « troisième » génération. Toutefois, il est possible que ces personnes ne s'identifient pas à la catégorie de « personnes immigrantes ». Il arrive également que les personnes appartenant à une communauté ethnoculturelle minoritaire et/ou les personnes racisées soient considérées comme des personnes immigrantes malgré le fait que certain·e·s de leurs ancêtres se soient établi·e·s au Québec depuis plusieurs générations. Bien qu'il existe des recoupements entre ces catégories, il importe de souligner ces distinctions afin de ne pas occulter des réalités parfois très différentes.

Personne réfugiée

Une *personne réfugiée*, au sens de la Convention de Genève (1951), est celle dont la situation correspond au statut de réfugié tel qu'énoncé dans ce document. Les personnes réfugiées au Canada ont été recommandées par le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) ou par un État étranger, ou bien ont obtenu une réponse positive à une demande d'asile déposée directement dans le pays d'accueil.

Prévention

La *prévention* du suicide consiste à « définir des facteurs de protection, à promouvoir la santé mentale et le bien-être et à réduire les facteurs de risque qui pourraient mener au suicide. » (PHAC, 2016 : 17). Elle désigne tout ce qui, de près ou de loin, peut réduire le risque qu'un individu décède par suicide. En réduisant les facteurs de risque, en renforçant les facteurs de protection et en faisant la promotion de la santé mentale autant sur le plan individuel que collectif et sociétal, on œuvre à la prévention du suicide. La prévention du suicide est souvent divisée en trois types de stratégies. Les stratégies universelles s'adressent à l'ensemble d'une population, la prévention spécifique s'adresse à des groupes et communautés avec des besoins et des caractéristiques de vulnérabilités spécifiques et la prévention sélective cible les personnes cumulant des facteurs de vulnérabilité ou vivant des manifestations suicidaires (MSSS, 2022 : 22). Étant donné la complexité de la problématique, l'OMS insiste sur l'importance de mettre en place des approches préventives multisectorielles qui incluent non seulement le secteur de la santé, mais ceux de l'immigration, de l'éducation, des services sociaux, du droit, et autres (OMS, 2014 : 9).

Santé mentale

L'OMS définit la *santé mentale* comme : « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2022 : 2). La santé mentale ne signifie donc pas l'absence de psychopathologie, mais un état d'équilibre psychique résultant de divers facteurs biologiques, psychologiques et contextuels. Elle n'est donc pas comprise de façon binaire (être en santé ou non), mais comme existant sur un continuum allant d'un état optimal de bien-être à des états de grande souffrance. La santé mentale a une valeur intrinsèque et instrumentale, c'est-à-dire qu'elle a une valeur en elle-même et sous-tend la capacité à prendre des décisions, établir des relations et agir dans le monde. Elle est nécessaire au développement individuel et collectif et constitue un droit humain fondamental. Ayant de multiples déterminants, se déployant sur un continuum complexe et étant conçue comme un droit humain, elle est l'affaire de toutes et tous. La promotion de la santé mentale vise à améliorer les conditions qui affectent la santé mentale. Cette promotion et le bien-être qui en découle contribuent à la prévention du suicide (MSSS, 2022 : 25).

Suicide

Le suicide et l'ensemble des phénomènes qui y sont liés ont été définis de diverses façons à travers les époques et les cultures. Voici les définitions utilisées dans ce rapport :

- ▶ Dans le cadre de ce rapport, le suicide est défini comme « un acte entraînant la mort, initié et mené par un individu jusqu'à la fin de l'action, avec la connaissance d'un résultat potentiellement fatal, et dans lequel l'intention peut être ambiguë ou peu claire, peut impliquer le risque de mourir, ou peut ne pas impliquer l'intention explicite dwe mourir » (Leo et al., 2021, notre traduction).
- ▶ Une tentative de suicide, quant à elle, est un « acte par lequel un individu se fait du mal, avec l'intention de mourir, et survit » (Leo et al., 2021, notre traduction).
- ▶ Enfin, les idéations suicidaires consistent à « penser au suicide avec ou sans intention suicidaire, à espérer mourir en mettant fin à sa vie ou à déclarer une intention suicidaire sans avoir de comportement suicidaire » (Leo et al., 2021, notre traduction). Ces idées peuvent être plus ou moins intenses ou récurrentes et se formuler de différentes façons.

Ces termes peuvent faire l'objet de regroupement ou de distinctions variées. La notion de suicidalité est parfois utilisée pour se référer à la propension au suicide. Dans le cadre de ce rapport, le terme comportements suicidaires est utilisé pour faire référence à l'éventail des comportements (tentatives, préparations) et des idéations liées au suicide.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

En 2022, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Gouvernement du Québec a confié à l'Institut universitaire SHERPA (IU SHERPA) et au Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) le mandat de réaliser des outils à l'intention des intervenant·e·s et professionnel·le·s œuvrant auprès des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, des personnes réfugiées et des personnes en demande d'asile afin de guider leur pratique en prévention du suicide. Ce rapport présente une revue de la littérature sur le suicide chez ces groupes, ainsi que les résultats de consultations auprès des acteur·trice·s du système de santé et services sociaux et du secteur communautaire au Québec.

Le rapport explore les façons dont la culture et les parcours migratoires influencent divers phénomènes liés au suicide, notamment les stratégies de recherche d'aide, les conceptions et l'acceptabilité du suicide, ainsi que la stigmatisation des enjeux de santé mentale et du suicide. Il est pertinent de tenir compte de ces influences pour adapter les interventions et les stratégies de prévention.

La revue de la littérature a permis de dégager des déterminants du suicide qui caractérisent les besoins et réalités spécifiques des groupes populationnels ciblés dans ce rapport. Ils sont ici classés en facteurs de risque et facteurs de protection :



Facteurs de risque

- ▶ Santé mentale, consommation de substances et traumatismes;
- ▶ Discrimination;
- ▶ Intégration et stress d'acculturation;
- ▶ Rôles traditionnels et conflits familiaux;
- ▶ Isolement;
- ▶ Facteurs socioéconomiques et déqualification professionnelle;
- ▶ Statut légal en contexte de migration.



Facteurs de protection

- ▶ Raisons de vivre, stratégies d'adaptation et résilience;
- ▶ Sentiment d'appartenance;
- ▶ Soutien social;
- ▶ Relations familiales harmonieuses;
- ▶ École comme milieu d'intégration et d'apprentissage;
- ▶ Participation à la société d'accueil;
- ▶ Religion et spiritualité.

La revue de la littérature est enrichie par une consultation réalisée au cours de l'automne 2023 auprès d'intervenante·s professionnelle·s du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire du Québec. Lors de ce processus, les personnes ayant participé à un sondage auto-administré et celles ayant pris part à des groupes de discussion ont identifié les **six enjeux principaux** qui reviennent souvent lors des interventions auprès des sous-groupes populationnels cible :

- ▶ stigmatisation de la santé mentale;
- ▶ méfiance envers les services et difficulté à établir un lien de confiance;
- ▶ différentes manières d'exprimer la détresse;
- ▶ absence de réseau social;
- ▶ démarches d'immigration et précarité du statut (les professionnel·le·s ne se sentent pas en mesure d'agir sur cette source importante de stress);
- ▶ barrières linguistiques qui limitent, notamment, le référencement vers certaines organisations.

De plus, quatre enjeux liés à l'offre de services et deux à l'organisation des services ont été soulevés.

Basé sur l'ensemble de ces constats, ce rapport identifie **neuf lignes directrices** en matière de prévention du suicide auprès des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, des personnes réfugiées et des personnes en demande d'asile, à savoir :

1. mieux connaître le phénomène;
2. créer des environnements sécuritaires;
3. améliorer l'accès aux soins adaptés;
4. favoriser la participation à la société québécoise;
5. miser sur les forces de la communauté;
6. sensibiliser aux enjeux de santé mentale et du suicide;
7. favoriser les stratégies d'adaptions et de résolution de problèmes;
8. aider à guérir;
9. repérer et soutenir.

Quatre recommandations se dégagent également de cette réflexion :

1. renforcer les connaissances des professionnel·le·s impliqué·e·s dans la prévention du suicide sur les réalités des membres des groupes populationnels ciblés dans ce rapport;
2. développer les compétences de ces professionnel·le·s pour aborder le sujet du suicide avec les membres de ces groupes;
3. favoriser le soutien des professionnel·le·s dans le repérage, l'estimation et l'évaluation du risque des personnes appartenant à ces groupes;
4. Renforcer les compétences culturelles et structurelles des professionnel·le·s.

INTRODUCTION

Le suicide figure parmi les 20 premières causes de décès dans le monde. Plus de 700 000 personnes décèdent annuellement par suicide, et davantage encore le côtoient par des idéations et des tentatives (OMS, 2014). Selon le dernier rapport sur le suicide de l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ), 1102 personnes se sont enlevé la vie au Québec en 2022, ce qui équivaut à 12,7 suicides par 100 000 personnes (Lévesque et Perron, 2024). Le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et est le plus élevé chez les personnes de 50 à 64 ans. On constate aussi que les adolescentes (15-19 ans) et les jeunes adultes (20-34 ans) font davantage appel aux services d'urgence pour les tentatives et idées suicidaires. Au Québec comme ailleurs, les taux de comportements suicidaires et de suicide varient selon l'âge, le genre, l'orientation sexuelle et les groupes ethnoculturels. De même, l'expression des idéations suicidaires, ainsi que les ressources consultées varient aussi en fonction de variables sociodémographiques (Blanchard et Poirier-Veilleux, 2019).

Pourtant, peu de données existent sur le suicide, la prévalence des tentatives et idéations suicidaires et l'utilisation des services en cas de détresse suicidaire chez les sous-groupes populationnels concernés dans le cadre de cette étude, c'est-à-dire a) les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées ainsi que b) les personnes réfugiées ou en demande d'asile au Canada. De plus, outre des données montréalaises, l'information spécifique à ces sous-groupes est difficile à trouver dans la littérature portant sur le Québec (Blanchard et Poirier-Veilleux, 2019). Cette même littérature illustre que les membres de ces sous-groupes populationnels sont exposé·e·s à divers facteurs de risque liés au processus de migration et/ou à l'intégration et rencontrent d'importantes barrières dans l'accès aux soins, des contextes qui peuvent occasionner ou aggraver la souffrance psychologique (MHCC, 2019; Ratkowska et De Leo, 2013)¹.

1 Le parcours migratoire, le racisme et la situation socioculturelle minoritaire exposent à des facteurs de risque, mais peuvent également apporter des facteurs de protection spécifiques qu'il importe de prendre en compte dans une perspective de prévention (Chu et al., 2010; Forte et al., 2018; Ratkowska & De Leo, 2013; Sundvall et al., 2015; Van Zyl, Regmi et al., 2022; Vijayakumar, 2016). De plus, ces facteurs de risque, ainsi que certaines spécificités culturelles relatives à la santé mentale, les valeurs et croyances relatives au suicide, l'expression de la détresse et la recherche d'aide ont un impact sur l'efficacité des stratégies de prévention (Chu et al., 2010; Goldston et al., 2008; Kirmayer, 2022).

Au Québec, les stratégies de prévention du suicide ont favorisé la réduction des taux de suicide observée depuis le début des années 2000 (INSPQ, 2023). Avec le temps, l'éventail de stratégies s'élargit et les preuves quant à leur efficacité s'accumulent. Par ailleurs, les deux premiers principes transversaux présentés dans la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – *Rallumer l'espoir* du Gouvernement du Québec (MSSS, 2022) soutiennent l'importance de la prise en compte des inégalités sociales de santé, et plus précisément, le renforcement des politiques pour les réduire, ainsi que la prise en compte des besoins et des réalités des groupes spécifiques. À noter, la promotion de la santé mentale constitue le premier axe de la stratégie.

Or, cette stratégie ne se décline pas en actions spécifiques destinées aux communautés ethno-culturelles minoritaires et/ou racisées, aux personnes réfugiées ou en demande d'asile. L'Institut universitaire SHERPA au regard des communautés ethnoculturelles (IU SHERPA) et le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont proposé de mettre en œuvre des stratégies de prévention du suicide culturellement adaptées auprès de ces groupes cibles.

OBJECTIFS DU RAPPORT

Ce rapport constitue un premier pas dans le processus de développement d'outils de soutien pour les intervenant-e-s du réseau de santé et des services sociaux (RSSS) et du milieu communautaire. Il présente une revue de la littérature sur le phénomène du suicide chez les sous-groupes, enrichie par des réflexions en provenance de consultations auprès des professionnel-le-s de ces deux milieux. Plus concrètement, ce rapport vise quatre objectifs :

1. Recenser les écrits portant sur le suicide, la prévalence des comportements suicidaires, les facteurs de risque et de protection chez les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, et les personnes réfugiées ou en demande d'asile.
2. Situer les principales conclusions de la revue de la littérature dans les contextes canadien et québécois.
3. Identifier les défis de l'intervention et recueillir les perceptions des professionnel-le-s du RSSS et du secteur communautaire québécois quant à la prévention du suicide et la promotion de la santé mentale chez les sous-groupes .
4. Présenter des recommandations pour faciliter la mise en œuvre de stratégies de prévention adaptées aux sous-groupes, le tout pour alimenter une « trousse d'outils » qui sera développée dans le cadre du projet, en accord avec les mandats reçus de la part du MSSS.

STRUCTURE DU RAPPORT

Ce rapport se divise en huit chapitres. Le premier présente les considérations méthodologiques qui guident la revue de la littérature et des consultations (celles-ci ont eu lieu au cours du deuxième semestre de 2023). Le deuxième présente les données disponibles concernant les comportements suicidaires chez les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, et les personnes réfugiées ou en demande d'asile dans les pays à revenu élevé, dont le Canada. Le troisième chapitre rappelle les principes de base du modèle écologique mis de l'avant, entre autres, par l'OMS, pour conceptualiser les niveaux dans lesquels s'articulent les facteurs de risque et de protection. Le quatrième se penche sur les variations culturelles en matière de normes et valeurs associées au suicide, de modalités d'expression de la détresse et de recherche d'aide. Le cinquième porte sur les facteurs de risque chez les sous-groupes et le sixième sur les facteurs de protection liés à la migration et à la situation sociale minoritaire. Le septième chapitre présente les principaux défis des professionnel·le·s rapportés dans les consultations et les lignes directrices issues de la littérature. Finalement, à la lumière des résultats de la revue de la littérature et des consultations, des recommandations sont formulées dans le huitième chapitre.

1. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

1.1 REVUE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature combine des éléments d'une revue narrative et d'une étude de la portée (*scoping review*). La recherche s'est articulée autour des questions suivantes : Quelle est la prévalence du suicide, des tentatives de suicide et des idéations suicidaires, chez les trois sous-groupes et selon des caractéristiques telles que la nationalité, le genre, le groupe d'âge ou l'appartenance à un groupe ethnique spécifique?; b) Quels sont les facteurs de risque et de protection chez les sous-groupes?; et c) Quels sont les modes de prévention étudiés dans la littérature et utilisés auprès des sous-groupes?

Pour répondre à ces questions, une recension de la littérature scientifique a d'abord été réalisée. Étant donné le peu de données et de recherches sur le sujet ayant été réalisées au Québec et au Canada, la littérature consultée porte sur des contextes semblables au contexte québécois, c'est-à-dire des pays à revenu élevé. Concernant la littérature scientifique, des chapitres d'ouvrages, des études primaires, des revues de portée et systématiques, des méta-analyses, et des articles aux méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes ont été examinés. Concernant la littérature grise, des rapports d'organisations gouvernementales et non gouvernementales (ONG) nationales et internationales ont été consultés. De même, des trousseaux de premiers soins, des sites internet, des présentations, du matériel de formation et des conférences, entre autres, ont été étudiés. Les bases de données bibliographiques PubMed, EBSCOHost, JSTOR et Cairn ont été explorées à l'aide d'équations de recherches élaborées à partir de deux catégories de mots-clés séparées de l'opérateur booléen « ET » / « AND ». La première catégorie, liée au suicide, comportait le terme « suicid* ». La deuxième portait sur les sous-groupes et incluait des termes ratisant la diversité des « étiquettes » liées aux sous-groupes séparés par le booléen « OU » / « OR » : « minor* », « ethn* », « race », « raci* », « immgr* », « migr* », « asile », « asylum », « displaced », « déplacé », « réfug* », « refug », « cultur* », et « divers* ». La recherche a été lancée en limitant le champ au titre et à l'abrégé des articles. Un total de 6233 sources sont sorties de ces requêtes dans les quatre bases de données. 159 articles scientifiques

ont été sélectionnés et distribués entre les membres de l'équipe pour lecture. Pour être sélectionnés et inclus dans l'étude, les documents devaient satisfaire les critères suivants :

1.1.1 Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude les documents qui a) portaient sur les comportements suicidaires chez les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou les personnes réfugiées ou en demande d'asile dans des pays à revenu élevé, b) fournissaient des informations pertinentes au regard des objectifs de l'étude et c) étaient écrits en français ou en anglais.

1.1.2 Critères d'exclusion

Ont été exclus les documents qui traitent spécifiquement des populations autochtones.

Cette première recherche a généré beaucoup de résultats, la plupart faisant partie d'études quantitatives en psychologie réalisées aux États-Unis et/ou publiées dans des revues de ce pays, couvrant diverses dimensions reliées à l'enjeu du suicide. Autrement dit, peu d'études sur le sujet du suicide chez les sous-groupes étaient d'origine canadienne ou portaient sur le suicide au Canada. Trois filtres ont été appliqués pour raffiner les résultats. Le premier a permis de supprimer les doublons et de rejeter les sources qui s'écartaient manifestement des thématiques du projet à la lecture du titre ou de l'abrégé¹. Un nombre de 860 articles a été repéré. Le deuxième filtre, basé sur les dates de publication, a permis de restreindre le nombre d'articles sans amputer la latitude des thématiques explorées. Les quelques sources en français ont été automatiquement incluses. Le nombre de revues systématiques ou méta-analyses a été limité à quinze articles. Le nombre de sources américaines a été limité aux deux tiers des articles choisis. Enfin, le troisième filtre a permis de sélectionner des sources selon les différents sous-groupes du projet (membres de communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, personnes immigrantes, réfugiées, en demande d'asile) et d'autres caractéristiques sociodémographiques (pays, nationalité, afro-américain-e, asiatique, latino, homme, femme, personne âgée, jeune, enfant, etc.).

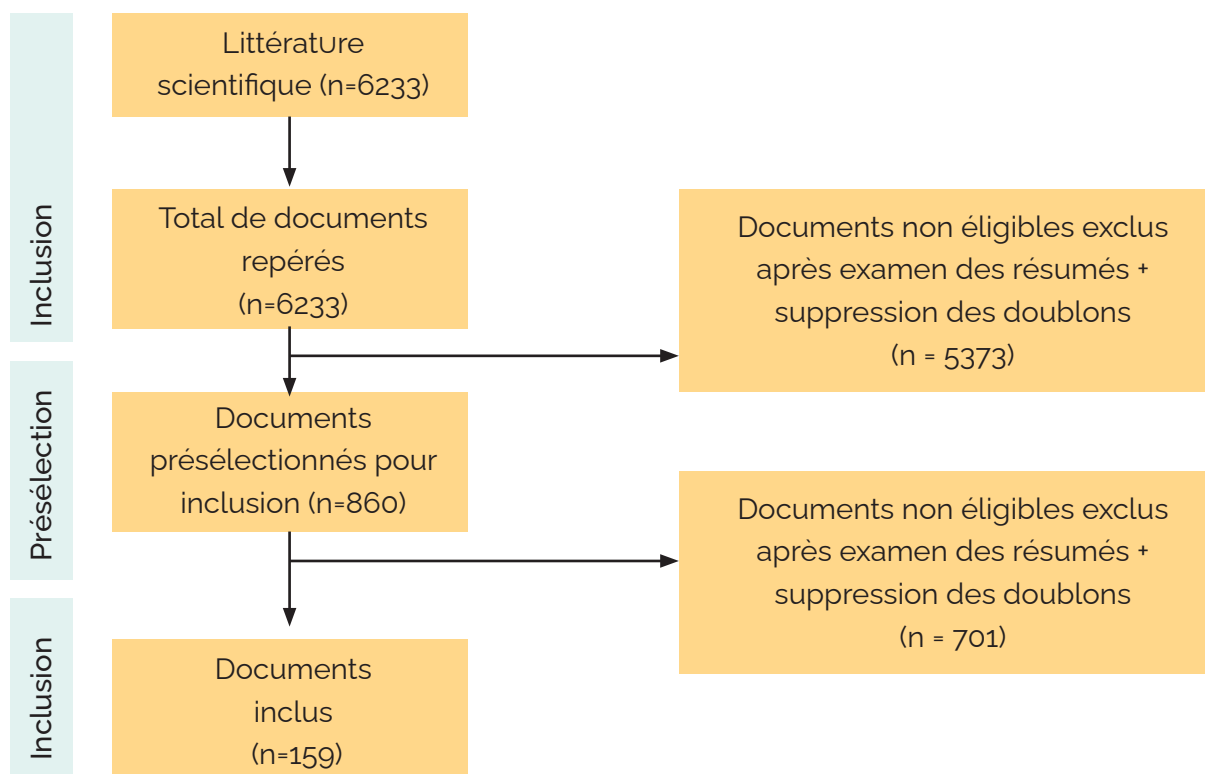
Afin de mieux situer les concepts dans la littérature, trouver des données et contextualiser les enjeux repérés, les références des articles ont été épluchées pour repérer d'autres articles pertinents. Les études rapportées dans ce rapport ne se limitent donc pas à ces 159 articles initialement repérés.

En ce qui concerne la littérature grise, puisque peu de ressources concernent le suicide chez les sous-groupes, des critères de sélection peu restrictifs ont été appliqués. Nous avons cherché à repérer toutes les ressources existantes en anglais et en français concernant la prévention du suicide chez les membres des sous-groupes. Toutefois, la littérature sur la prévention du suicide chez les personnes déplacées en dehors des pays d'établissement à revenu élevé a été exclue puisque ces situations diffèrent du contexte québécois. Les ressources repérées sont principalement américaines et australiennes.

1 Par exemple : histoire de l'art, littérature, neurobiologie.

À l'aide d'une grille d'analyse et de fiches de lecture structurées en cinq thématiques (suicide; facteurs de risque et de protection; communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées; migration; prévention/santé publique), une synthèse de chaque article scientifique retenu a été réalisée. Ces fiches ont permis de classer les articles en fonction des sous-groupes cibles, des catégories sociodémographiques plus fines et des facteurs de risque et de protection étudiés, ainsi que de présenter les résultats spécifiques de chaque étude. Les facteurs de risque et de protection les plus étudiés ont émergé et ont été rangés en catégories qui forment la base de cette revue.

Figure 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion de la revue de la littérature



1.2 CONSULTATIONS

Au cours de l'été et de l'automne de 2023, l'équipe a effectué des consultations auprès des intervenant·e·s du RSSS et du milieu communautaire afin de dresser un état des lieux des réalités du terrain par rapport à la prévention du suicide auprès des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et des personnes réfugiées ou en demande d'asile au Québec. Cet exercice a permis de poser les bases pour lancer le processus de développement d'outils de la trousse. Ces consultations se sont déroulées en deux phases. Premièrement, un questionnaire électronique (voir annexe 1) a été rendu disponible aux intervenant·e·s sur la plateforme LimeSurvey du 24 août au 10 octobre 2023. Constitué de 22 questions distribuées en trois sections, le questionnaire a été révisé et validé par le Comité consultatif du projet.

Deuxièmement, trois groupes de discussion ont été réalisés en novembre 2023 (voir annexe 2).

1.2.1 Phase 1 des consultations : le sondage

L'objectif de cette première phase était de repérer les pratiques en place au Québec et de sonder les besoins du terrain. Les sections du sondage abordaient : les informations sociodémographiques et professionnelles des personnes participantes (section 1), leurs perceptions des services offerts aux populations ciblées (section 2) et les pratiques et les besoins de soutien (section 3). Les données du sondage ont été colligées dans un document de codification regroupant les données quantitatives et qualitatives.

1.2.2 Phase 2 des consultations : les groupes de discussion

La deuxième phase des consultations visait à approfondir les thématiques qui sont ressorties du sondage et à explorer davantage les enjeux rencontrés par les professionnel·le·s dans leur pratique lors de trois groupes de discussion. Le recrutement a été effectué à partir d'un bassin de candidatures constitué lors du sondage (si elles le désiraient, les personnes participantes pouvaient s'identifier pour être contactées et participer aux groupes de discussion). Au total, 243 personnes ont indiqué qu'elles souhaitaient participer à la deuxième phase des consultations. Ainsi, 39 personnes travaillant dans le RSSS et 31 personnes dans le milieu communautaire ont été contactées. Ces personnes ont été sélectionnées selon les critères suivants :

- ▶ L'équipe a privilégié la mobilisation de personnes issues de la diversité ethnoculturelle, car il a été considéré que des avis en provenance de personnes détenant une double expérience – comme des professionnel·le·s, mais aussi comme membres des communautés ethnoculturelles minoritaires – pouvaient favoriser un regard critique et novateur concernant les services offerts en matière de prévention du suicide;
- ▶ L'équipe a sélectionné des personnes provenant de différentes régions administratives du Québec.

Les groupes de discussion ont été transcrits. Le résultat de ce travail a été révisé par deux personnes de l'équipe du projet présentes à chaque groupe de discussion. L'équipe a par la suite procédé au codage des transcriptions à l'aide du logiciel ATLAS.ti. Les extraits identifiés ont été regroupés selon les catégories suivantes : les défis, les pratiques existantes et les idées prometteuses. Ils ont été ensuite déclinés selon des thèmes plus précis.

2. LE SUICIDE, LES TENTATIVES ET LES IDÉATIONS SUICIDAIRES CHEZ LES SOUS-GROUPES

Ce chapitre présente les résultats de la revue de la littérature concernant les comportements suicidaires chez les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, des personnes réfugiées ou en demande d'asile. Les analyses existantes mettent en lumière des arguments et des résultats divers, parfois contradictoires, ceci en raison d'au moins deux facteurs liés aux définitions centrales des concepts. D'une part, plusieurs sources amalgament les populations étudiées. En d'autres termes, les groupes ethnoculturels, les personnes immigrantes, les personnes réfugiées et/ou les personnes en demande d'asile sont parfois regroupés en totalité ou en partie dans une seule catégorie analytique (voir, par exemple, Bowden et al., 2020; Forte et al., 2018; Troya et al., 2022), ce qui dissimule les différences pouvant exister entre les sous-groupes. Or, les données, notamment sur des études portant sur d'autres pays, sont parfois contextualisées et désagrégées, ce qui permet de les rapporter. D'autre part, une bonne proportion des études réfèrent à la catégorie des « immigrants ». Or, comme indiqué dans le glossaire, le concept de « communauté ethnoculturelle minoritaire et/ou racisée » utilisée dans ce rapport peut inclure, mais ne se limite pas, aux personnes immigrantes. En conséquence, il importe de souligner que les résultats ne sont pas toujours comparables entre les études et transposables d'une population à une autre. Au Canada, les données repérées sont majoritairement liées au statut migratoire.

Afin de pouvoir avancer clairement à travers cette analyse, ce chapitre est construit en deux sections. D'abord, on s'attarde aux études portant sur les « personnes immigrantes, réfugiées ou en demande d'asile » aux niveaux international et canadien. Les données canadiennes présentent les données en distinguant les « suicides » et les « idéations suicidaires et les tentatives de suicide ». Ensuite, le chapitre se penche, toujours en faisant une différence entre les études réalisées à l'international et au Canada, sur les « membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et les personnes racisées ». Le peu de données disponibles pour ce sous-groupe au Canada concerne les tentatives et idéations suicidaires.

2.1 PERSONNES IMMIGRANTES, RÉFUGIÉES OU EN DEMANDE D'ASILE

2.1.1 Littérature internationale

■ Personnes immigrantes

La littérature scientifique portant sur l'enjeu du suicide chez les personnes immigrantes rapporte des phénomènes inconstants. En effet, les taux¹ de suicide varient d'un pays, d'une région, d'un groupe ethnoculturel à l'autre et selon des variables sociodémographiques. Les taux de suicide chez les personnes immigrantes correspondent souvent, mais pas systématiquement, à ceux des pays d'origine (Forte et al., 2018 : 10; Malenfant, 2004; Ratkowska et De Leo, 2013). Une revue systématique basée majoritairement sur des études dans les pays à revenu élevé² a conclu que certains groupes de personnes migrantes et certaines « minorités ethniques » présentent des taux supérieurs de suicide, d'idéations et de tentatives de suicide par rapport à la société d'origine et/ou la société d'accueil (Forte et al., 2018).

Une étude populationnelle européenne (n = 27 048) a montré que 27 sur 56 des groupes de personnes immigrantes (selon le pays d'origine) étudiés à travers l'Europe montraient des taux de tentatives de suicide supérieurs à ceux de la population du pays d'accueil (Lipsicas et al., 2012). Seulement quatre groupes présentaient des taux de tentatives considérablement inférieurs à ceux de la population du pays d'accueil. Les personnes immigrantes chiliennes, turques, marocaines et iraniennes présentaient des taux élevés de tentatives de suicide malgré les taux bas de suicides dans les pays d'origine respectifs.

Il importe aussi de désagréger en fonction du genre et de l'âge. Des données sur les jeunes femmes sud-asiatiques en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas montrent des taux respectivement trois et quatre fois plus élevés de tentatives de suicide que chez les jeunes femmes blanches (dans l'étude britannique) ou nées aux Pays-Bas. Une étude aux Pays-Bas a trouvé des taux de tentatives de suicide considérablement plus élevés chez les jeunes femmes d'origines turques et surinamiennes en comparaison à leurs homologues néerlandaises (Burger et al., 2009). Ces taux très élevés chez ces sous-groupes démographiques pointent vers des expériences spécifiques. Par exemple, les conflits familiaux liés aux rôles traditionnels alors que les jeunes femmes démarrent la vie adulte sont considérés comme des facteurs de risque (Aichberger et al., 2015; Ratkowska et De Leo, 2013; D. van Bergen et al., 2021; D. D. van Bergen et al., 2012).

On remarque aussi des différences entre les taux de tentatives de suicide entre les personnes immigrantes et leurs enfants et petits-enfants. Une étude européenne comparant la préva-

1 Les termes « prévalence », « incidence » et « taux » ne désignent pas la même chose. Les taux de suicide s'expriment généralement par un nombre d'occurrences par 100 000 personnes par année (aussi dit par « personnes-année »). C'est ce terme qui sera utilisé lorsqu'il sera question du suicide complété seulement. L'incidence renvoie au nombre de nouveaux cas observés au cours d'une période donnée. La prévalence renvoie au nombre de personnes ayant une certaine condition à un temps donné. La prévalence concerne les cas existants tandis que l'incidence se rapporte aux nouveaux cas.

2 Les résultats de 45 articles sont rapportés dans cette revue. Les régions ou pays couverts sont : les États-Unis (16 études), le Royaume-Uni (8), l'Australie (6), Israël (3), la Chine (2), la Suède (2), l'Autriche (1), l'Allemagne (1), les Pays-Bas (1), l'Estonie (1), Singapour (1), l'Europe (1), la Russie (1) et le Canada (1).

lence de tentatives passées de suicide chez les étudiant·e·s avec ou sans bagage migratoire (n = 11 057) montre que les prévalences de tentatives de suicide chez les adolescent·e·s immigrant·e·s non européen·ne·s (9 %) et les personnes nées de parents immigrants non européens (7,1 %) sont plus élevées que pour les adolescent·e·s né·e·s de parents immigrants européens (3,1 %) et les non-immigrant·e·s (3,1 %) (McMahon et al., 2017). Autre exemple, une étude montre que les personnes latinos aux États-Unis (n = 3135) dont les parents ou les grands-parents sont des personnes immigrantes sont respectivement 2,87 et 3,57 fois plus à risque de faire une tentative de suicide que les personnes immigrantes dites de première génération (Peña et al., 2008)³.

■ Personnes réfugiées

Les données sur le comportement suicidaire chez les personnes réfugiées doivent aussi être interprétées avec précaution. Une méta-analyse réalisée en 2022 à l'échelle internationale, sans distinction de sous-groupe, constate des taux d'idéations, de tentatives et de comportements suicidaires (calculés ensemble) cinq fois supérieurs pour les personnes réfugiées en comparaison aux personnes immigrantes (S. Amiri, 2022). En bref, les personnes immigrantes avec un statut de réfugié seraient plus à risque de développer des comportements suicidaires que les personnes immigrantes en général. Ce choix méthodologique d'amalgamer les sous-groupes et les différents enjeux liés au suicide a été critiqué dans la littérature puisqu'il informe peu sur les taux de suicide (Haase et al., 2022 : 2). Haase et al. (2022) se sont intéressé·e·s à la prévalence des tentatives de suicide et des idéations suicidaires chez les personnes réfugiées à l'échelle internationale et ont noté une prévalence de 20,5 % d'idéations suicidaires. Parmi les études portant sur les personnes réfugiées établies dans les pays à revenu élevé, les données sur la prévalence des idéations suicidaires, des tentatives de suicide et du suicide chez les personnes réfugiées varient selon les pays et les sous-groupes (Amin et al., 2021; S. Amiri, 2022; Haase et al., 2022; Hagaman et al., 2016; Hess et al., 2022; Hollander et al., 2020; Jin et al., 2021a; Leiler et al., 2021; Nesterko et al., 2022; Norredam et al., 2013; Saunders et al., 2019)⁴.

Une autre revue systématique portant sur le risque de suicide chez les personnes réfugiées, publiée également en 2022, permet de constater que la majorité (4/5) des études statistiques ayant des échantillons représentatifs et portant sur les personnes réfugiées dans les pays à revenu élevé signalent un risque inférieur de suicide comparé à celui de l'ensemble de la population (Cogo et al., 2022). Les personnes responsables de la recherche spécifient toutefois

3 Il importe d'insister que les personnes dont les parents ou grands-parents ont immigré sont souvent désignées comme des personnes immigrantes de deuxième ou troisième génération dans la littérature. Cela peut ne pas refléter leur propre identification. De même, les personnes racisées ou appartenant à des communautés ethnoculturelles minoritaires sont parfois considérées comme des personnes immigrantes. Encore une fois, cette assignation peut être erronée et réductrice. Voir le glossaire.

4 Certaines généralisations constatées dans la littérature enjoignent à la prudence. Haroz et al. (2020 : 38), par exemple, déclarent que la plupart des études sur les personnes réfugiées établies dans les pays à revenu élevé rapportent une plus grande prévalence de comportements suicidaires par rapport à la population générale. Toutefois, les études portant sur la thématique du suicide citées pour corroborer cette assertion concernent majoritairement un sous-groupe précis, les réfugié·e·s bhoutanais·e·s aux États-Unis. Le fait que la majorité des études citées rapportent un taux supérieur en dit plus sur l'état des connaissances que sur le phénomène lui-même. Suite à notre revue, nous constatons que le phénomène est sous-étudié et qu'on ne peut en tirer de conclusion d'ensemble sur les taux de suicide chez les personnes réfugiées.

que les études consultées sur les taux de suicide sont peu nombreuses, concentrées dans quelques pays et méthodologiquement trop diversifiées pour pouvoir en arriver à des conclusions fermes (Cogo et al., 2022 : 22). Cette même revue rapporte des prévalences d'idéations allant de 0,24 à 35 % chez les personnes réfugiées selon les études (Cogo et al., 2022 : 18).

Les taux de suicide des personnes réfugiées semblent, en effet, être inférieurs à ceux de la population générale en Suède et au Danemark. Une étude longitudinale menée en Suède a repéré un taux de tentatives de suicide et de suicide chez les personnes réfugiées inférieur à celui de la population générale (Amin et al., 2021). Selon cette étude, les réfugié-e-s iranien-ne-s en Suède constitueraient le sous-groupe le plus susceptible de faire des tentatives de suicide. Une autre étude suédoise montre une relation semblable entre les taux de suicide des personnes réfugiées et ceux de la population générale, mais constate également une convergence des taux de suicide des personnes migrantes (personnes réfugiées et non réfugiées) avec ceux de la population générale après plus de vingt ans passés dans le pays d'accueil (Hollander et al., 2020). Les études suédoises expliquent le taux inférieur de suicide des personnes réfugiées récemment arrivées par « l'effet de l'immigrant-e en bonne santé » (EIBS) (Amin et al., 2021; Stratmann et al., 2022) (voir le glossaire). Il importe de noter que les taux de suicide en Suède sont très élevés comparés à ceux des pays d'origine des personnes réfugiées, ce qui explique en partie ces résultats (Leiler et al., 2021). Une étude longitudinale danoise constate un taux de suicide des hommes réfugiés inférieur aux hommes de la population générale, mais à peu près équivalent pour les femmes réfugiées (Norredam et al., 2013).

Des données plus désagrégées permettent de repérer des besoins particuliers. En contraste avec les données recueillies à l'échelle nationale (Suède, Danemark), un lot d'études américaines aux méthodologies variées porte sur les vulnérabilités propres au sous-groupe des réfugié-e-s bhoutanais-e-s (Brown et al., 2019; Hagaman et al., 2016; Hess et al., 2022). En 2012, le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) américain a émis un communiqué rapportant la situation critique d'un taux de suicide deux fois supérieur à la moyenne nationale chez ce sous-groupe et appelle, entre autres recommandations, à étudier le phénomène (Hagaman et al., 2016). Porter l'attention à un groupe précis permet de mettre en lumière des facteurs de risque associés au suicide spécifiques et contextuels chez un sous-groupe donné. En mettant ainsi en lien l'expérience péri- et post-migratoire avec le taux élevé de comportements suicidaires chez ce sous-groupe de réfugié-e-s aux États-Unis (Hess et al., 2022; Meyerhoff et al., 2021), on constate, entre autres, une fragmentation sociale des communautés après l'arrivée et des façons particulières d'exprimer la détresse qui ont fait en sorte que les idéations suicidaires ne peuvent être détectées de la même façon que pour la population générale ou d'autres sous-groupes (Brown et al., 2019; Meyerhoff et Rohan, 2020).

■ *Personnes en demande d'asile*

Peu d'études portent spécifiquement sur le suicide chez les personnes en demande d'asile (Leiler et al., 2021 : 216). Parmi les études existantes, ce sous-groupe est rarement traité de façon isolée, mais plutôt étudié avec les personnes réfugiées, et ce, parfois sans distinction dans

les résultats exposés (eg. Aran et al., 2023). La plupart des études dans les pays à revenu élevé sur les personnes en demande d'asile récoltent des données dans les centres de détention ou d'accueil (D. K. Amiri et al., 2021; Kalt et al., 2013; Leiler et al., 2021). La collecte de données sur les personnes déplacées ou en demande d'asile est rendue difficile par le mouvement géographique (S. S. Y. Li et al., 2016 : 4) ainsi que par la possible déconnexion des systèmes de santé et légaux des personnes réfugiées ou en demande d'asile dans plusieurs pays d'accueil. Il faut aussi signaler que les craintes des effets de la divulgation d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide sur le statut légal peuvent faire en sorte que les personnes en demande d'asile dissimulent ces expériences (D. K. Amiri et al., 2021 : 9). Autrement dit, les taux sur les comportements suicidaires peuvent être sous-rapportés dans ce sous-groupe populationnel.

Parmi les études portant sur les personnes en demande d'asile dans des pays à revenu élevé, on repère, comme pour les personnes réfugiées, une variabilité dans les chiffres de prévalence du suicide et des comportements si on compare avec la population générale (Amin et al., 2021; D. K. Amiri et al., 2021; Goosen et al., 2011; Leiler et al., 2021). Les quelques études sur ce sous-groupe montrent généralement que les hommes en demande d'asile ont un niveau plus élevé de suicide en comparaison aux hommes dans la population générale (Goosen et al., 2011; Kalt et al., 2013). En ce qui concerne les tentatives de suicide, une étude au Danemark repère un taux de tentatives chez les personnes en demande d'asile huit fois supérieur à celui de la population générale (Amiri et al., 2021)⁵ alors que les taux de suicide sont semblables à ceux de la population générale. En d'autres termes, les personnes en demande d'asile sont plus à risque de faire une tentative de suicide, même si les morts dues à de tels comportements sont semblables à l'ensemble de la population du Danemark. En outre, une revue systématique au niveau international rapporte une fourchette de prévalences d'idées suicidaires allant de 0,17 % à 70,6 % chez les personnes en demande d'asile (Cogo et al., 2022 : 18). Malgré les limites de la littérature, il semble que les personnes en demande d'asile forment un groupe à risque de comportements suicidaires.

2.1.2 Littérature canadienne

■ *Personnes immigrantes*

Suicide

Au Canada, deux publications sur des données nationales datant de 2004 et 2022 (Malenfant, 2004; Yang et al., 2022) arrivent à la conclusion que les personnes immigrantes, dans l'ensemble, ont des taux de suicide inférieurs à la population générale. De 2006 à 2016, le taux de suicide chez les personnes immigrantes était de 7 décès par 100 000 personnes-année, ce qui était deux fois inférieur à celui de la population née au Canada, soit 14 décès par 100 000 personnes-année (Yang et al., 2022).

5 Étant donné le contact régulier avec des professionnelles ou gardes, les comportements et idéations suicidaires peuvent être mieux détectés dans ces lieux qu'ailleurs (Amiri et al., 2021). Malgré cette précaution dans l'interprétation des données, la littérature souligne que les conditions d'accueil et de détention des personnes en demande d'asile sont des facteurs de stress importants liés au suicide.

Les taux de suicide des personnes immigrantes correspondent davantage à ceux de leur pays d'origine que ceux de la population générale du Canada (Malenfant, 2004)⁶. La distinction des taux de suicide selon le pays d'origine montre que les personnes immigrantes de l'Europe de l'Ouest ont les taux les plus semblables à ceux de la population née au Canada alors que celles de l'Asie et de l'Afrique présentent des taux plus bas. Les taux varient aussi selon les âges et le sexe. Selon des données de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2006 (suivi des données relatives aux décès sur 10 ans), les personnes de 65 ans et plus immigrantes et celles nées au Canada avaient des taux similaires de suicide, soit respectivement 10 et 11,6 par 100 000 personnes-année (Yang et al., 2022). Bien que les hommes présentent un taux de suicide plus élevé chez les deux groupes, la différence entre les hommes et les femmes est moins marquée chez les personnes nées à l'extérieur du pays que chez les personnes nées au Canada (Malenfant, 2004; Yang et al., 2022).

Tableau 1 : Taux de mortalité par suicide par 100 000 personnes-année, Canada, 2006-2016

| Groupe d'âge | Population immigrante | Population née au Canada |
|----------------|-----------------------|--------------------------|
| 15 à 24 | 7,3 | 10,9 |
| 25 à 39 | 5,4 | 12 |
| 40 à 64 | 8,1 | 17,3 |
| 65 ans et plus | 10 | 11,6 |

Source : Yang et al. (2022)

Enfin, une étude ontarienne basée sur des données de 2003 à 2017 a constaté un taux de suicide de 3,3 par 100 000 personnes-année chez les personnes immigrantes arrivées récemment (entre 2003 et 2012) et un taux de 11,8 par 100 000 personnes-année pour les résident-e-s de longue date (n'excluant pas les personnes immigrantes) (Saunders et al., 2019).

Idéations et tentatives

Au niveau canadien, on observe que les personnes ayant récemment immigré (neuf ans et moins) rapportent moins d'idéations suicidaires que les personnes nées au Canada, mais

⁶ Malenfant avance que cela confirme « l'hypothèse culturelle » qui expliquerait cette concordance. Une combinaison de facteurs sociaux, culturels et génétiques entrent en jeu (PHAC, 2016; Ratkowska & De Leo, 2013). Les données sont peut-être aussi partiellement expliquées par un sous-rapportage des morts par suicide chez certains groupes (PHAC, 2016 : 22).

qu'après dix ans passés au pays, les taux rapportés convergent avec ceux des personnes nées au Canada (Elamoshy et Feng, 2018). Cette convergence a été attribuée à l'EIBS. Selon cette étude, les femmes immigrantes ne bénéficient pas de cet effet. Yang et al. (2022) avancent que cette augmentation des taux de comportements suicidaires peut être attribuée à une exposition à des facteurs du contexte post-migratoire comme l'isolement, la discrimination et le chômage.

D'autres études avancent des observations plus spécifiques selon des groupes ethnoculturels minoritaires ou des régions. Basée sur les réponses à un questionnaire (*suicide probability scale*), par exemple, une étude québécoise de 2004 montre que les personnes d'origine chinoise étudiant dans des universités québécoises dont les deux parents sont nés en Chine présentent un risque de suicide plus élevé que les étudiant·e·s non chinois·e·s. Toutefois, ces mêmes personnes déclarent moins d'idéations suicidaires. Cette différence entre la mesure et l'autodéclaration pourrait être expliquée par les réticences à partager les idéations suicidaires (Aubert et al., 2004).

Au niveau régional, des données couvrant l'Île de Montréal partagées par la Direction de la santé publique de Montréal permettent d'éclairer partiellement le phénomène au Québec (Blanchard et Poirier-Veilleux, 2019). Deux indicateurs sociodémographiques sont partiellement liés aux sous-groupes ici étudiés : le lieu de naissance (au Canada ou non) et la langue parlée à la maison. Concernant les tentatives de suicide, 1,7 % des personnes nées ailleurs qu'au Canada ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie contre 4,9 % de celles nées au Canada⁷. Concernant les idéations suicidaires, 4,8 % des personnes nées ailleurs qu'au Canada ont déclaré avoir déjà sérieusement songé au suicide au cours de leur vie contre 11,6 % de celles nées au Canada. La même enquête n'a pas offert de différenciation selon l'origine en ce qui concerne les tentatives de suicide mesurées par les raisons de l'hospitalisation⁸. Sachant qu'une majorité de personnes issues de l'immigration au Québec est établie dans la région de Montréal⁹, ces données offrent une certaine perspective sur le phénomène au Québec. Toutefois, des données différenciées par communauté d'appartenance, âge, sexe, région administrative et même réseaux locaux de santé manquent pour préciser ce tableau et identifier les territoires et groupes plus touchés par la problématique.

■ *Personnes réfugiées ou en demande d'asile*

Dans l'étude ontarienne citée plus haut, les personnes réfugiées récentes (moins de dix ans)

7 Les données sont issues de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP, 2014-2015), réalisée par l'INSPQ. Au total, 4 622 Montréalais·e·s âgé·e·s de 15 ans et plus ont participé à cette étude (Blanchard & Poirier-Veilleux, 2019 : 22). Le coefficient de variation pour le chiffre de 1,7 % étant très élevé (entre 15 et 25 %), ces données doivent être interprétées avec précaution.

8 Bien que les données issues des registres d'hospitalisation (MED-ECHO au Québec) aient des limites considérables (Blanchard & Poirier-Veilleux, 2019 : 20), elles auraient permis de comparer avec les tentatives autodéclarées. L'autodéclaration des tentatives de suicide est affectée par de nombreux biais, notamment selon l'acceptabilité sociale et culturelle du suicide, qui varie considérablement.

9 Au moment du recensement canadien de 2016, la population immigrée au Québec était de 1 091 305 personnes (MIFI, 2021) dont 644 680 (59,1 %) résidaient dans la région de Montréal (MIFI, 2016).

ont un taux de suicide inférieur à celui de la population générale, mais près de deux fois supérieur à celui de la population immigrante non réfugiée (Saunders et al., 2019). Une étude québécoise de 1999 (n = 203) montre que les réfugiées adolescentes présentent des taux de tentatives de suicide plus élevés (5,7 %) que les garçons réfugiés (1 %) (Tousignant et al., 1999). À notre connaissance, les études et rapports existants ne permettent pas de savoir quel est le taux de suicide, d'idéations et de tentatives de suicide chez les personnes réfugiées ou en demande d'asile au Québec.

2.2 MEMBRES DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES MINORITAIRES ET PERSONNES RACISÉES

2.2.1 Littérature internationale

La littérature scientifique portant sur l'enjeu du suicide chez les communautés ethnoculturelles minoritaires rapporte des phénomènes inconstants. Il n'est pas surprenant de constater que les taux varient d'un pays, d'une région, d'un groupe ethnoculturel à l'autre et selon des variables sociodémographiques. Une méta-analyse (Troya et al., 2022) rassemblant des études de différents pays au niveau international calcule un taux de suicide de 12,1 par 100 000 personnes-année chez les minorités ethnoculturelles¹⁰, mais avec une fourchette allant de 1,2 à 139,7 par 100 000 personnes-année et une hétérogénéité « très substantielle » (2022 : 1) des études. Les façons de classifier les « minorités ethniques » expliquent en partie cette hétérogénéité. Certaines études se basent sur l'ethnicité autodéclarée, d'autres sur les origines des parents. Certaines études prennent en compte les communautés autochtones, d'autres non. Certaines, notamment américaines, distinguent selon des catégories ethnoraciales (p. ex. latino), ce qui gomme l'hétérogénéité interne de ces groupes. Face à des résultats très hétéroclites, les auteur-trice-s concluent en appelant la recherche et les gouvernements à ne pas agréger les données sur les minorités ethniques (2022 : 19).

À titre d'exemple, une étude britannique a montré un plus haut taux de suicide chez les hommes noirs africains et caribéens de 13 à 24 ans un an après avoir été en contact avec les services de santé mentale du pays que leurs homologues sud-asiatiques et blancs (Bhui et McKenzie, 2008). Les auteurs pointent vers des résultats semblables aux États-Unis et avancent que, malgré les différences de contextes culturels et historiques, les personnes noires au Royaume-Uni partagent avec les personnes afro-américaines des expériences d'exclusion et de sous-emploi, ainsi que des interactions semblables avec les services de santé moins adaptés à leurs besoins. Autre exemple, les adolescentes latinos de 14 à 17 ans présentent le plus haut taux de tentatives de suicide rapportées (21 %) parmi l'ensemble des groupes ethnoraciaux états-uniens (Walker et al., 2014 : 209). Les défis d'adaptation à la société américaine, surtout pour celles nées à l'étranger, sont mentionnés comme facteur explicatif.

¹⁰ Dans cette étude, la catégorie « minorité ethnoculturelle » englobait les personnes autochtones et les personnes migrantes. Ce genre d'agrégation est critiqué par les auteur-trice-s.

2.2.2 Littérature canadienne

Les études scientifiques portant spécifiquement sur l'enjeu du suicide chez les minorités ethnoculturelles au Canada sont peu nombreuses et leurs conclusions peu généralisables. Elles sont peu désagrégées ou ont des échantillons limités. Étant donné la diversité des résultats, une revue de la littérature sur la santé mentale et le suicide chez les personnes immigrantes, réfugiées et appartenant à des communautés ethnoculturelles et/ou racisées au Canada conclut qu'il faut interpréter le taux inférieur de suicide chez ces sous-groupes avec précaution puisque ceux-ci changent, notamment selon l'âge dans un même groupe ethnoculturel (Hansson et al., 2012). Aucune donnée sur les décès par suicide selon l'ethnicité n'a été repérée au Canada, ce qui s'explique par l'absence de telles données dans les dossiers des coroners au Québec et ailleurs au Canada (Mishara, 2018 : 321).

■ *Idéations et tentatives*

Une étude canadienne portant sur des données de 2000-2001 montre que les « minorités visibles » rapportent un taux de suicidalité (idéations ou tentatives non fatales) dans la dernière année inférieur (1,5 %) à ceux des personnes blanches francophones (2,9 %) et anglophones (2,3 %) (Clarke et al., 2008). Les trois principaux groupes ethniques distingués parmi les « minorités visibles » sont les personnes noires, sud-asiatiques et asiatiques, mais les taux de comportements suicidaires désagrégés ne sont pas rapportés. Les personnes asiatiques (chinoises, coréennes, japonaises, philippines, etc.) présentent des taux inférieurs de sentiment d'appartenance à la communauté, ce qui les rend plus vulnérables au suicide que les autres groupes. Les auteur-trice-s spécifient que la stigmatisation du suicide chez les personnes comprises dans la catégorie « minorités visibles » peut faire en sorte que cet enjeu soit moins autorapporté.

Une étude canadienne réalisée avec des données de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Ontario montre que les personnes immigrantes racisées habitant en région rurale présentaient des taux d'idéations suicidaires de 2,1 % comparativement à des taux de 1,2 % chez les personnes immigrantes racisées habitant en ville (Pan et Carpiano, 2013). En région rurale, chaque augmentation de la densité de personnes immigrantes de 10 % était associée à une diminution des taux d'idéations suicidaires de 67 %. Cette association s'applique seulement aux régions rurales (et pas en milieu urbain). Les auteurs avancent l'hypothèse que le racisme est plus prononcé dans les zones rurales et que les densités ethniques et de personnes migrantes s'érigent en facteur de protection important puisqu'elles ont été montrées comme protégeant des effets de la discrimination raciale (2013 : 40).

Les études primaires canadiennes repérées portent généralement sur les personnes immigrantes (Aubert et al., 2004; Donnelly et al., 2011; Greenfield et al., 2006; Han et al., 2013; Kennedy et al., 2005). Le peu d'études canadiennes portant sur des groupes ethnoculturels précis sans se restreindre aux personnes immigrantes sont qualitatives et ont des échantillons très limités (Bowden et al., 2020; Donnelly et al., 2011; Hansson et al., 2012; Zaheer et al., 2018).

2.3 RÉSUMÉ

Il existe une grande hétérogénéité dans la littérature quant aux méthodologies, aux phénomènes observés et à la définition des sous-groupes. Le fait d'être né-e à l'extérieur d'un pays est une variable plus souvent étudiée que le groupe ethnoculturel, ce qui peut s'expliquer par l'objectivité et l'accessibilité de cette donnée. La focalisation sur cette variable, entre autres enjeux méthodologiques, peut engendrer des amalgames réducteurs entre personnes immigrantes, réfugiées, racisées ou appartenant à un groupe ethnoculturel minoritaire et limiter les distinctions opérées dans la littérature. Étant donné la grande diversité des groupes désignés par des notions comme « personnes immigrantes », « membres de communautés ethnoculturelles minoritaires » ou « réfugié-e-s », on observe des phénomènes hétérogènes en ce qui concerne le suicide et les comportements suicidaires. Il apparaît toutefois que l'immigration volontaire ou forcée et l'appartenance à une communauté minoritaire et/ou racisée apportent des facteurs de risque spécifiques faisant en sorte que certains groupes (adolescent-e-s, jeunes femmes, enfants réfugié-e-s, personnes immigrantes ou réfugiées de certaines régions du monde, personnes en demande d'asile, personnes racisées, etc.) puissent montrer des taux préoccupants de suicide et/ou de comportements suicidaires.

Les données canadiennes sur le suicide et les comportements suicidaires sont limitées étant donné qu'elles portent principalement sur les personnes immigrantes et observent rarement la variable pourtant importante de la durée depuis l'arrivée au pays (Malenfant, 2004; Yang et al., 2022). Là où les données sont disponibles, on observe une dissipation de l'EIBS après vingt ans passés dans le pays d'accueil pour le suicide (Hollander et al., 2020). Au Canada, Elamoshy et Feng (2018) constatent une dissipation de l'EIBS après dix ans pour les idéations et tentatives suicidaires. Les données sur les personnes réfugiées sont limitées (Saunders et al., 2019), mais préoccupantes là où plus de données existent. Aucune donnée sur les personnes en demande d'asile n'a été repérée au pays.

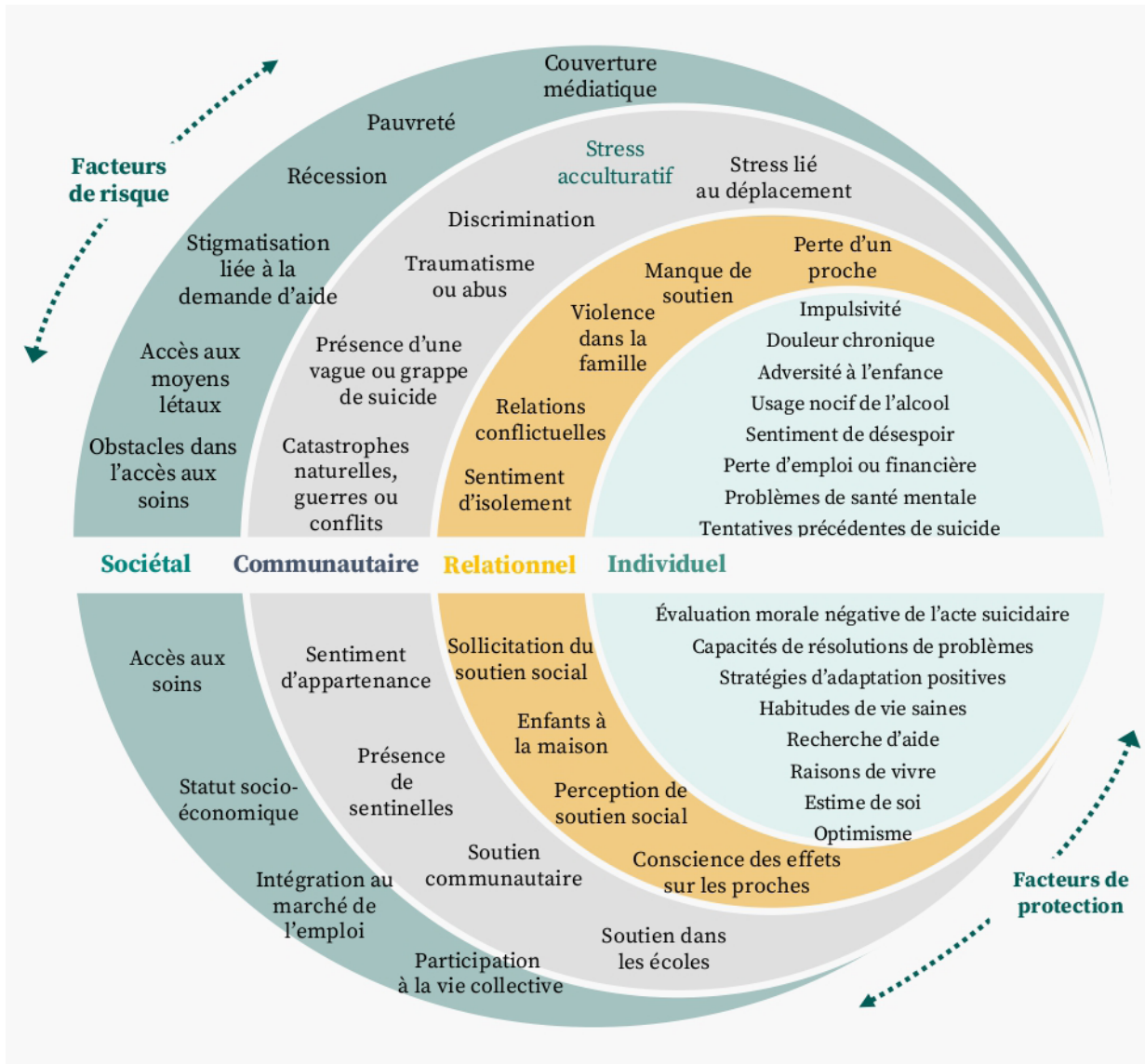
En ce qui concerne les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires, aucune donnée sur les morts par suicide n'a été repérée au Canada, ce qui s'explique par les procédures des bureaux de coroner qui ne colligent pas les données sur l'ethnicité. Les données sur les idéations et tentatives sont limitées et il est probable que le phénomène soit sous-rapporté en raison de la stigmatisation des enjeux de santé mentale et du suicide ainsi que les craintes liées au statut chez certains sous-groupes (Aubert et al., 2004; Clarke et al., 2008; PHAC, 2016).

3. MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE

La littérature fait état de différents modèles explicatifs des facteurs de risque et de protection qui permettent une meilleure compréhension de leur influence sur les comportements suicidaires. Parmi les approches proposées, le modèle socio-écologique de la santé publique (Cramer et Kapusta, 2017) suggère, à l'instar d'autres modèles (CDC, OMS)¹, de classer les facteurs de risque et de protection en quatre niveaux, allant du plan individuel au plan sociétal. La [Figure 2, page 22](#) présente une déclinaison de ces facteurs chez les sous-groupes concernés dans ce rapport et sert d'assise pour introduire le chapitre.

1 Il existe un grand nombre de théories et de modèles de prévention du suicide qui ne seront pas décrits dans ce présent rapport. Pour deux brèves descriptions des théories individuelles et interpersonnelles du suicide en contraste avec les approches écosociales ou multiniveaux, voir Cramer et Kapusta (2017) et Kirmayer (2022). Les termes ecosocial, socioecological (ou socio-ecological) et ecological se réfèrent aux approches pour comprendre la santé humaine et, ici, le suicide. Elles sont utilisées pour se référer à des modèles semblables dans la littérature. Pour un contenu plus élaboré des points communs et origines de plusieurs des approches multiniveaux se référant à « l'écologie » de la santé, voir le texte de Krieger (2011). Les termes « micro », « mezzo » et « macro » sont parfois utilisés pour décrire ces niveaux.

Figure 2 : Modèle socio-écologique



► **Niveau individuel** : regroupe les caractéristiques individuelles et l'histoire de l'individu ayant une influence sur les comportements suicidaires, tels que les tentatives précédentes de suicide, les antécédents familiaux de suicide, la douleur chronique, le sentiment de désespoir, la perte d'emploi ou financière, l'usage nocif de l'alcool, les problèmes de santé mentale, etc. D'autres approches axées sur le développement de l'individu mettent aussi l'accent sur des prédispositions génétiques, l'adversité durant l'enfance, les traits de personnalité acquis et l'impulsivité (Lebel et al., 2018; Turecki et Brent, 2016). En ce qui concerne les facteurs de protection, l'OMS identifie, au niveau individuel, des habitudes de vie saines, l'optimisme et des stratégies d'adaptation positives, l'estime de soi, les capacités de résolution de problèmes et de recherche d'aide (OMS, 2014). On peut ajouter les raisons de vivre et un sens fort de l'identité personnelle, sexuelle et culturelle et les évaluations morales négatives du suicide (CDC, 2023; Hovey et Magaña, 2003; Kleiman et Liu, 2013; PHAC, 2016).

► **Niveau relationnel** : adresse les questions liées aux relations de l'individu avec sa famille, ses proches, ses collègues, ses connaissances, etc. En matière de facteurs de risque, on trouve ici le sentiment d'isolement et le manque de soutien, les relations conflictuelles, la mésentente ou la perte d'un proche, la violence dans la famille, etc. (Cramer et Kapusta, 2017; OMS, 2014). Sur le plan des facteurs de protection, la perception et la sollicitation du soutien interpersonnel, le fait d'avoir des enfants ou tout autre être cher à sa charge, ainsi que la conscience de l'effet que le suicide peut avoir sur les proches sont des facteurs de protection.

► **Niveau communautaire** : fait référence au contexte dans lequel les relations opèrent. Les caractéristiques des milieux tels que l'école, le travail, les quartiers, les organisations et les lieux de culte façonnent les relations de l'individu et son risque suicidaire. Les facteurs de risque liés à la communauté incluent le stress lié à l'acculturation et au déplacement, la discrimination, la présence d'une vague ou grappe de suicide, le traumatisme ou l'abus, et les catastrophes naturelles, guerres ou conflits (OMS, 2014). Le sentiment d'appartenance et le soutien dans des milieux comme l'école et la communauté, le travail, les lieux de culture ou la vie associative, ainsi que la présence d'adultes bienveillant·e·s pour les jeunes, de personnes sentinelles dans les différents milieux et de centres de crise ou de lignes d'écoute constituent des facteurs de protection.

► **Niveau sociétal** : réfère au contexte social, organisationnel et culturel dans lequel l'individu se développe. À ce niveau se retrouve la culture de la société majoritaire qui est aussi celle du système de santé et des stratégies de préventions du suicide. Les facteurs de risque sociétaux incluent l'accès aux moyens létaux, comme les armes à feu et les pesticides, la couverture médiatique et la stigmatisation liée à la demande d'aide. Les obstacles dans l'accès aux soins se retrouvent aussi à ce niveau (OMS, 2014). Au niveau sociétal, l'intégration à l'emploi, le statut socio-économique, l'accès à des soins et la participation à la vie collective constituent des facteurs de protection, et ce, dans toutes les sociétés (Goldsmith et al., 2002b).

3.1 COMMENT APPROCHER LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION CHEZ LES SOUS-GROUPES?

La plupart des facteurs de risque et de protection concernent l'ensemble de la population, mais interagiront d'une façon particulière et auront un impact différencié sur une personne selon un ensemble de facteurs individuels, communautaires, culturels et sociétaux. De plus, des facteurs plus spécifiques ou uniques chez certains groupes peuvent agir sur une personne (Chu et al., 2010). La situation sociale minoritaire, la transition et le statut migratoires ainsi que les valeurs, normes et significations socioculturelles liées à la santé mentale et au suicide font en sorte que certains enjeux ressortent plus que d'autres dans la littérature sur le suicide au sein de certains sous-groupes.

Les spécificités de certains facteurs de risque et de protection chez les membres des communautés minoritaires ainsi que les différentes barrières à l'accès aux (ou l'absence de) services adaptés en santé mentale et en prévention du suicide appellent à une prévention qui agit en amont des interventions auprès des personnes identifiées comme à risque, et ce, dans une approche multiniveau incluant les contextes familiaux, communautaires, post-migratoires et sociétaux (Baiden et al., 2022; Bowden et al., 2020; Brown et al., 2019; Chase et Sapkota, 2017; Hynie, 2018; Leong et Leach, 2014; Rousseau et Frounfelker, 2019; Walker et al., 2014)². Les données sur le suicide chez ces populations au Canada et au Québec sont lacunaires, mais la prévention peut s'appuyer sur une connaissance des facteurs de risque et de protection spécifiques à ces groupes.

² Les personnes réfugiées ou en demande d'asile sont des groupes à risque pour qui des mesures sélectives sont recommandées (OMS, 2014), mais les approches en amont sont aussi importantes chez ces groupes. La stratégie québécoise de prévention du suicide suggère de mettre en place des mesures « s'inscrivant le plus en amont possible des situations nécessitant des soins et services » (MSSS, 2022 : 11).

4. LA RECHERCHE D'AIDE ET L'IMPORTANCE DE LA CULTURE

4.1 RECHERCHE D'AIDE ET UTILISATION DE SERVICES

Les stratégies de recherche d'aide des personnes vivant de la détresse sont déterminantes pour l'efficacité des stratégies de prévention du suicide. La question de l'accès et de l'utilisation des services de santé physique ou mentale des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, des personnes réfugiées ou en demande d'asile est complexe. Les façons de chercher de l'aide ou non en cas de détresse sont informées par une pluralité de facteurs individuels, relationnels, familiaux, communautaires, culturels, historiques et sociétaux.

Ils pensent que si on parle de la santé mentale, ils vont les traiter comme des personnes «folles» ou quelque chose comme ça. Donc ils imaginent, c'est classique, un peu comme une personne attachée avec une chemise dans un hôpital, un peu comme ce classique-là, et donc il n'y a pas cette notion dans leur tête d'intégralité de la santé mentale, comme c'est quoi la première ligne en santé mentale? Ils ne connaissent pas vraiment ça, donc c'est vraiment une méconnaissance.

- Travailleur social, groupe de discussion

L'usage des services formels ou informels est affecté par des facteurs aussi divers que les préférences socioculturelles en matière de recherche d'aide, les modèles explicatifs de la maladie, les idiomes de détresse, la stigmatisation des enjeux de santé mentale, la discrimination vécue ou perçue dans les services (Forte et al., 2018; Rudes et Fantuzzi, 2022), la maîtrise de la langue, la disposition ou non à travailler avec des interprètes, la méfiance envers les services formels (Goldston et al., 2008), les institutions en général ou encore certains services en particulier, les craintes quant aux effets sur le statut migratoire (Goldston et al., 2008 : 25), etc. Du côté de l'offre de service, on peut citer l'adaptation culturelle des services (elle-même pouvant

se décliner de diverses manières)¹, la présence, disponibilité et compétence d'interprètes, la répartition géographique ainsi que les efforts pour aller rejoindre certaines populations ou réduire la stigmatisation envers certains groupes (McKenzie, 2019 : 6).

Et les demandeurs d'asile, moi je les mets dans une catégorie à part parce qu'ils sont en attente et souvent, ceux que j'ai rencontrés, ils ne vont pas tout dire. C'est-à-dire, ils pensent qu'on n'a pas de confidentialité ici, même si on explique ça [...] ils ne croient pas à ça et je les comprends qu'ils n'y croient pas. Je viens d'un pays où ça n'existe pas non plus là... C'est-à-dire oui, ça existe, mais ça ne se respecte pas vraiment, donc ils ne vont rien dire.
- Psychologue, groupe de discussion

La perception des institutions est tributaire du parcours de vie et de l'expérience des personnes et des communautés, et façonne la recherche d'aide. Dans plusieurs pays, les services de santé mentale sont associés au traitement des conditions les plus sévères. Ainsi les ressortissant·e·s peuvent hésiter à consulter les services en raison de la stigmatisation qui leur est associée (Kirmayer et al., 2011 : 962). De façon similaire et peut-être corollaire de cette conception du rôle des institutions de santé mentale, les personnes qui pensent que seuls les individus « fous » se suicident peuvent être susceptibles de croire qu'elles seront enfermées si elles dévoilent leurs idées suicidaires (Rogers et Whitehead, 2014 : 265). Autres effets de la perception des institutions, les parents peuvent être réticents à aller chercher de l'aide pour leur enfant par peur d'en perdre la garde (Kirmayer et al., 2011 : 962). La crainte d'un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) a d'ailleurs été évoquée dans le sondage auprès des professionnel·le·s comme un enjeu souvent identifié en relation avec le suicide.

Mais pour moi le problème c'est surtout quand ils sont allophones, qu'ils ne parlent ni français ni anglais. C'est là que c'est compliqué parce que les centres de crise, ils n'ont pas d'interprètes... la personne n'a pas de réseau, pas de proche ici... [Le centre de crise] peut faire des relances ou, tu sais, on est capable de mettre un certain filet de sécurité, mais quand ils ne parlent ni français ni anglais, c'est là qu'on est comme dépourvus puis que n'importe quel référencement pour n'importe quelle problématique est ardu.
- Travailleuse sociale, groupe de discussion

1 Voir Kirmayer et Jarvis (2019) pour une discussion de ces différentes déclinaisons.

La langue, ça rallonge le processus. On a souvent, nous, des gens d'Afrique qui ne parlent pas français, qui ne parlent pas anglais, qui parlent leur langue ou leur dialecte ou leur langue de la communauté, donc ça rallonge encore plus la rencontre et bon, on essaie de traduire en même temps tout ce qu'on peut.

- Psychologue, groupe de discussion

Les contextes et discours hostiles à la migration peuvent renforcer les soupçons qui pèsent sur les personnes réfugiées ou en demande d'asile et entraver l'accès aux soins en influençant l'attitude du personnel dans les milieux de la santé. Cet effet a été constaté au Québec (Chase et al., 2017). La dissimulation de l'information peut aussi être une stratégie acquise durant un parcours migratoire difficile. Dans le processus de la demande d'asile, les témoignages peuvent sceller les destins et les récits sont constamment remis en question. Tout au long du parcours migratoire et dans la société d'accueil, le silence devient une stratégie de survie (Kronick et al., 2021 : 149). La peur que les informations partagées soient utilisées contre les personnes en demande d'asile fait de la confidentialité un enjeu particulièrement important pour elles (N. G. Procter, 2006). Tous ces facteurs peuvent faire en sorte que les soins professionnels en santé mentale soient moins utilisés ou que les personnes tardent à y recourir.

La migration peut affecter les structures sociales et communautaires efficaces au détriment des individus. Une étude comparative au sein des communautés bhoutanaises dans un camp pour personnes réfugiées au Népal et dans une ville au Vermont illustre spécifiquement ce phénomène d'érosion des réseaux sociaux et du soutien communautaire à la suite de la migration. Des réseaux d'aide informelle jouant un rôle important dans la détection et la prise en charge de la détresse avant même que celle-ci ne soit exprimée ont été repérés dans les communautés bhoutanaises avant la migration (Chase et Sapkota, 2017). Après la migration, les membres de la communauté peuvent se trouver individuellement accaparé·e·s par leurs propres processus d'intégration et des conflits intergénérationnels peuvent se développer. Les structures traditionnelles culturellement spécifiques et efficaces s'étiolent alors, l'aide proactive des membres de la communauté est perdue et certains individus sont laissés à eux-mêmes (Chase et Sapkota, 2017).

Les nombreux enjeux liés à l'accès aux soins et la recherche d'aide font en sorte que certains groupes ou personnes se dirigent vers des ressources particulières en cas de détresse. Les personnes immigrantes ou appartenant à des groupes ethnoculturels minoritaires utilisent moins les services professionnels de santé mentale que l'ensemble de la population (Chaze et al., 2015; Hansson et al., 2009; McKenzie, 2019). Des études états-uniennes avancent que les personnes afro-américaines adultes sont plus susceptibles de chercher de l'aide dans les églises pour des enjeux de santé mentale qu'auprès des professionnel·le·s de ce domaine (Goldston et al., 2008 : 19). Les personnes latino-américaines sont susceptibles de consulter les membres de leurs familles ou leurs médecins de famille en cas d'enjeux de santé mentale (Goldston et al., 2008 : 25). Ces deux groupes ethniques minoritaires utilisent considérablement moins les services de santé mentale et rapportent ne pas savoir où aller pour obtenir des traitements

(Bommersbach et al., 2022 : 8). Les auteur·trice·s attribuent ces différences aux normes socio-culturelles d'expression de la détresse (voir section 4.1) et à la discrimination dans les services (Bommersbach et al., 2022 : 1).

Dans la même veine, des données américaines montrent que les jeunes asiatiques de 12 à 17 ans utilisent moins les services de santé mentale que leurs homologues chez tous les autres groupes ethnoraciaux² américains (Yue et Syed, 2022 : 2). Les personnes en demande d'asile, sans statut ou craignant pour leur statut tendent à moins utiliser les services de santé mentale. La peur de la déportation est mentionnée dans plusieurs études auprès des personnes sans papiers et des personnes en demande d'asile comme raison pour ne pas consulter les services professionnels de santé mentale (Goldston et al., 2008 : 25). Selon plusieurs auteur·trice·s, les personnes immigrantes et/ou appartenant à des communautés ethnoculturelles ont moins recours aux services de santé mentale que la population générale au Canada (Chase et al., 2017; Hansson et al., 2009; McKenzie, 2019 : 6).

La recherche d'aide est tributaire du modèle explicatif (explanatory model) de la souffrance (Kleinman, 1981). Le fait de se rendre à l'église, chez un·e généraliste ou encore dans un centre de prévention du suicide pour des enjeux de santé mentale ou de suicide dépend en partie des explications que la personne formule sur les causes de sa souffrance et les moyens adéquats de la diminuer (Heredia Montesinos et al., 2019; Na et al., 2016). Si une personne attribue sa souffrance à une source divine, aller chercher de l'aide spirituelle correspond à cette interprétation.

4.1.1 Usage des services de prévention

Des auteur·trice·s constatent qu'appartenir à un sous-groupe influence l'accès aux services et, par extension, l'efficacité des stratégies de prévention du suicide (Ratkowska et De Leo, 2013 : 130). Une étude américaine montre que les personnes ayant immigré aux États-Unis depuis moins de 15 ans, les personnes afro-américaines et les personnes hispaniques sont plus susceptibles d'appeler le 911 plutôt que les lignes spécialisées si une personne qu'elles connaissent est suicidaire (Larkin et al., 2011). Dans cet échantillon réparti en trois groupes ethnoraciaux égaux, 66 % des personnes ayant recours aux lignes téléphoniques étaient blanches. Autant le statut de personne immigrante que l'appartenance aux groupes ethnoraciaux américains influencent le recours aux lignes téléphoniques de prévention. La situation semble similaire au Canada. Les personnes racisées, immigrantes, appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires et les personnes réfugiées cherchent généralement moins d'aide pour des enjeux de santé mentale et sont plus susceptibles de chercher de l'assistance alors que la situation s'est aggravée, et ce, souvent aux services d'urgence (MHCC, 2019 : 1). Des données montréalaises datant de 2015 concernant l'utilisation des services par les personnes nées hors

² Dans ce rapport, le terme « groupes ethnoraciaux » est uniquement employé pour rendre compte de la terminologie utilisée dans certaines des études citées. En effet, aux États-Unis, la population tend à être catégorisée dans les groupes ethnoraciaux suivants : les personnes blanches; les personnes noires; les personnes asiatiques; les personnes originaires d'Hawaï et des îles du Pacifique; les personnes autochtones ou originaires d'Alaska et les personnes hispaniques/latinos (Richomme, 2008)

du Canada ayant eu des idéations suicidaires dans les 12 derniers mois montrent que seulement 33 % d'entre elles ont eu recours à des services de prévention du suicide contre 58 % des personnes nées au Canada (Blanchard et Poirier-Veilleux, 2019 : 33).

Je travaille beaucoup en centre jeunesse, puis avec les jeunes... les jeunes issus en contexte de diversité ethnoculturelle. Je me rends compte que c'est de plus en plus fréquent, c'est de plus en plus... avant, on ne le voyait jamais ou c'était tabou, mais... même moi, issue de l'immigration, je le vois. J'ai une adolescente qui est au cégep, puis au début, c'était plus - je m'excuse d'utiliser le terme - c'est comme « Oh, le suicide, c'est une histoire de blanc. » Mais ce n'était pas ça.

- Intervenante communautaire, groupe de discussion

Parfois, le suicide ne fait même pas partie des mots utilisés dans leurs langues... Les valeurs sont souvent un élément à tenir compte. Approche interculturelle vient donner plusieurs balises pour l'évaluation du risque suicidaire.

- Gestionnaire, sondage

La recherche d'aide est façonnée par une pluralité de facteurs. Les déterminants individuels, familiaux, communautaires et sociétaux de la recherche d'aide interagissent et évoluent dans le temps. Ils sont donc dynamiques et spécifiques pour chaque sous-groupe. Cette thématique traverse donc la revue de littérature. Les croyances et valeurs associées à la santé mentale et au suicide ainsi que les façons d'exprimer la détresse, qui sont abordées dans la section qui suit, sont des déterminants importants de la recherche d'aide.

4.2 VALEURS ET CROYANCES CULTURELLES RELATIVES À LA SANTÉ MENTALE ET AU SUICIDE

En tant qu'ensemble de normes, valeurs, croyances et façons d'être socialement transmises, la culture agit comme médiateur entre les comportements suicidaires et ses divers déterminants autant développementaux que sociaux (Kirmayer, 2022). Ainsi, les effets de la culture sur les comportements suicidaires sont variables. Les composants de la culture peuvent exacerber certains facteurs de risque ou consolider des facteurs de protection. La culture informe même sur ce qui est défini ou non comme un suicide (Lester, 2014 : 39). Seule une attention aux normes qui organisent la vie et aux significations attribuées par les individus à leurs expériences et souffrances peut éclairer l'influence de la culture sur les comportements suicidaires (Chu et al., 2010; Chu, Robinett, et al., 2019). La culture donne forme aux idiomes de détresse, aux modèles explicatifs des symptômes, aux préférences dans la recherche d'aide, aux attentes quant à l'efficacité des traitements, aux effets des traitements ainsi qu'aux stratégies d'adaptation aux maux et à l'adversité (Chu et al., 2010; Kirmayer, 2022; Kirmayer et Jarvis, 2019). Les normes et valeurs socioculturelles peuvent décourager l'expression de la détresse chez les individus ou

faire en sorte qu'elle soit mal comprise par les professionnel·le·s de la santé. Elles agissent ainsi comme des déterminants importants de la recherche d'aide et de l'efficacité des programmes de prévention du suicide et des interventions en santé mentale.

4.2.1 Conceptions du suicide

À travers les cultures et les époques, il existe une grande diversité de façons de concevoir le suicide. Celles-ci peuvent relever, entre autres, de registres comme les croyances spirituelles, la religion, les idéologies sociopolitiques, les normes sociales, le contexte scientifique ou le droit. Ces ensembles de valeurs, croyances et pratiques sous-tendent les conceptions, les explications et l'acceptabilité du suicide (Chu et al., 2010). Elles peuvent prendre la forme d'objections morales au suicide et ainsi servir de facteur de protection (voir section 6.1). Il importe de clarifier que les significations attribuées au suicide, tout comme les conceptions et attitudes relatives à la santé mentale, varient dans le temps, d'un contexte culturel et d'un individu à l'autre³. Elles peuvent prendre des formes explicites comme dans le cas des interdits religieux ou de la loi. Elles peuvent aussi continuer d'agir de façon plus informelle à travers des valeurs et des visions du monde, parfois comme des survivances d'interdits formels. À titre d'exemple, l'interprétation chrétienne du suicide comme un péché fut longtemps prégnante en Amérique du Nord⁴. Bien que la position de certains mouvements chrétiens ait changé sur ce point, ces vues négatives perdurent⁵ sous diverses formes dans les sociétés où l'acte a été décriminalisé et continuent d'avoir un impact sur la prévention du suicide, notamment via l'identification des personnes à risque (Goldsmith et al., 2002a : 25). Le suicide fut décriminalisé en 1972 au Canada (Kellner, 2022) et demeure criminalisé dans plusieurs pays. Ceci signifie que les personnes immigrantes au Québec peuvent venir de pays où les tentatives de suicide sont encore sujettes à l'ouverture de dossiers judiciaires, à l'emprisonnement ou à du harcèlement de la part des forces de l'ordre⁶. Leurs conceptions et les attitudes relatives au suicide peuvent alors être dépositaires de cet interdit.

On sait depuis plus de deux siècles qu'en raison de la stigmatisation entourant l'enjeu du suicide, les familles peuvent être portées à dissimuler l'acte de suicide ou les comportements suicidaires d'un·e proche (De Leo, 2015). Le fait que maintes religions considèrent le suicide comme un acte « mauvais » peut nuire à la détection des événements et du risque suicidaires (Goldsmith et al., 2002a : 25). Les attitudes et croyances culturelles par rapport au suicide

3 Conformément aux recommandations de l'IU SHERPA quant à l'approche interculturelle (Bereza et al., 2011), une énumération des façons de concevoir, prohiber ou sanctionner le suicide est évitée. Les exemples sur les différentes façons de concevoir la mort et le suicide servent à illustrer les propos et ne sont pas mauvais à méditer. Toutefois, ces façons de concevoir ne doivent pas être assignées à une personne en fonction de son appartenance présumée ou avérée à un groupe. Les référents culturels et les conceptions du monde sont pluriels, hétérogènes et dynamiques.

4 Cette prohibition fut elle-même établie comme mesure pour diminuer les taux de suicide au début de notre ère (Goldsmith et al., 2002a : 23). Ce genre de constat permet de montrer que les motivations religieuses, légales et médicales peuvent s'entremêler.

5 Un sondage réalisé au début des années 1990 montrait que 44 % des Américain·e·s consulté·e·s étaient alors opposé·e·s au suicide dans n'importe quelle circonstance (Goldsmith et al., 2002a : 333). Une étude australienne a montré que 30 à 40 % des répondant·e·s considéraient le suicide comme un acte égoïste ou une façon d'attirer l'attention.

6 C'est le cas, par exemple, du Nigéria, du Sri Lanka et de l'Inde. La nature et l'application de ces lois varient énormément (Mishara & Weisstub, 2016). Comme le montre l'exemple de l'Inde, les effets perdurent même après des changements dans la loi. <https://thewire.in/health/how-india-continues-to-punish-those-who-attempt-suicide>

peuvent aussi amener à croire que le suicide n'existe pas dans la communauté. Cette croyance a été relevée dans des communautés afro-américaines aux États-Unis (Walker et al., 2014 : 213). Ces effets de sous-rapport, de sous-détection, voire de déni des enjeux liés au suicide ont un effet sur les capacités de prévention du suicide. Ce phénomène pourrait être encore plus déterminant pour les communautés ethnoculturelles minoritaires (Rockett et al., 2010), les personnes racisées et les personnes au statut migratoire précaire (Amin et al., 2021). Sachant que les personnes réfugiées ou en demande d'asile sont généralement racisées et appartiennent à des communautés ethnoculturelles minoritaires, nous pouvons émettre l'hypothèse que les enjeux suicidaires pourraient être particulièrement sous-rapportés chez ce groupe.

Certaines traditions culturelles ou religieuses sont plus équivoques quant à l'acceptabilité du suicide que d'autres. La religion hindoue, par exemple, peut être interprétée comme plus permissive envers l'acte suicidaire. Le principe du « retour du karma » peut aussi légitimer la souffrance comme nécessaire. De façon analogue, une vision fataliste de la souffrance peut découler des préceptes bouddhistes et décourager la recherche d'aide (Goldston et al., 2008 : 23). Par contraste, la religion islamique pose des interdits stricts relatifs à l'acte suicidaire. Quelques études ont montré que les personnes sud-asiatiques sont plus susceptibles de se suicider si elles adhèrent à l'hindouisme plutôt qu'à l'Islam (Gearing et Alonzo, 2018 : 10). La culture informe les raisons de vivre ou de mourir (voir section 6.1.). Il importe malgré tout de reconnaître que les doctrines sont interprétées différemment par chacun·e et que l'appartenance à une communauté religieuse ne signifie pas l'adhésion à ses préceptes.

J'ai été aussi éclairé·e là, avec la santé publique par rapport... déterminer les personnes qui n'allaient pas bien par rapport à la santé mentale dans la communauté. Puis malgré tout ce qu'on a fait, malgré tout ce qui avait été mis en place, les gens ne venaient toujours pas. Les gens ne veulent pas en parler. C'est encore très malheureusement à dire, c'est encore extrêmement tabou. Ce n'est pas une conversation que souvent les gens sont prêts à avoir.
- Intervenante communautaire, groupe de discussion

L'exploration de la conception du suicide est citée comme un défi de l'estimation du risque : « understand how suicide or suicidal ideations are understood in their culture, in their family ».

- Psychothérapeute, sondage

Que les conceptions du suicide soient informées par la religion ou d'autres visions du monde, la croyance selon laquelle le suicide est un signe de faiblesse, un péché ou simplement immoral peuvent à la fois faire en sorte qu'une personne soit réticente à partager clairement ses idées suicidaires et la dissuade de s'enlever la vie. De même, l'impression qu'il est inapproprié de soulever l'enjeu du suicide dans un contexte donné entrave la désignation claire de la détresse et l'évaluation de la situation (Rogers et Whitehead, 2014 : 265). Cette impression est informée par le bagage culturel de la personne.

4.2.2 Stigmatisation

Dans la population générale, les personnes ayant des enjeux de santé mentale peuvent faire l'objet de stigmatisation diminuant leurs opportunités d'emploi et leur estime de soi, apportant une honte, causant une dissimulation des symptômes et décourageant la recherche d'aide (Goldsmith et al., 2002a : 333). Les personnes ayant tenté de se suicider peuvent aussi être l'objet de distanciation sociale (Carpiniello et Pinna, 2017). La stigmatisation des enjeux de santé mentale a été identifiée comme un thème récurrent dans la littérature sur le suicide chez les communautés ethnoculturelles minoritaires (Bowden et al., 2020) et a été montrée comme une entrave à la recherche d'aide pour les enjeux suicidaires au sein de groupes ethnoculturels très variés (Bommersbach et al., 2022; Chung, 2012; De Luca et al., 2023; Heredia Montesinos et al., 2019; Jiménez et al., 2022; M. Li et al., 2022).

Les membres de la famille des personnes ayant des enjeux de santé mentale ou des comportements suicidaires peuvent être l'objet de stigmatisation ou encore être blâmé-e-s pour le décès (Carpiniello et Pinna, 2017 : 4; Goldsmith et al., 2002a : 334). À la suite de la tentative ou de la mort par suicide d'une personne, aux impacts déjà compliqués peut s'ajouter l'isolement par rapport aux membres de la communauté (Goldsmith et al., 2002a : 334). Les tabous peuvent alors faire en sorte que le deuil des proches est dissimulé ou non reconnu (disenfranchised grief) (Staley, 2017). Lorsque la stigmatisation de la santé mentale est forte, les personnes vivant des enjeux qui y sont liés sont plus susceptibles d'être isolées au sein de leur communauté. Une enquête britannique a montré que cela est souvent le cas chez les communautés ethnoculturelles minoritaires (Ngwena, 2014 : 155).

La perception de l'enjeu du suicide ou de la détresse influence l'attitude des proches. La minimisation de la détresse de la part des parents a été rapportée par une psychothérapeute ayant répondu au sondage : « Parents minimizing the distress ».

La culture informe aussi quels types d'événements ou d'expériences sont considérés comme honteux, ainsi que les effets que cette honte aura sur la personne, sa santé mentale et, éventuellement, ses idéations et comportements suicidaires (Chu et al., 2010 : 28). On sait par exemple que les membres de cultures plus collectivistes⁷ peuvent accorder une importance accrue aux rôles sociaux et à l'accomplissement des attentes des proches ou de la communauté (voir section 5.4.). Peu d'études quantitatives existent sur la honte en tant que facteur de risque du suicide spécifiquement (Chu et al., 2010 : 28), mais l'on sait que cette idée d'exposer ses faiblesses ou de « perdre la face » peut avoir des effets importants sur la santé mentale et être un facteur précipitant du suicide (Chu et al., 2010 : 28; Goldston et al., 2008). De même, les normes socioculturelles régissent la vie sociale et les attentes qui en découlent. En cela, elles informent le sentiment d'appartenance et peuvent accentuer le sentiment d'être un fardeau. L'ensemble d'attentes et de rapports de liens de réciprocités qui engage une personne envers ses proches et les autres membres de la société façonnent ce sentiment d'être un fardeau (Garza et Pettit, 2010; Meyerhoff et al., 2018) et de honte que l'on peut ressentir face aux événements de la vie (Chu et al., 2010; Mendoza-Rivera et al., 2022).

D'un autre côté, la crainte d'amener le déshonneur à ses proches peut avoir un effet dissuasif efficace pour ne pas passer à l'acte. De même, l'orientation collectiviste peut faire en sorte que l'impact du suicide sur les proches agisse comme une raison de vivre particulièrement forte (Rogers et Whitehead, 2014 : 269).

Si la stigmatisation de la santé mentale est, dans l'ensemble, une barrière à la recherche d'aide pour le suicide (Chung, 2012; Han et Oliffe, 2015; Heredia Montesinos et al., 2019; Puzo et al., 2018b), force est de constater qu'elle n'agit pas de la même façon dans tous les contextes et sur toutes les personnes. Les conceptions du suicide demeurent complexes, plurielles et largement implicites (Colucci, 2006 : 6). Il en va de même des visions du monde, des attentes face à la vie et de la légitimité des réactions à la suite événement ou face à de l'adversité. Puisqu'une pluralité de conceptions culturelles peut coexister dans une société ou chez une même personne et que le propre des conceptions et valeurs culturelles est d'être dynamique, on ne peut déduire qu'une personne tient telle ou telle conception du suicide ou de la vie du fait de son appartenance assignée ou revendiquée à un groupe.

4.3 L'EXPRESSION DE LA DÉTRESSE

Les façons de chercher de l'aide et les conceptions du suicide sont liées aux façons d'exprimer la détresse. La notion d'« idiome de détresse » (idiom of distress) renvoie aux choix et aux

⁷ Les cultures où la personne est moins définie par rapport à son individualité que par ses relations. La personne est alors conceptualisée comme dans un réseau d'obligations mutuelles qui la lie aux autres personnes.

manières d'afficher ou de dissimuler la détresse (Chu et al., 2010 : 29). Il s'agit de façons culturellement normalisées et reconnues d'exprimer la détresse. Souvent indirectes, imagées ou métaphoriques, ces expressions peuvent passer par les mots, le corps, les comportements. Elles ne se réduisent donc pas simplement au langage, ce qui signifie que toutes les personnes qui parlent la même langue ne sont pas nécessairement capables de comprendre la signification d'une expression particulière à un milieu donné. Une bonne compréhension de la langue, mais aussi des mœurs socioculturelles d'un milieu est nécessaire pour en comprendre les significations. Les expressions de la détresse ne font pas exclusivement référence à des états psychopathologiques individuels, mais peuvent exprimer des inquiétudes collectives ou être des façons symboliques de contester une situation injuste (Kaiser et al., 2015; Staples et Widger, 2012). Ces expressions singulières peuvent faire l'objet de mésinterprétations. Il importe de porter attention à l'usage pratique des mots et autres modes de communication pour voir comment ces idiomes de la détresse sont utilisés et à quelles fins (Kirmayer, 2013).

Avec les réfugiés et les demandeurs d'asile, ce que je vois dans mon bureau, c'est beaucoup de somatisation. C'est extrêmement difficile pour moi de départager qu'est-ce qui appartient à la santé physique et qu'est-ce qui appartient à la santé mentale. Puis une fois que j'ai réussi à déterminer ça, c'est difficile de faire accepter parce que les gens ont l'impression que je ne crois pas le malaise physique alors que ce n'est pas ça. Je sais que tu as des étourdissements, je sais que tu as de la douleur, je sais que tu as mal à la tête, mais la source, la cause et la façon de traiter que j'ai à proposer, ce n'est pas celle qu'ils ont envie d'essayer. Je trouve ça quand même difficile.

- Infirmière praticienne, groupe de discussion

En effet, en exprimant d'une certaine façon sa détresse ou encore en la taisant, un individu s'attend à des effets sur l'image qu'il renvoie, sur son environnement et à des réactions de personnes avec lesquelles il interagit. À l'intérieur d'un même système de croyances, les façons de qualifier le suicide changeront en fonction de différents facteurs comme la proximité avec la personne décédée (Meyerhoff et al., 2018 : 11), la personne à qui on s'adresse, la crainte de stigmatisation ou l'évaluation morale de l'acte. Le terme peut être évité et remplacé par des expressions plus vagues comme un désir de ne pas se réveiller ou d'en finir (Meyerhoff et al., 2018)

. De façon générale, les minorités ethnoculturelles ont moins tendance à partager leurs idées suicidaires (Morrison et Downey, 2000). Bien que ce phénomène ait des explications complexes en partie liées à l'offre de services et à la discrimination chez certains groupes, il relève aussi des modalités culturelles de l'expression de la détresse (Bommersbach et al., 2022 : 1). Par exemple, les personnes asiatiques ont tendance à être émotionnellement moins expressives et, par extension, à moins exprimer la détresse suicidaire (Chu et al., 2018; Polanco-Roman, Ahmad, et al., 2019). La stigmatisation des enjeux de santé mentale ainsi que l'importance de

l'honneur familial sont bien soulignées dans la littérature comme des entraves à l'expression de la détresse (Brown et al., 2019; Chung, 2012; Han et Oliffe, 2015). Les valeurs prégnantes dans les cultures dites collectivistes peuvent être associées à une plus grande stigmatisation de la santé mentale et à une dissimulation de la détresse individuelle (Papadopoulos et al., 2013). Les personnes non blanches aux États-Unis ont ainsi pu être qualifiées « d'idéatrices cachées » (hidden ideators) (Chu et al., 2013; Meyerhoff et al., 2018; Morrison et Downey, 2000).

4.3.1 Symptômes somatiques

La détresse peut aussi s'exprimer par le corps. Par exemple, la dépression chez les cultures orientales s'exprime plus souvent par le corps, et en termes plus psychologiques dans les cultures occidentales. Dans la tradition arabe, comme dans d'autres cultures, le corps et l'esprit ne sont pas nettement distingués. La souffrance est souvent vécue simultanément sur les plans émotionnels et physiques (Rousseau et Hassan, 2015). Une étude multicentree (n = 247) a permis de repérer que les adolescent·e·s mineur·e·s turc·que·s en Allemagne et en Autriche exprimaient plus fréquemment leurs idéations suicidaires que leurs homologues vivant en Turquie. Les auteur·trice·s expliquent que dans les pays où la culture majoritaire s'oriente davantage vers le collectivisme, l'expression des maux psychologiques est découragée par la peur de perdre la face. La détresse sera alors souvent exprimée via des plaintes de douleurs physiques (Özlü-Erkilic et al., 2022 : 1678). Une étude qualitative sur les parcours de soins des personnes chinoises ayant tenté de se suicider a permis de constater que le tiers des participant·e·s (n = 10) ont sollicité des soins pour atténuer des symptômes physiques et que les deux tiers des répondant·e·s (n = 21) n'ont pas interprété leurs symptômes comme liés à des enjeux de santé mentale avant d'avoir épuisé toutes les autres voies d'interprétation de leur détresse. Les participant·e·s rapportent avoir pensé à des défaillances de leur système digestif ou souffrir du syndrome de fatigue chronique (neurasthénie) (Chung, 2012 : 621). Ce genre de constat est confirmé par la littérature sur les symptômes somatiques chez les communautés asiatiques. La dépression chez les personnes chinoises s'exprime souvent par de l'ennui, de l'inconfort, de l'étourdissement, de la fatigue, des sensations de pression intérieure et de la douleur (Kleinman, 2004). Parmi d'autres types de symptômes somatiques cités dans la littérature sur la santé mentale des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires, on retrouve les maux de tête, les pressions thoraciques, les engourdissements, etc. (Kayayan, 2023 : 15). Les symptômes somatiques sont souvent repérés chez les personnes réfugiées ou en demande d'asile. Bien que les symptômes somatiques aient été repérés dans toutes les cultures (Kirmayer et Young, 1998), ces idiomes de détresse peuvent diverger de ce qui est normalement attendu par les professionnel·le·s de la santé et ainsi compliquer les diagnostics et l'identification du risque suicidaire.

4.3.2 Outils

Les outils standards d'évaluation du risque suicidaire n'ont pas été développés en prenant compte de la diversité culturelle (Perlman, Neufeld, et al., 2011; Westefeld et al., 2008). Ils peuvent ne pas inclure ou ne pas reconnaître l'importance de certains facteurs de risque,

adopter des catégories ou un vocabulaire peu adapté pour un groupe donné et ainsi faillir à leur fonction de dépistage ou d'évaluation du risque. Les professionnelles de la santé n'ont pas toujours l'expérience et les ressources pour pallier ces déficiences dans les outils et les décalages culturels dans les modèles explicatifs et les modalités d'expressions de la détresse. La diversité des idiomes de détresse entrave ainsi la communication et la prise en charge. Ces écarts font en sorte que les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires peuvent être moins bien compris-es au sein des services de santé et potentiellement dirigé-es de façon inadéquate selon leurs besoins (Chu et al., 2010, 2013; Perlman, Neufled, et al., 2011; Westefeld et al., 2008).

5. FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES SOUS-GROUPES

5.1 SANTÉ MENTALE, CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET TRAUMATISME

La présence d'un trouble mental¹, la consommation excessive de substances ainsi que le fait d'avoir vécu un événement traumatique sont des facteurs de risque importants du suicide. Bien que toutes les personnes présentant un trouble de santé mentale ne pensent pas au suicide, la majorité des personnes décédées par suicide présentent un trouble de santé mentale tel que la schizophrénie, la dépression ou un trouble bipolaire. Les enjeux de santé mentale interagissent avec les autres facteurs de risque. Les liens entre santé mentale et suicide sont multiples, complexes et peuvent être variablement compris (Mishara et Chagnon, 2011). La prévalence des troubles de santé mentale chez les personnes suicidaires varie géographiquement, selon les groupes ethnoculturels et selon l'expérience migratoire (p. ex. Björkenstam et al., 2020; Chu et al., 2010; Jiménez et al., 2022; Nam et al., 2023; Özlü-Erkilic et al., 2022; Salama et al., 2022; Walker et al., 2014, 2014). Les enjeux de santé mentale ne sont donc pas associés au risque de suicide de la même façon chez tous les groupes. Cette section présente quelques données sur la prévalence des troubles de santé mentale et de la consommation de substances chez les sous-groupes.

Les taux rapportés de problèmes de santé mentale chez les personnes immigrantes décrivent un EIBS. À titre d'exemple, les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2001 montrent que les personnes immigrantes récemment arrivées au pays ont des taux de dépression et de consommation d'alcool considérablement plus bas que ceux de la population née au Canada (Ali, 2002 : 3). Les taux de dépression chez les personnes immigrantes rejoignent ceux de la population née au Canada de 10 à 14 ans après l'arrivée (2002 : 3). Selon l'autrice, il est possible que les personnes immigrantes soient moins disposées à rappor-

¹ Cette catégorie fait ici référence aux troubles de l'humeur, aux troubles d'anxiété, à la schizophrénie, aux troubles de personnalité et aux troubles alimentaires. Ces troubles mentaux se déclinent ensuite en différentes catégories diagnostiques. La dépression (un trouble de l'humeur) et les troubles liés à l'abus de substances sont les facteurs de risque les plus fréquents du suicide (Centre for Suicide Prevention, 2022).

ter leurs symptômes de dépression ou leur consommation d'alcool, ce qui pourrait expliquer une partie de la différence des prévalences avec la population née au Canada (Ali, 2002 : 6).

Les études empiriques réalisées au Canada montrent que les taux de dépression et de troubles mentaux varient, entre autres choses, selon le pays d'origine des personnes migrantes, les groupes ethnoculturels, la génération d'immigration et l'âge. À titre d'exemple, au niveau canadien, les jeunes de deuxième génération montrent des taux de dépression plus élevés et sont davantage porté·e·s vers des comportements à risque comme la consommation excessive de drogues que les immigrant·e·s de première génération (Hansson et al., 2009 : 22). Les personnes âgées de 55 ans et plus originaires de la Chine ou de l'Asie du Sud ont rapporté des taux de dépression supérieurs à ceux de la population générale dans certaines études canadiennes (Hansson et al., 2012 : 116).

Une étude ontarienne sur la consommation d'alcool (n = 13 557) a montré que les personnes nées au Canada et les personnes immigrantes venant de l'Europe rapportent des taux plus élevés de consommation d'alcool que les personnes immigrantes originaires d'autres régions du monde (est, sud-est et sud de l'Asie et les Caraïbes) (Agic et al., 2015). Les hommes caraïbéens présentent des taux relativement élevés de consommation à risque d'alcool, soit 31,5 % des répondants, ce qui en fait le sous-groupe le plus rapproché du niveau des répondants canadiens (38,9 %). Le biais de la stigmatisation de la consommation de substances est cité par les auteur·trice·s ainsi que le fait que les personnes avec un niveau de scolarité plus élevé sont surreprésentées dans les entrevues téléphoniques. Autre biais, les personnes appartenant à certains groupes ethnoculturels minoritaires pourraient ne pas avoir la même conception d'une consommation standard utilisée pour rapporter les quantités et fréquences de consommation, ce qui a des implications pour l'interprétation des données disponibles et les efforts de sensibilisation (Agic et al., 2011).

Concernant les différences générationnelles, une autre étude ontarienne (n = 4069) montre que les taux rapportés de consommation de drogue et de consommation abusive d'alcool augmentent avec les générations des personnes issues de l'immigration (Hamilton et al., 2009). Le corps étudiant dit de « première génération » rapporte deux fois moins de consommation que celui dit de « deuxième génération » qui, à son tour, consomme moins que celui de « troisième génération ».

Les données concernant l'abus de substances chez les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées né·e·s au Canada sont plus rares que celles des personnes immigrantes (CAMH et Across Boundaries, s.d. : 4). Aucune donnée sur les personnes réfugiées ou en demande d'asile n'a été repérée. Des témoignages tirés de l'expérience sur le terrain de professionnel·le·s de la santé dans la ville de Régina décrivent une augmentation récente de l'usage de substances chez les personnes immigrantes (Maina et al., 2023). La stigmatisation, la honte liée à la consommation, la barrière de la langue, le manque de services adaptés, le manque de connaissances des services, la normalisation de l'usage et l'accessibilité de substances (alcool, cannabis, opioïdes de prescription) au Canada en comparaison à d'autres

contextes nationaux ainsi que la déqualification socioprofessionnelle sont cités comme des déterminants de l'usage de substances pour les personnes immigrantes arrivant au pays. Dans l'ensemble, les données sur la consommation et l'abus de substances des personnes immigrantes, racisées, appartenant à des communautés ethnoculturelles minoritaires et les personnes réfugiées ou en demande d'asile sont lacunaires et affectées par des biais particuliers. Ces lacunes ainsi que l'exposition à des déterminants sociaux de la santé spécifiques enjoignent à la prudence (CAMH et Across Boundaries, n.d.; Maina et al., 2023). Il importe de ne pas minimiser cette réalité peu connue auprès de ces sous-groupes.

5.1.1 L'exposition à des événements potentiellement traumatiques chez les personnes réfugiées ou en demande d'asile

L'exposition à des événements potentiellement traumatiques durant le parcours migratoire (liés par exemple aux conflits armés, la violence politique, la violence sexuelle, les catastrophes naturelles et le deuil) est fréquente chez les personnes réfugiées. Ces événements peuvent dépasser les ressources de la personne qui les vit et engendrer une réaction adaptative nommée traumatisme. Le traumatisme s'exprime par un état d'activation intense dérangeant la relation de la personne à son environnement. Il est associé à une série de troubles mentaux comme l'état de stress post-traumatiques et la dépression (Steel et al., 2009). Le contexte post-migratoire peut aussi être source de traumatismes pour les personnes réfugiées (Porter et Haslam, 2005), amplifier les effets du traumatisme sur les comportements suicidaires (Nam, Kim, Ryu et al., 2021) et, finalement, s'avérer un déterminant de la santé mentale autant ou plus important que les traumatismes prémigratoires (Beiser et Hou, 2016; Hynie, 2018).

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est associé à un plus haut risque de suicide chez les personnes réfugiées (Brown et al., 2019; Ferrada-Noli et al., 1998; Goosen et al., 2011; Nam, Kim, Ryu et al., 2021; Ratkowska et De Leo, 2013 : 130). De plus, il a été avancé que cette habitude à la douleur liée au parcours migratoire difficile peut aussi renforcer la capacité à porter atteinte à sa propre personne (Petti et Chen, 2019 : 1-2). D'un autre côté, l'exposition répétée à l'adversité et aux souffrances qui y sont liées peut rendre plus résilientes les personnes ayant traversé ces parcours (voir section 6.1.). Les taux de troubles mentaux chez les personnes réfugiées relevés dans la littérature varient, mais sont généralement élevés, pouvant aller jusqu'à dix fois les taux observés dans la population générale pour le TSPT (Kirmayer et al., 2011 : 691)². En ce qui concerne la dépression, on sait que les taux de ce trouble de l'humeur sont élevés chez les personnes réfugiées. Des taux élevés de douleur chronique et de symptômes somatiques ont aussi été repérés (Kirmayer et al., 2011 : 691).

La dépression et le TSPT sont des facteurs de risque à prévalence élevée chez les personnes

2 Les échantillons, bases de données et outils utilisés sont très hétérogènes et permettent difficilement de statuer sur la prévalence de ces troubles chez les sous-groupes ciblés au niveau global (Hynie, 2018; Steel et al., 2009). Les revues avancent des prévalences de trouble de choc post-traumatique allant de 9 % (Fazel et al., 2005) à 40 % (Turrini et al., 2017) chez les personnes réfugiées. Les études ayant des méthodologies et échantillons plus consistants relèvent des taux plus bas que les études aux échantillons réduits (Fazel et al., 2005; Hynie, 2018). S'ajoutant aux facteurs méthodologiques, la grande variété des conditions post-migratoires des personnes réfugiées d'un pays à l'autre explique une partie de ces variations considérables (MHCC, 2016 : 8).

en demande d'asile. En effet, les études faisant état de la prévalence des problématiques de santé mentale chez ce sous-groupe dans les pays à revenu intermédiaire et élevé présentent des résultats variables et élevés allant de 24 à 100 % pour le TSPT et de 16 à 84 % pour la dépression (Posselt et al., 2020). Une revue systématique a montré que toutes les études s'étant penchées sur le phénomène rapportent qu'au moins 30 % des personnes en demande d'asile, dans les pays à revenu élevé, avaient subi de la torture avant leur arrivée (Kalt et al., 2013).

Parmi les personnes réfugiées, les enfants représentent un groupe particulièrement vulnérable en raison des impacts que peuvent avoir les expériences adverses à ce stade de leur développement. En effet, l'exposition à des événements traumatiques durant l'enfance – comme ceux liés aux parcours pré-, péri- et post-migratoires des personnes réfugiées – augmente considérablement le risque de dépression, de tentatives de suicide et d'abus de substances, trois des facteurs de risque majeurs du suicide (Dube et al., 2003, cité dans Jin et al., 2021 : 1). Exemplifiant la condition de vulnérabilité de ce sous-groupe, parmi les études portant sur le taux de tentatives et de suicide chez les personnes réfugiées en Suède, les jeunes adultes étant arrivé-e-s en tant que jeunes mineur-e-s non accompagné-e-s sont un des groupes pour lesquels on trouve un taux de suicide supérieur à celui de la population générale (Amin et al., 2021; Geirsdottir et al., 2021; Hollander et al., 2020; Niederkrotenthaler et al., 2020). Une étude québécoise montre des taux de dépression plus importants chez les adolescent-e-s réfugié-e-s de 13 à 19 ans que chez leurs contreparties dans la population native. Cette même étude démontre également que les réfugiées adolescentes présentent des taux de tentatives de suicide plus élevés que les garçons (Tousignant et al., 1999). Les conséquences de l'exposition à des expériences adverses durant l'enfance sont déterminantes pour le reste de la vie. Pour la prévention, cela implique de porter une attention particulière aux facteurs et événements de vie en amont des comportements suicidaires (Ports et al., 2017).

5.2 DISCRIMINATION

La discrimination peut être définie comme un traitement injuste subi en raison d'une caractéristique comme la race, le sexe ou l'âge (Levine et al., 2014, cités dans Goodwill et al., 2021 : 76). Elle peut également toucher d'autres éléments comme l'apparence physique, le genre, la condition socio-économique, l'état de santé ou un handicap. Ses conséquences sur le plan de la santé mentale incluent, mais ne se réduisent pas, au trouble de stress post-traumatique, à l'anxiété et au stress minoritaire³. La cumulation de ce stress peut mener à des complications physiques comme les troubles cardiaques ou l'hypertension (Williams et al., 2019). Les personnes exposées à la discrimination peuvent, entre autres, intérioriser l'image négative d'elles-mêmes qui leur est renvoyée, normaliser la discrimination et être menées à dissimuler les traits visés par la discrimination (comme le statut ou l'appartenance religieuse). La discrimination peut limiter les opportunités de participer à la société d'accueil, notamment via l'intimidation et autres types de violences à l'école, l'exclusion du marché de l'emploi, ou encore la création d'enclaves eth-

³ Le terme « stress minoritaire » qualifie le stress vécu par des personnes en raison de leur appartenance à des groupes minoritaires évoluant dans un environnement social hostile engendré par la discrimination, les préjugés et la stigmatisation (Meyer, 2003).

niques (Kayayan, 2023 : 22) et ainsi nuire à l'intégration et engendrer de l'isolement.

En plus d'avoir des effets directs sur la santé mentale, les différentes formes de discrimination découragent la recherche d'aide (MHCC, 2019 : 15). Des études portant sur une diversité de sous-groupes ethnoculturels au Canada tendent à valider cet argument (Edge et Newbold, 2013 : 143). En effet, différentes dimensions de l'expérience de discrimination peuvent être mesurées. Le contexte (à l'école, dans la rue), l'expérience directe ou indirecte (soi-même ou des membres de la famille), la nature de la discrimination (insulte ou traitement particulier) et la fréquence, entre autres, peuvent avoir une incidence sur les personnes et être indépendamment mis en relation avec les effets sur la santé mentale et les comportements suicidaires (p. ex. Polanco-Roman, DeLapp, et al., 2022). La discrimination agit à la fois directement sur le suicide ainsi que sur le stress, les réponses au stress et les enjeux de santé mentale liés au suicide.

Il y a beaucoup trop de préjugés et de mésinformation sur les communautés ethnoculturelles ainsi que les demandeurs d'asile.

- Agente de relations humaines, sondage

Dans une étude sur la dépression et les idéations suicidaires chez les hommes afro-américains (n = 1271), Goodwill et al. (2021) ont montré une incidence de la discrimination en général sur les symptômes dépressifs ainsi qu'une incidence de la discrimination basée sur la race directement sur les idéations suicidaires.

L'incidence de multiples formes de discrimination sur les comportements suicidaires chez les groupes ethnoculturels minoritaires aux États-Unis a été amplement étudiée (Baiden et al., 2022; Coimbra et al., 2022; Goodwill et al., 2021; Madubata et al., 2022; Polanco-Roman, DeLapp, et al., 2022; L. Wang et al., 2021; Willemen et al., 2023). Au Canada, l'analyse des données issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants a permis de constater un effet de la discrimination perçue, c'est-à-dire la perception ou l'expérience de la discrimination par les individus, sur la santé mentale des personnes immigrantes et les personnes racisées (De Maio et Kemp, 2010). Elle est citée dans la majorité des études portant sur la santé mentale des personnes immigrantes et réfugiées au Canada (Kayayan, 2023 : 22)⁴.

Les personnes immigrantes, réfugiées ou en demande d'asile peuvent elles aussi faire l'objet de discrimination, notamment en raison de leur origine et leur statut. Le discours public stigmatisant envers les personnes réfugiées ou en demande d'asile a une incidence sur le bien-être, la santé mentale, les comportements suicidaires et la recherche d'aide des individus (Beiser et Hou, 2016; Edge et Newbold, 2013). Une étude sud-coréenne auprès de femmes réfugiées nord-coréennes (n = 212) a permis de montrer que la perception de la stigmatisation amplifie les effets du traumatisme prémigratoire sur les idéations suicidaires en contexte post-migratoire (Nam, Kim, Ryu, et al., 2021). La discrimination peut donc avoir un effet médiateur entre les

4 « Une majorité des sources consultées met en évidence les effets préjudiciables de la discrimination et des discours "anti-migration" et "anti-réfugiés" sur la santé mentale et physique de ces individus. » (Kayayan, 2023 : 22)

traumatismes et les idéations suicidaires. Une étude canadienne a d'ailleurs démontré que la discrimination perçue en pays d'accueil avait un effet plus important sur les problèmes émotionnels des personnes réfugiées que les traumatismes prémigratoires (Beiser et Hou, 2016).

La discrimination peut prendre diverses formes et plusieurs facteurs de discrimination peuvent se cumuler. Par exemple, les personnes membres des communautés ethnoculturelles minoritaires qui appartiennent également à la communauté LGBTQIA+ peuvent faire face à de la discrimination pour ces différents motifs. Les discriminations croisées vécues dans des contextes sociaux où plusieurs formes de discrimination interagissent rendent certains individus particulièrement vulnérables. L'incidence de l'appartenance à plusieurs formes de minorités sur les idéations, tentatives et décès par suicide a été bien étudiée (Adams et Vincent, 2019; Alvarez-Hernandez et Mowbray, 2022; Boyas et al., 2019; Burgess et al., 2021; English et al., 2022; Kimball et al., 2022; Ramchand et al., 2022; Rosales et al., 2023; Xiao et Lu, 2021). L'intersection cumulative des formes de discrimination – être une minorité dans son propre groupe minoritaire (ce qui implique un risque d'être rejeté-e non seulement par les membres de la société d'accueil, mais aussi par les membres de sa communauté ethnoculturelle) – a été rapportée par des intervenant·e·s travaillant avec ces sous-groupes au Québec lors des groupes de discussion.

Les diverses formes de discrimination ont aussi des effets sur la santé mentale et le suicide. English et al. (2022) ont examiné les relations entre le « racisme structurel⁵ », les politiques discriminant les minorités sexuelles et les comportements suicidaires chez les adolescents (16 à 25 ans) noirs (n = 497) et blancs (n = 1536) aux États-Unis. Les politiques anti-LGBTQ⁶ et les iniquités entre les groupes ethnoraciaux au niveau étatique ont été associées de façon indépendante et synergique avec les comportements suicidaires et des facteurs de risque bien connus du suicide (sentiment d'être un fardeau, symptômes dépressifs, usage nocif de l'alcool) chez les personnes noires. Autrement dit, la combinaison de diverses formes de discrimination agit sur les comportements suicidaires d'une façon qui n'est pas réductible à la somme des deux formes de discrimination.

5.3 INTÉGRATION ET STRESS D'ACCULTURATION

Le concept d'acculturation, qui fait référence aux discussions entourant les « rencontres interculturelles » (Guerraoui, 2009 : 195), peut être défini comme un double procès de changement culturel et psychologique qui résulte du contact entre des membres d'au moins deux groupes ethnoculturels différents (Berry, 2005 : 698). La navigation entre plusieurs univers culturels ou l'entrée dans un nouvel environnement culturel peut occasionner un stress acculturatif répertorié dans la littérature sur le suicide au sein des communautés ethnoculturelles minoritaires et des personnes migrantes (Bowden et al., 2020; Forte et al., 2018; Lipsicas et Mäkinen, 2010). Ce stress est un facteur de risque du suicide (Ratkowska et De Leo, 2013). Si l'adaptation à une

⁵ Celui-ci est indiqué par le State Racism Index mesurant les dimensions suivantes : « residential segregation, incarceration rates, educational attainment, economic indicators, and employment status » (English et al., 2022 : 230)

⁶ Dans ce rapport, le terme « LGBTQ » (lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, queer, en questionnement) est employé pour refléter la terminologie utilisée dans les études citées. Nous préférons l'utilisation de « LGBTQIA+ ».

nouvelle culture et société peut se vivre de façons variées, il demeure indéniable que l'acculturation peut engendrer un stress chez la personne qui tente de s'intégrer à un nouveau contexte culturel.

Nous, c'est sûr qu'en jeunesse, un des gros enjeux qu'on a quand on fait de la prévention du suicide puis de l'utilisation des outils actuels, c'est beaucoup en lien avec les relations avec les parents de nos jeunes, mais aussi dans les conflits qui sont là, en lien avec la culture du pays d'origine, puis ce qu'eux veulent vivre. [...] Je trouve qu'au niveau relationnel il y a ça qui se passe, tu sais, que ça soit dans l'habillement, dans les valeurs du milieu versus qu'est-ce qui est prôné un peu plus dans les milieux d'éducation aussi en contact avec les jeunes aussi. Fait que c'est vraiment au niveau de ces frictions-là qu'il va y avoir beaucoup d'interventions au niveau du suicide qui va être fait auprès de la population.

- Spécialiste en activité clinique, groupe de discussion

Et en fait moi, j'ajouterais aussi la question des minorités dans les minorités. Parce que ça arrive beaucoup que les personnes qui viennent ici sont minorités dans leur pays aussi. Ça les amène aussi à avoir un contexte différent et ça les amène aussi à avoir beaucoup plus de risques d'être rejeté par leur propre communauté quand ils viennent ici. Moi j'avais une personne qui était gitan dans son pays d'origine et je ne savais même pas que les gitans étaient vraiment rejetés dans son pays. Ça l'a mené à qu'elle ne voulait pas s'approcher, même à son consulat, à rien par rapport à sa culture.

- Travailleur social, groupe de discussion

L'acculturation est un processus complexe influencé par plusieurs facilitateurs et obstacles qui peuvent être liés à l'individu ou au contexte (Berry, 2005 : 703). En psychologie, l'intégration renvoie généralement au maintien de la culture d'origine tout en adoptant certains aspects et normes de la culture majoritaire (Berry, 2005; Boski, 2008). Chaque personne vit l'intégration à un rythme et selon des modalités qui dépendent de la conjugaison singulière de facilitateurs et obstacles : la motivation des individus et des communautés, l'histoire de la communauté, les possibilités de rencontre, la proximité culturelle entre les groupes minoritaires et la culture majoritaire, les normes socioculturelles des groupes, les caractéristiques et l'ouverture de la société d'accueil, certains facteurs politiques, économiques, géographiques et démographiques, etc. Cette diversité de facteurs montre que l'acculturation et l'intégration sont des processus intérieurs et extérieurs à l'individu. Si le contexte est peu accueillant, voire hostile, et que le soutien social des membres de sa culture est indisponible, le stress acculturatif et le sentiment de rejet qui en résultent peuvent fragiliser la santé mentale (Kartal et al., 2018 : 933).

Les termes « acculturation » et « intégration » sont définis de différentes manières (Grégoire Labrecque, 2014; Guerraoui, 2009). Une façon de concevoir le sujet est sous la forme d'une orientation entre une culture hôte et une culture d'origine (Eylem et al., 2019; van Leeuwen et al., 2010). Quand l'individu s'oriente vers la culture d'origine, il peut développer et renforcer son identité ethnoculturelle, ce qui peut devenir un facteur de protection du suicide (voir section 6.2). D'un autre côté, l'orientation vers la culture majoritaire peut favoriser l'intégration. Bien que certaines recherches puissent distinguer différents types d'orientation (Berry, 1997; Kartal et al., 2018; Lipsicas et Mäkinen, 2010; Rudes et Fantuzzi, 2022), celles-ci ne sont pas mutuellement exclusives. Les attentes conflictuelles des cultures dans lesquelles les personnes naviguent engendrent un stress acculturatif. L'association entre acculturation et états de santé varie en fonction des identités et contextes.

Le lien entre acculturation et comportements suicidaires est sujet à débat (Chu et al., 2010; van Leeuwen et al., 2010 : 813). Alors que des recherches suggèrent une relation positive entre acculturation et comportements suicidaires, notamment chez les personnes latino-américaines et les personnes asiatiques-américaines, d'autres signalent une relation négative entre les deux variables (des risques plus élevés de suicide seraient associés à un moindre niveau d'acculturation) (Chu et al., 2010 : 31). Il est hasardeux d'arriver à une conclusion parce que les définitions de « l'acculturation » varient – certaines sont plus minimalistes, voire réductionnistes (se limitant à un seul indicateur) que d'autres. Une méta-analyse recensant 50 études (totalisant 1,4 million de personnes migrantes) portant sur le lien entre l'acculturation et les « résultats cliniques liés au suicide »⁷ (incluant idéation suicidaire, plan, tentative, mort et automutilation) a permis de constater que le lien entre comportements suicidaires et acculturation chez un groupe peut varier d'une étude à l'autre en fonction de la mesure choisie pour caractériser l'acculturation (Lee et al., 2023 : 1).

Devant l'absence de constat qui permettrait de statuer que l'acculturation aurait, en toute circonstance et modalité, des effets donnés sur le suicide, et devant les différences selon les groupes et les aspects du phénomène considéré, il importe d'observer les difficultés liées à l'intégration qui, dans un certain contexte et chez un certain groupe, engendre un stress acculturatif pouvant augmenter le risque de suicide (Bowden et al., 2020; Lipsicas et Mäkinen, 2010; Ratkowska et De Leo, 2013).

5.4 RÔLES ET CONFLITS FAMILIAUX

Les conflits et le manque d'intégration dans la famille ou la communauté ont été repérés comme des facteurs importants du suicide chez les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires (Chu et al., 2010 : 27). Les processus d'adaptation à un nouveau contexte culturel s'effectuent à différents rythmes au sein des familles (Berry, 2005 : 700). L'importance allouée aux proches et aux rôles familiaux ainsi que les conflits qui peuvent émerger au sein de la famille seront abordés dans cette section.

⁷ Traduction de suicide-related outcomes.

En plus des changements culturels et psychologiques identifiés dans la section antérieure, le processus d'acculturation se manifeste pour des raisons et à des rythmes différents à l'intérieur des familles, ce qui peut augmenter les conflits intrafamiliaux (Berry, 2005 : 700). À titre d'exemple, on constate que les parents accordent souvent plus d'importance aux obligations familiales que les adolescent·e·s, mais que ce décalage augmente en fonction de l'identification des jeunes à la culture du pays d'accueil. Cet écart entre les valeurs et le niveau d'acculturation respectif des parents et des enfants est un terreau fertile pour les conflits intergénérationnels qui peuvent avoir une incidence importante sur la santé mentale de la famille, particulièrement des adolescent·e·s et des jeunes adultes.

Les rôles sociaux et les attentes qui pèsent sur les personnes peuvent engendrer des conflits de valeurs et des pressions. Comme il est souvent le cas dans les études portant sur les comportements suicidaires auprès des membres de communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, les résultats sont peu généralisables, ce qui n'empêche pas de proposer quelques pistes de réflexion. À titre d'exemple, le mythe de la « minorité modèle » (*model minority*) chez les personnes asiatiques aux États-Unis voulant que les membres de ce groupe réussissent mieux économiquement et académiquement et présentent moins de problèmes de santé mentale que les autres, peut expliquer pourquoi la perception des attentes de la société d'accueil et des parents est citée comme la cause significative des idéations suicidaires par les étudiant·e·s est-asiatiques (Han et al., 2013 : 38; Wong et al., 2011). Ce mythe décourage également l'expression de la détresse (Marraccini et al., 2022 : 18; Yue et Syed, 2022). Les difficultés scolaires sont aussi citées comme des facteurs de risque de comportements suicidaires chez les étudiant·e·s appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires (Ammerman et al., 2020 : 176; Han et al., 2013 : 30). Si les pressions parentales peuvent engendrer de la détresse et être liées aux comportements suicidaires, les parents sont évoqués comme la raison de ne pas mettre en acte les idéations chez les jeunes coréens au Canada (Han et al., 2013 : 38).

Ce genre de constat sur l'importance des relations, de la piété filiale⁸, des attentes et obligations qui en découlent est souvent associé à l'orientation collectiviste de certaines cultures. Le fait de déroger à des attentes peut engendrer une stigmatisation d'une personne ou affecter son estime (p. ex. Mandavia et al., 2017). Le familialisme (*familism*) renvoie à l'identification intense de l'individu à la famille et le devoir de maintenir les obligations et les liens familiaux. Cette orientation de l'individu est particulièrement étudiée chez les personnes hispaniques aux États-Unis (Goldston et al., 2008). Le désir d'autonomie peut entrer en conflit avec ces obligations interpersonnelles et engendre des sentiments de honte et de culpabilité ainsi que des conflits associés au suicide, notamment chez les adolescentes latinos qui présentent les plus hauts taux de tentatives de suicide par rapport à leur homologue des autres groupes ethnoraçiaux états-uniens (Humensky et al., 2017 : 2; Walker et al., 2014; Zayas et Pilat, 2008).

8 Dans le confucianisme, la piété filiale est un concept qui concerne les obligations que les enfants ont envers leurs parents (Lam et al., 2022). En effet, selon ce concept, les enfants doivent montrer respect et obéissance envers leurs parents. Ils ont également la responsabilité de leur offrir un soutien émotionnel et financier.

Les garçons, souvent c'est un peu plus difficile je trouve. Je parle des ados encore une fois, parce que c'est là que je les ai vus beaucoup. Un homme... Diversité culturelle, oublie ça. Ça ne parle pas, ça ne va pas parler de par tout le bagage culturel, un homme, ça doit être fort, ça ne doit pas faire ci, ça ne doit pas montrer, c'est lui qui est fort, ne pas montrer ses émotions. Donc ça, ça prend plus de temps à déconstruire.

- Intervenante communautaire, groupe de discussion

Des recherches scientifiques ont associé positivement les conflits intrafamiliaux au désespoir parmi les jeunes déprimé·e·s. Le désespoir réfère à l'idée que le futur réserve inévitablement des situations non désirées vis-à-vis des développements souhaitables (R. Lane et Miranda, 2018 : 3). Il s'exprime par l'impression d'être « coincé·e » dans une situation sans issue, de ne pas pouvoir concevoir d'avenir meilleur et de ne plus avoir de raisons de vivre (Lebel et al., 2018 : 44). Les attentes qui pèsent sur une personne peuvent limiter l'horizon des possibles, engendrer le sentiment d'être enfermé·e et générer du désespoir. Rappelons-le, la perte d'espoir est un facteur de risque de dépression et de comportements suicidaires (R. Lane et Miranda, 2018 : 3).

5.4.1 Rôles de genre

Les rôles traditionnels qu'assument les individus peuvent engendrer de la détresse en contexte post-migratoire et décourager la recherche d'aide.

Les rôles traditionnels masculins des immigrants en contexte canadien ont été rapportés dans la littérature comme un déterminant important de la stigmatisation de la santé mentale et de la recherche d'aide. Les attitudes telles que la démonstration de la force, ainsi que les réticences à partager la détresse émotionnelle découlent des visions de la vie et des prescriptions comportementales de la masculinité traditionnelle chez les hommes en provenance, par exemple, d'Amérique centrale ou de différents pays d'Afrique subsaharienne (Kayayan, 2023).

Par rapport au plan de sécurité, moi, ce que je trouve complexe dans ma pratique, c'est que souvent, ce sont des gens qui n'ont pas beaucoup de réseau social ici. Donc il n'y a pas un cousin, quelqu'un qui pourra aller chez la personne. Fait que souvent on est obligé de le diriger vers l'hôpital. Parce que si la personne est code orange, il n'y a pas de filet. Souvent, c'est ça l'enjeu. Parce que tu sais que s'il y avait juste quelqu'un qui allait être avec la personne, ça allait aider. Mais il manque ce bout-là pour les aider.

Surtout que comme on a dit au début, il y en a qui ne veulent pas que les parents le sachent. Fait que dans un contexte comme ça, on est obligé de les diriger vers l'hôpital en fait.

- Travailleuse sociale, groupe de discussion

Les attentes culturelles envers les femmes agissent aussi comme déterminant de la recherche d'aide pour les enjeux suicidaires. Une étude sur les modèles explicatifs du suicide auprès de femmes turques en Allemagne a permis de constater que les pressions familiales et communautaires amenaient les femmes à se retirer, dissimuler leur détresse et se réfugier dans le silence (Heredia Montesinos et al., 2019). Des constats similaires ont été rapportés pour les femmes sud-asiatiques dont les rôles traditionnels prescrivent de ne pas exprimer leurs pensées (Ratkowska et De Leo, 2013). La responsabilité de prendre soin des autres tout en renonçant à ses aspirations personnelles a été rapportée chez les jeunes femmes immigrantes présentant un risque suicidaire aux Pays-Bas. Ces attentes liées au genre entravent l'expression de la détresse et contribuent à un sentiment d'enfermement. Il peut être attendu de la femme qu'elle conserve ses rôles traditionnels tout en atteignant un haut niveau d'éducation et participe au marché de l'emploi, ce qui engendre des conflits identitaires et familiaux (Ratkowska et De Leo, 2013). À ces attentes lourdes et contradictoires s'ajoute la crainte que la divulgation de ses problèmes maritaux ou familiaux puisse apporter la honte à la femme elle-même ainsi qu'à sa famille (Heredia Montesinos et al., 2019).

5.5 ISOLEMENT

L'isolement est un facteur de risque du suicide touchant une grande quantité de personnes. L'isolement peut être causé par la perte d'un proche, l'isolement géographique, la déficience physique, les enjeux de santé mentale, la stigmatisation liée à la santé mentale, les conflits familiaux, les personnes laissées derrière, etc. Ces facteurs sont liés aux expériences des membres des sous-groupes (Lai et al., 2017 : 764). Le fait d'être dans une situation sociale minoritaire peut amener de la discrimination et des difficultés d'intégration qui débouchent dans un isolement social.

Les parcours migratoires et la situation sociale minoritaire affectent grandement les réseaux sociaux et la famille. Une revue systématique portant sur le suicide et sa prévention chez les personnes appartenant à la diversité culturelle et linguistique constate que la moitié des études incluses trouvent un lien entre le réseau social et familial et les comportements suicidaires (Bowden et al., 2020 : 310). Les situations identifiées incluent la séparation des familles pour une longue durée, voire indéfiniment, la difficulté à trouver des personnes avec qui nouer des liens dans la société d'accueil, les barrières de la langue, la discrimination et la pauvreté qui peuvent contribuer à l'isolement social, ainsi que les inquiétudes pour les proches restés dans le pays d'origine surtout en cas de conflits ou de contexte difficile, etc. Toutes ces situations sont bien étudiées dans la littérature sur la migration et la santé mentale (Hynie, 2018; Moreau et al., 1999) et le suicide (Bowden et al., 2020; Chung, 2012; Hagaman et al., 2016; Han et al., 2013; Heredia Montesinos et al., 2019).

Ces facteurs de séparation et d'isolement liés au processus migratoire sont spécialement présents chez les personnes réfugiées qui ont souvent dû quitter rapidement leur pays d'origine (Hynie, 2018; Saunders et al., 2019). Une revue systématique récente a montré que le manque de soutien social prédit la dépression chez les personnes réfugiées cinq ans ou plus après le déplacement, et ce, dans toutes les publications analysées (Bogic et al. 2015, cité dans Hynie, 2018). Une étude québécoise portant sur la séparation familiale des personnes réfugiées (n = 113) a montré que 80 % d'entre elles ont vécu des séparations de leur conjoint·e et/ou de leurs enfants, et ce, pour une durée moyenne de trois ans à l'époque de l'étude (Moreau et al., 1999).

5.6 FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET DÉQUALIFICATION SOCIOPROFESSIONNELLE

Le chômage, la pauvreté et le stress économique ont des effets sur la santé physique et mentale. Ils sont aussi associés au suicide. La recherche a permis de démontrer une corrélation positive du sous-emploi, du manque d'opportunité économique, des récessions, des taux d'intérêt et des évictions sur les taux de suicide (Berk et al., 2006; Fowler et al., 2015; Nordt et al., 2015; Skinner et al., 2023). Les conditions socio-économiques agissent de façon complexe sur le bien-être mental et physique ainsi que sur le suicide (Stack et Wasserman, 2007)⁹.

La pauvreté, les inégalités de revenu et le stress financier sont plus importants chez les personnes immigrantes, réfugiées, racisées et les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires que chez les personnes blanches nées au Canada (Hansson et al., 2009 : 16)¹⁰. Au niveau provincial, la différence entre le nombre de personnes immigrantes sous le seuil de faible revenu après impôt¹¹ et celui des personnes non immigrantes présente un écart plus important au Québec (16,4 % des immigrant·e·s versus 7,5 % des non-immigrant·e·s) qu'en Ontario, en Colombie-Britannique et que dans l'ensemble du Canada (13 % versus 7,3 %) (Statistique Canada, 2018). Seules les provinces de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick présentent au Canada des iniquités plus importantes que le Québec sur cet indicateur. Le revenu inférieur et même la perception d'un revenu inférieur ont des conséquences directes importantes pour la santé mentale. La pauvreté et le stress financier affectent aussi la recherche d'aide, en particulier lorsqu'il faut payer pour recevoir des services rapidement, comme c'est le cas au Québec et au Canada (MHCC, 2019 : 8).

9 On peut toutefois rapidement observer des corrélations au Québec. Par exemple, à Montréal, si l'on compare les taux de suicide des secteurs selon leurs indices de défavorisation sociale, on constate que les taux de suicide sont de 5,6 par 100 000 personnes-année pour les secteurs dans le quintile le plus favorisé et de 15,6 pour les secteurs dans le quintile le moins favorisé (Blanchard & Poirier-Veilleux, 2019 : 9).

10 En 2016, le revenu médian des personnes immigrantes au Canada était inférieur de 6000 \$ à celui des non-immigrant·e·s et le revenu des immigrant·e·s récent·e·s (2011 à 2016), de 13 400 \$ inférieur. Celui des personnes racisées était de 11 024 \$ inférieur (MHCC, 2019 : 8).

11 L'indicateur utilisé par Statistique Canada est les « seuils de faible revenu après impôt ». Il désigne « les seuils de revenu [...] en deçà desquels les familles économiques ou les personnes hors famille économique consacraient une part plus importante que la moyenne de leur revenu après impôt aux besoins primaires comme la nourriture, le logement et l'habillement. » (<https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/ref/dict/az/Definition-fra.cfm?ID=fam019>)

Les défis chez les demandeurs d'asile sont la plupart liés aux craintes d'être déportés, délais de traitement de leur demande, manque de permission de travailler/étudier, ce qui a un impact sur leur qualité de vie tout en vivant avec les traumatismes subis dans leur pays d'origine qui ont précipité leur départ.

- Agente de relation humaine, sondage

Les personnes immigrantes passent d'un système socio-économique à un autre. Elles sont alors susceptibles d'occuper des emplois pour lesquels elles sont surqualifiées (la déqualification) et de perdre un statut socio-économique. En effet, malgré un taux de détention de diplôme plus important chez les personnes immigrantes (MHCC, 2019 : 11), on observe de grandes inégalités de revenus avec la population née au Canada. Une partie de l'explication est la non-reconnaissance des diplômes qui contraint plusieurs personnes à occuper des emplois pour lesquels elles sont surqualifiées. Cette surqualification est négativement associée à la satisfaction par rapport à la vie chez les populations immigrantes canadiennes (Frank et Hou, 2017). La déqualification peut aussi s'accompagner d'une perte de statut social par rapport à la situation prémigratoire. Le maintien du statut socio-économique après la migration a été associé à une meilleure santé mentale chez les personnes réfugiées (Porter et Haslam, 2005 : 608). Malgré les ressources financières, le capital social et les diplômes qui peuvent accompagner un statut socio-économique élevé avant la migration, la perte de statut a une incidence préjudiciable sur la santé mentale (Porter et Haslam, 2005 : 610).

En raison des difficultés liées aux parcours pré-, péri- et post-migratoire, les personnes réfugiées ou en demande d'asile peuvent vivre des difficultés financières et d'intégration à l'emploi plus importantes que les autres types de migrant-e-s. Contrairement aux personnes immigrantes volontaires, les personnes réfugiées n'ont pas pu décider des paramètres de leur migration ainsi qualifiée de « forcée ». Elles sont donc plus susceptibles d'avoir peu de ressources à l'arrivée et de rencontrer des barrières à l'intégration professionnelle des nouveaux arrivants comme la méconnaissance des langues officielles, la difficulté à faire reconnaître des acquis, le manque d'expérience de travail au Canada et l'absence de réseaux sociaux pouvant faciliter l'accès à certains emplois (Chen et al., 2010; Hynie, 2018). Une étude canadienne (n = 2685) a montré que les personnes réfugiées sont plus susceptibles que les immigrant-e-s volontaires d'être surqualifiées pour leur travail (Chen et al., 2010). En effet, une différence significative a été démontrée alors que 67 % des personnes réfugiées participant à l'étude étaient surqualifiées par rapport à leurs expériences de travail antérieures contre 43 % des immigrant-e-s travailleur-euse-s qualifié-e-s. Les effets néfastes pour la santé mentale ont été constatés pour tous les types de migrant-e-s considérés dans l'étude. Démontrant l'effet de l'emploi sur la santé mentale, une étude internationale a permis de constater que les risques de problèmes de santé mentale sont plus élevés pour les personnes réfugiées résidant dans des pays où elles n'ont pas le droit de travailler (Porter et Haslam, 2005).

L'accès au logement est aussi un déterminant de la santé mentale. Les politiques migratoires et les pratiques des propriétaires telles que l'exigence des dépôts de garantie, la discrimination

ou la dissimulation de vice peuvent exclure les personnes réfugiées ou en demande d'asile des logements salubres et des quartiers sécuritaires et mieux desservis (Hynie, 2018 : 300). Le manque de ressources, la discrimination et les difficultés d'accès à un emploi stable et bien rémunéré limitent l'accès au logement sécuritaire et de qualité pour les personnes réfugiées (Hynie, 2018; S. S. Y. Li et al., 2016). Les logements peu adéquats dans lesquels les personnes réfugiées sont susceptibles de se trouver entraînent, entre autres choses, des risques liés à la surpopulation des logements, l'exposition à des matériaux toxiques et l'insalubrité (Hynie, 2018; Springmann et al., 2019).

Les personnes en demande d'asile rencontrent les mêmes barrières d'accès au marché du travail mentionnées pour les personnes réfugiées auxquelles il faut ajouter des complications supplémentaires liées à l'obtention et au renouvellement du permis de travail. Si les démarches ont été exécutées le plus tôt possible et selon les procédures, ce dernier peut être reçu dans les 30 jours suivant la demande d'asile. De nombreux obstacles pratiques peuvent rendre ce délai minimal plus long. De plus, les personnes en demande d'asile, tout comme les personnes réfugiées, arrivent généralement avec très peu de ressources au Québec. À ceci peuvent s'ajouter des dettes liées au parcours migratoire et des frais juridiques liés à la demande d'asile, l'obtention d'un permis d'emploi ou encore les frais médicaux imposés par certaines institutions malgré la couverture médicale à laquelle les personnes en demande d'asile ont droit (Chase et al., 2017).

5.7 TRANSITION, STATUT ET DÉTENTION EN CONTEXTE DE MIGRATION

Le désespoir, le sentiment de non-appartenance et l'impression d'être un fardeau sont des déterminants bien documentés du suicide (Beck et al., 2006; Joiner, 2005) et sont affectés par l'expérience migratoire. Les attentes qui animent le projet migratoire peuvent être déçues face aux conditions adverses de la société d'accueil : déqualification, accès compliqué au logement, manque de soutien gouvernemental, difficulté à naviguer dans le système de santé, discriminations, pertes de liens sociaux et isolement. La déception des espoirs investis dans le projet peut se traduire en sentiment de désespoir (Zaheer et al., 2018 : 519). La réorganisation majeure des liens sociaux liés à la migration et les barrières à l'intégration dans la communauté ou la société d'accueil peuvent diminuer le sentiment d'appartenance. De plus, la déqualification socio-économique, la perte de statut et les difficultés à remplir les rôles traditionnels comme celui de l'homme pourvoyeur, ainsi que les perceptions négatives des personnes migrantes peuvent s'ajouter aux épreuves de la migration et créer un sentiment d'être un fardeau pour ses proches, sa communauté ou la société. Les difficultés liées à l'obtention d'un statut peuvent se traduire en sentiment de défaite puis d'enfermement dans une situation sur laquelle on a peu de contrôle (Ratkowska et De Leo, 2013 : 130).

Les procédures de demande d'asile, ainsi que les incertitudes et déceptions qui y sont liées sont des déterminants de la santé mentale importants pour les personnes en demande d'asile (Posselt et al., 2020). L'absence de statut a été mise en relation avec une plus grande prévalence du sentiment de non-appartenance et de comportements suicidaires dans une étude états-

unienne comparant les personnes nées à l'étranger avec et sans statut (Venta et al., 2022). L'absence de statut est aussi mise en relation avec la peur d'être harcelé-e, mis-e à mal ou déporté-e. Dans une étude faite aux Pays-Bas, Goosen et al. (2011) repèrent l'incertitude liée au statut comme le plus important facteur de stress lié au suicide des personnes en demande d'asile. Une étude australienne constate que, comparées aux personnes en demande d'asile détenant un visa permanent originaire du même pays et ayant des diagnostics de santé mentale similaires, celles qui avaient un visa temporaire présentaient des symptômes psychiatriques plus sévères (Momartin et al., 2006). La longueur de détermination du statut (S. S. Y. Li et al., 2016 : 3) ainsi que la durée du parcours migratoire (Hynie, 2018 : 299) ont aussi été associées à une dégradation de la santé mentale. L'incertitude liée au statut est affectée par les changements qui peuvent advenir sur le plan législatif. Les changements de loi liés au statut ont pu être mis en relation avec la souffrance exprimée et l'automutilation chez les personnes en demande d'asile en détention en Australie (Hedrick et al., 2019, 2020) et avec le suicide chez les personnes migrantes détenues aux États-Unis (Erfani et al., 2021).

Le rejet du statut est aussi un facteur de risque et un événement précipitant important. Une étude suédoise a montré que sur 88 tentatives de suicide des personnes en demande d'asile, plus du tiers (39 %) étaient commises après un rejet récent¹² de la demande (Sundvall et al., 2015). Ces incertitudes peuvent être comprises comme engendrant un sentiment de perte d'espoir, qui, en regard des situations des personnes en demande d'asile, a pu être qualifié de « désespoir légal » (Procter et al., 2018, notre traduction). Le désespoir ici n'est pas compris seulement en relation avec l'état de santé mentale de la personne et sa capacité à envisager un futur heureux, mais relativement à un horizon travaillé par des facteurs sociaux, politiques et économiques largement indépendants de la volonté et de la capacité d'agir de la personne en proie au désespoir (Kirmayer, 2022 : 8). Le rejet de la demande d'asile a été identifié comme un événement précipitant du suicide dans les consultations.

À cette incertitude peut s'ajouter des séjours en détention dans des établissements sécurisés dédiés aux personnes migrantes ou encore dans des prisons qui affectent négativement la santé mentale et augmentent de façon très considérable le risque d'automutilation (Goosen et al., 2011; Hedrick et al., 2019). La détention engendre un sentiment de perte de contrôle et est propice à réveiller des traumatismes chez les personnes en demande d'asile (Posselt et al., 2020 : 16). La détention dans des centres d'immigration a été identifiée comme un des facteurs de risque du suicide principal pour les personnes en demande d'asile en Europe (Gargiulo et al., 2021). Les conditions et le recours à la détention sont influencés par les attitudes envers la migration. Dans une étude observationnelle portant sur les suicides dans les centres de détention à la frontière américaine de 2010 à 2020, Erfani et al. (2021) ont pu constater en 2020 une multiplication des taux de l'ordre de 5,3 fois la moyenne des années 2010 à 2019, passant ainsi de 3,3 à 17,4 par 100 000 personnes-année. Les chercheur-euse-s avancent deux explications pour cette augmentation abrupte : la détérioration des services de santé mentale dans les centres de détention et les effets de la COVID-19 sur les processus migratoires coïncant beaucoup de

12 Délai non spécifié dans l'étude.

gens dans les centres. Les mauvaises conditions dans ces établissements, particulièrement aux États-Unis, ont pu être décrites comme résultant d'une criminalisation des personnes migrantes et de faillites organisationnelles normalisées par l'indifférence (Marquez et al., 2021). La rapidité et l'arbitraire de la détention, l'extraction de la personne de ses assises sociales, l'amputation de l'horizon du projet migratoire et les conditions souvent sous-optimales des centres de détention ont des effets importants sur la santé mentale. La limitation du recours à la détention des personnes migrantes a été suggérée par la Commission de la santé mentale du Canada (MHCC, 2016 : 7).

6. FACTEURS DE PROTECTION CHEZ LES SOUS-GROUPES

6.1 RAISONS DE VIVRE, STRATÉGIES D'ADAPTATION ET RÉSILIENCE

On appelle stratégies d'adaptation les actions et réactions que peuvent engager les individus ou les groupes afin de résoudre des problèmes et contribuer à maintenir un état de bien-être. Les façons de percevoir, d'évaluer et d'agir sur un problème ou bien de réguler ses émotions forment un grand éventail de stratégies. Certaines stratégies d'adaptation peuvent engendrer des effets positifs sur le court terme, mais avoir des effets négatifs à long terme. Renoncer à apporter des solutions à un problème ou consommer de l'alcool de façon abusive sont des exemples d'adaptation négative (Zhang et al., 2013 : 405). Le développement et le renforcement de ces stratégies d'adaptation s'avèrent particulièrement importants lors des périodes de stress élevé et de transition (Mental Health Foundation, 2013 : 3).

La résilience est la capacité individuelle ou collective à s'adapter aux événements négatifs, à retourner rapidement à un état de stabilité, à diminuer les comportements à risque et à s'épanouir dans des circonstances adverses (OMS, 2021a : 29). Les raisons de vivre sont les motifs qui font en sorte que l'on choisit la vie lorsque l'on considère l'option du suicide. Ces raisons peuvent être considérées comme une source de résilience (Van Zyl, Phan, et al., 2022 : 817). La promotion de stratégies d'adaptation est aussi une façon de renforcer la résilience individuelle et communautaire (Mental Health Foundation, 2013 : 3). La culture et l'expérience migratoire influencent les modes d'adaptations auxquels une personne, une famille ou une communauté ont recours, ainsi que les raisons de vivre dans lesquelles la personne peut puiser (Acharya et Northcott, 2007; Alegria et al., 2010; Kirmayer et Jarvis, 2019; Pottie et Magwood, 2019; Utsey et al., 2000).

6.1.1 Raisons de vivre et de mourir

Le maintien de raisons de vivre est considéré comme une stratégie d'adaptation positive et un facteur de protection du suicide. La culture et la religion fournissent, et souvent déterminent, le poids des raisons de vivre et de mourir. À titre d'exemple, l'orientation collectiviste d'une personne peut faire en sorte que l'impact du suicide sur ses proches agisse comme une raison de

vivre particulièrement forte (Rogers et Whitehead, 2014 : 269). L'inventaire des raisons de vivre (IRV) sert à explorer ces raisons. Il a été traduit et adapté à plusieurs contextes culturels nationaux (R. Labelle et al., 1996; Linehan et al., 1983; Van Zyl, Phan, et al., 2022). L'IRV contient six sous-échelles (survie et adaptation, responsabilités familiales, considérations pour les enfants, peur du suicide, peur de la désapprobation sociale, objections morales) validées auprès de plusieurs sous-groupes. Les éléments de cet inventaire sont non-exhaustifs et d'autres raisons de vivre parfois plus spécifiques à l'expérience de la personne peuvent être explorées. Aussi, les personnes appartenant à différents groupes ethnoculturels obtiennent des résultats généralement différents selon les sous-échelles, ce qui indique que des facteurs de protection spécifiques peuvent être mobilisés chez différents groupes.

Chaque personne puise ses raisons de vivre ou de mourir dans un bagage personnel et culturel. Les personnes latino-américaines et afro-américaines rapportent plus de raisons de vivre que les personnes blanches (Morrison et Downey, 2000; M.-C. Wang et al., 2013). Les raisons de vivre liées à la famille et à l'évaluation positive de soi ont été montrées comme réduisant les comportements suicidaires via une réduction des symptômes dépressifs pour les personnes afro-américaines (M.-C. Wang et al., 2013 : 142).

Pour les personnes ayant un parcours migratoire, l'entretien d'espoirs pour les générations futures peut être une raison de vivre particulièrement forte (Zaheer et al., 2018). La migration, qu'elle soit volontaire ou forcée, est une transition majeure dans laquelle beaucoup d'espoirs peuvent être investis. Bien que certaines expériences puissent entraîner des déceptions et même engendrer du désespoir (voir section 5.7.), l'investissement dans le projet migratoire et l'entretien d'espoirs sont des raisons de vivre spécifiques qui peuvent être renforcées en assistant la personne dans ce projet.

6.1.2 Objections morales au suicide

La culture fournit des évaluations et objections morales au suicide (Chu et al., 2010; Linehan et al., 1983). Les évaluations morales négatives du suicide sont considérées comme des facteurs de protection contre celui-ci (CDC, 2023; Lizardi et al., 2008 : 2). Elles sont souvent liées à la religion et à la spiritualité. Opposé à cette possibilité en raison de considérations morales, l'individu peut moins avoir tendance à considérer l'option de se suicider. La personne évoluant dans un milieu où le suicide est jugé négativement peut aussi être plus inquiétée par l'impact de ses comportements suicidaires sur ses proches. La crainte d'amener le déshonneur à ses proches peut être un dissuasif efficace pour ne pas passer à l'acte (Rogers et Whitehead, 2014 : 269). Des études menées aux États-Unis ont permis de constater que les personnes afro-américaines entretiennent plus d'objections morales au suicide que les personnes blanches (Ammerman et al., 2020; Morrison et Downey, 2000; M.-C. Wang et al., 2013). L'adversité peut être conçue comme normale et le suicide comme une réponse illégitime chez les personnes afro-américaines (Walker et al., 2014 : 219).

L'exploration des raisons de vivre et de mourir ainsi que des évaluations morales du suicide peut servir de véhicule pour mieux comprendre la vision du monde et les attitudes de la per-

sonne (Rogers et Whitehead, 2014 : 269; Van Zyl, Phan, et al., 2022). Cette exploration fournit des ressources culturellement pertinentes pour la personne afin de définir des objectifs à atteindre et consolider ses facteurs de protection.

6.1.3 Prise en compte de la discrimination et stratégies d'adaptation

Les personnes appartenant à des communautés minoritaires sont souvent confrontées à des discriminations. Face à cette expérience négative, plusieurs développent des stratégies d'adaptation qui peuvent être bénéfiques pour affronter l'adversité et ainsi diminuer le risque de suicide (Polanco-Roman, Hollingsworth, et al., 2022 : 726). L'expérience du stress minoritaire peut favoriser le développement d'une résilience qui aide à s'adapter à la discrimination. Ainsi, les personnes LGBTQIA+ racisées pourraient être plus résilientes face à la discrimination basée sur le genre ou l'orientation sexuelle en raison de leur expérience du racisme (Rosales et al., 2023 : 110). Dans un esprit de prévention du suicide, il est possible d'outiller les personnes victimes de discrimination pour mieux gérer les stress qui en découlent en leur apprenant à reconnaître cette discrimination, à détecter les sources extérieures de leur détresse (l'adversité) par opposition aux causes internes (sa propre faiblesse) et, finalement, à éviter de se blâmer soi-même pour cette situation (Goodwill et al., 2021; Willemen et al., 2023). Le sentiment de contrôle peut aussi être renforcé pour aider les individus à gérer la détresse engendrée par un environnement où l'expérience de discrimination est récurrente. Des thérapies visant à renforcer ces capacités d'adaptation existent (Robinson et al., 2021).

En plus de puiser dans les registres culturels, les stratégies découlent de la spécificité des expériences sociales et historiques du groupe qui, face à l'adversité, peut démontrer de la résilience en réussissant à maintenir sa cohésion et s'épanouir (Utsey et al., 2000 : 195). Ces stratégies d'adaptation et la résilience qui en découle sont socialement transmises et partagées par les membres d'une même communauté. Encourager un partage de ces expériences et des stratégies d'adaptation peut être pertinent pour la prévention du suicide (Walker et al., 2014 : 218).

S'enquérir de l'expérience de discrimination auprès des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires a été recommandé dans la littérature sur le suicide (Benton, 2022; Chu et al., 2013; Meza et Bath, 2021; Polanco-Roman, Anglin, et al., 2019; Polanco-Roman et al., 2021; Shepherd et al., 2023). En raison de la valeur pouvant être accordée à la démonstration d'une force émotionnelle, il se peut que les personnes ne signalent pas d'elles-mêmes ces enjeux (Yue et Syed, 2021 : 3). Avoir une connaissance des effets multiples de la discrimination permet aux professionnel·les de mieux comprendre la réalité et de mieux assister des personnes (Kirmayer et Jarvis, 2019 : 17; Polanco-Roman, Hollingsworth, et al., 2022 : 728).

Les outils standardisés pour rendre compte des stratégies d'adaptation ou des raisons de vivre peuvent ne pas refléter les spécificités des sous-groupes (Utsey et al., 2000 : 195). Porter attention aux ressources et aux modérateurs culturels du bien-être est suggéré comme approche de psychologie positive chez les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires (Walker et al., 2014 : 216). Diverses interventions culturellement adaptées ont été proposées

pour développer les stratégies d'adaptation, renforcer les raisons de vivre, diminuer les comportements à risque et consolider la résilience (Robinson et al., 2021; Walker et al., 2014 : 217; M.-C. Wang et al., 2013 : 640). Les approches basées sur les forces et les solutions peuvent puiser dans les ressources spécifiques des personnes (raisons de vivre, stratégies d'adaptation culturelles, spiritualité, etc.) et s'adapter au contexte communautaire (Van Zyl, Phan, et al., 2022; Van Zyl, Regmi, et al., 2022).

6.1.4 Parcours migratoire et résilience

Le parcours migratoire est une transition qui demande et permet de développer une grande variété de stratégies d'adaptation. Tout au long du parcours, la personne doit s'adapter à des circonstances nouvelles et souvent adverses qui demandent de la créativité et de bonnes capacités de résolution de problèmes. Les personnes ayant réussi à s'établir dans un autre pays démontrent souvent par le fait même de bonnes capacités d'adaptation. Considérant les enjeux relationnels de la migration et les barrières potentielles à l'intégration, les stratégies d'adaptation suggérées doivent correspondre aux valeurs de la personne immigrante et miser sur le renforcement de la fierté envers ses bagages culturels de façon à diminuer les sentiments d'être un fardeau ou de non-appartenance (Venta et al., 2022 : 9).

Les personnes ayant décidé de fuir des persécutions (les personnes réfugiées ou en demande d'asile) sont susceptibles d'avoir des attitudes face à l'adversité et des croyances adaptatives fortes (Hollander et al., 2020 : 691). Les aptitudes d'adaptation permettent, entre autres, de diminuer le stress acculturatif une fois que ces personnes arrivent au pays d'accueil (Ratkowska et De Leo, 2013 : 125). La thérapie par exposition à la narration a été développée pour les personnes réfugiées ou en demande d'asile et est efficace pour les traumatismes complexes (Turrini et al., 2017). Bien que peu documentée spécifiquement pour le suicide (N. Procter et al., 2023; Tunno et al., 2021), une approche sensible au traumatisme est recommandée avec les personnes réfugiées (Ingram et al., 2022)¹.

Les moyens qu'on trouve utiles sont leurs propres communautés et croyances qui sont également leurs repères.

- Agente de relations humaines, sondage

Les personnes ayant fui des conditions souvent violentes dans l'espoir d'une meilleure vie peuvent vivre la stigmatisation à leur égard comme un obstacle à leur épanouissement dans ce nouveau contexte pourtant rempli de promesses. Les discriminations deviennent des déterminants plus importants de la santé mentale que l'expérience prémigratoire (voir section 5.1.) et les obstacles à l'intégration engendrent des déceptions qui peuvent tourner en désespoir (voir sections 5.4. et 5.7.). Les approches basées sur les forces des personnes peuvent s'accompagner de stratégie de revendication des droits dans une perspective de prévention socio-écologique.

¹ Des ressources existent au CERDA : <https://cerda.info/bien-etre-et-sante-mentale-des-personnes-refugiees/>

Face aux adversités du parcours migratoire, la méfiance peut devenir un mécanisme d'adaptation (Essex et al., 2022 : 561) aux effets potentiellement nuisibles à l'adaptation dans la société d'accueil et la recherche d'aide en cas de détresse. Sur ce point, en raison des méfiances particulières que ces groupes sont susceptibles de développer, il a été recommandé par un panel d'expert·e·s et de personnes ayant une expérience vécue de bien prendre le temps d'informer les personnes réfugiées et immigrantes sur les raisons et la façon de procéder si un appel à la police doit être effectué lors d'une intervention (Colucci et al., 2018a : 7). De façon plus générale, une approche de prévention basée sur les droits de la personne peut contribuer à atténuer cette méfiance et agir sur les facteurs structureaux de la détresse.

6.2 SENTIMENT D'APPARTENANCE

Tel que présenté dans le chapitre précédent, les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et les personnes réfugiées ou en demande d'asile rencontrent maints défis liés à l'intégration, au sentiment d'appartenance, au soutien social et à la participation à la société d'accueil. Les différents types de discrimination et la déqualification peuvent décourager la participation au marché de l'emploi. La séparation familiale et la perte du réseau social engendrées par le projet migratoire peuvent isoler les individus. Enfin, les défis de l'intégration peuvent occasionner des tensions familiales et communautaires qui nuisent au bien-être des individus comme des communautés. Cependant, des facteurs de protection peuvent contrebalancer ces facteurs de risque. En effet, le renforcement de l'identité ethnique, du soutien social, de la participation communautaire, à l'école et au marché de l'emploi, ainsi que la diminution des conflits intergénérationnels et de la discrimination permettent d'œuvrer au bien-être des individus et des communautés.

Un bon sentiment d'appartenance à la société est considéré comme un facteur de protection, et ce, pour la population générale. Son envers, le sentiment de non-appartenance, est un déterminant du suicide bien connu et étudié dans la littérature (Joiner, 2005). Le sentiment d'appartenance présente des enjeux particuliers pour les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et les personnes réfugiées ou en demande d'asile. Par exemple, il peut être difficile à développer considérant la discrimination dont peuvent faire l'objet ces populations en raison de leur apparence, leur statut ou leur religion (Petti et Chen, 2019; Venta et al., 2022).

6.2.1 Sens fort de l'identité ethnoculturelle

Dans le contexte de ces populations, un bon sentiment d'appartenance peut passer par l'identité ethnoculturelle. Nous définissons l'identité ethnoculturelle² comme la signification qu'attribue un individu à son identification à un groupe ethnoculturel, c'est-à-dire un groupe de

² Selon les différents textes consultés, le concept est parfois appelé « identité ethnique » (ethnic identity) (Oakey-Frost et al., 2021; Polanco-Roman & Miranda, 2013) ou « identité ethnoculturelle » (ethno-cultural identity) (Lai et al., 2017). Bien qu'il existe des différences au niveau de la définition de ces deux concepts dans la littérature scientifique dans différentes disciplines, « identité ethnique » et « identité ethnoculturelle » semblent être définis de manière assez semblable dans les textes consultés de la littérature sur le suicide concernant les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et les personnes réfugiées ou en demande d'asile.

personnes avec lequel il partage un héritage culturel et des traditions (Chavez et Guido-DiBrito, 1999, cités dans Oakey-Frost et al., 2021; Rudes et Fantuzzi, 2022). Cela renvoie à l'adhésion à des valeurs, des croyances, des normes et des pratiques associées à l'appartenance à un groupe ethnoculturel donné, ainsi qu'à la participation à des activités culturelles et des traditions (Lai et al., 2017).

Un sens fort de l'identité ethnoculturelle s'est montré protecteur contre des comportements suicidaires et a été associé à un risque suicidaire moins élevé chez plusieurs groupes ethnoculturels. Oakey-Frost et al. (2021) ont conclu qu'une identification forte à l'identité hispanique/latino renforce le sentiment d'appartenance à la communauté ethnique et/ou à la famille, ce qui protège des sentiments d'être un fardeau et de non-appartenance, ainsi que du risque suicidaire. Lai et al. (2017) ont rapporté plusieurs études qui démontrent qu'un fort sens de l'identité ethnoculturelle chez les personnes latino-américaines et afro-américaines protégeait contre les idéations suicidaires et les tentatives de suicide, tandis qu'un sens plus faible de l'identité ethnoculturelle constituait un facteur de risque. Quant aux personnes asiatiques-américaines, il y a une association positive entre l'identité ethnoculturelle et la diminution de la probabilité d'une tentative de suicide (R. Lane et Miranda, 2018 : 3). D'autres recherches suggèrent également un lien entre un sens fort de l'identité ethnoculturelle et des symptômes plus bas de dépression et de suicidalité (Rudes et Fantuzzi, 2022).

À cet effet, il a été recommandé que les clinicien-ne-s prennent en compte le développement d'une identité ethnoculturelle forte, à partir de laquelle des stratégies d'adaptation pourraient être identifiées pour lutter contre les effets négatifs du stress lié à la culture et l'intégration (Polanco-Roman et Miranda, 2013). De plus, il est conseillé que les services qui se veulent adaptés à la culture et au contexte prennent en considération l'absence d'un sentiment d'appartenance que peut ressentir une personne qui reçoit des services (Venta et al., 2022).

Un élément qui semble favoriser un sens plus fort de l'identité ethnoculturelle est la densité ethnique élevée, cette dernière faisant référence à la concentration d'individus appartenant à un même groupe ethnique dans les quartiers de résidence (Chu et al., 2010; Saunders et al., 2019). En effet, cette densité permet la préservation des liens avec la culture d'origine, en plus d'offrir du soutien social (Chu et al., 2010). Malenfant (2004) a établi un lien entre la concentration élevée de populations immigrantes dans les villes de Montréal, Toronto et Vancouver et les taux de suicide plus bas observés chez ces populations que chez celles habitant ailleurs au Canada. Il avance ainsi que c'est « l'existence de collectivités ethnoculturelles » dans ces villes qui pourrait expliquer ces taux de suicide plus faibles (Malenfant, 2004 : 15). Les études portant sur ce phénomène mentionnent aussi que vivre en milieu urbain confère des avantages comme un meilleur accès aux services de santé mentale (Pan et Carpiano, 2013; Ratkowska et De Leo, 2013) (voir section 2.2.).

Bien que l'attachement à l'appartenance à un groupe ethnoculturel soit généralement considéré comme un facteur de protection, certaines études ont plutôt rapporté une association entre une augmentation du risque suicidaire et une plus grande adhésion à la culture d'origine

d'un individu. Ces résultats mettent en lumière la participation à la société d'accueil comme un autre facteur de protection (Bowden et al., 2020). Ces deux constats peuvent paraître contradictoires si le développement d'un bon sentiment d'appartenance est appréhendé selon une vision dichotomique, c'est-à-dire, en mettant en opposition l'attachement à la culture d'origine et la participation à la société d'accueil. Or, tel que la complexité du processus d'acculturation le démontre, le développement d'un bon sentiment d'appartenance ne peut se réduire uniquement à ces deux éléments puisque le sens attribué à ce processus varie selon les individus (Grégoire Labrecque, 2014).

6.3 SOUTIEN SOCIAL

Ici entendu comme le fait de solliciter des individus, groupes ou organisations et d'y avoir accès pour faire face à des conditions défavorables ou des facteurs de stress qui surviennent dans la vie d'un individu (Pearlin, Menaghan, Lieberman, et Mullan, 1981, cités dans Kim, 2021 : 2), le soutien social a été identifié comme un facteur de protection par plusieurs études (Bowden et al., 2020; Reed et al., 2021). Il peut, entre autres, contrebalancer certains facteurs de risque engendrés par la migration, tels que l'isolement et les conflits intergénérationnels. Par exemple, Rousseau et Frounfelker (2019) nomment le soutien de la famille, des pairs et de la communauté comme étant des facteurs de protection pour les personnes migrantes.

6.3.1 Soutien social perçu/reçu

Quelques études font la distinction entre le soutien social perçu et le soutien social reçu. Le premier renvoie à la perception de la disponibilité de soutien, alors que le deuxième concerne le soutien concrètement reçu du réseau d'un individu (Wethington et Kessler, 1986, cités dans Kim, 2021 : 2). La plupart des études sur le soutien social perçu arrivent à la conclusion qu'il y a une association positive avec la santé mentale, tandis que celles sur le soutien social reçu observent soit aucune association, soit une relation négative (Lakey et Orehek, 2011, cités dans Kim, 2021 : 2). Ce genre de conclusion montre l'importance du sentiment subjectif de la personne, à quel point elle se sent accueillie, soutenue, entendue.

Une étude sur des jeunes Somalien-ne-s aux États-Unis a entre autres trouvé que les liens familiaux et la perception de la présence d'adultes bienveillant-e-s dans la communauté étaient associés à une diminution du risque de symptômes de dépression, de suicidalité et d'automutilation (Wilhelm et al., 2021). Une recherche sur des personnes afro-américaines suggère que détenir un réseau de soutien social protège contre les idéations suicidaires (Reed et al., 2021).

6.3.2 Soutien social et recherche d'aide

Le soutien social influence également la recherche d'aide, et une relation positive existerait entre les deux (Bowden et al., 2020). Quelques études ont rapporté que les membres de différents groupes ethnoculturels avaient davantage tendance à se tourner vers leurs réseaux (ami-e-s, famille, lieu de culte) en temps de crise, plutôt que de consulter des professionnel-le-s. Puisque la sous-utilisation des services par les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et les personnes réfugiées ou en demande d'asile est un enjeu

bien documenté dans la littérature, outiller les personnes constituant le réseau social pourrait être une solution à envisager pour la prévention du suicide. L'initiative des sentinelles en est un exemple. En effet, il s'agit d'impliquer et de former des personnes qui sont vues comme des leaders dans leur communauté à détecter le risque suicidaire (Meyerhoff et al., 2018). Ce sont généralement des personnes qui entrent en contact régulièrement avec des individus qui peuvent présenter un risque suicidaire. Il peut s'agir par exemple de leaders religieux, d'aîné·e·s dans la communauté ou de personnel enseignant.

6.3.3 Participation communautaire

Plusieurs recommandations centrées sur le renforcement du soutien social par la participation communautaire ont été formulées dans la littérature. Miser sur les liens sociaux existants et travailler sur la création de nouveaux liens pourraient être des stratégies prometteuses pour la prévention du suicide, surtout quand le réseau social a été perturbé et fragilisé par la migration (Chase et Sapkota, 2017). Certain·e·s chercheur·euse·s suggèrent par exemple des approches d'intervention de groupe impliquant la communauté, la construction d'un réseau social et des interventions fondées sur les réseaux (Chase et Sapkota, 2017; Xiao et Lindsey, 2022). Les interventions de groupe représentent aussi une occasion pour les membres d'une même communauté de se rencontrer et d'interagir, ce qui permet de rompre l'isolement, tout en offrant un espace pour la revendication de leurs droits et de leurs besoins (Hynie, 2018). Puisque le soutien social offert par les communautés religieuses constitue un facteur protecteur (Reed et al., 2021), collaborer avec elles pourrait faciliter l'intégration des individus et ainsi contribuer à réduire le risque suicidaire (Zaheer et al., 2018).

Cette section met en lumière la pertinence d'agir à plusieurs niveaux, c'est-à-dire de ne pas uniquement prendre en compte l'individu, mais aussi la famille et la communauté étant donné la place importante qu'elles occupent et les impacts concrets qu'elles peuvent avoir. Bien entendu, la signification accordée à ces éléments n'est pas la même pour tous les individus, ce qui oblige les stratégies de prévention à être nuancées, ainsi qu'à considérer les variations culturelles et individuelles (Chase et Sapkota, 2017; Zaheer et al., 2018).

6.4 RELATIONS FAMILIALES HARMONIEUSES

La famille et les liens de parenté forment le premier cercle de socialisation de la personne. Source potentielle de conflits interpersonnels, elle peut aussi être un environnement offrant du soutien. Dans les sociétés peu individualistes, elle revêt un rôle particulièrement important. De fait, la migration peut distendre les liens familiaux et communautaires et éroder ces filets sociaux (voir sections 5.4. et 5.5.). Les demandes multiples et parfois contradictoires de l'intégration dans une société d'accueil ou majoritaire peuvent engendrer des conflits dans la famille (voir section 5.4.). La place de la famille demeure toutefois centrale dans plusieurs milieux socioculturels. L'incidence des dynamiques familiales sur les comportements suicidaires peut être particulièrement importante chez les jeunes personnes. L'attachement et le soutien agissent comme facteurs de protection et, inversement, les conflits, la distance affective et la coupure des liens engendrent des risques (Lai et al., 2017 : 764). Dans des contextes de rela-

tions familiales tendues, voire conflictuelles, les interventions qui visent ces liens ou impliquent les membres de la famille peuvent se montrer fort efficaces pour aider la personne (Zaheer et al., 2018). La reconnaissance de la complexité des relations et des rôles familiaux s'avère utile pour la prévention du suicide (Benton, 2022; Zaheer et al., 2018 : 528).

La réparation des liens érodés par la migration ou le travail sur les difficultés liées à l'adaptation à un nouvel univers culturel et à l'intégration sociale sont des voies considérées par maintes thérapies. Lorsqu'un individu est confronté à un problème difficile à aborder, à modifier ou même à comprendre pour les membres de l'entourage, alors l'inclusion de ces personnes dans l'intervention est prometteuse. À titre d'exemple, accompagner des parents migrants à comprendre les aspirations de leurs enfants, à apprendre sur les rôles parentaux dans le pays d'accueil et à développer des aptitudes de communication sont des stratégies qui aident à diminuer les conflits intergénérationnels (Özlü-Erkilic et al., 2022 : 1679). L'éducation de la famille sur les enjeux de santé mentale et le suicide, notamment via l'école, peut aider les parents à mieux communiquer avec leurs enfants et à leur venir en aide (Özlü-Erkilic et al., 2022; Price et Khubchandani, 2017 : 540). Il est aussi possible d'outiller les jeunes pour faire face à ces conflits et améliorer la communication dans la famille (Humensky et al., 2017).

Les stratégies culturelles de résolution de problèmes peuvent accorder une place importante à la famille. La thérapie familiale basée sur l'attachement (*attachment-based family therapy*) a été montrée comme réduisant considérablement les idéations suicidaires chez les jeunes afro-américain·e·s en comparaison à des interventions de contrôle (Joe et al., 2018 : 5). Il est aussi possible d'impliquer les membres de la famille dans une approche sensible à la situation migratoire et prête à agir sur les difficultés de l'intégration (Rousseau et Frounfelker, 2019 : 4).

Les stratégies de dépistage peuvent aussi être sensibles aux enjeux liés à la famille. Considérant que les enjeux liés à l'intégration comme la discrimination peuvent s'ajouter aux conflits familiaux et les aggraver, il peut être recommandé de détecter activement les conflits familiaux chez les jeunes membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et, inversement, de dépister les idéations plus activement chez ces mêmes jeunes qui vivent des conflits familiaux (Assari et al., 2021 : 7).

6.5 L'ÉCOLE COMME MILIEU D'INTÉGRATION ET D'APPRENTISSAGE

L'école et les autres établissements scolaires comme les centres de la petite enfance ont été repérés comme des facteurs de protection de la santé mentale pour les personnes immigrantes, réfugiées ou en demande d'asile au Québec, spécialement les jeunes (Kayayan, 2023 : 33). Ces établissements permettent d'intégrer la société dans un environnement adapté aux besoins des jeunes et favorisent le développement psychosocial, l'apprentissage de la langue et l'accès aux services. L'école est aussi un lieu de rencontre et d'échange. Les cours de francisation permettent notamment aux adultes d'établir des liens au-delà de leur groupe ethnique. Inversement, l'intimidation et la discrimination peuvent sévir dans les milieux scolaires et précipiter des actes de violence auto-infligée. La population migrante présente plus de difficultés

avec les pairs et celles-ci ont été mises en relation avec le suicide (Petti et Chen, 2019). Le fait d'avoir du personnel enseignant et des pairs qui apportent du soutien favorise la recherche d'aide et diminue le risque de suicide (Bowden et al., 2020 : 313; Rudes et Fantuzzi, 2022 : 234). Un sentiment d'appartenance à l'école est associé à une plus grande résilience et à moins d'idéations suicidaires (Stark et al., 2022 : 94).

L'école est un lieu propice pour faire la promotion de la santé mentale, réduire la stigmatisation des enjeux de santé mentale, lutter contre les discriminations, repérer les personnes vulnérables ou présentant des comportements à risque et prévenir le suicide chez les jeunes personnes racisées, immigrantes ou membres des communautés ethnoculturelles minoritaires (Baiden et al., 2022; Bowden et al., 2020 : 303; Joe et al., 2018; Price et Khubchandani, 2017, 2017; Rudes et Fantuzzi, 2022; Stark et al., 2022 : 95; Wilhelm et al., 2021). Dans une approche préventive, le milieu de socialisation qu'est l'école permet de promouvoir des attitudes saines d'expression des émotions, d'encourager le soutien entre pairs, de favoriser la recherche d'aide et de développer des stratégies positives d'adaptation (CDC, 2022 : 44; Puzo et al., 2018b; Robinson et al., 2021).

6.6 PARTICIPATION À LA SOCIÉTÉ D'ACCUEIL

Tout ce qui permettra à la personne de participer à la société d'accueil peut avoir un effet positif sur sa santé mentale. Désirer, se sentir et être individuellement et collectivement efficace pour agir en société peut renforcer la santé mentale. La participation à la société passe notamment par l'accès au logement, la sécurité financière et l'emploi, l'institution scolaire, la réduction des discriminations en tout genre et l'intégration en terre d'accueil.

6.6.1 Accès au logement et à l'emploi

Réduire les difficultés financières et d'accès au logement, l'itinérance et le chômage peut réduire le risque suicidaire (CDC, 2022 : 23). Une méta-analyse a montré que l'accès à un logement stable, sécuritaire et privé a des effets positifs pour la santé mentale des personnes réfugiées lorsqu'elles arrivent en terre d'accueil (Porter et Haslam, 2005). Par rapport aux effets néfastes de déqualification, on observe que l'occupation d'un emploi correspondant à leurs compétences est associée à une bonne santé mentale chez les personnes immigrantes et réfugiées (Kayayan, 2023 : 31). Considérant les contraintes particulières des groupes ici discutés par rapport au logement et à l'emploi, offrir un soutien direct aux personnes migrantes s'avère important pour promouvoir la santé mentale et réduire le suicide (Tham et al., 2023 : 8).

6.6.2 Des milieux sans discriminations

En plus des stratégies d'adaptation à la discrimination citées plus haut, il est utile d'apporter des solutions en amont et prévenir la discrimination elle-même. Il a ainsi été suggéré de lutter contre la discrimination raciale, celle envers les minorités sexuelles (English et al., 2022 : 239), celle dans les écoles (Baiden et al., 2022 : 8) et celle envers certains groupes d'immigrant·e·s (Heredia Montesinos et al., 2019) pour diminuer la détresse, favoriser la recherche d'aide et prévenir le suicide chez ces groupes.

6.6.3 Intégration en terre d'accueil

Les politiques migratoires peuvent avoir une incidence sur la santé mentale. La prise en compte des besoins des personnes migrantes et l'accompagnement dans leur processus de migration peuvent ainsi s'avérer protecteurs. Afin de renforcer les liens sociaux mis à l'épreuve par la transition migratoire, des auteur-trice-s en appellent à une simplification des procédures administratives des réunifications familiales pour les personnes réfugiées (Moreau et al., 1999). Les études portant sur les personnes réfugiées bhoutanaises aux États-Unis ont identifié la séparation et l'isolement comme des déterminants majeurs des comportements suicidaires (Brown et al., 2019). Les personnes réfugiées participant aux études ont fait valoir que l'établissement des membres d'une même famille dans une même ville contribuerait à la prévention du suicide dans leur communauté (Hagaman et al., 2016). Ce constat pourrait ne pas s'appliquer à tous les groupes compte tenu des préférences individuelles et de l'historique de la communauté. Toutefois, une latitude dans le choix du lieu d'établissement permet aux personnes de mieux s'épanouir. Considérant les obstacles à l'intégration et leurs effets sur la santé mentale, renforcer la capacité d'agir des individus et des communautés en les informant sur les ressources et leviers d'action disponibles peut propulser vers une plus grande autonomie et de meilleures conditions de vie (Brown et al., 2019).

Une étude évaluant une intervention de groupe orientée vers le traumatisme a permis de constater que, outre l'efficacité d'une telle approche pour l'ensemble des participant-e-s, les personnes en demande d'asile ayant obtenu une réponse positive à leur demande en cours de thérapie ont montré de meilleurs résultats à celle-ci (Droždek et al., 2013). De cela, on peut déduire que la gestion du stress ou la guérison du traumatisme se font mieux lorsque les sources d'anxiété en contexte post-migratoire sont contrôlées. La gestion des problèmes est une part importante des interventions psychosociales. Ces résultats montrent que la prise en compte des difficultés liées aux démarches de demande d'asile gagne à être considérée dans les interventions.

6.7 RELIGION ET SPIRITUALITÉ

La croyance et la participation religieuses ont été associées à un risque de suicide moins élevé dans la population générale (Brandt et al., 2023 : 65). La religion est une source importante d'évaluations morales sur une multiplicité d'éléments, et le suicide ne fait pas figure d'exception. Maintes études ont permis de constater que le fait d'entretenir des conceptions du suicide comme un acte amoral ou inacceptable est associé à un risque moindre de comportements suicidaires, et ce, de façon indépendante aux effets de soutien social liés à la participation religieuse (Chu et al., 2010 : 27; Gearing et Alonzo, 2018). En d'autres mots, le seul fait d'entretenir certaines croyances et attitudes par rapport à l'acceptabilité du suicide peut agir comme facteur de protection.

La religion peut fournir des mécanismes d'adaptation, ainsi que des explications de la détresse et de l'adversité favorables à la résilience ou la guérison. Cela a été bien étudié chez les personnes immigrantes au Canada (Chaze et al., 2015). Le fait de prier, de lire les écrits spirituels,

de répéter le nom d'une divinité significative a été décrit comme une ressource spirituelle face à la dépression par des personnes pratiquantes. L'attribution de la détresse ou, inversement, de la capacité d'y faire face à une volonté extérieure peut aider certaines personnes à surmonter les épreuves. La spiritualité est aussi une ressource pour faire face aux adversités comme la discrimination et ainsi diminuer ses effets (Chaze et al., 2015).

Même si la croyance elle-même peut faire diminuer le risque suicidaire, le phénomène religieux a aussi une dimension sociale associée à une réduction du suicide (Wendler et al., 2012 : 165). Ces associations ne sont toutefois pas systématiques. Une étude a constaté qu'une participation religieuse élevée diminuait le risque suicidaire chez les personnes catholiques, mais l'augmentait chez les personnes protestantes (Moksony et Hegedűs, 2019). Des constats aussi variables de la participation aux événements religieux sur les idéations et comportements suicidaires ont pu être repérés chez les personnes latino-américaines et afro-américaines aux États-Unis (Chu et al., 2010 : 28). On observe une variation selon les groupes culturels et le genre (Chaze et al., 2015 : 95). En effet, si la religion peut offrir des ressources pour affronter l'adversité, elle peut aussi, dans certains cas, encourager la dissimulation des idéations suicidaires et alimenter la culpabilité pour ces idées. La croyance religieuse peut se formuler de façon négative comme dans une indifférence face à la mort, le questionnement de l'amour de Dieu, un sentiment d'être puni-e, etc. Ainsi, une « adaptation religieuse négative » a pu être reliée à un risque de suicide accru (Brandt et al., 2023 : 65). L'effet de la religion sur le suicide demeure contextuel (Huguelet et Mandhouj, 2013). Face à cette variabilité, il apparaît que le contexte social et culturel doit être pris en compte pour comprendre les effets de la religion sur le suicide. La religion n'est pas rencontrée, interprétée et vécue de façon identique par chaque personne croyante.

Le lieu de culte est aussi un espace de transmission et de soutien social. Il n'a pas seulement une fonction liturgique, mais peut aussi servir d'ancrage communautaire permettant la rencontre et le partage avec des personnes ayant des expériences ou un bagage culturel commun. En contexte post-migratoire et chez les communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, cette fonction peut s'avérer très importante pour la transmission des valeurs, des normes et des traditions, notamment par la rencontre des générations (Mandavia et al., 2017).

Les effets positifs de la croyance, de la pratique et de la participation religieuses peuvent servir de mécanisme de protection, mais on rapporte également que l'expérience et la croyance religieuses peuvent, dans certains cas, accentuer le risque suicidaire. Les barrières à la recherche d'aide ont été mentionnées plus haut (voir section 4.1.). La religiosité a aussi été associée à plus d'idéations suicidaires chez les jeunes personnes attirées vers les personnes du même sexe (Blosnich et al., 2020). À cet égard, les approches de prévention uniformes dans un contexte de grande diversité comme celle qui existe au Canada sont déconseillées (Lai et al., 2017 : 11). Il est recommandé d'être sensible et d'explorer avec la personne la place que la religion et la spiritualité occupent dans sa vie, sans présupposer du rôle positif ou négatif que cela joue dans sa vie et par rapport à sa détresse (Chaze et al., 2015 : 97).

7. DÉFIS ET LIGNES DIRECTRICES

Ce chapitre présente les résultats des consultations (sondage et groupes de discussion) et les lignes directrices issues de la littérature. Le chapitre suivant abordera les recommandations.

7.1 RÉSULTATS DES CONSULTATIONS

7.1.1 Sondage

Le tableau à la page suivante présente le profil des répondant·e·s au sondage.

Tableau 2 : Profil des répondant·e·s au sondage

| | | |
|--|---|--|
| 603 personnes ont répondu au sondage | Toutes les régions du Québec ont répondu à l'appel sauf la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ¹ | 88 % des personnes répondantes sont des femmes |
| 65 % des personnes répondantes ont entre 30 et 49 ans | 47 % des personnes répondantes œuvrent en travail social ou en soins infirmiers | 48 % des personnes répondantes exercent leurs fonctions depuis plus de 10 ans |
| 75 % ont dit travailler dans un Centre local de services communautaires (CLSC) et 15 % dans le milieu hospitalier ² | 86 personnes ont dit travailler pour un organisme communautaire offrant des services à des « personnes réfugiées » (22; 2,89 %), « en demande d'asile » (20; 2,63 %), des « personnes sans statut » (13; 1,71 %), ou des « membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées » (31; 4,08 %) ³ | 38 ont dit travailler pour un « organisme spécialisé en prévention du suicide » (12; 1,58 %) ou dans un « organisme offrant, entre autres, des services en prévention du suicide » (26; 3,42 %) ⁴ |

1 Les résultats, par région administrative du Québec, en ordre décroissant, sont : Montérégie (26,85 %), Montréal (21,25 %), Laurentides (14,17 %), Capitale-Nationale (8,24 %), Chaudière-Appalaches (7,41 %), Estrie (5,93 %), Lanaudière (5,27 %), Mauricie (3,13 %), Bas-Saint-Laurent (2,47 %), Centre-du-Québec (1,15 %), Laval (1,15 %), Saguenay-Lac-Saint-Jean (0,99 %), Outaouais (0,66 %), Abitibi-Témiscamingue (0,49 %), Côte-Nord (0,49 %), Nord-du-Québec (0,33 %), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (0 %). En termes des villes, celles qui ressortent le plus sont, en ordre décroissant : Montréal (20,71 %), Québec (7,44 %), Saint-Jérôme (7,12 %), Saint-Hyacinthe (5,34 %), Sherbrooke (5,18 %), Longueuil (4,27 %) Joliette (4,05 %) et Brossard (3,88 %).

2 Cette question était à choix multiple. Le total de réponses est de 760.

3 Cette question était à choix multiple. Le total de réponses est de 760.

4 Cette question était à choix multiple. Le total de réponses est de 760.

7.1.2 Groupes de discussion

Pendant le mois de novembre 2023, trois groupes de discussion en ligne réunissant 13 membres du RSSS (groupes de discussion 1 et 3) et 4 membres du milieu communautaire (groupe de discussion 2) ont été organisés. Ces groupes de discussion ont duré deux heures chacun.

- ▶ La vaste majorité des personnes participantes s'identifiaient comme femme;
- ▶ Parmi les 13 personnes participantes du RSSS, cinq étaient du personnel infirmier, alors que quatre étaient des travailleuses sociales;
- ▶ Les personnes participantes étaient issues de neuf régions administratives⁵ du Québec.

7.2 PRINCIPAUX DÉFIS ET BESOINS DES PROFESSIONNEL·LE·S

Un des objectifs des consultations consistait à mettre en lumière les besoins du terrain, dont les défis auxquels font face les professionnel·le·s du RSSS et du milieu communautaire appelé·e·s à contribuer à la prévention du suicide auprès des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et des personnes réfugiées ou en demande d'asile au Québec. Le [Tableau 3, page 68](#), rapporte les principaux défis rencontrés par les professionnel·le·s dans leur pratique. Ils ont été organisés en trois niveaux : les enjeux liés à la personne qui reçoit les services et à son contexte; les enjeux liés à l'offre de services et à la rencontre avec la personne; les enjeux liés à l'organisation des services. Le premier fait référence aux enjeux vécus par les sous-groupes qui complexifient l'intervention des professionnel·le·s. Le deuxième renvoie aux enjeux qui surviennent lors des rencontres avec les personnes appartenant aux sous-groupes. Puis le troisième soulève les enjeux de nature organisationnelle. Parmi les difficultés identifiées, certaines concernent plutôt l'intervention en général auprès de ces sous-groupes. Néanmoins, en répondant aux besoins psychosociaux des personnes, ces interventions contribuent à la prévention du suicide.

Les résultats du sondage nous permettent également de constater que les professionnel·le·s ne se sentent pas outillé·e·s à faire de la prévention du suicide auprès des sous-groupes ([Figure 3, page 73](#)). En effet, le sentiment d'être outillé·e est assez élevé dans l'intervention avec la population générale, mais il diminue avec les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, et encore plus avec les personnes réfugiées ou en demande d'asile. Ce sentiment est reflété à plusieurs étapes de l'intervention, telles que l'élaboration d'un plan de sécurité, le référencement, etc.

⁵ Quatre personnes travaillaient dans la région de la Capitale-Nationale; trois en Estrie; trois en Montérégie; puis une personne pour chacune de ces régions : Centre-du-Québec, Chaudière-Appalaches, Laurentides, Laval, Montréal et Outaouais.

Tableau 3 : Principaux défis rencontrés par les participant·e·s aux consultations

| | |
|--|--|
| Enjeux liés à la personne qui reçoit des services et à son contexte | Stigmatisation de la santé mentale |
| | Sous-utilisation des services |
| | Méfiance envers les services |
| | Difficulté à établir un lien de confiance |
| | Différentes manières d'exprimer la détresse (p.ex. somatisation) |
| | Démarches d'immigration et précarité du statut |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Source de stress important pour les personnes qui reçoivent des services pour lesquels les professionnel·le·s ne se sentent pas en mesure d'agir |
| | Absence de réseau social |
| | Barrières linguistiques |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Limite le référencement vers certaines organisations |

Selon les professionnel·le·s ayant répondu à notre sondage, les enjeux les plus mentionnés par les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et les personnes réfugiées renvoyaient à des enjeux relationnels (p. ex. isolement social, difficultés relationnelles, relation familiale, absence de proches/réseau, perte d'un proche, etc.).

Le défi me semble principalement dans la mise en place d'un filet de sécurité. Pour avoir travaillé auparavant dans une équipe de crise, il était facile de mettre en place un tel filet de sécurité en indiquant aux usagers de communiquer avec le Centre de prévention du suicide, etc. Avec une population issue de la diversité ethnoculturelle, la barrière de la langue et l'isolement social (parfois lorsqu'ils viennent d'arriver au Québec) font en sorte que nous devons tenir compte de ces facteurs dans notre évaluation et la mise en place d'un filet de sécurité (p. ex. aucun organisme de prévention du suicide ne parle l'espagnol). La recommandation d'avoir recours aux urgences semble donc plus fréquente puisque nous n'avons pas d'autres ressources disponibles.

- Travailleuse sociale, sondage

Défis liés au travail avec les interprètes

- ▶ Manque d'interprètes
- ▶ Besoin d'harmoniser la formation des interprètes
- ▶ Présence de l'interprète ajoute de la complexité à l'intervention (enjeu de confidentialité, rapport de genre)

Manque de temps dans les rencontres avec les personnes qui reçoivent les services

- ▶ Nécessite plus de temps pour expliquer le système de santé par exemple

Je vous dirais que ça dépend de l'interprète. Voilà, je pense qu'il y a une formation un petit peu plus... harmoniser la formation chez ces interprètes-là, ça serait bien. En même temps, je sais qu'on est en pénurie et là on va prendre les personnes qui parlent la langue, puis on va nous les envoyer avec les familles.

- Psychologue, groupe de discussion

Par rapport à l'interprète : c'est vrai, c'est ça peut être bon, mais ça peut être aussi mauvais parce qu'il y a des gens qui n'aiment pas aussi que quelqu'un de sa communauté connaît, il y a comme beaucoup de méfiance vers sa propre communauté. Je travaille aussi avec les personnes LGBTQ qui ont beaucoup de stigmatisation par leur propre communauté. Ils ne voulaient pas des fois qu'une personne de sa même communauté connaît un peu sa situation, son orientation sexuelle. C'est quand même aussi un enjeu particulier.

- Travailleur social, groupe de discussion

En fait, oui à votre question concernant le temps : c'est extrêmement long à expliquer le système de santé et tout ça. Nous, on est confronté à ça à toutes nos cliniques, même s'ils ont déjà eu un peu d'informations, ce n'est jamais très spécifique. Bon, je me demande jusqu'à quel point ils sont réceptifs quand ils arrivent, puis ils ont toute cette information-là. Je pense que non, parce qu'ils viennent tout juste d'arriver, donc y a des choses plus importantes auxquelles ils sont plus focussés.

- Psychologue, groupe de discussion

Réalisation de tâches qui vont au-delà de la prestation de soins et de services en santé pour aider les personnes qui reçoivent les services

- ▶ Aider les personnes qui reçoivent des services à combler des besoins liés au logement, à l'alimentation, etc.

Je déteste faire ça [remplir des formulaires]. Je trouve ça tellement compliqué. Même moi qui suis née ici, je trouve ça compliqué. Fait que je ne peux même pas m'imaginer comment eux trouvent ça compliqué. [...] Fait que on n'a pas le choix d'accompagner ces usagers-là. Mais c'est du temps. [...] Mais il faut le faire parce que, tu sais, l'intervention, surtout interculturelle, puis surtout quand on est plus dans les populations vulnérables, on est souvent dans la base de la pyramide. Donc il faut s'assurer qu'ils reçoivent des revenus, qu'ils sont capables de manger, de se loger, et cetera, puis qu'on... puis de diminuer le stress qui va avec... Fait que, oui, on le fait.

- Travailleuse sociale, groupe de discussion

Attitudes et perceptions des professionnel·le·s

- ▶ Discrimination et préjugés envers les personnes qui reçoivent des services
- ▶ Sentiment d'être déstabilisé·e par des phénomènes culturels

Bien, personnellement, je pense qu'il y a encore du chemin à faire à ce niveau-là, au niveau de la discrimination, des préjugés envers les populations immigrantes. Tu sais, moi je peux entendre... Récemment, j'en entends beaucoup « Les réfugiés ont plus de services que les Québécois. » J'entends beaucoup de discours de ce genre, donc c'est quelque chose qui vient me heurter. Donc je pense qu'il y a encore beaucoup de travail à faire à ce niveau-là.

- Infirmière clinicienne, groupe de discussion

Puis il y a tout le temps une complexité de plus quand on parle d'interculturel parce que, justement, il faut s'intéresser à l'autre, puis qu'il y a une histoire complètement différente... des fois, des valeurs différentes... Puis ça, ça vient faire tout le choc de valeurs que les gens peuvent ressentir quand on parle de rôles, quand on parle d'éducation. Bien souvent, on va, de façon inconsciente, être plus dans l'assimilation, imposer à l'autre notre vision. Puis je pense que des fois, les intervenants manquent de nuance un peu. Par exemple on peut avoir tendance à encourager l'autonomie, ce qui est une valeur prédominante dans notre société, mais qui ne fait pas de sens pour tous. J'observe qu'on n'est pas toujours conscient des valeurs sous-jacentes à nos interventions, ce qui a pour conséquences que nos interventions ne font pas toujours sens pour les usagers.

- Travailleuse sociale, groupe de discussion

Continuum de services difficile

- ▶ Différence dans les manières de faire entre professionnel·le·s/disciplines
- ▶ Méconnaissance des ressources disponibles
- ▶ Volonté de collaborer avec le milieu communautaire qui est aussi engorgé

Formations et outils inadaptés et connaissances insuffisantes liées à ces populations

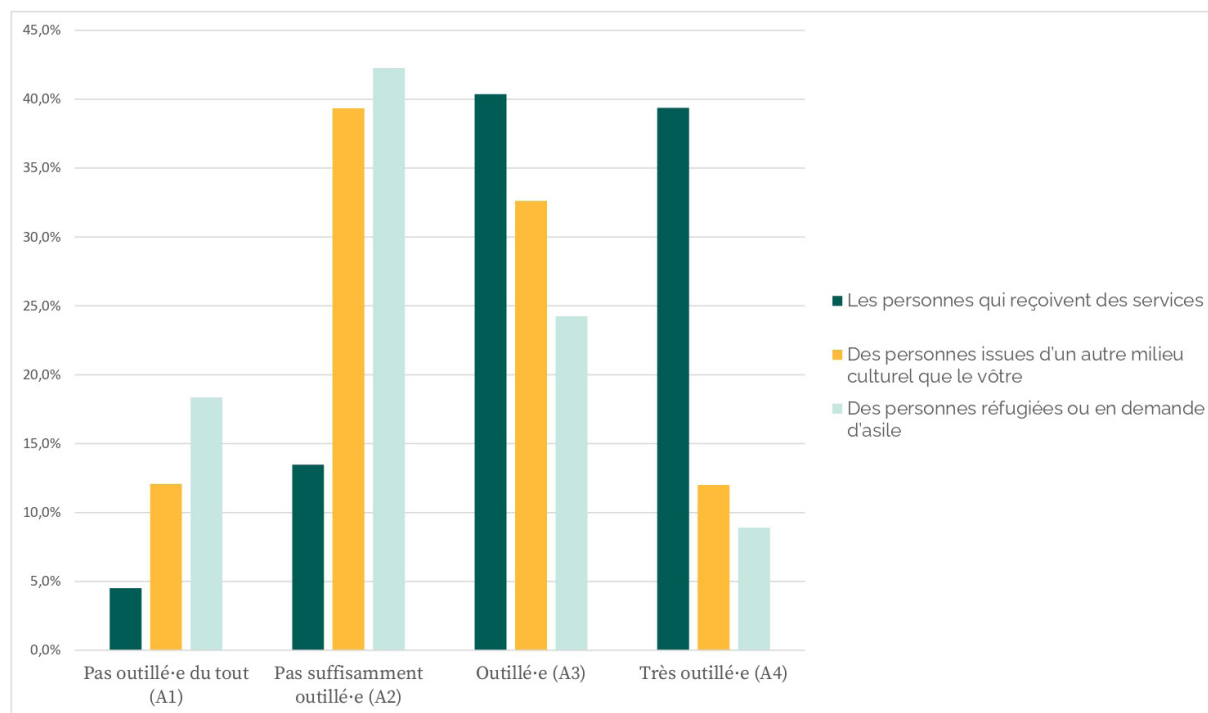
Ce que je trouve difficile, c'est que je ne sais pas parmi mes collègues qui aurait les connaissances pour m'aider, je travaille dans un grand hôpital. Les organismes communautaires, par rapport à la prévention du suicide avec les communautés ethnoculturelles, ce n'est pas toujours facile de s'y trouver.

- Psychologue, groupe de discussion

En fait, c'est pour dire que la situation, c'est triste aussi parce qu'avec le milieu communautaire, ils sont aussi engorgés. Même pour les services communautaires, il y a des listes d'attente aussi, donc des fois le continuum de soins ça ne se fait pas vraiment des fois.

- Travailleur social, groupe de discussion

Figure 3 : Sentiment d'être outillé·e pour intervenir auprès des personnes suicidaires selon les sous-groupes



Quant aux enjeux liés au suicide rencontrés par les personnes qui reçoivent des services, les professionnel·le·s consulté·e·s rapportent une gamme élargie d'enjeux ([Tableau 4, page 74](#)). Concernant la communauté ethnoculturelle majoritaire, la plupart des enjeux rapportés ont trait à la santé mentale et physique (35,5 %), suivis des enjeux relationnels (23,96 %). Les autres enjeux affichent des pourcentages considérablement plus bas. Pour les communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et les personnes réfugiées, les enjeux relationnels sont les plus rapportés, suivis de la santé mentale et physique pour les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et de la langue pour les personnes réfugiées. Les enjeux liés à la migration et, plus particulièrement, à la demande d'asile sont les plus rapportés pour les personnes en demande d'asile. Dans l'ensemble, si l'on utilise le modèle socio-écologique et que l'on considère ces catégories comme des déterminants de la santé, on observe que les enjeux identifiés ont principalement trait aux relations, à la communauté et la société.

Tableau 4 : Enjeux (en lien avec le suicide) mentionnés le plus souvent par les personnes qui reçoivent des services, selon les sous-groupes

| | Communautés ethnoculturelles | | Personnes réfugiées | | Personnes en demande d'asile | | Communautés majoritaires | |
|--|------------------------------|---------|---------------------|---------|------------------------------|---------|--------------------------|---------|
| | # | % | # | % | # | % | # | % |
| Accès aux services⁶ | 26 | 6,13 % | 23 | 9,47 % | 20 | 8,30 % | 26 | 7,69 % |
| Adaptation et intégration dans la société d'accueil | 23 | 5,42 % | 11 | 4,53 % | 7 | 2,90 % | 1 | 0,30 % |
| Discrimination et racisme | 16 | 3,77 % | 4 | 1,65 % | 2 | 0,83 % | 3 | 0,89 % |
| Enjeux liés à la migration | 4 | 0,94 % | 16 | 6,58 % | 46 | 19,09 % | 0 | 0,00 % |
| Langue | 37 | 8,73 % | 31 | 12,76 % | 24 | 9,96 % | 5 | 1,48 % |
| Offre de services | 21 | 4,95 % | 7 | 2,88 % | 6 | 2,49 % | 15 | 4,44 % |
| Relationnel | 90 | 21,23 % | 48 | 19,75 % | 30 | 12,45 % | 81 | 23,96 % |
| Santé mentale et physique | 62 | 14,62 % | 22 | 9,05 % | 13 | 5,39 % | 120 | 35,50 % |
| Stabilité socio-économique | 38 | 8,96 % | 28 | 11,52 % | 24 | 9,96 % | 29 | 8,58 % |
| Traumatisme et violence | 16 | 3,77 % | 27 | 11,11 % | 22 | 9,13 % | 7 | 2,07 % |
| Valeurs et culture | 43 | 10,14 % | 13 | 5,35 % | 6 | 2,49 % | 14 | 4,14 % |

Une gamme relativement limitée d'outils servant à évaluer le risque suicidaire a été rapportée, ce qui indique une convergence des pratiques. Bien que la question mentionnait explicitement le repérage, les outils rapportés par les répondant·e·s concernent principalement des outils d'évaluation du risque. Selon nos interprétations, la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire* (GEDPAS) est l'outil le plus répandu au Québec⁷. Ce constat n'est pas étonnant puisque c'est l'outil recommandé par le Guide de bonnes pratiques en prévention du

6 Deux champs, sans limites de caractère, étaient ouverts pour chaque sous-groupe. On considérait alors l'entrée comme plusieurs entrées distinctes (toute entrée ne pouvait être classée que dans une seule thématique). Un même mot doit être classé de la même façon pour tous les sous-groupes. Les enjeux présentés dans ce tableau sont ainsi le travail de classification de ces entrées. La catégorie « Accès aux services » inclut par exemple : « accès aux services », « ne connaissent pas les ressources », « méfiance envers les services », « contrainte liée à l'obtention de la RAMQ », et autres.

7 Un peu plus du quart des répondant·e·s ont dit ne pas savoir (13,5 %) ou ne rien appliquer (10,6 %). Le quart des réponses concernaient des façons de faire ou des formations. En ce qui concerne les outils, 15 % des répondant·e·s ont désigné clairement le GEDPAS. « L'outil SAM » a été rapporté par 7,8 % des répondant·e·s. « SAM » signifie « Suicide action Montréal », ancien nom du Centre de prévention du suicide de Montréal. Cette appellation correspond probablement au GEDPAS. Une interprétation analogue peut être faite des réponses similaires à : « Grille d'estimation du risque suicidaire » (16,4 %), qui peut faire référence au GEDPAS ou au Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GERIS).

suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (J. Lane et al., 2010). L'utilisation de cette grille est basée sur une approche orientée vers les solutions qui visent à estimer le danger tout en suscitant l'espoir chez la personne. Elle se focalise sur les facteurs de risque et de protection les plus près de la personne.

Les principales thématiques sur lesquelles les professionnel·le·s souhaitent renforcer leurs compétences ([Tableau 5, page 75](#)) sont, en ordre d'importance : les différences-particularités-meilleures pratiques dans le dépistage, le repérage, l'estimation et l'évaluation du risque suicidaire et de la détresse en contexte de diversité ethnoculturelle (83 réponses); l'intervention en contexte de diversité ethnoculturelle et les différences (57 réponses); la perception du suicide dans différentes cultures (57 réponses); les traumatismes et traumatismes (38 réponses); les croyances et valeurs associées au suicide dans diverses cultures (36 réponses); les façons d'aborder le suicide avec les membres des sous-groupes (35 réponses) et les outils de dépistage, d'estimation et d'évaluation (35 réponses). Les connaissances sur les sous-groupes par rapport au suicide, la prévention du suicide auprès des sous-groupes, les défis liés à la barrière de la langue et les façons de susciter l'espoir chez les sous-groupes suivent non loin derrière.

Tableau 5 : Thématiques et compétences que les personnes répondantes au sondage souhaiteraient renforcer en matière de prévention du suicide en contexte de diversité ethnoculturelle

| | |
|--|----|
| Différences/particularités/meilleures pratiques dans le dépistage, le repérage, l'estimation et l'évaluation du risque suicidaire et de la détresse en contexte de diversité ethnoculturelle | 83 |
| Intervention en contexte de diversité ethnoculturelle et différences | 57 |
| Perception du suicide dans différentes cultures | 57 |
| Traumas et traumatismes | 38 |
| Aborder le/discuter du suicide | 35 |
| Outils de dépistage/d'estimation/d'évaluation | 35 |
| Le suicide chez les communautés ethnoculturelles minoritaires et les personnes réfugiées ou en demande d'asile et les aspects culturels | 28 |
| Comment susciter l'espoir chez les sous-groupes | 27 |
| Tabous (liés au suicide ou à la santé mentale ; comment les surmonter/les aborder) | 27 |
| Prévention du suicide en contexte de diversité ethnoculturelle et/ou auprès de personnes réfugiées ou en demande d'asile | 26 |
| Barrières linguistiques et communication | 25 |

| | |
|--|----|
| Connaissances sur les cultures et communautés | 25 |
| Enjeux et réalités des personnes réfugiées ou en demande d'asile | 24 |
| Intervention et plans en situation de crise (suicidaire) | 24 |
| Enjeux et réalités des personnes immigrantes | 22 |
| Connaître des ressources pour communautés ethnoculturelles | 22 |
| Santé mentale | 22 |
| Connaissances générales (liées aux sous-groupes) | 20 |
| Prévention sous l'angle transculturel ou multiculturel | 20 |
| Connaître des ressources générales/non spécifiées | 20 |
| Apprendre sur les croyances et valeurs de différentes cultures | 19 |
| Filet de sécurité et mobilisation des proches/de la communauté | 18 |
| Religion | 16 |
| Facteurs de risque et de protection des sous-groupes | 15 |
| Apprendre sur la notion de la mort dans différentes cultures | 14 |
| Savoir où et comment référer | 14 |
| Connaître des ressources pour personnes réfugiées ou en demande d'asile | 10 |
| Formation sur le suicide, la crise ou la santé mentale | 9 |
| Établir un plan de sécurité en contexte de diversité ethnoculturelle | 8 |
| Intervention en risque suicidaire en contexte de diversité ethnoculturelle | 8 |
| Demande d'aide | 7 |
| Détection, dépistage et évaluation du risque suicidaire chez les personnes réfugiées ou en demande d'asile et comment intervenir | 7 |
| Intervention en risque suicidaire auprès des personnes réfugiées ou en demande d'asile | 7 |
| Connaître des ressources spécialisées | 6 |
| Connaître des ressources pour partenariat | 6 |
| Travailler l'ambivalence | 6 |
| Enjeux et différences culturelles | 5 |
| Formation sur l'intervention en contexte de diversité ethnoculturelle | 5 |
| Connaître des ressources en différentes langues | 5 |
| Aide à l'intégration | 4 |
| Contexte légal et rôle professionnel | 4 |
| Statistiques | 4 |
| Apprendre sur les croyances et valeurs du pays d'origine vs de la société d'accueil | 3 |

| | |
|---|-------------|
| Formation sur le suicide en contexte de diversité ethnoculturelle | 3 |
| Lien de confiance | 3 |
| Connaître des ressources en prévention du suicide et en santé mentale | 3 |
| Autres | 73 |
| Inclassables | 90 |
| Total | 1009 |

Concernant les modalités préférées pour renforcer les compétences, plusieurs options ont été présentées aux répondant·e·s du sondage. Les formations en personne (44 %) et en ligne (47 %) ont été les modalités pour lesquelles les répondant·e·s se sont le plus dit·e·s « très intéressé·e·s ». Presque tous les groupes d'âge partagent ces deux préférences. Les personnes de 18 à 29 ans préfèrent de peu les fiches synthèses aux formations en personne. Les ateliers de sensibilisation, les capsules vidéo, les guides pratiques et les fiches synthèses ont suscité un fort intérêt dans l'ensemble. Le balado est la modalité suscitant des réactions les plus mitigées, mais demeure très intéressant pour le cinquième des répondant·e·s et pour le tiers des répondant·e·s de 18 à 29 ans. Outre quelques variations, les préférences sont partagées par l'ensemble des catégories professionnelles et des groupes d'âge.

7.3 LIGNES DIRECTRICES ISSUES DE LA LITTÉRATURE

Les enjeux relevés dans cette revue de littérature indiquent la pertinence de considérer des stratégies de prévention en amont. Trois principales raisons amènent ce constat :

- ▶ Malgré les points communs rapportés dans cette revue, les communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, les personnes réfugiées et les personnes en demande d'asile forment des groupes hétérogènes, se chevauchant parfois et aux réalités fort différentes. Pourtant, les données sur le suicide chez les sous-groupes sont peu désagrégées, ce qui permet de repérer difficilement les groupes vulnérables (Blanchard et Poirier-Veilleux, 2019; Malenfant, 2004; Troya et al., 2022; Walker et al., 2014; Wong et al., 2014; Yang et al., 2022).
- ▶ La majorité des personnes qui décèdent par suicide n'ont pas sollicité d'aide professionnelle en santé mentale. Les personnes appartenant aux sous-groupes ciblés dans ce rapport rencontrent davantage de barrières dans l'accès et l'utilisation des services (statut, discrimination, modalités d'expression de la détresse, stigmatisation) et les résultats de recherche disponibles montrent clairement une sous-utilisation des services de prévention du suicide (Blanchard et Poirier-Veilleux, 2019; Goldston et al., 2008; Jobes et Chalker, 2019; Wong et al., 2014 : 32).
- ▶ Les facteurs de risque et de protection spécifiques aux sous-groupes repérés dans la

littérature sont principalement relationnels, communautaires et sociétaux (Bowden et al., 2020; Chu et al., 2010; Forte et al., 2018). Selon les données du sondage rapportant les perceptions des répondant·e·s, ces facteurs sont différemment pondérés chez les sous-groupes que le groupe ethnoculturel majoritaire au Québec.

Agir « le plus en amont possible des situations nécessitant des soins et des services » (MSSS, 2022 : 11) fait partie de la vision de la stratégie nationale de prévention du suicide. De même, cette vision adopte une perspective de santé publique qui « reconnaît que le suicide découle d'un ensemble d'enjeux et de contextes individuels, familiaux, communautaires, historiques et sociaux » (2022 : 11), ce qui correspond avec le modèle socio-écologique de la santé présenté au chapitre 3. Les constats de la revue de la littérature et les stratégies de prévention maintenant abordées s'alignent donc avec la stratégie nationale.

Dans un premier lieu, les stratégies de prévention dégagées seront présentées. Celles-ci sont générales et dépassent le contexte de l'intervention. Ces stratégies de prévention seront suivies d'une description des principes à adopter et de conseils pratiques en contexte d'intervention auprès des membres des sous-groupes.

7.3.1 Prévention

Les stratégies de prévention adaptées aux réalités sociales et culturelles des sous-groupes dégagées de la littérature consultée sont rassemblées dans le [Tableau 4, page 74](#). La forme et l'organisation de ce tableau sont inspirées de la présentation des stratégies de prévention du suicide du CDC américain. Neuf principes sont présentés et divisés en diverses propositions. Ces principes sont listés du plus général au plus ciblé en matière de prévention. Ils n'ont pas été organisés selon le modèle socio-écologique puisque plusieurs d'entre eux impliquent des éléments qui chevauchent les catégorisations de ce modèle.

Les objectifs poursuivis par ces principes impliquent une pluralité d'acteur·trice·s et appellent à une coordination et à des efforts soutenus. Bien que ces objectifs de prévention en amont dépassent les capacités du projet, certaines de ces propositions serviront à formuler les recommandations pratiques dans le chapitre suivant (chapitre 8).

Tableau 6 : Stratégies de prévention

Avancer dans la connaissance du phénomène

- ▶ Mener des recherches participatives avec des communautés ciblées pour mieux connaître la réalité du phénomène dans les communautés et mettre en place des efforts de prévention adaptés (Ford-Paz et al., 2015; OMS, 2021b).
- ▶ Désagréger les données de surveillance pour repérer les sous-groupes à risque (Troya et al., 2022; Wong et al., 2014).

Créer des environnements sécuritaires

- ▶ Œuvrer à mettre en place des milieux scolaires et professionnels sans discrimination (Baiden et al., 2022; Rudes et Fantuzzi, 2022).
- ▶ Diminuer les préjugés envers les personnes réfugiées ou en demande d'asile (Beiser et Hou, 2016; Chase et al., 2017; Nam, Kim, DeVlyder, et al., 2021; Venta et al., 2022).
- ▶ Diminuer la méfiance envers les institutions, informer les personnes sur leurs droits et outiller les personnes réfugiées ou en demande d'asile dans leur projet migratoire (Colucci et al., 2018a; Essex et al., 2022; Nam, Kim, Ryu, et al., 2021; WHO et OHCHR, 2023).
- ▶ Limiter le recours à l'emprisonnement des personnes migrantes en raison de leur statut (Erfani et al., 2021; Gargiulo et al., 2021; Marquez et al., 2021; MHCC, 2016).

Améliorer l'accès aux soins adaptés

- ▶ Rendre disponibles et accessibles les services d'interprétariat (Rousseau et Frounfelker, 2019).
- ▶ Prendre en considération les craintes particulières liées à l'anonymat chez les sous-groupes dans les stratégies de prévention et les interventions (Ferguson et al., 2022; Heredia Montesinos et al., 2019; N. G. Procter, 2006).
- ▶ Mettre en place des efforts pour rejoindre les personnes vulnérables peu susceptibles d'aller chercher de l'aide (Ford-Paz et al., 2015; Meza et Bath, 2021 : 211; Puzo et al., 2018a).
- ▶ Orienter les personnes en détresse, à risque ou sortant de l'hôpital vers des ressources culturellement adaptées (Chu, Carimbocas, et al., 2019).

Favoriser la participation à la société d'accueil

► Faciliter l'accès à des conditions d'emploi répondant aux compétences professionnelles des membres des sous-groupes (Hansson et al., 2009).

► Entretien des milieux scolaires avec des relations saines entre les élèves, avec le personnel enseignant et avec les parents afin de diminuer la détresse psychologique, favoriser la recherche d'aide et accompagner les familles dans leur intégration (Baiden et al., 2022; Bowden et al., 2020; Humensky et al., 2017; Price et Khubchandani, 2017; Rudes et Fantuzzi, 2022).

Miser sur les forces de la communauté

► Promouvoir les activités communautaires afin de renforcer le soutien social, les liens intergénérationnels et l'identité ethnoculturelle (Ford-Paz et al., 2015; Mandavia et al., 2017; Molock et al., 2008).

► Promouvoir les initiatives communautaires de santé mentale élaborées avec les groupes cibles. Ces initiatives devraient être adaptées à ces groupes et les rejoindre directement (Alegria et al., 2010; Ford-Paz et al., 2015; Padilla et al., 2022).

► Établir ou renforcer les liens intersectoriels pour la prévention du suicide, notamment entre les hôpitaux et les acteur-trice-s communautaires (Padilla et al., 2022).

Sensibilisation aux enjeux de santé mentale et au suicide

► Développer des campagnes de sensibilisation et d'éducation sur la santé mentale et le suicide de concert avec des personnes ayant une bonne connaissance des réalités des groupes (Ford-Paz et al., 2015; Gurung et al., 2020; OMS, 2021b).

► Prendre en compte la diversité d'approches, de canaux de communication, de mots et d'images pour que la sensibilisation et l'éducation soient adaptées aux symboles, conceptions, valeurs, normes et référents socioculturels des sous-groupes (Centre de ressources multiculturelles en santé mentale, 2023; Colucci et al., 2018a; Ford-Paz et al., 2015; Gurung et al., 2020; Kaslow et al., 2011; Molock et al., 2008; OMS, 2021b; Queensland Transcultural Mental Health Centre, 2021).

► Miser sur l'école comme milieu de socialisation pour faire la promotion d'attitudes saines d'expression des émotions, pour encourager le soutien entre pairs, pour favoriser la recherche d'aide et pour développer des stratégies positives d'adaptation (CDC, 2022 : 44; Puzo et al., 2018b; Robinson et al., 2021).

Stratégies d'adaptation et résolution de problèmes

- ▶ Repérer et renforcer les stratégies d'adaptation culturellement pertinentes (Van Zyl, Regmi, et al., 2022; Walker et al., 2014; Zhang et al., 2013).
- ▶ Renforcer l'adaptation à la discrimination (Goodwill et al., 2021; Robinson et al., 2021; Willemen et al., 2023).
- ▶ Accompagner les parents dans leur rôle et leur transmettre des aptitudes de communication pour réduire les conflits intergénérationnels et les épauler à aider leurs enfants (Özlü-Erkilic et al., 2022; Price et Khubchandani, 2017).
- ▶ Outiller les jeunes pour améliorer la communication familiale et diminuer les conflits interpersonnels (Chu et al., 2017; Humensky et al., 2017).

Repérer et soutenir

- ▶ Développer des programmes de sentinelles adaptés aux réalités sociales et culturelles des sous-groupes (Padilla et al., 2022; Posselt et al., 2021; Price et Khubchandani, 2017; QPR Institute, s. d.; Refugee Health Technical Assistance Center, 2012; Teo et al., 2016).
- ▶ Considérer les variations dans les modalités d'expression de la détresse dans le repérage des personnes à risque (Chu et al., 2013; Goldston et al., 2008; Westefeld et al., 2008).
- ▶ Prendre en compte les facteurs de risque et de protection spécifiques des sous-groupes comme la discrimination, le stress minoritaire, les conflits intergénérationnels, les raisons de vivre, la spiritualité, la résilience acquise lors du parcours migratoire et l'accès aux soins (Benton, 2022; Chu et al., 2010, 2013; Meza et Bath, 2021; Polanco-Roman, Anglin, et al., 2019; Polanco-Roman et al., 2021; Shepherd et al., 2023).
- ▶ Adapter des plans de sécurité prenant en compte les besoins particuliers des membres des sous-groupes (Colucci et al., 2018a; Ferguson et al., 2022).
- ▶ Considérer l'importance de la famille dans les interventions auprès des jeunes (Joe et al., 2018; Nadeau et al., 2017; Zaheer et al., 2018).

Aider à guérir

- ▶ Cœuvrer à la résilience et offrir des soins culturellement adaptés aux personnes ayant des troubles de stress post-traumatique (Asarnow et al., 2020; Fiske, 2018; Kalt et al., 2013; N. Procter et al., 2023).
- ▶ Faire la promotion de la santé mentale chez les enfants réfugié-e-s ou en demande d'asile (N. G. Procter, 2006).
- ▶ Rendre les approches de postvention sensibles aux réalités des sous-groupes et à la grande variété des façons de faire le deuil selon la culture, le genre, l'âge et les relations de parenté (Andriessen et al., 2017; Dyregrov, 2011; Kaslow et al., 2011).

Le premier principe appelle à « avancer dans la connaissance du phénomène ». En effet, les données existantes sur le phénomène sont limitées et peu désagrégées. La littérature est principalement quantitative, ce qui permet mal de connaître les défis et ressources de groupes précis. Les données canadiennes et québécoises dans la littérature sont particulièrement lacunaires par rapport aux sous-groupes (Malenfant, 2004; Saunders et al., 2019; Yang et al., 2022). Les données de surveillance sont difficilement accessibles et les variables associées aux sous-groupes (langue parlée à la maison, nationalité) peu aptes à rendre compte de la réalité du phénomène chez les membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées et les personnes réfugiées ou en demande d'asile. Désagréger les données de surveillance selon l'ethnicité, les statuts d'immigration et les régions contribuerait à repérer les groupes particulièrement vulnérables (Troya et al., 2022). En l'absence de données claires sur un groupe précis, l'OMS suggère de mener des analyses de situation sur le plan local. Ce genre d'efforts peut être déployé dans des lieux de détention, des communautés ou des écoles (OMS, 2021b). Quant aux efforts de prévention conçus spécifiquement pour les sous-groupes, ceux-ci sont peu nombreux. Les programmes spécifiques à des groupes ethnoculturels particuliers visent majoritairement les communautés autochtones, ce qui s'explique par l'aspect unique de la problématique chez ce sous-groupe (haute incidence, traumatisme historique, colonisation, etc.) (Ambrose, 2022). Les efforts spécifiques de prévention auprès des sous-groupes ont fait l'objet de peu d'évaluations. Ce constat appelle à mener des recherches collaboratives avec des sous-groupes cibles (Ford-Paz et al., 2015; OMS, 2021b).

Le deuxième principe appelle à créer des environnements sécuritaires pour les sous-groupes. Beaucoup de déterminants présentés dans cette revue concernent des attitudes et des pratiques hors du contrôle des individus qui les subissent. Leur impact peut être diminué en agissant sur la source de stress. La diminution des discriminations en tout genre est un objectif général qui permettrait de diminuer le stress minoritaire (Alvarez et al., 2022; English et al., 2022). Le milieu scolaire et les milieux de travail sont des lieux privilégiés pour diminuer ce facteur de risque (Baiden et al., 2022; Rudes et Fantuzzi, 2022). Les personnes migrantes sont aussi objets de discriminations basées sur des préjugés quant à leur statut ou raison d'être présentes au Québec. Les attitudes négatives à l'égard des personnes réfugiées ou en demande d'asile ont un effet direct sur la santé mentale, la guérison des traumatismes, la participation à la société d'accueil et l'accès aux soins (Beiser et Hou, 2016; Chase et al., 2017; Nam et al., 2021; Venta et al., 2022). Diminuer les préjugés à la base de ces attitudes est un objectif à poursuivre pour créer un environnement favorable à l'épanouissement des personnes dans leur société d'accueil. Les personnes qui ont fui leur pays, qui ont vécu un parcours migratoire difficile et qui continuent

à subir des discriminations en terre d'accueil peuvent être particulièrement méfiantes envers divers types d'institutions (Colucci et al., 2018a; Essex et al., 2022; N. G. Procter, 2006; WHO et OHCHR, 2023). Informer les personnes sur leurs droits en termes, par exemple, d'accès aux soins et services, ainsi que sur les implications d'un accompagnement, d'une intervention ou d'un diagnostic en santé mentale pourrait contribuer à rendre les efforts de prévention du suicide déjà présents plus efficaces chez les personnes migrantes, particulièrement chez les personnes réfugiées ou en demande d'asile. L'autonomisation (*empowerment*) et l'accompagnement des personnes dans la revendication de leurs droits ont été suggérés comme stratégies de prévention du suicide auprès des personnes réfugiées ou en demande d'asile rencontrant des adversités en terre d'accueil (Nam, Kim, Ryu, et al., 2021). Finalement, il va de soi que la limitation du recours à l'emprisonnement des personnes migrantes contribuera au bien-être des sous-groupes sujets à une telle mesure et diminuera les chances de causer ou réactiver des traumatismes (Erfani et al., 2021; Gargiulo et al., 2021; Marquez et al., 2021; MHCC, 2016).

Le troisième principe, l'amélioration de l'accès aux soins, vise à prévenir les développements d'enjeux de santé mentale ou physique et à améliorer l'efficacité des interventions et stratégies de prévention déjà en place. En santé mentale chez les sous-groupes, il est recommandé d'assurer que les personnes qui reçoivent des services puissent bien communiquer avec les professionnel·le·s de la santé en recourant à des services d'interprétariat quand elles ne maîtrisent pas les langues dans lesquelles sont offerts les services, tout en respectant leur choix de ne pas utiliser ces services (Rousseau et Frounfelker, 2019). Les craintes liées à l'anonymat, connues chez les sous-groupes au Québec (Nadeau et al., 2017), s'avèrent d'autant plus importantes étant donné que le suicide est un enjeu souvent tabou. Le maintien de la confidentialité et de l'anonymat est atteint par diverses stratégies des professionnel·le·s. En matière de prévention du suicide, les lignes téléphoniques anonymes, lorsqu'elles sont connues et accessibles, sont un moyen de préserver l'anonymat au sein de sa communauté (Heredia Montesinos et al., 2019; Puzo et al., 2018a). Autre exemple, les plans de sécurité en format numérique évitent de traîner un papier (Ferguson et al., 2022). La pénétration des efforts de prévention du suicide dépend des efforts pour rejoindre les personnes peu susceptibles de chercher de l'aide ou de côtoyer les services. La santé numérique, la télésanté et les interventions brèves ou situées dans la communauté sont aussi des outils proposés ayant le potentiel de réduire les barrières dans l'accès aux soins chez certains groupes (Ford-Paz et al., 2015; Meza et Bath, 2021 : 211; Puzo et al., 2018a). Orienter les personnes en détresse ou au sortir de l'hôpital vers des ressources culturellement adaptées pour la personne peut améliorer le suivi et l'efficacité de la prise en charge (Chu, Carimbocas, et al., 2019).

Le quatrième principe porte sur la participation à la société d'accueil via le marché de l'emploi et l'école. La réduction des inégalités sociales en santé passe par les déterminants sociaux que sont le logement et le revenu (MSSS, 2022 : 15). Les membres des sous-groupes, surtout les personnes immigrantes et racisées, et les personnes réfugiées ou en demande d'asile, rencontrent plusieurs barrières dans l'accès au marché du travail. De plus, la déqualification à laquelle est confronté un grand nombre de personnes migrantes a des effets importants sur

l'estime de soi, le sentiment de participation à la société et la santé mentale (Hansson et al., 2009; Hynie, 2018). Diminuer ces barrières contribue à la prévention du suicide. L'accès à l'éducation et, notamment, aux cours de francisation a un effet bénéfique pour la santé mentale et l'intégration. Finalement, le milieu scolaire ou parascolaire est crucial pour agir sur les déterminants du suicide comme la discrimination, l'intimidation, le soutien social et la communication à l'intérieur de la famille, ainsi que pour repérer les personnes vulnérables (Baiden et al., 2022; Bowden et al., 2020 : 303; Humensky et al., 2017; Joe et al., 2018; Price et Khubchandani, 2017, 2017; Rudes et Fantuzzi, 2022; Stark et al., 2022 : 95; Wilhelm et al., 2021).

Le cinquième principe consiste à miser sur les forces des communautés pour renforcer les facteurs de protection et consolider ou mettre en place des efforts de prévention adaptés aux sous-groupes. Les activités communautaires déjà en place ou celles organisées spécialement dans le but de promouvoir la santé mentale contribuent à renforcer le soutien social, créer et renforcer des liens entre les générations, et favoriser le développement d'une identité ethnoculturelle (Ford-Paz et al., 2015; Mandavia et al., 2017; Molock et al., 2008). Les activités communautaires visant la promotion de la santé mentale élaborées avec les membres des communautés répondent mieux à la réalité et aux besoins spécifiques de celles-ci et ne visent pas seulement certains types d'individus (comme les enfants), mais la communauté entière (Alegria et al., 2010; Ford-Paz et al., 2015). Ces activités peuvent prendre place dans divers lieux culturellement pertinents selon les communautés, par exemple les lieux de culte. La santé mentale communautaire est une voie recommandée en prévention du suicide pour rejoindre les populations accédant moins aux services et pour répondre aux besoins particuliers des sous-groupes (Padilla et al., 2022). L'établissement ou le renforcement des liens intersectoriels peut contribuer au rôle de prévention de la santé mentale communautaire (Padilla et al., 2022). Cela requiert des efforts de collaboration entre les diverses parties prenantes de la prévention du suicide et de la promotion de la santé mentale chez les sous-groupes. La prescription sociale et les partenariats entre organisations participent à cette coordination des soins.

Le sixième principe est celui de la sensibilisation aux enjeux de santé mentale et au suicide. Il est basé sur le constat que la stigmatisation et le manque de connaissances sur les enjeux de santé mentale entravent la recherche d'aide. La diminution de cette stigmatisation est une stratégie de prévention particulièrement importante chez les sous-groupes où la stigmatisation est très prégnante (Puzo et al., 2018b : 13). La sensibilisation à l'enjeu du suicide, recommandée par l'OMS, vise à informer sur l'enjeu du suicide, dissiper les mythes entourant le suicide, réduire la stigmatisation, sensibiliser et éduquer les personnes sur les façons d'assister les personnes suicidaires, encourager la recherche d'aide et faire connaître les services (OMS, 2021b : 26). Il est suggéré de développer les programmes avec des leaders communautaires et d'ancrer les campagnes de communication dans les communautés (Ford-Paz et al., 2015; Molock et al., 2008; OMS, 2021b : 26). Le renforcement de la « littératie » en santé mentale a aussi été recommandé par l'OMS (2014 : 33). Ce renforcement porte sur la connaissance des symptômes et facteurs de risque de problèmes de santé mentale, des ressources disponibles, des stratégies d'adaptation et de premiers secours en santé mentale (Na et al., 2016 : 212). Les connaissances

sur les enjeux de santé mentale aident à prévenir les maux et à renforcer la résilience des individus. Le renforcement de la littératie peut se faire dans un contexte scolaire, via des formations, des sites internet et directement dans les communautés (Jorm, 2012).

Parce que, honnêtement, là, moi, j'ai vécu deux cas qui me font tellement mal, parce que justement, ces gens ne connaissent pas les services, ne savent pas qu'il y avait des lignes de prévention du suicide, ne savent pas que c'est ça la trajectoire d'une détresse, voilà, jusqu'à ce que ça arrive. Puis moi, je suis pas mal sûre que les personnes de l'entourage de la personne en détresse l'ont dit à quelqu'un. C'est sûr et certain. L'ont dit aux médecins, à d'autres personnes, mais qui ne savent pas quoi faire ou qui pensaient que la personne savait quoi faire. Puis finalement, ça a fini par ça. Faut que tout le monde ait le mot, pas juste les gens qui ont la clientèle, mais tout le monde. Moi, je veux vraiment que ce soit de manière plus large, que tout le monde ait cette sensibilité-là, en sachant... surtout si on sait que la personne immigrée n'est pas née ici, donc a des valeurs autres, là, de... C'est ça, d'appuyer vraiment sur le fait que la détresse, il faut en prendre soin. Il y a des services qui sont là pour ça. Il y en a beaucoup qui ne savent même pas que quand on a un proche qui a des idées suicidaires, qui a des propos, que tu dois appeler les policiers, que tu dois appeler les lignes de prévention, il y en a qui ne le savent même pas.

- Travailleuse sociale, groupe de discussion

Dans la lutte contre la stigmatisation des enjeux de santé mentale et du suicide, comme dans l'éducation par rapport aux enjeux, il est recommandé d'informer sur le suicide de façon culturellement et linguistiquement appropriée, en prenant en considération la stigmatisation des enjeux de santé mentale, la diversité des modèles explicatifs, conceptions, valeurs et croyances liés à la santé mentale et la recherche d'aide (Gurung et al., 2020; Na et al., 2016; OMS, 2021b; Padilla et al., 2022; Queensland Transcultural Mental Health Centre, 2021). L'approche de littératie en santé mentale présume que le fait de partager de l'information est suffisant pour changer les attitudes et comportements. Elle repose généralement implicitement sur les modèles occidentaux et biomédicaux des enjeux de santé mentale. Ces conceptions tendent à concevoir les enjeux à un niveau individuel (Fitzpatrick, 2018). Le développement de l'expressivité émotionnelle est aussi considéré comme un levier pour encourager la recherche d'aide, surtout chez les jeunes asiatiques (Polanco-Roman, Ahmad, et al., 2019 : 12). Les efforts de sensibilisation visant les communautés peuvent être conçus comme visant la littératie collective en santé mentale, et non seulement individuelle (Ford-Paz et al., 2015). L'école est un milieu clé pour entreprendre des efforts de sensibilisation sur les enjeux de santé mentale, développer l'apprentissage socio-émotionnel, encourager le soutien entre les pairs et transmettre des stratégies d'adaptation positives (CDC, 2022; Robinson et al., 2021).

Le septième principe vise à favoriser le développement de stratégies d'adaptation et résolution

de problèmes. Les stratégies d'adaptation et les raisons de vivre et de mourir d'une personne sont tributaires de son histoire personnelle et du contexte social et culturel dans lequel elle évolue. En tant que stratégie de prévention, le renforcement des stratégies d'adaptation peut puiser dans ces ressources culturellement pertinentes. Concernant l'adaptation au stress découlant de la discrimination, si des programmes spécifiques peuvent être mis en place, notamment dans les écoles (Goodwill et al., 2021; Robinson et al., 2021; Willemen et al., 2023), le renforcement des stratégies d'adaptation peut se faire par transmission sociale entre pairs (Walker et al., 2014). L'intégration requiert de bonnes aptitudes d'adaptation. Plusieurs personnes migrantes démontrent déjà ces capacités, mais peuvent bénéficier d'accompagnement, notamment en ce qui concerne les défis de l'intégration au sein de la famille. Les rôles parentaux et les attentes parfois contradictoires de la culture de la famille et de la société d'accueil sont à la source de conflits intergénérationnels pouvant être diminués par le développement d'aptitudes communicationnelles chez les parents comme chez les enfants (Humensky et al., 2017; Özlü-Erkilic et al., 2022; Price et Khubchandani, 2017).

Le huitième principe a trait au repérage et au soutien des personnes vulnérables. Le repérage et le soutien offerts aux sous-groupes peuvent considérer la spécificité de certains facteurs de risque et de protection ainsi que les préférences en matière de recherche d'aide et de modalités d'expression de la détresse (Chu et al., 2013; Goldston et al., 2008; Westefeld et al., 2008). Le développement de programmes de sentinelles dans les communautés, par exemple, permet de prendre en compte ce genre de spécificités (Ford-Paz et al., 2015; Padilla et al., 2022; Posselt et al., 2021; Price et Khubchandani, 2017; QPR Institute, s. d.; Refugee Health Technical Assistance Center, 2012; Teo et al., 2016). L'usage des plans de sécurité peut aussi être adapté pour mieux répondre aux réalités des sous-groupes (Colucci et al., 2018a; Ferguson et al., 2022). Il importe de spécifier que l'usage des outils d'évaluation du risque à seule fin de prédiction ou de stratification du niveau de risque a pu être déconseillé par une pluralité d'experts (Hawton et al., 2022; Large, 2018; NICE, 2022), et ce, pour l'ensemble de la population. Ces outils dont l'efficacité prédictive est contestée (Large, 2018) pourraient être encore moins efficaces chez les sous-groupes en raison du manque de validation culturelle, de la stigmatisation des enjeux de santé mentale et du suicide, ainsi que des craintes quant aux conséquences de la divulgation des idées suicidaires, comme le déclenchement de formes coercitives de traitement ou les répercussions sur le statut migratoire. Une formulation dynamique et collaborative du risque prenant en compte l'historique, la situation, ainsi que les perspectives, le vocabulaire, les besoins, les forces et les ressources de la personne en travaillant sur le bien-être psychologique et la sécurité immédiate et à long terme de la personne est recommandée (Hawton et al., 2022).

Le neuvième et dernier principe propose d'aider à soulager les personnes ayant vécu des traumatismes ou étant endeuillées par le suicide. Des efforts ciblés peuvent être déployés ou maintenus pour favoriser la résilience et offrir des soins culturellement adaptés aux personnes ayant des troubles de stress post-traumatique, notamment en adoptant une approche sensible aux traumatismes (Asarnow et al., 2020; Fiske, 2018; Kalt et al., 2013; N. Procter et al., 2023). Les enfants réfugié·e·s ou en demande d'asile sont un groupe particulièrement vulnérable, su-

jet à avoir vécu des traumatismes et présentant des taux de troubles de santé mentale plus élevés que la moyenne au Québec. Là où les données existent, les jeunes adultes arrivé·e·s en tant que mineur·e·s non accompagné·e·s présentent des taux de suicide souvent plus élevés que ceux de la population générale (Amin et al., 2021; Geirsdottir et al., 2021; Hollander et al., 2020; Niederkröthaler et al., 2020). Une attention particulière à la santé mentale et au développement de ces jeunes pourrait aider à prévenir le suicide. Finalement, la postvention⁸ peut être sensible aux réalités des sous-groupes et à la grande variété des façons de faire le deuil selon la culture, le genre, l'âge et les relations de parenté (Andriessen et al., 2017; Dyregrov, 2011; Kaslow et al., 2011).

7.3.2 Intervention

L'intervention est ici définie comme tout contact des professionnel·le·s de la santé ou des intervenant·e·s du communautaire avec les sous-groupes pour répondre à des demandes et besoins divers, que ceux-ci soient liés directement à la suicidalité ou non. Même si la prévention doit aller le plus en amont possible des « situations nécessitant des soins et services » et que « la prévention du suicide dépasse largement le champ d'action des professionnels et des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux » (MSSS, 2022 : 18), chaque contact avec les membres des sous-groupes peut contribuer à faire la promotion de la santé mentale chez les sous-groupes.

Le mandat de ce projet vise à outiller les professionnel·le·s du réseau de la santé et des services sociaux, dans un premier temps, ainsi que les intervenant·e·s du milieu communautaire. Afin d'éviter le risque de « limiter l'action au développement de ressources en santé mentale (approche curative) plutôt qu'en prévention » et de ne pas « minimiser les défis sociaux [...] associés au suicide » (Bardon, Pereira et Goulet-Cloutier cités dans MSSS, 2022 : 18), les principes suggérés ici avancent l'importance pour les professionnel·le·s de porter attention aux facteurs de risque et de protection qui dépassent l'individu.

■ *Compétence structurelle*

La compétence structurelle renvoie à la compréhension que les enjeux cliniques se présentant comme des symptômes, des attitudes ou des maladies sont le résultat de processus qui relèvent de décisions et réalités en amont de l'individu (Metzl et Hansen, 2014 : 5). Étant donné le nombre de facteurs de risque communautaires et sociétaux identifiés dans la littérature, cette compétence est suggérée en prévention du suicide chez les sous-groupes (Alvarez et al., 2022). Dans le contexte qui nous concerne, une sensibilité aux réalités et enjeux liés au parcours migratoire et à la situation sociale minoritaire est importante afin de ne pas réduire des expériences comme le désespoir à des facteurs individuels. Cette sensibilité permet de comprendre comment la détresse et les façons de la diminuer passent souvent par des facteurs qui dépassent l'individu (Meza et Bath, 2021; Phillips, 2023; Polanco-Roman et Miranda, 2013 :

8 La postvention renvoie à « l'ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée. » (Séguin et al., 2020 : 2)

85; Wendler et al., 2012). Ces facteurs de risque liés à la situation sociale minoritaire et la migration peuvent être plus ou moins pressants pour une personne vivant des enjeux suicidaires, mais ont le potentiel d'exacerber des préoccupations plus immédiates comme l'intimidation, un stress financier intense ou la perte d'emploi. Tel qu'indiqué précédemment, l'atténuation des sources de stress contribue à la prévention. Par exemple, tout ce qui fera reculer ou diminuer les effets de la discrimination aura un effet protecteur. Il en va de même pour ce qui consolidera le soutien social et favorisera l'intégration à la société via le marché de l'emploi et l'école. Distinguer la diversité des expériences migratoires et minoritaires et réduire les sources de stress lié à ces expériences est un objectif de prévention (Elamoshy et Feng, 2018 : 9; Rogers et Whitehead, 2014).

■ *Compétence culturelle*

Les dimensions culturelles de la détresse, de l'enjeu du suicide, des stratégies de recherche d'aide et des avenues de guérison sont aussi pertinentes, voire essentielles, à considérer. Dans la relation d'aide, la conscience de ses propres valeurs et biais liés au suicide permet d'être sensible à la vision du monde et l'expérience de la personne. La compétence culturelle permet d'être sensible aux façons dont la culture peut avoir une incidence sur le suicide ainsi qu'aux facteurs de risque et de protection spécifiques aux sous-groupes. L'intervenant·e est ainsi davantage en mesure de comprendre les modèles explicatifs de la souffrance, les préférences en matière de recherche d'aide, les valeurs et les croyances associées au suicide, et les façons d'exprimer la détresse (Padilla et al., 2022; Rogers et Whitehead, 2014; Wendler et al., 2012). De même, des connaissances sur les enjeux de santé mentale peuvent être transmises par plusieurs voies (école, communauté, réseau de la santé et des services sociaux, etc.). L'ouverture à l'autre et l'accompagnement vers les ressources disponibles et adaptées vont de pair (Ratkowska et De Leo, 2013 : 130).

■ *Explorer les facteurs de risque et de protection spécifiques*

Dans le contexte de la relation d'aide, l'exploration et la validation émotionnelles des facteurs de risque liés à la migration et au statut social minoritaire comme la perte de statut, le stress post-traumatique, la déqualification, la discrimination, le stress acculturatif, les obstacles sociaux et légaux à l'intégration et les déceptions des attentes liées à l'immigration permettent de mieux comprendre la détresse et aider les personnes souffrantes (Zaheer et al., 2018 : 528). Les approches intégrant le contexte dans l'intervention (narratives, basées sur les forces ou les valeurs, thérapies multisystémique, familiale, de groupe, etc.) et visant les facteurs de risque environnementaux sont alors les bienvenues (Assari et al., 2021; Benton, 2022; Gulbas et al., 2019; Joe et al., 2018; Marraccini et al., 2022; Nam, Kim, Ryu, et al., 2021; Venta et al., 2022 : 9).

La connaissance des facteurs de risque culturels ou liés à une expérience particulière (migration, situation sociale minoritaire) s'accompagne d'une compréhension des facteurs de protection culturels ou spécifiques pouvant protéger contre la détresse et le suicide (Van Zyl, Regmi, et al., 2022). La culture, le parcours personnel et l'environnement social fournissent ainsi des

ressources spécifiques dans lesquelles il est possible de puiser pour renforcer la résilience. Elles sont comme autant de matériaux que l'on peut explorer et consolider pour faire rempart aux facteurs de risque. Tout comme la sensibilité aux facteurs de risque spécifiques, l'exploration et l'ouverture à ces ressources (raisons de vivre, stratégies d'adaptation culturelle, famille, spiritualité, etc.) sont utiles pour engager des conversations sur les spécificités et différences culturelles, identifier et reconnaître les valeurs de la personne, renforcer le lien thérapeutique et assister la personne dans sa guérison de façon culturellement appropriée (Rousseau et Frounfelker, 2019 : 4; Van Zyl, Regmi, et al., 2022).

Les approches collaboratives basées sur les forces et les solutions qui incluent le contexte et explorent les significations que la personne attribue au suicide sont recommandées pour les membres des sous-groupes dans la littérature (Choi et al., 2009; Chu et al., 2017; Davis et al., 2009; Ford-Paz et al., 2015; Marraccini et al., 2022; Van Zyl, Regmi, et al., 2022; Venta et al., 2022; Walker et al., 2014). En effet, ces philosophies d'intervention accordent une place significative aux valeurs, conceptions et ressources de la personne. En conférant ainsi un rôle d'expert·e à la personne aidée, l'intervenant·e se dispose à explorer le vécu et les ressources spécifiques de la personne. Les expériences liées au parcours migratoire, au fait d'appartenir à une communauté ethnoculturelle minoritaire et/ou racisée, ainsi que les ressources culturelles de la personne peuvent ainsi être abordées et éventuellement informer les stratégies d'adaptation, les raisons de vivre et les leviers d'actions considérés.

7.3.3 Conseils pratiques

Ici-bas, une liste non exhaustive de conseils pratiques illustrant l'application des principes qui viennent d'être décrits.

- ▶ Prendre en compte que les membres des minorités ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées expriment généralement moins leurs idées suicidaires.
- ▶ Ne pas considérer les réticences à divulguer ses idéations comme une réticence à participer à l'évaluation (Choi et al., 2009).
- ▶ Éviter les stéréotypes. Ne pas considérer qu'une personne tient telle ou telle conception du suicide ou de la vie simplement du fait de son appartenance assignée ou revendiquée à un groupe.
- ▶ Porter attention à l'intersectionnalité des vulnérabilités. Par exemple, le stress minoritaire chez les personnes réfugiées LGBTQ prend de multiples dimensions.
- ▶ Adapter son vocabulaire à la personne. Parfois, le mot « suicide » n'est pas seulement inconfortable, mais apporte de la honte (Chu, Carimbocas, et al., 2019). Les formes suggérées sont alors celles qui évitent le mot « suicide » comme le désir de mourir ou de ne pas se réveiller. Il faut toutefois ajouter qu'il est recommandé de ne pas hésiter dans sa formulation (Ross et al., 2016) afin d'éviter de créer ou d'accentuer un inconfort.
- ▶ Être conscient·e de la signification de l'aide pour la personne, des personnes ou res-

sources qu'elle se sent à l'aise de consulter ainsi que de l'image qui est renvoyée lorsque ce besoin est affiché (Chu, Carimbocas, et al., 2019).

- ▶ Explorer les facteurs qui peuvent avoir entravé la recherche d'aide et l'expression de la détresse.
- ▶ Explorer les modèles explicatifs du suicide avec la personne (Rogers et Whitehead, 2014). Quelles sont les causes selon la personne? Cela vient de l'intérieur ou l'extérieur de la personne? Qu'est-ce que cela dit sur son sentiment de contrôle? Quelles sont les conséquences sur la recherche d'aide? Quelles voies de guérison sont appropriées?
- ▶ Explorer la signification du suicide dans la communauté (M. Li et al., 2022). Est-ce que le suicide est un tabou? Un signe de faiblesse? Associé à la folie?
- ▶ La discussion sur le référencement doit être sensible aux préférences de la personne, l'éventuelle honte quant à l'enjeu du suicide, la méfiance et les besoins particuliers de la personne (Chu, Carimbocas, et al., 2019; Colucci et al., 2018a).
- ▶ Être conscient-e que la personne peut accepter une demande comme, par exemple, celle d'assurer sa sécurité seulement par politesse (Colucci et al., 2018b).
- ▶ Si la personne fait confiance à une autorité spirituelle ou religieuse, considérer la possibilité d'impliquer cette dernière dans le plan de sécurité (Colucci et al., 2018b).
- ▶ Favoriser le soutien social, les liens familiaux et communautaires (Galway et al., 2019; Padilla et al., 2022; M.-C. Wang et al., 2013).
- ▶ Examiner ses propres perceptions de la communauté d'appartenance de la personne (Choi et al., 2009).
- ▶ Explorer l'expérience de migration de la famille et les pressions de l'acculturation (Choi et al., 2009).
- ▶ Considérer le conflit intergénérationnel comme indicateur du risque suicidaire et tenter de le normaliser comme un enjeu fréquent de l'expérience de migration (Choi et al., 2009).
- ▶ Aider la personne à se fixer des objectifs réalistes et réduire le doute de soi, notamment chez les étudiant-e-s asiatiques (Choi et al., 2009).
- ▶ Partager avec d'autres pour chercher des conseils auprès de personnes connaissant la communauté et partager son expérience d'accompagnement d'une personne suicidaire (Choi et al., 2009).
- ▶ Explorer les valeurs, croyances et normes culturelles relatives aux comportements suicidaires et au suicide, incluant leurs significations, causes et conséquences, ainsi que les façons de traverser le deuil (Molock et al., 2008; Padilla et al., 2022; Rogers et Whitehead, 2014; Wendler et al., 2012; Wong et al., 2014).

- ▶ Explorer les raisons de vivre spécifiques à la culture, l'expérience sociale minoritaire ou le parcours migratoire de la personne.
- ▶ Être sensible et explorer avec la personne la place que la religion et la spiritualité occupent dans leur vie sans attribuer de croyances et sans présupposer du rôle positif ou négatif de la croyance et de la participation religieuses dans leur vie et par rapport à leur détresse (Chaze et al., 2015 : 97). Selon le contexte de la personne, la religion peut avoir des effets négatifs ou jouer un rôle protecteur, donc il est préférable d'approcher cela de manière nuancée.
- ▶ Être sensible et explorer des facteurs de risque spécifiques aux sous-groupes comme la discrimination, le stress minoritaire, les conflits intergénérationnels et l'accès aux soins (Benton, 2022; Chu et al., 2010, 2013; Meza et Bath, 2021; Polanco-Roman, Anglin, et al., 2019; Polanco-Roman et al., 2021; Shepherd et al., 2023).
- ▶ Concevoir des plans de sécurité adaptés aux membres des sous-groupes. Par exemple, il est suggéré de prendre en compte les facteurs de risque communautaires et sociétaux, d'adapter la langue, de considérer les craintes relatives à l'anonymat, d'adopter une approche sensible au traumatisme et de diriger vers des ressources communautaires culturellement pertinentes (Chu, Carimbocas, et al., 2019; Ferguson et al., 2022; N. Procter et al., 2023; L. Wang et al., 2021).

8. RECOMMANDATIONS

À la lumière de la littérature consultée et des données recueillies lors des consultations, des recommandations peuvent être formulées. Les premières pistes d'actions suggérées prennent en compte le mandat du projet visant à développer une trousse d'outils à l'intention des professionnel·e·s du RSSS et des intervenant·e·s du milieu communautaire et à participer à l'élaboration de recommandations fondées sur les meilleures pratiques. Les quatre recommandations qui suivent seront portées par l'IU SHERPA et le CERDA, en collaboration avec des partenaires expert·e·s, dans le cadre du présent mandat.



8.1 RENFORCER LES CONNAISSANCES SUR LES RÉALITÉS DES SOUS-GROUPES AUPRÈS DES PROFESSIONNEL·LE·S DES DIFFÉRENTS MILIEUX IMPLIQUÉS DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE



Modalités

- ▶ Développer et diffuser des outils portant sur les différents enjeux liés au parcours migratoire, l'intégration dans une nouvelle société, ainsi que sur les adversités et espoirs qui y sont liés.
- ▶ Développer et diffuser des outils portant sur les différences culturelles au Québec, ainsi que sur les facteurs de risque et de protection qui sont associés à ces réalités.
- ▶ Diffuser des contenus déjà réalisés par l'IU SHERPA et le CERDA (p. ex. [Intervenir auprès des hommes immigrants. Ai-je une approche adaptée?](#) de l'IU SHERPA, [Trousse d'outils pour soutenir l'intervention auprès de demandeurs d'asile](#) du CERDA).
- ▶ Exemple d'outil : guide pratique sur les facteurs de risque et de protection des sous-groupes



Retombées

- ▶ Meilleure compréhension des réalités des membres des sous-groupes par les personnes participant à la prévention du suicide.



8.2 DÉVELOPPER LES CONNAISSANCES ET HABILITÉS DES PROFESSIONNEL·LE·S POUR ABORDER LE SUJET DU SUICIDE CHEZ LES SOUS-GROUPES



Modalités

- ▶ Développer et diffuser des outils portant sur la diversité des conceptions, normes et valeurs culturelles relatives au suicide et les façons d'aborder cette diversité.
- ▶ Partager ou créer des ressources de sensibilisation à l'enjeu du suicide adaptées à la culture, à la langue et au contexte (clinique, milieu scolaire, travail, lieu de culte, etc.).
- ▶ Exemples d'outil : capsules vidéo présentant les stratégies à adopter pour aborder le suicide avec les personnes appartenant aux sous-groupes; fiches synthèses sur les conceptions du suicide à travers les cultures.



Retombées

- ▶ Meilleure aisance à aborder le sujet du suicide auprès des membres des sous-groupes et à en discuter.



8.3 FAVORISER LE SOUTIEN DES PROFESSIONNEL·LE·S DANS LE REPÉRAGE, L'ESTIMATION ET L'ÉVALUATION DU RISQUE DES PERSONNES APPARTENANT AUX SOUS-GROUPES



Modalités

- ▶ Développer et diffuser des outils portant sur la recherche d'aide, les façons d'exprimer la détresse, les enjeux de confidentialité, les normes et valeurs culturelles associées à la santé mentale et au suicide, la méfiance et la stigmatisation chez les sous-groupes.
- ▶ Développer et diffuser des outils portant sur les déclinaisons et les spécificités des facteurs de risque et de protection chez les sous-groupes.
- ▶ Exemples d'outil : vignettes cliniques présentant des exemples d'expression de la détresse; capsules vidéo avec expert·e présentant le repérage.



Retombées

- ▶ Meilleure compréhension des éléments à prendre en compte dans le repérage et l'évaluation du risque suicidaire des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, des personnes réfugiées ou en demande d'asile.
- ▶ Adaptation culturelle des interventions.



8.4 RENFORCER LES COMPÉTENCES CULTURELLES ET STRUCTURELLES DES PROFESSIONNEL·LE·S



Modalités

- ▶ Développer et diffuser des outils portant sur la compétence culturelle en lien avec le suicide afin d'aider les professionnel·le·s à questionner leurs propres conceptions, l'incertitude et la déstabilisation par des phénomènes culturels, à aborder le sujet de façon ouverte et respectueuse, à être empathiques et à composer avec des perspectives nouvelles, etc.
- ▶ Développer des outils sur la compétence structurelle en lien avec le suicide afin d'aider à repérer et agir sur les facteurs de risque en amont de l'individu, ainsi que de renforcer les facteurs de protection.
- ▶ Exemples d'outil : capsules vidéo sur la demande d'asile, les espoirs et déceptions et les mécanismes d'action; fiche synthèse sur la diversité des raisons de vivre et de mourir; balado avec expert·e sur la gestion de la déstabilisation par des phénomènes culturels.



Retombées

- ▶ Services plus sécurisants pour les membres des sous-groupes.
- ▶ Meilleure aisance à œuvrer auprès des sous-groupes.
- ▶ Meilleure connaissance des moyens d'agir.

Cinq autres recommandations émises cernent des besoins repérés qui dépassent le mandat du projet. Elles s'alignent avec la stratégie nationale de prévention du suicide qui met de l'avant la nécessité d'impliquer une multiplicité d'acteur-trice-s et de miser sur des collaborations intersectorielles (MSSS, 2022)



8.5 CRÉER DES OPPORTUNITÉS DE PARTAGE ENTRE LES DIVERSES PARTIES PRENANTES DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE



Acteurs

- ▶ RSSS
- ▶ Centres de prévention du suicide
- ▶ Centres d'intervention de crise
- ▶ Organismes communautaires spécialisés auprès des populations concernées
- ▶ Organismes communautaires mandatés pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées ou en demande d'asile



Modalités

- ▶ Élaborer une modalité d'échange collaboratif (communauté de pratique, rencontres, partenariat) rassemblant professionnel·le·s spécialisé·e·s en prévention du suicide et professionnel·le·s travaillant régulièrement avec les membres des sous-groupes.
- ▶ Favoriser l'établissement de partenariats entre les organisations spécialisées en prévention du suicide et les organisations travaillant particulièrement avec les sous-groupes.
- ▶ Créer des partenariats entre les diverses parties prenantes de la prévention afin que les personnes ayant besoin de services soient référées vers des services culturellement et linguistiquement pertinents en cas de détresse ou à la suite d'un congé de l'hôpital.
- ▶ Sensibiliser aux inégalités sociales en santé en considérant l'accompagnement pour combler des besoins de base (logement, alimentation) ou sortir les personnes d'une situation difficile (violence conjugale, chômage) comme une façon de participer à la promotion de la santé mentale et à la prévention du suicide.



Retombées

- ▶ Reconnaissance de l'importance du rôle de toutes les parties prenantes dans la prévention du suicide.
- ▶ Opportunités de partage des compétences.
- ▶ Amélioration du continuum de services.
- ▶ Suivis adaptés aux besoins des membres des sous-groupes.



Public cible

- ▶ Professionnel·le·s du RSSS
- ▶ Intervenant·e·s du milieu communautaire



8.6 DÉVELOPPER DES STRATÉGIES DE SENSIBILISATION AUX ENJEUX DE SANTÉ MENTALE ADAPTÉES CULTURELLEMENT ET AUX SOUS-GROUPES



Acteurs

- ▶ MSSS
- ▶ Centres d'intervention de crise
- ▶ Milieux de la recherche et expert·e·s dans le domaine
- ▶ IU SHERPA
- ▶ Centres de prévention du suicide
- ▶ CERDA



Modalités

- ▶ Collaborer avec des parties prenantes des communautés pour développer des outils ou programmes de sensibilisation avec des messages (langue, formulations, images) et canaux (lieu, forme, personnes porteuses) pertinents pour les communautés ciblées.
- ▶ Collaborer avec des intervenant·e·s provenant des principales communautés culturelles pour l'adaptation des contenus sur les plans culturel et linguistique.



Retombées

- ▶ Accès à une information adaptée sur le suicide et les ressources disponibles.
- ▶ Meilleures connaissances en santé mentale et capacité d'agir chez les sous-groupes.
- ▶ Engagement des membres des sous-groupes comme partenaires actifs dans la diminution de leur risque suicidaire.



Public cible

- ▶ Membres des sous-groupes
- ▶ Professionnelle-s des milieux communautaires et du RSSS



8.7 ADAPTER CULTURELLEMENT LES EFFORTS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LES ÉCOLES



Acteurs

- ▶ MSSS
- ▶ Centres de prévention du suicide
- ▶ Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ)
- ▶ IU SHERPA
- ▶ Milieux de la recherche et expert-e-s dans le domaine
- ▶ CERDA



Modalités

- ▶ Adapter culturellement les programmes de sensibilisation, d'éducation socio-émotionnelle, de transmission de stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes.
- ▶ Sensibiliser à la prise en compte des facteurs de risque et de protection du suicide chez les jeunes des sous-groupes.



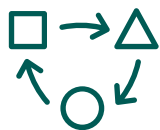
Retombées

- ▶ Sensibilisation et outillage adaptés culturellement et prenant en compte les épreuves particulières des jeunes appartenant aux sous-groupes. Engagement des membres des sous-groupes comme partenaires actifs dans la diminution de leur risque suicidaire.



Public cible

- ▶ Intervenant-e-s dans les milieux scolaires
- ▶ Personnel enseignant dans les milieux scolaires
- ▶ Jeunes des sous-groupes



8.8 ADAPTER CULTURELLEMENT LES STRATÉGIES DE PRÉVENTION ET DE POSTVENTION EXISTANTES



Acteurs

- ▶ IU SHERPA
- ▶ CERDA
- ▶ Milieux de la recherche et expert·e·s dans le domaine
- ▶ Centres de prévention du suicide
- ▶ Centres d'intervention de crise
- ▶ Autres partenaires



Modalités

- ▶ Formuler des conseils pour adapter culturellement et aux réalités des sous-groupes les programmes de sentinelles.
- ▶ Formuler des conseils pour adapter culturellement et aux réalités des sous-groupes les programmes de postvention.



Retombées

- ▶ Stratégies de prévention et de postvention existantes pouvant être adaptées culturellement.



Public cible

- ▶ Professionnel·le·s du RSSS
- ▶ Intervenant·e·s du milieu communautaire



8.9 DÉPLOYER DES STRATÉGIES POUR AVANCER DANS LA CONNAISSANCE DU PHÉNOMÈNE CHEZ LES SOUS-GROUPES AU QUÉBEC



Acteurs

- ▶ MSSS
- ▶ Centres d'intervention de crise
- ▶ Milieux de la recherche et expert·e·s dans le domaine
- ▶ IU SHERPA
- ▶ Centres de prévention du suicide
- ▶ CERDA



Modalités

- ▶ Faciliter l'accès à des données désagrégées selon les groupes.
- ▶ Mener des recherches participatives avec les sous-groupes permettant de mieux connaître l'ampleur et les déterminants du suicide dans des milieux ou chez des communautés données.



Retombées

- ▶ Des données désagrégées sur les sous-groupes.



Public cible

- ▶ Décideur·euse·s
- ▶ Professionnelle·s du RSSS et du milieu communautaire
- ▶ Chercheur·euse·s

9. BIBLIOGRAPHIE

- Acharya, M. P., et Northcott, H. C. (2007). Mental Distress and the Coping Strategies of Elderly Indian Immigrant Women. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 614-636. <https://doi.org/10.1177/1363461507083901>
- Adams, N. J., et Vincent, B. (2019). Suicidal Thoughts and Behaviors Among Transgender Adults in Relation to Education, Ethnicity, and Income : A Systematic Review. *Transgender Health*, 4(1), 226-246. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0009>
- Agic, B., Mann, R. E., et Kobus-Matthews, M. (2011). Alcohol use in seven ethnic communities in Ontario : A qualitative investigation. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18(2), 116-123. <https://doi.org/10.3109/09687630903514909>
- Agic, B., Mann, R. E., Tuck, A., Ialomiteanu, A. R., Bondy, S. J., et Simich, L. (2015). Gender Differences in Alcohol Use and Risk Drinking in Ontario Ethnic Groups. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 14(4), 379-391. <https://doi.org/10.1080/15332640.2014.993784>
- Aichberger, M. C., Heredia Montesinos, A., Bromand, Z., Yesil, R., Temur-Erman, S., Rapp, M. A., Heinz, A., et Schouler-Ocak, M. (2015). Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. *European Psychiatry*, 30(4), 480-485. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.003>
- Alegria, M., Atkins, M., Farmer, E., Slaton, E., et Stelk, W. (2010). One Size Does Not Fit All : Taking Diversity, Culture and Context Seriously. *Administration and policy in mental health*, 37(1-2), 48-60. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0283-2>
- Ali, J. (2002). Mental health of Canada's immigrants (2002001). *Statistique Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82-003-S20020016336>
- Alvarez, K., Polanco-Roman, L., Samuel Breslow, A., et Molock, S. (2022). Structural Racism and Suicide Prevention for Ethn racially Minoritized Youth : A Conceptual Framework and

Illustration Across Systems. *The American Journal of Psychiatry*, 179(6), 422-433. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21101001>

Alvarez-Hernandez, L. R., et Mowbray, O. (2022). Trends in Suicide among Lesbian, Gay, and Bisexual Hispanic Individuals : National Violent Death Reporting System Data from 2012-2016. *Journal of Homosexuality*, 0(0), 1-15. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2018878>

Ambrose, E. M. (2022). Cultural Adaptation for Suicide Prevention. Dans M. Pompili (Éd.), *Suicide Risk Assessment and Prevention*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-42003-1>

Amin, R., Helgesson, M., Runeson, B., Tinghög, P., Mehlum, L., Qin, P., Holmes, E. A., et Mittendorfer-Rutz, E. (2021). Suicide attempt and suicide in refugees in Sweden – a nationwide population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 51(2), 254-263. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003167>

Amiri, D. K., Madsen, T., Norredam, M., Brande, S. E., Mittendorfer-Rutz, E., Nordentoft, M., et Erlangsen, A. (2021). Suicide and Suicide Attempts Among Asylum-Seekers in Denmark. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.2011809>

Amiri, S. (2022). Prevalence of Suicide in Immigrants/Refugees : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 370-405. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1802379>

Ammerman, B. A., Fahlgren, M. K., Sorgi, K. M., et McCloskey, M. S. (2020). Differences in Suicidal Thoughts and Behaviors Among Three Racial Groups : Exploratory Analyses in a College Sample. *Crisis*, 41(3), 172-178. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000621>

Andriessen, K., Kryszynska, K., et Grad, O. T. (Éds.). (2017). *Postvention in Action : The International Handbook of Suicide Bereavement Support*. Hogrefe Publishing. <https://doi.org/10.1027/00493-000>

AQIISM. (n.d.). Détection. Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM). <https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/detection-depistage-et-evaluation/detection/>

Aran, N., Card, K. G., Lee, K., et Hogg, R. S. (2023). Patterns of Suicide and Suicidal Ideation in Relation to Social Isolation and Loneliness in Newcomer Populations : A Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(2), 415-426. <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01422-9>

Asarnow, J. R., Goldston, D. B., Tunno, A. M., Inscoe, A. B., et Pynoos, R. (2020). Suicide, Self-Harm, et Traumatic Stress Exposure : A Trauma-Informed Approach to the Evaluation and Management of Suicide Risk. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 5(4), 483-500. <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1796547>

Assari, S., Boyce, S., Bazargan, M., et Caldwell, C. H. (2021). Race, Family Conflict and Suicidal Thoughts and Behaviors among 9–10-Year-Old American Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5399. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105399>

Aubert, P., Daigle, M. S., et Daigle, J.-G. (2004). Cultural traits and immigration : Hostility and suicidality in Chinese Canadian students. *Transcultural Psychiatry*, 41(4), 514-532. <https://doi.org/10.1177/1363461504045647>

Baiden, P., LaBrenz, C. A., Onyeaka, H. K., Muoghalu, C., Nicholas, J. K., Spoor, S. P., Bock, E., et Taliaferro, L. A. (2022). Perceived racial discrimination and suicidal behaviors among racial and ethnic minority adolescents in the United States : Findings from the 2021 adolescent behaviors and experiences survey. *Psychiatry Research*, 317, 114877. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114877>

Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., et Steer, R. A. (2006). Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide : A Replication With Psychiatric Outpatients. *FOCUS*, 4(2), 291-296. <https://doi.org/10.1176/foc.4.2.291>

Beiser, M., et Hou, F. (2016). Mental Health Effects of Premigration Trauma and Postmigration Discrimination on Refugee Youth in Canada. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 464. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000516>

Benton, T. D. (2022). Suicide and Suicidal Behaviors Among Minoritized Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 211-221. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2022.01.002>

Bereza, E., Graphos, A., Le Gall, J., Peat, J., Pham, M.-H., Sougavinski, M., Steinberg, R., Walsh, S., et Xenocostas, S. (2011). Guide d'intervention clinique sur l'adaptation des services à la diversité culturelle. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/L_adaptation-des-services-à-la-diversité-culturelle.pdf

Berk, M., Dodd, S., et Henry, M. (2006). The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychological Medicine*, 36(2), 181-189. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006665>

Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5-34. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>

Berry, J. W. (2005). Acculturation : Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697-712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>

Bhui, K. S., et McKenzie, K. (2008). Rates and Risk Factors by Ethnic Group for Suicides Within a Year of Contact With Mental Health Services in England and Wales. *Psychiatric Services*, 59(4), 414-420. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.4.414>

Björkenstam, E., Helgesson, M., Amin, R., et Mittendorfer-Rutz, E. (2020). Mental disorders, suicide attempt and suicide : Differences in the association in refugees compared with Swe-

dish-born individuals. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 217(6), 679-685. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.215>

Blanchard, D., et Poirier-Veilleux, C. (2019). Des données pour éclairer la prévention du suicide : Rapport statistique de la Direction régionale de santé publique de Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication-des-donnees-pour-eclairer-la-prevention-du-suicide-rapport-statistique-de-la-direction-regionale-d/>

Blosnich, J. R., De Luca, S., Lytle, M. C., et Brownson, C. (2020). Questions of faith : Religious affiliations and suicidal ideation among sexual minority young adults. *Suicide et life-threatening behavior*, 50(6), 1158-1166. <https://doi.org/10.1111/sltb.12679>

Bommersbach, T. J., Rosenheck, R. A., et Rhee, T. G. (2022). Racial and ethnic differences in suicidal behavior and mental health service use among US adults, 2009–2020. *Psychological Medicine*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/S003329172200280X>

Boski, P. (2008). Five meanings of integration in acculturation research. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(2), 142-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2008.01.005>

Bowden, M., McCoy, A., et Reavley, N. (2020). Suicidality and suicide prevention in culturally and linguistically diverse (CALD) communities : A systematic review. *International Journal of Mental Health*, 49(4), 293-320. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1694204>

Boyas, J. F., Villarreal-Otálora, T., Alvarez-Hernandez, L. R., et Fatehi, M. (2019). Suicide ideation, planning, and attempts : The case of the Latinx LGB youth. *Health Promotion Perspectives*, 9(3), 198-206. <https://doi.org/10.15171/hpp.2019.28>

Brandt, M. K., Sandahl, H., et Carlsson, J. (2023). The Impact of Religion and Spirituality on Suicide Risk in Veterans and Refugees With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Nervous et Mental Disease*, 211(1), 65-73. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001583>

Brown, F. L., Mishra, T., Frounfelker, R., Bhargava, E., Gautam, B., Prasai, A., et Betancourt, T. (2019). 'Hiding their troubles' : A qualitative exploration of suicide in Bhutanese refugees in the USA. *Global Mental Health*, 6. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.34>

Burger, I., Hemert, A. M. van, Schudel, W. J., et Middelkoop, B. J. C. (2009). Suicidal Behavior in Four Ethnic Groups in The Hague, 2002–2004. *Crisis*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910.30.2.63>

Burgess, A., Potocky, M., et Alessi, E. J. (2021). A Preliminary Framework for Understanding Suicide Risk in LGBTQ Refugees and Asylum Seekers. *Intervention*, 19(2), 187. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_5_21

CAMH, et Across Boundaries. (n.d.). *Mental health, Mental illness and Addictions in youth : What do we know about racialised youth health* (p. 12).

Carpiniello, B., et Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 35. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00035>

CDC. (2022). Suicide Prevention Resource for Action (p. 108). <https://www.cdc.gov/suicide/resources/prevention.html>

CDC. (2023, juillet 6). Risk and Protective Factors. <https://www.cdc.gov/suicide/factors/index.html>

Centre de Ressources Multiculturelles en Santé Mentale. (2023). Informations pour les patients par langue. Centre de Ressources Multiculturelles en Santé Mentale. <https://multiculturalmentalhealth.ca/fr/informations-pour-les-patients-par-langue/>

Centre for Suicide Prevention. (2022). Substance use disorder and suicide. Centre for Suicide Prevention. https://www.suicideinfo.ca/local_resource/substance-use/

Chase, L. E., Cleveland, J., Beatson, J., et Rousseau, C. (2017). The gap between entitlement and access to healthcare : An analysis of "candidacy" in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal. *Social Science et Medicine*, 182, 52-59.

Chase, L. E., et Sapkota, R. P. (2017). "In our community, a friend is a psychologist" : An ethnographic study of informal care in two Bhutanese refugee communities. *Transcultural Psychiatry*, 54(3), 400-422. <https://doi.org/10.1177/1363461517703023>

Chaze, F., Thomson, M. S., George, U., et Guruge, S. (2015). Role of Cultural Beliefs, Religion, and Spirituality in Mental Health and/or Service Utilization among Immigrants in Canada : A Scoping Review. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(3), 87-101. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2015-015>

Chen, C., Smith, P., et Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity et Health*, 15(6), 601-619. <https://doi.org/10.1080/13557858.2010.502591>

Choi, J. L., Rogers, J. R., et Werth Jr., J. L. (2009). Suicide risk assessment with Asian American college students : A culturally informed perspective. *The Counseling Psychologist*, 37(2), 186-218. <https://doi.org/10.1177/0011000006292256>

Chu, J., Carimbocas, K., Hoeflein, B., Saggi, S., Corpus, G., et Ly, L. (2019). Developing Culturally Competent Suicide Prevention Trainings.

Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., et Bongar, B. (2013). A tool for the culturally competent assessment of suicide : The Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) Measure. *Psychological Assessment*, 25(2), 424. <https://doi.org/10.1037/a0031264>

Chu, J., Goldblum, P., Floyd, R., et Bongar, B. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventive Psychology*, 14(1), 25-40. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2011.11.001>

- Chu, J., Khoury, O., Ma, J., Bahn, F., Bongar, B., et Goldblum, P. (2017). An Empirical Model and Ethnic Differences in Cultural Meanings Via Motives for Suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1343-1359. <https://doi.org/10.1002/jclp.22425>
- Chu, J., Lin, M., Akutsu, P. D., Joshi, S. V., et Yang, L. H. (2018). Hidden suicidal ideation or intent among Asian American Pacific Islanders : A cultural phenomenon associated with greater suicide severity. *Asian American Journal of Psychology*, 9(4), 262-269. <https://doi.org/10.1037/aap0000134>
- Chu, J., Robinett, E. N., Ma, J. K. L., Shadish, K. Y., Goldblum, P., et Bongar, B. (2019). Cultural versus classic risk and protective factors for suicide. *Death Studies*, 43(1), 56-61. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1430085>
- Chung, I. (2012). Sociocultural study of immigrant suicide-attempters : An ecological perspective. *Journal of Social Work*, 12(6), 614-629. <https://doi.org/10.1177/1468017310394240>
- CISSSME. (2021). Trousse d'outils cliniques en prévention du suicide destinée au gestionnaire et à l'employé. https://letourdelest.ca/wp-content/uploads/trousse-prevention-du-suicide-services-generaux_14-12-2012.pdf
- Clarke, D. E., Colantonio, A., Rhodes, A. E., et Escobar, M. (2008). Pathways to suicidality across ethnic groups in Canadian adults : The possible role of social stress. *Psychological Medicine*, 38(3), 419-431. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002103>
- Cogo, E., Murray, M., Villanueva, G., Hamel, C., Garner, P., Senior, S. L., et Henschke, N. (2022). Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people : A systematic review. *PloS One*, 17(3), e0263797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263797>
- Coimbra, B. M., Hoeboer, C. M., Yik, J., Mello, A. F., Mello, M. F., et Olf, M. (2022). Meta-analysis of the effect of racial discrimination on suicidality. *SSM - Population Health*, 20, 101283. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101283>
- Colucci, E. (2006). The cultural facet of suicidal behaviour : Its importance and neglect. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5(3), 234-246. <https://doi.org/10.5172/jamh.5.3.234>
- Colucci, E., Jorm, A. F., Kelly, C. M., et Minas, H. (2018a). Suicide first aid guidelines for assisting persons from immigrant or refugee background : A Delphi study. *Advances in Mental Health*, 16(2), 105-116. <https://doi.org/10.1080/18387357.2018.1469383>
- Colucci, E., Jorm, A. F., Kelly, C. M., et Minas, H. (2018b). Suicide first aid guidelines for assisting persons from immigrant or refugee background : A Delphi study - Supplementary Material 1. *Advances in Mental Health*, 16(2), 105-116. <https://doi.org/10.1080/18387357.2018.1469383>
- Conseil canadien pour les réfugiés. (2010). Réfugiés et immigrants : Un glossaire. Conseil canadien pour les réfugiés. <https://ccrweb.ca/fr/glossaire>

- Cramer, R. J., et Kapusta, N. D. (2017). A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide. *Frontiers in Psychology*, 8, 1756. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01756>
- CRISE. (2022). Estimation du danger de passage à l'acte (risque suicidaire à court terme). Prévention du suicide: synthèses de connaissances. <https://comprendrelesuicide.uqam.ca/fr/champ-dinteret/reperer-personnes-risque-evaluer-risque-suicidaire>
- Davis, S. P., Arnette, N. C., Bethea, K. S., Graves, K. N., Rhodes, M. N., Harp, S. E., Dunn, S. E., Patel, M. N., et Kaslow, N. J. (2009). The Grady Nia Project : A culturally competent intervention for low-income, abused, and suicidal African American women. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(2), 141-147. <https://doi.org/10.1037/a0014566>
- De Leo, D. (2015). Can We Rely on Suicide Mortality Data? *Crisis*, 36, 1-3. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000315>
- De Luca, S., Yan, Y., et O'Donnell, K. (2023). Is anybody there? A longitudinal examination of help-seeking and suicidal risk among Latino, Black, and non-Hispanic white adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/sltb.12951>
- De Maio, F. G., et Kemp, E. (2010). The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Global Public Health*, 5(5), 462-478. <https://doi.org/10.1080/17441690902942480>
- Donnelly, T. T., Hwang, J. J., Este, D., Ewashen, C., Adair, C., et Clinton, M. (2011). If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help : Challenges influencing immigrant and refugee women's mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(5), 279-290. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.550383>
- Droždek, B., Kamperman, A. M., Tol, W. A., Knipscheer, J. W., et Kleber, R. J. (2013). Is legal status impacting outcomes of group therapy for posttraumatic stress disorder with male asylum seekers and refugees from Iran and Afghanistan? *BMC Psychiatry*, 13, 148. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-148>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., et Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems : Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268-277. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00123-3](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00123-3)
- Dyregrov, K. (2011). What Do We Know About Needs for Help After Suicide in Different Parts of the World? : A Phenomenological Perspective. *Crisis*, 32(6), 310-318. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000098>
- Edge, S., et Newbold, B. (2013). Discrimination and the Health of Immigrants and Refugees : Exploring Canada's Evidence Base and Directions for Future Research in Newcomer Receiving Countries. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(1), 141-148. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9640-4>

Elamoshy, R., et Feng, C. (2018). Suicidal Ideation and Healthy Immigrant Effect in the Canadian Population : A Cross-Sectional Population Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 848. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050848>

English, D., Boone, C. A., Carter, J. A., Talan, A. J., Busby, D. R., Moody, R. L., Cunningham, D. J., Bowleg, L., et Rendina, H. J. (2022). Intersecting Structural Oppression and Suicidality Among Black Sexual Minority Male Adolescents and Emerging Adults. *Journal of Research on Adolescence*, 32(1), 226-243. <https://doi.org/10.1111/jora.12726>

Erfani, P., Chin, E. T., Lee, C. H., Uppal, N., et Peeler, K. R. (2021). Suicide rates of migrants in United States immigration detention (2010-2020). *AIMS Public Health*, 8(3), 416-420. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2021031>

Essex, R., Kalocsányiová, E., Rummyantseva, N., et Jameson, J. (2022). Trust Amongst Refugees in Resettlement Settings : A Systematic Scoping Review and Thematic Analysis of the Literature. *Journal of International Migration and Integration*, 23(2), 543-568. <https://doi.org/10.1007/s12134-021-00850-0>

Eylem, O., Dalğar, İ., İnce, B. Ü., Tok, F., van Straten, A., de Wit, L., Kerkhof, Ad. J. F. M., et Bhui, K. (2019). Acculturation and suicidal ideation among Turkish migrants in the Netherlands. *Psychiatry Research*, 275, 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.078>

Fazel, M., Wheeler, J., et Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries : A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)

Ferguson, M., Posselt, M., McIntyre, H., Loughhead, M., Kenny, M.-A., Mau, V., et Procter, N. (2022). Staff Perspectives of Safety Planning as a Suicide Prevention Intervention for People of Refugee and Asylum-Seeker Background. *Crisis*, 43(4), 331-338. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000781>

Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T., et Sundbom, E. (1998). Suicidal behavior after severe trauma. Part 1 : PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 103-112. <https://doi.org/10.1023/A:1024461216994>

Fiske, H. (2018). Preventing Suicide in the Aftermath of Trauma. Dans A. Froerer, J. von Czifra-Bergs, J. Kim, et E. Connie (Éds.), *Solution-Focused Brief Therapy with Clients Managing Trauma* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190678784.003.0005>

Fitzpatrick, S. J. (2018). Reshaping the Ethics of Suicide Prevention : Responsibility, Inequality and Action on the Social Determinants of Suicide. *Public Health Ethics*, 11(2), 179-190. <https://doi.org/10.1093/phe/phx022>

Ford-Paz, R. E., Reinhard, C., Kuebbeler, A., Contreras, R., et Sánchez, B. (2015). Culturally Tailored Depression/Suicide Prevention in Latino Youth : Community Perspectives. *The Journal*

of Behavioral Health Services et Research, 42(4), 519-533. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9368-5>

Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., et Pompili, M. (2018). Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities : A Literature Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>

Fowler, K. A., Gladden, R. M., Vagi, K. J., Barnes, J., et Frazier, L. (2015). Increase in Suicides Associated With Home Eviction and Foreclosure During the US Housing Crisis : Findings From 16 National Violent Death Reporting System States, 2005-2010. *American Journal of Public Health*, 105(2), 311-316. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301945>

Frank, K., et Hou, F. (2017). Over-education and Life Satisfaction among Immigrant and Non-immigrant Workers in Canada. *Statistique Canada*, 11.

Galway, K., Forbes, T., Mallon, S., Santin, O., Best, P., Neff, J., Leavey, G., et Pitman, A. (2019). Adapting Digital Social Prescribing for Suicide Bereavement Support : The Findings of a Consultation Exercise to Explore the Acceptability of Implementing Digital Social Prescribing within an Existing Postvention Service. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4561. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224561>

Gargiulo, A., Tessitore, F., Le Grottaglie, F., et Margherita, G. (2021). Self-harming behaviours of asylum seekers and refugees in Europe : A systematic review. *International Journal of Psychology*, 56(2), 189-198. <https://doi.org/10.1002/ijop.12697>

Garza, M. J., et Pettit, J. W. (2010). Perceived Burdensomeness, Familism, and Suicidal Ideation among Mexican Women : Enhancing Understanding of Risk and Protective Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(6), 561-573. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.6.561>

Gearing, R. E., et Alonzo, D. (2018). Religion and Suicide : New Findings. *Journal of Religion and Health*, 57(6), 2478-2499. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0629-8>

Geirsdottir, G., Mittendorfer-Rutz, E., et Amin, R. (2021). Risk of suicide attempt and suicide in young adult refugees compared to their Swedish-born peers : A register-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(12), 2163-2173. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02099-5>

Goldsmith, S., Pellmar, T., Kleinman, A., et Bunney, W. (2002a). *Reducing Suicide : A National Imperative*. National Academies Press.

Goldsmith, S., Pellmar, T., Kleinman, A., et Bunney, W. (2002b). Society and Culture. Dans *Reducing Suicide : A National Imperative* (National Academies Press, p. 193-227).

Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., et Hall, G. C. N. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *American Psychologist*, 63(1), 14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.1.14>

- Goodwill, J. R., Taylor, R. J., et Watkins, D. C. (2021). Everyday Discrimination, Depressive Symptoms, and Suicide Ideation Among African American Men. *Archives of Suicide Research*, 25(1), 74-93. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1660287>
- Goosen, S., Kunst, A. E., Stronks, K., van Oostrum, I. E., Uitenbroek, D. G., et Kerkhof, A. J. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands : A national registry-based study. *BMC Public Health*, 11, 484. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-484>
- Gouvernement du Québec. (2023, avril 21). Accès à l'égalité en emploi. <https://www.quebec.ca/gouvernement/travailler-gouvernement/travailler-fonction-publique/acces-egalite-emploi>
- Greenfield, B., Rousseau, C., Slatkoff, J., Lewkowski, M., Davis, M., Dube, S., Lashley, M. E., Morin, I., Dray, P., et Harnden, B. (2006). Profile of a Metropolitan North American Immigrant Suicidal Adolescent Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(3), 155-159. <https://doi.org/10.1177/070674370605100305>
- Grégoire Labrecque, G. (2014). Concept intégration.pdf. <https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Fiche-synthese-Le-concept-dintegration.pdf>
- Guerraoui, Z. (2009). De l'acculturation à l'interculturalité : Réflexions épistémologiques: L'Autre, Volume. 10(2), 195-200. <https://doi.org/10.3917/lautr.029.0195>
- Gulbas, L., Guz, S., Hausmann-Stabile, C., Szlyk, H. S., et Zayas, L. H. (2019). Trajectories of Well-being among Latina Adolescents who Attempt Suicide : A Longitudinal Qualitative Analysis. *Qualitative health research*, 29(12), 1766-1780. <https://doi.org/10.1177/1049732319837541>
- Gurung, A., Subedi, P., Zhang, M., Li, C., Kelly, T., Kim, C., et Yun, K. (2020). Culturally-Appropriate Orientation Increases the Effectiveness of Mental Health First Aid Training for Bhutanese Refugees : Results from a Multi-state Program Evaluation. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(5), 957-964. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-00986-8>
- Haase, E., Schönfelder, A., Nesterko, Y., et Glaesmer, H. (2022). Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts among refugees : A meta-analysis. *BMC Public Health*, 22(1), 635. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13029-8>
- Hagaman, A. K., Sivilli, T. I., Ao, T., Blanton, C., Ellis, H., Lopes Cardozo, B., et Shetty, S. (2016). An Investigation into Suicides Among Bhutanese Refugees Resettled in the United States Between 2008 and 2011. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(4), 819-827. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0326-6>
- Hamilton, H. A., Noh, S., et Adlaf, E. M. (2009). Adolescent Risk Behaviours and Psychological Distress across Immigrant Generations. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, 100(3), 221-225. <https://doi.org/10.1007/BF03405545>

- Han, C. S., et Oliffe, J. L. (2015). Korean-Canadian Immigrants' Help-Seeking and Self-Management of Suicidal Behaviours. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(1), 17-30. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-036>
- Han, C. S., Oliffe, J. L., et Ogrodniczuk, J. S. (2013). Culture and suicide : Korean-Canadian immigrants' perspective. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care*, 6(2/3), 30-42. <https://doi.org/10.1108/EIHSC-08-2013-0015>
- Hansson, E. K., Tuck, A., Lurie, S., et McKenzie, K. (2009). Improving Mental Health Services for Immigrant, Refugee, Ethno-Cultural and Racialized Groups Issues and Options for Service Improvement. <https://doi.org/10.1037/e505772013-001>
- Hansson, E. K., Tuck, A., Lurie, S., et McKenzie, K. (2012). Rates of mental illness and suicidality in immigrant, refugee, ethnocultural, and racialized groups in Canada : A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 57(2), 111-121. <https://doi.org/10.1177/070674371205700208>
- Haroz, E. E., Decker, E., Lee, C., Bolton, P., Spiegel, P., et Ventevogel, P. (2020). Evidence for suicide prevention strategies with populations in displacement : A systematic review. *Intervention (Amstelveen, Netherlands)*, 18(1), 37-44.
- Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., et Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice : Shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet. Psychiatry*, 9(11), 922-928. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2)
- Hedrick, K., Armstrong, G., Coffey, G., et Borschmann, R. (2019). Self-harm in the Australian asylum seeker population : A national records-based study. *SSM - Population Health*, 8, 100452. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100452>
- Hedrick, K., Armstrong, G., Coffey, G., et Borschmann, R. (2020). Temporal variations in the distribution of self-harm episodes and methods across the Australian asylum seeker population : An observational study. *PLOS Medicine*, 17(8), e1003235. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003235>
- Heredia Montesinos, A., Aichberger, M. C., Temur-Erman, S., Bromand, Z., Heinz, A., et Schouler-Ocak, M. (2019). Explanatory models of suicidality among women of Turkish descent in Germany : A focus group study. *Transcultural Psychiatry*, 56(1), 48-75. <https://doi.org/10.1177/1363461518792432>
- Hess, R. F., Croasmun, A. C., Pittman, C., Baird, M. B., et Ross, R. (2022). Psychological Distress, Post-Traumatic Stress, and Suicidal Ideation Among Resettled Nepali-Speaking Bhutanese Refugees in the United States : Rates and Predictors. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(3), 314-323. <https://doi.org/10.1177/10436596211070599>

Hollander, A.-C., Pitman, A., Sjöqvist, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., et Dalman, C. (2020). Suicide risk among refugees compared with non-refugee migrants and the Swedish-born majority population. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 217(6), 686-692. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.220>

Hovey, J. D., et Magaña, C. G. (2003). Suicide Risk Factors Among Mexican Migrant Farmworker Women in the Midwest United States. *Archives of Suicide Research*, 7(2), 107-121. <https://doi.org/10.1080/13811110301579>

Huguelet, P., et Mandhouj, O. (2013). Chapitre 14. Suicide et religion. Dans *Suicide et environnement social* (p. 103-110). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.court.2013.01.0103>

Humensky, J. L., Coronel, B., Gil, R., Mazzula, S., et Lewis-Fernández, R. (2017). Life is Precious : A Community-Based Program to Reduce Suicidal Behavior in Latina Adolescents. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 21(4), 659-671. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1242442>

Hynie, M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context : A Critical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 297-303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>

ICSP. (2021). *Trousse d'évaluation du risque suicidaire – Ressource pour les travailleurs et les organisations de soins de santé*. 17.

Ingram, J., Lyford, B., McAtamney, A., et Fitzpatrick, S. (2022). Preventing suicide in refugees and asylum seekers : A rapid literature review examining the role of suicide prevention training for health and support staff. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00534-x>

INSPQ. (2023). *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2023*.

Jiménez, A. L., Cruz-Gonzalez, M., Calhoun, T. F., Cohen, L., et Alegría, M. (2022). Late life anxiety and depression symptoms, and suicidal behaviors in racial/ethnic minority older adults in community-based organizations and community clinics in the U.S. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. <https://doi.org/10.1037/cdp0000524>

Jin, S. S., Dolan, T. M., Cloutier, A. A., Bojdani, E., et DeLisi, L. (2021a). Systematic review of depression and suicidality in child and adolescent (CAP) refugees. *Psychiatry Research*, 302, 114025. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114025>

Jin, S. S., Dolan, T. M., Cloutier, A. A., Bojdani, E., et DeLisi, L. (2021b). Systematic review of depression and suicidality in child and adolescent (CAP) refugees. *Psychiatry Research*, 302, 114025. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114025>

Jobes, D. A., et Chalker, S. A. (2019). One Size Does Not Fit All : A Comprehensive Clinical Approach to Reducing Suicidal Ideation, Attempts, and Deaths. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3606. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193606>

- Joe, S., Scott, M. L., et Banks, A. (2018). What Works for Adolescent Black Males at Risk of Suicide : A Review. *Research on social work practice*, 28(3), 340-345. <https://doi.org/10.1177/1049731517702745>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide* (p. 276). Harvard University Press.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy : Empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67(3), 231-243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Kohrt, B. A., Bolton, P. A., Bass, J. K., et Hinton, D. E. (2015). "Thinking too much" : A systematic review of a common idiom of distress. *Social Science et Medicine*, 147, 170-183. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.044>
- Kalt, A., Hossain, M., Kiss, L., et Zimmerman, C. (2013). Asylum Seekers, Violence and Health : A Systematic Review of Research in High-Income Host Countries. *American Journal of Public Health*, 103(3), e30-e42. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301136>
- Kartal, D., Alkemade, N., Eisenbruch, M., et Kissane, D. (2018). Traumatic exposure, acculturative stress and cultural orientation : The influence on PTSD, depressive and anxiety symptoms among refugees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(9), 931-941. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1532-z>
- Kaslow, N. J., Samples, T. C., Rhodes, M., et Gantt, S. (2011). A family-oriented and culturally sensitive postvention approach with suicide survivors. Dans *Grief after suicide : Understanding the consequences and caring for the survivors* (p. 301-323). Routledge/Taylor et Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203886045>
- Kayanan, A. V. (2023). Compréhension des enjeux en santé mentale et des facteurs de risque et de protection chez les personnes immigrantes et réfugiées : Une revue de la littérature (p. 44). Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA).
- Kellner, F. (2022). Suicide in Canada. *The Canadian Encyclopedia*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/suicide>
- Kennedy, M. A., Parhar, K. K., Samra, J., et Gorzalka, B. (2005). Suicide ideation in different generations of immigrants. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 50(6), 353-356. <https://doi.org/10.1177/070674370505000611>
- Kim, M. J. (2021). Acculturation, social support and suicidal ideation among Asian immigrants in the United States. *SSM - Population Health*, 14, 100778. <https://doi.org/10.1016/j.ssm-ph.2021.100778>
- Kimball, D., Bonds, S., Brady, J. P., et Blashill, A. J. (2022). Suicidality, Sexual Orientation, and Race/Ethnicity : Results from a U.S. Representative Adolescent Sample. *Archives of Suicide Research*, 26(4), 1950-1957. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1965928>

- Kirmayer, L. J. (Réalisateur). (2013, avril 10). Cultural Psychiatry : Lecture #2 Somatization and Bodily Idioms of Distress pt 1. <https://www.youtube.com/watch?v=v6koFSy-Vw8>
- Kirmayer, L. J. (2022). Suicide in cultural context : An ecosocial approach. *Transcultural Psychiatry*, 59(1), 3-12. <https://doi.org/10.1177/13634615221076424>
- Kirmayer, L. J., et Jarvis, G. (2019). Culturally Responsive Services as a Path to Equity in Mental Healthcare. *HealthcarePapers*, 18(2), 11-23. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2019.25925>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., et Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees : General approach in primary care. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959-E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kirmayer, L. J., et Young, A. (1998). Culture and somatization : Clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 420-430. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00006>
- Kleiman, E. M., et Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide : Findings from two nationally representative samples. *Journal of affective disorders*, 150(2), 540-545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>
- Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*.
- Kleinman, A. (2004). Culture and depression. *The New England Journal of Medicine*, 351(10), 951-953. <https://doi.org/10.1056/NEJMp048078>
- Krieger, N. (2011). Ecosocial Theory of Disease Distribution. Dans *Epidemiology and the People's Health* (p. 1-87). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195383874.001.0001>
- Kronick, R., Jarvis, G. E., et Kirmayer, L. J. (2021). Refugee mental health and human rights : A challenge for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 58(2), 147-156. <https://doi.org/10.1177/13634615211002690>
- Labelle, M., Field, A.-M., et Icart, J.-C. (2007). Les dimensions d'intégration des immigrants, des minorités ethnoculturelles et des groupes racisés au Québec.
- Labelle, R., Lachance, L., et Morval, M. (1996). Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. [Validation of a French-Canadian version of the Reasons for Living Inventory.]. *Science et Comportement*, 24(3), 237-248.
- Lai, D. W. L., Li, L., et Daoust, G. D. (2017). Factors Influencing Suicide Behaviours in Immigrant and Ethno-Cultural Minority Groups : A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(3), 755-768. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0490-3>

Lam, J. S. H., Links, P. S., Eynan, R., Shera, W., Tsang, A. K. T., Law, S., Fung, W. L. A., Zhang, X., Liu, P., et Zaheer, J. (2022). "I thought that I had to be alive to repay my parents" : Filial piety as a risk and protective factor for suicidal behavior in a qualitative study of Chinese women. *Trans-cultural Psychiatry*, 59(1), 13-27. <https://doi.org/10.1177/13634615211059708>

Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., et Camirand, R. (2010). Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux (p. 93). MSSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>

Lane, R., et Miranda, R. (2018). The Effects of Familial Acculturative Stress and Hopelessness on Suicidal Ideation by Immigration Status among College Students (manuscript). *Journal of American college health : J of ACH*, 66(2), 1-12. <https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1376673>

Large, M. M. (2018). The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(3), 197-205. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/mlarge>

Larkin, G. L., Rivera, H., Xu, H., Rincon, E., et Beautrais, A. L. (2011). Community Responses to a Suicidal Crisis : Implications for Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1), 79-86. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2010.00013.x>

Lebel, G., Ste Marie, R., Boudrias, N., et Montreuil, M. (2018). Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire (GÉRIS) (p. 102). CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Lee, C. S., Sirin, S. R., Choi, E., et Sin, E. J. (2023). Meta-Analysis of Acculturation and Suicide-Related Outcomes : A Test of the Immigrant Paradox. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01572-y>

Leiler, A., Wasteson, E., Zakrisson, I., et Bjärtå, A. (2021). Waiting for Life to Begin, Wishing it Would End : Suicidal Ideation among Newly Arrived Refugees. *Intervention*, 19(2), 215. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_48_20

Leo, D. D., Goodfellow, B., Silverman, M., Berman, A., Mann, J., Arensman, E., Hawton, K., Phillips, M. R., Vijayakumar, L., Andriessen, K., Chavez-Hernandez, A.-M., Heisel, M., et Kolves, K. (2021). International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours : A survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*, 11(2), e043409. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043409>

Leong, F. T. L., et Leach, M. M. (Éds.). (2014). *Suicide among racial and ethnic minority groups : Theory, research, and practice* (First issued in paperback). Routledge.

Lester, D. (2014). Theories of Suicide. Dans F. T. L. Leong et M. M. Leach (Éds.), *Suicide among racial and ethnic minority groups : Theory, research, and practice* (First issued in paperback, p. 39-53). Routledge.

- Lévesque, P., et Perron, P.-A. (2024). Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2024 (p. 71). Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- Li, M., Bergren, S., Simon, M., et Dong, X. (2022). Cultural attributes of suicidal ideation among older immigrants : A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 22(Suppl 1), 678. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02628-6>
- Li, P. S. (2003). Chapitre 4. Les minorités visibles dans la société canadienne : Les défis de la diversité raciale. Dans D. Juteau (Éd.), *La différenciation sociale : Modèles et processus* (p. 121-154). Presses de l'Université de Montréal. <http://books.openedition.org/pum/21145>
- Li, S. S. Y., Liddell, B. J., et Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18(9), 82. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., et Chiles, J. A. (1983). Reasons for Staying Alive When You Are Thinking of Killing Yourself : The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286.
- Lipsicas, C. B., et Mäkinen, I. H. (2010). Immigration and Suicidality in the Young. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 274-281. <https://doi.org/10.1177/070674371005500502>
- Lipsicas, C. B., Mäkinen, I. H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lönnqvist, J., Michel, K., Salander Renberg, E., Sayil, I., Schmidtke, A., van Heeringen, C., Värnik, A., et Wasserman, D. (2012). Attempted suicide among immigrants in European countries : An international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 241-251. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0336-6>
- Lizardi, D., Dervic, K., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Mann, J. J., et Oquendo, M. A. (2008). The role of moral objections to suicide in the assessment of suicidal patients. *Journal of psychiatric research*, 42(10), 815-821. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.09.007>
- Ma, C. (2022). Minorité visible. Dans *L'encyclopédie canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/minorite-visible>
- Madubata, I., Spivey, L. A., Alvarez, G. M., Neblett, E. W., et Prinstein, M. J. (2022). Forms of Racial/Ethnic Discrimination and Suicidal Ideation : A Prospective Examination of African-American and Latinx Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 51(1), 23-31. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1655756>
- Maina, G., Mousavian, G., Sherstobitoff, J., Kamrul, R., Twum-Antwi, B., Lewis, K., Malonga, F., Herzog, T., Maroof, R., et Okinyo-Owiti, D. (2023). Process and Outcome of Community Engagement Event on Substance Use and Addiction Risks Facing Their Immigrant Communities

in Regina, Saskatchewan. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17, 11782218221150109. <https://doi.org/10.1177/11782218221150109>

Malenfant, É. C. (2004). Le suicide chez les immigrants au Canada. *Rapports sur la Santé*, 15, 9-18.

Mandavia, A., Huang, D., Wong, J., Ruiz, B., Crump, F., Shen, J., Martinez, M., Botcheva, L., Vega, E., Chu, J., Lewis, S., et Yang, L. H. (2017). Violating Clan and Kinship Roles as Risk Factors for Suicide and Stigma among Lao Refugees : An Application of the Cultural Model of Suicide and « What Matters Most » Frameworks. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 54(1), 39-48.

Marquez, B. A., Marquez-Velarde, G., Eason, J. M., et Aldana, L. (2021). Pushing them to the edge : Suicide in immigrant detention centers as a product of organizational failure. *Social Science et Medicine*, 283, 114177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114177>

Marraccini, M. E., Griffin, D., O'Neill, J. C., Martinez, R. R., Chin, A. J., Toole, E. N., Grapin, S. L., et Naser, S. C. (2022). School Risk and Protective Factors of Suicide : A Cultural Model of Suicide Risk and Protective Factors in Schools. *School Psychology Review*, 51(3), 266-289. <https://doi.org/10.1080/2372966X.2020.1871305>

McKenzie, K. (2019). Improving Mental Health Services for Immigrant, Racialized, Ethno-Cultural and Refugee Groups. *HealthcarePapers*, 18(2), 4-9. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2019.25926>

McMahon, E. M., Corcoran, P., Keeley, H., Cannon, M., Carli, V., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Banzer, R., Bobes, J., Brunner, R., Cozman, D., Haring, C., Kaess, M., Kahn, J.-P., Keresztesy, A., Bitenc, U. M., Nemes, B., ... Wasserman, D. (2017). Mental health difficulties and suicidal behaviours among young migrants : Multicentre study of European adolescents. *BJPsych Open*, 3(6), 291-299. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005322>

Mendoza-Rivera, P., Ma, H., Bongar, B., et Chu, J. P. (2022). Cultural Considerations in Suicide Research and Practice. Dans M. Pompili (Éd.), *Suicide Risk Assessment and Prevention*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-42003-1>

Mental Health Foundation. (2013). Building resilient communities : Making every contact count for public mental health (p. 52). <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/publications/building-resilient-communities>

Metzl, J. M., et Hansen, H. (2014). Structural competency : Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science et Medicine* (1982), 103, 126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations : Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

- Meyerhoff, J., Iyiewuare, P., Mulder, L. A., et Rohan, K. J. (2021). A qualitative study of perceptions of risk and protective factors for suicide among Bhutanese refugees. *Asian American journal of psychology*, 12(3), 204-214. <https://doi.org/10.1037/aap0000235>
- Meyerhoff, J., et Rohan, K. J. (2020). The desire to be dead among Bhutanese refugees resettled in the United States : Assessing risk. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90, 236-245. <https://doi.org/10.1037/ort0000429>
- Meyerhoff, J., Rohan, K. J., et Fondacaro, K. M. (2018). Suicide and suicide-related behavior among Bhutanese refugees resettled in the United States. *Asian American Journal of Psychology*, 9(4), 270-283. <https://doi.org/10.1037/aap0000125>
- Meza, J. I., et Bath, E. (2021). One Size Does Not Fit All : Making Suicide Prevention and Interventions Equitable for Our Increasingly Diverse Communities. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 60(2), 209-212. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.09.019>
- MHCC. (2016). Supporting the Mental Health of Refugees to Canada (p. 12). https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-01-25_refugee_mental_health_backgrounder_o.pdf
- MHCC. (2019). Immigrant, refugee, ethnocultural and racialized populations and the social determinants of health. A Review of 2016 Census Data. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-03/irer_report_mar_2019_eng.pdf
- MHCC. (2022). How Alcohol and Suicide are connected—A Fact Sheet. Mental Health Commission of Canada. <https://mentalhealthcommission.ca/resource/alcohol-use-and-suicide-fact-sheet/>
- MIFI. (2016). Portrait de l'immigration de la région de Montréal. https://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/presse/Portrait-Immigration_Montreal.pdf
- MIFI. (2021). Immigration et démographie au Québec en 2019.
- Mishara, B. L. (2018). Chapitre 11 : La violence auto-infligée : Le suicide et les tentatives de suicide. Dans J. Laforest, P. Maurice, et L. M. Bouchard (Éds.), *Rapport québécois sur la violence et la santé* (p. 315-335). INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>
- Mishara, B. L., et Chagnon, F. (2011). Understanding the Relationship Between Mental Illness and Suicide and the Implications for Suicide Prevention. Dans R. C. O'Connor, S. Platt, et J. Gordon (Éds.), *International Handbook of Suicide Prevention* (1re éd., p. 609-623). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch35>
- Mishara, B. L., et Weisstub, D. N. (2016). The legal status of suicide : A global review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 54-74. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.08.032>

Moksony, F., et Hegedűs, R. (2019). Religion and Suicide : How Culture Modifies the Effect of Social Integration. *Archives of Suicide Research*, 23(1), 151-162. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1406830>

Molock, S. D., Matlin, S., Barksdale, C., Puri, R., et Lyles, J. (2008). Developing Suicide Prevention Programs for African American Youth in African American Churches. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(3), 323-333. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.3.323>

Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D. M., et Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Medical Journal of Australia*, 185(7). <https://www.mja.com.au/journal/2006/185/7/comparison-mental-health-refugees-temporary-versus-permanent-protection-visas>

Moreau, S., Rousseau, C., et Mekki-Berrada, A. (1999). Politiques d'immigration et santé mentale des réfugiés : Profil et impact des séparations familiales. *Nouvelles pratiques sociales*, 12(1), 177-196. <https://doi.org/10.7202/301443ar>

Morrison, L. L., et Downey, D. L. (2000). Racial differences in self-disclosure of suicidal ideation and reasons for living : Implications for training. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(4), 374-386. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.6.4.374>

MSSS. (2022). Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir. 82.

Na, S., Ryder, A. G., et Kirmayer, L. J. (2016). Toward a Culturally Responsive Model of Mental Health Literacy : Facilitating Help-Seeking Among East Asian Immigrants to North America. *American Journal of Community Psychology*, 58(1-2), 211-225. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12085>

Nadeau, L., Jaimes, A., Johnson-Lafleur, J., et Rousseau, C. (2017). Perspectives of migrant youth, parents and clinicians on community-based mental health services : Negotiating safe pathways. *Journal of child and family studies*, 26(7), 1936-1948.

Nam, B., Kim, J., Kim, J. Y., et Lee, Y. (2023). Depression, Alcohol Misuse, and Suicide Attempt Among North Korean Refugee Women Exposed to Gender-Based Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 08862605231161290. <https://doi.org/10.1177/08862605231161290>

Nam, B., Kim, J., Ryu, W., Kim, D. I., Frey, J. J., et DeVlyder, J. (2021). Perceived social stigma, self-concealment, and suicide risk among North Korean refugee women exposed to traumatic events. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1235-1246. <https://doi.org/10.1111/slt.12805>

Nam, B., Kim, J. Y., DeVlyder, J., et Kim, J. (2021). Suicidal Ideation and Attempt among North Korean Refugee Women in South Korea : Factors that Distinguish Suicide Attempt from Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(3), 564-571. <https://doi.org/10.1111/slt.12742>

Nesterko, Y., Haase, E., Schönfelder, A., et Glaesmer, H. (2022). Suicidal ideation among recently arrived refugees in Germany. *BMC Psychiatry*, 22(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03844-z>

Ngwena, J. (2014). Black and minority ethnic groups (BME) suicide, admission with suicide or self-harm : An inner city study. *Journal of Public Health*, 22(2), 155-163. <https://doi.org/10.1007/s10389-013-0600-9>

NICE. (2022). Self-harm : Assessment, management and preventing recurrence. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/evidence/g-risk-assessment-and-formulation-pdf-11196377252>

Niederkrotenthaler, T., Mittendorfer-Rutz, E., Mehlum, L., Qin, P., et Björkenstam, E. (2020). Previous suicide attempt and subsequent risk of re-attempt and suicide : Are there differences in immigrant subgroups compared to Swedish-born individuals? *Journal of Affective Disorders*, 265, 263-271. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.013>

Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E., et Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment : A longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *The Lancet. Psychiatry*, 2(3), 239-245. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00118-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00118-7)

Norredam, M., Olsbjerg, M., Petersen, J. H., Laursen, B., et Krasnik, A. (2013). Are there differences in injury mortality among refugees and immigrants compared with native-born? *Injury Prevention*, 19(2), 100-105. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040336>

Oakey-Frost, N., Tucker, R. P., et Buckner, J. D. (2021). Ethnic Identity and Suicide Risk among Hispanic/Latinx Young Adults : The Impact of Perceived Burdensomeness and Thwarted Belongingness. *Archives of Suicide Research*, 25(2), 253-268. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1670766>

OMS. (2014). Prévention du suicide : L'état d'urgence mondial. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>

OMS. (2021a). Health Promotion Glossary of Terms 2021 (p. 44). <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240038349>

OMS. (2021b). LIVE LIFE : An implementation guide for suicide prevention in countries (p. 142). Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026629>

OMS. (2022). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 (p. 37). <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240031029>

Özlü-Erkilic, Z., Diehm, R., Wenzel, T., Bingöl Çağlayan, R. H., Güneş, H., Üneri, Ö. Ş., Winter, S., et Akkaya-Kalayci, T. (2022). Transcultural differences in suicide attempts among children and adolescents with and without migration background, a multicentre study : In Vienna, Berlin,

Istanbul. *European Child et Adolescent Psychiatry*, 31(11), 1671-1683. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01805-7>

Padilla, A., Thakur, A., Drazba, A., et Giallorenzo, J. (2022). Suicide Prevention for Underserved Populations and Community Mental Health. Dans M. Pompili (Éd.), *Suicide Risk Assessment and Prevention* (p. 944-965). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-42003-1>

Pan, S. W., et Carpiano, R. M. (2013). Immigrant Density, Sense of Community Belonging, and Suicidal Ideation Among Racial Minority and White Immigrants in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(1), 34-42.

Papadopoulos, C., Foster, J., et Caldwell, K. (2013). 'Individualism-Collectivism' as an Explanatory Device for Mental Illness Stigma. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 270-280. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9534-x>

Peña, J. B., Wyman, P. A., Brown, C. H., Matthieu, M. M., Olivares, T. E., Hartel, D., et Zayas, L. H. (2008). Immigration Generation Status and its Association with Suicide Attempts, Substance Use, and Depressive Symptoms among Latino Adolescents in the USA. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 9(4), 299-310. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0105-x>

Perlman, C., Neufeld, E., Martin, L., Goy, M., et Hirdes, J. P. (2011). *Suicide Risk Assessment Guide : A Resource for Health Care Organizations*. Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Suicide-Risk/Documents/Suicide%20Risk%20Assessment%20Guide.pdf>

Perlman, C., Neufled, E., Martin, L., Goy, M., et Hirdes, J. P. (2011). *Suicide Risk Assessment Inventory : A Resource Guide for Canadian Health care Organizations*. Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute.

Petti, T. A., et Chen, A. (2019). Young migrant mental health difficulties and suicidal behaviours : An alternative perspective. *BJPsych Open*, 5(3), e39. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.27>

PHAC. (2016). *Suicide Prevention Framework*. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/suicide-prevention-framework.html>

Phénotype. (s. d.). Dans Larousse. Consulté 9 mai 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ph%C3%A9notype/60212>

Phillips, L. (2023). Taking a culturally responsive approach to suicide assessment. *Counseling Today*. <https://ct.counseling.org/2023/09/taking-a-culturally-responsive-approach-to-suicide-assessment/>

Pierre, A. (2016). Mots choisis pour réfléchir au racisme et à l'anti-racisme. *Droits et libertés*, 35(2), 15-17.

Polanco-Roman, L., Ahmad, K., Tigershtroum, A., Jacobson, C., et Miranda, R. (2019). Emotion expressivity, suicidal ideation, and explanatory factors : Differences by Asian American sub-groups compared with White emerging adults. *Cultural Diversity et Ethnic Minority Psychology*. <https://doi.org/10.1037/cdp0000313>

Polanco-Roman, L., Anglin, D. M., Miranda, R., et Jeglic, E. L. (2019). Racial/Ethnic Discrimination and Suicidal Ideation in Emerging Adults : The Role of Traumatic Stress and Depressive Symptoms Varies by Gender not Race/Ethnicity. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(10), 2023-2037. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01097-w>

Polanco-Roman, L., DeLapp, R. C., Dackis, M. N., Ebrahimi, C. T., Mafnas, K. S., Gabbay, V., et Pimentel, S. S. (2022). Racial/ethnic discrimination and suicide-related risk in a treatment-seeking group of ethnoracially minoritized adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13591045221132682. <https://doi.org/10.1177/13591045221132682>

Polanco-Roman, L., Hollingsworth, D. W., Liang, C., Oduro, N., et Anglin, D. M. (2022). Racial/ethnic discrimination, anxiety, and suicidal thoughts among ethnoracially minoritized college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 92, 720-730. <https://doi.org/10.1037/ort0000648>

Polanco-Roman, L., et Miranda, R. (2013). Culturally Related Stress, Hopelessness, and Vulnerability to Depressive Symptoms and Suicidal Ideation in Emerging Adulthood. *Behavior Therapy*, 44(1), 75-87. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.07.002>

Polanco-Roman, L., Miranda, R., Hien, D., et Anglin, D. M. (2021). Racial/ethnic discrimination as race-based trauma and suicide-related risk in racial/ethnic minority young adults : The Explanatory Roles of Stress Sensitivity and Dissociation. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 13(7), 759-767. <https://doi.org/10.1037/tra0001076>

Porter, M., et Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons : A Meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>

Ports, K. A., Merrick, M. T., Stone, D. M., Wilkins, N. J., Reed, J., Ebin, J., et Ford, D. C. (2017). Adverse Childhood Experiences and Suicide Risk : Toward Comprehensive Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 400-403. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.03.015>

Posselt, M., Loughhead, M., Ferguson, M., McIntyre, H., Kenny, M. A., et Procter, N. (2021). Suicide prevention gatekeeper training for those supporting refugees and asylum seekers : Perspectives of participants. *Advances in Mental Health*, 19(3), 260-271. <https://doi.org/10.1080/18387357.2021.1948799>

Posselt, M., McIntyre, H., Ngcanga, M., Lines, T., et Procter, N. (2020). The mental health status of asylum seekers in middle- to high-income countries : A synthesis of current global evidence. *British Medical Bulletin*, 134(1), 4-20. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa010>

- Pottie, K., et Magwood, O. (2019). Community-Based Mental Healthcare for Marginalized or Excluded Populations. *HealthcarePapers*, 18(2), 35-41. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2019.25926>
- Prevention Institute. (2017). Back to our Roots—Community Determinants and Pillars of Well-being Advance Resilience and Healing (p. 69). <https://www.preventioninstitute.org/www.preventioninstitute.org/publications/back-to-our-roots>
- Price, J. H., et Khubchandani, J. (2017). Latina Adolescents Health Risk Behaviors and Suicidal Ideation and Suicide Attempts : Results from the National Youth Risk Behavior Survey 2001–2013. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(3), 533-542. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0445-8>
- Procter, N. G. (2006). « They first killed his heart (then) he took his own life ». Part 2 : Practice implications. *International Journal of Nursing Practice*, 12(1), 42-48. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00548.x>
- Procter, N. G., Kenny, M. A., Eaton, H., et Grech, C. (2018). Lethal hopelessness : Understanding and responding to asylum seeker distress and mental deterioration. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 448-454. <https://doi.org/10.1111/inm.12325>
- Procter, N., Othman, S., Jayasekara, R., Procter, A., McIntyre, H., et Ferguson, M. (2023). The impact of trauma-informed suicide prevention approaches : A systematic review of evidence across the lifespan. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 3-13. <https://doi.org/10.1111/inm.13048>
- Puzo, Q., Mehlum, L., et Qin, P. (2018a). Rates and characteristics of suicide by immigration background in Norway. *PLoS ONE*, 13(9), e0205035. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205035>
- Puzo, Q., Mehlum, L., et Qin, P. (2018b). Socio-economic status and risk for suicide by immigration background in Norway : A register-based national study. *Journal of Psychiatric Research*, 100, 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.019>
- QPR Institute. (s. d.). Cultural Considerations in Suicide Prevention Gatekeeper Training.
- Queensland Transcultural Mental Health Centre. (2021). CALD Suicide Prevention Project. Queensland Transcultural Mental Health Centre. <https://metrosouth.health.qld.gov.au/sites/default/files/cald-suicide-prevention-qtmhc.pdf>
- Ramchand, R., Schuler, M. S., Schoenbaum, M., Colpe, L., et Ayer, L. (2022). Suicidality Among Sexual Minority Adults : Gender, Age, and Race/Ethnicity Differences. *American Journal of Preventive Medicine*, 62(2), 193-202. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.07.012>
- Ratkowska, K. A., et De Leo, D. (2013). Suicide in Immigrants : An Overview. *Open Journal of Medical Psychology*, 02(03), 124-133. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2013.23019>

Reed, D. D., Stoeffler, S. W., et Joseph, R. (2021). Suicide, Race, and Social Work : A Systematic Review of Protective Factors among African Americans. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 18(4), 379-393. <https://doi.org/10.1080/26408066.2020.1857317>

Refugee Health Technical Assistance Center. (2012). Refugee Suicide Prevention—Training Toolkit. https://novascotia.cmha.ca/wp-content/uploads/2020/01/RHTAC_Refugee_Suicide_Prevention_Training_Toolkit-1.pdf

Richomme, O. (2008). La construction politique de l'Autre : Le cas des statistiques « ethno-raciales » aux États-Unis. Dans J. Dove-Rumé, M. Naumann, et T. Tran (Éds.), *L'autre* (p. 427-449). Presses universitaires François-Rabelais. <https://doi.org/10.4000/books.pufr.5080>

Robinson, W. L., Whipple, C. R., Jason, L. A., et Flack, C. E. (2021). African American adolescent suicidal ideation and behavior : The role of racism and prevention. *Journal of Community Psychology*, 49(5), 1282-1295. <https://doi.org/10.1002/jcop.22543>

Rockett, I. R., Wang, S., Stack, S., De Leo, D., Frost, J. L., Ducatman, A. M., Walker, R. L., et Kapusta, N. D. (2010). Race/ethnicity and potential suicide misclassification : Window on a minority suicide paradox? *BMC Psychiatry*, 10(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-35>

Rogers, J. R., et Whitehead, D. E. (2014). Ethnic Considerations in Intervention and Treatment with Suicidal People. Dans F. T. L. Leong et M. M. Leach (Éds.), *Suicide among racial and ethnic minority groups : Theory, research, and practice* (p. 255-273). Routledge.

Rosales, R., Sellers, C. M., Lee, C. S., Santos, B., O'Brien, K., et Colby, S. M. (2023). Examining Racial/Ethnic Differences in the Association of Victimization and Suicidal Thoughts and Behaviors with Alcohol Use Among Sexual Minority Youth. *LGBT Health*, 10(2), 109-120. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0267>

Ross, A. M., White, E., Powell, D., Nelson, S., Horowitz, L., et Wharff, E. (2016). To Ask or Not to Ask? Opinions of Pediatric Medical Inpatients about Suicide Risk Screening in the Hospital. *The Journal of Pediatrics*, 170, 295-300. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.11.052>

Rousseau, C., et Frounfelker, R. L. (2019). Mental health needs and services for migrants : An overview for primary care providers. *Journal of Travel Medicine*, 26(2). <https://doi.org/10.1093/jtm/tay150>

Rousseau, C., et Hassan, G. (2015). Formation intervenants syriens—VOLET 2—L'Évaluation et l'intervention. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Formation-intervenants-syriens_volet2-30dec-R%C3%A9par%C3%A9.pdf

Rudes, G., et Fantuzzi, C. (2022). The Association Between Racism and Suicidality Among Young Minority Groups : A Systematic Review. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(2), 228-238. <https://doi.org/10.1177/10436596211046983>

Salama, E., Castaneda, A. E., Suvisaari, J., Rask, S., Laatikainen, T., et Niemelä, S. (2022). Substance use, affective symptoms, and suicidal ideation among Russian, Soma-

- li, and Kurdish migrants in Finland. *Transcultural Psychiatry*, 59(1), 37-51. <https://doi.org/10.1177/1363461520906028>
- Saunders, N. R., Chiu, M., Lebenbaum, M., Chen, S., Kurdyak, P., Guttman, A., et Vigod, S. (2019). Suicide and Self-Harm in Recent Immigrants in Ontario, Canada : A Population-Based Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(11), 777-788. <https://doi.org/10.1177/0706743719856851>
- Séguin, M., Roy, F., et Boilar, T. (2020). Programme de postvention : Être prêt à agir à la suite d'un suicide. Association québécoise de prévention du suicide.
- Shepherd, B. F., Kelly, L. M., Brochu, P. M., Wolff, J. C., et Swenson, L. P. (2023). An examination of theory-based suicidal ideation risk factors in college students with multiple marginalized identities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 93(2), 107-119. <https://doi.org/10.1037/ort0000666>
- Skinner, A., Osgood, N. D., Occhipinti, J.-A., Song, Y. J. C., et Hickie, I. B. (2023). Unemployment and underemployment are causes of suicide. *Science Advances*, 9(28), eadg3758. <https://doi.org/10.1126/sciadv.adg3758>
- Soubrier, J. P. (2004). Looking back and ahead. *Suicidology and suicide prevention : Do we have perspectives?* *World Psychiatry*, 3(3), 159-160.
- Springmann, V., Adrien, A., et Authier, M.-A. (2019). Demandeurs d'asile, réfugiés et migrants à statut précaire : Un portrait montréalais réalisé par la Direction régionale de santé publique. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Stack, S., et Wasserman, I. (2007). Economic strain and suicide risk : A qualitative analysis. *Suicide et Life-Threatening Behavior*, 37(1), 103-112. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.1.103>
- Staley, A. (2017). Identifying Ingrained Historical Cognitive Biases Influencing Contemporary Pastoral Responses Depriving Suicide-Bereaved People of Essential Protective Factors. *Religions*, 8(12), 267. <https://doi.org/10.3390/rel8120267>
- Staples, J., et Widger, T. (2012). Situating Suicide as an Anthropological Problem : Ethnographic Approaches to Understanding Self-Harm and Self-Inflicted Death. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36(2), 183-203. <https://doi.org/10.1007/s11013-012-9255-1>
- Stark, L., Seff, I., Yu, G., Salama, M., Wessells, M., Allaf, C., et Bennouna, C. (2022). Correlates of Suicide Ideation and Resilience Among Native- and Foreign-Born Adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 70(1), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.07.012>
- Statistique Canada. (2018). Recensement du Canada de 2016 : Tableaux de données – Catégorie d'admission et type de demandeur (47), certaines caractéristiques du revenu (92), statut d'immigrant et période d'immigration (10A), âge (10B) et sexe (3) pour la population dans les

ménages privés du Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-fra.cfm?TABID=2&LANG=F&A=Ret&PATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=24&GL=-1&GID=1325195&GK=1&GRP=1&O=Det&PID=112465&PRID=10&PTYPE=109445&tS=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=120&VID=0&VNAMEF=etVNAMEF=etD1=0&D2=2&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., et Van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 537. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>

Stratmann, M., Björkenstam, E., Dorner, T. E., Chen, L., Helgesson, M., Cullen, A. E., et Mitterdorfer-Rutz, E. (2022). Differences in all-cause and cause-specific mortality due to external causes and suicide between young adult refugees, non-refugee immigrants and Swedish-born young adults : The role of education and migration-related factors. *PloS One*, 17(12), e0279096. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279096>

Sundvall, M., Tidemalm, D. H., Titelman, D. E., Runeson, B., et Bäärnhielm, S. (2015). Assessment and treatment of asylum seekers after a suicide attempt : A comparative study of people registered at mental health services in a Swedish location. *BMC Psychiatry*, 15, 235. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0613-8>

Teo, A. R., Andrea, S. B., Sakakibara, R., Motohara, S., Matthieu, M. M., et Fetters, M. D. (2016). Brief gatekeeper training for suicide prevention in an ethnic minority population : A controlled intervention. *BMC Psychiatry*, 16(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0924-4>

Tham, S.-G., Hunt, I. M., Turnbull, P., Appleby, L., Kapur, N., et Knipe, D. (2023). Suicide among psychiatric patients who migrated to the UK : A national clinical survey. *eClinicalMedicine*, 57. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101859>

Tousignant, M., Habimana, E., Biron, C., Malo, C., Sidoli-LeBlanc, E., et Bendris, N. (1999). The Quebec Adolescent Refugee Project : Psychopathology and Family Variables in a Sample From 35 Nations. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1426-1432. <https://doi.org/10.1097/00004583-199911000-00018>

Troya, M. I., Spittal, M. J., Pendrous, R., Crowley, G., Gorton, H. C., Russell, K., Byrne, S., Musgrove, R., Hannam-Swain, S., Kapur, N., et Knipe, D. (2022). Suicide rates amongst individuals from ethnic minority backgrounds : A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 47. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101399>

Tunno, A. M., Inscoc, A. B., Goldston, D. B., et Asarnow, J. R. (2021). A Trauma-Informed Approach to Youth Suicide Prevention and Intervention. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 6(3), 316-327. <https://doi.org/10.1080/23794925.2021.1923089>

Turecki, G., et Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., et Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees : Umbrella review of prevalence and intervention studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0>

Utsey, S. O., Adams, E. P., et Bolden, M. (2000). Development and Initial Validation of the Afro-cultural Coping Systems Inventory. *Journal of Black Psychology*, 26(2), 194-215. <https://doi.org/10.1177/0095798400026002005>

Van Zyl, M., Phan, P., Fee, C., et Khiv, S. (2022). Reasons for Living as a Strength-Based Approach to Suicide Prevention. Dans M. Pompili (Éd.), *Suicide Risk Assessment and Prevention* (p. 97-117). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-42003-1>

Van Zyl, M., Regmi, S., Lemus, C. A., et Landeros, A. J. (2022). Culturally Adaptive Suicide Assessment Utilizing Resilience and Reasons For Living. Dans M. Pompili (Éd.), *Suicide Risk Assessment and Prevention* (p. 805-826). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-42003-1>

van Bergen, D. D., van Balkom, A. J. L. M., Smit, J. H., et Saharso, S. (2012). "I felt so hurt and lonely" : Suicidal behavior in South Asian-Surinamese, Turkish, and Moroccan women in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 49(1), 69-86. <https://doi.org/10.1177/1363461511427353>

van Bergen, D., Eylem-Van Bergeijk, O., et Montesinos, A. H. (2021). Attempted suicide and suicide of young Turkish women in Europe and Turkey : A systematic literature review of characteristics and precipitating factors. *PLoS ONE*, 16(8), e0253274. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253274>

van Leeuwen, N., Rodgers, R., Régner, I., et Chabrol, H. (2010). The Role of Acculturation in Suicidal Ideation among Second-Generation Immigrant Adolescents in France. *Transcultural Psychiatry*, 47(5), 812-832. <https://doi.org/10.1177/1363461510382154>

Venta, A., Long, T., Mercado, A., Garcini, L. M., et Cadenas, G. A. (2022). When the United States says you do not belong : Suicide-related thoughts and behaviors among immigrant young adults varying in immigration legal status. *Suicide et Life-Threatening Behavior*, 52(5), 876-886. <https://doi.org/10.1111/sltb.12871>

Vijayakumar, L. (2016). Suicide Among Refugees – A Mockery of Humanity. *Crisis*, 37(1), 1-4. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000385>

Walker, R. L., Townley, G. E., et Dei Asiamah, D. (2014). Suicide Prevention in U.S. Ethnic Minority Populations. Dans F. T. L. Leong et M. M. Leach (Éds.), *Suicide among racial and ethnic minority groups : Theory, research, and practice* (First issued in paperback). Routledge.

Wang, L., Lin, H.-C., et Wong, Y. J. (2021). Perceived racial discrimination on the change of suicide risk among ethnic minorities in the United States. *Ethnicity et Health*, 26(5), 631-645. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1557117>

Wang, M.-C., Joel Wong, Y., Tran, K. K., Nyutu, P. N., et Spears, A. (2013). Reasons for Living, Social Support, and Afrocentric Worldview : Assessing Buffering Factors Related to Black Americans' Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*, 17(2), 136-147. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.776454>

Wendler, S., Matthews, D., et Morelli, P. T. (2012). Cultural competence in suicide risk assessment. Dans *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management*, 2nd ed (p. 75-88). American Psychiatric Publishing, Inc.

Westefeld, J. S., Range, L., Greenfeld, J. M., et Kettman, J. J. (2008). Testing and assessment. Dans *Suicide among racial and ethnic minority groups : Theory, research, and practice* (p. 229-253). Routledge/Taylor et Francis Group.

WHO, et OHCHR. (2023). *Mental Health, Human Rights and Legislation : Guidance and Practice*. <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/mental-health-human-rights-and-legislation>

Wilhelm, A. K., McRee, A.-L., Bonilla, Z. E., et Eisenberg, M. E. (2021). Mental health in Somali youth in the United States : The role of protective factors in preventing depressive symptoms, suicidality, and self-injury. *Ethnicity et Health*, 26(4), 530-553. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1514451>

Willemen, F. E. M., Heuschen, C. B. B. C. M., Zantvoord, J. B., Galenkamp, H., de Wit, M. A. S., Zwinderman, A. H., Denys, D. A. J. P., Bockting, C. L. H., Stronks, K., et Lok, A. (2023). Perceived ethnic discrimination, suicidal ideation and mastery in a multi-ethnic cohort : The HELIUS study. *BJPsych Open*, 9(1), e21. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.640>

Williams, D. R., Lawrence, J. A., Davis, B. A., et Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research*, 54(Suppl 2), 1374-1388. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222>

Wong, Y. J., Koo, K., Tran, K. K., Chiu, Y.-C., et Mok, Y. (2011). Asian American college students' suicide ideation : A mixed-methods study. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 197-209. <https://doi.org/10.1037/a0023040>

Wong, Y. J., Maffini, C. S., et Shin, M. (2014). The Racial-Cultural Framework : A Framework for Addressing Suicide-Related Outcomes in Communities of Color. *The Counseling Psychologist*, 42(1), 13-54. <https://doi.org/10.1177/0011000012470568>

Xiao, Y., et Lindsey, M. A. (2022). Adolescent social networks matter for suicidal trajectories : Disparities across race/ethnicity, sex, sexual identity, and socioeconomic status. *Psychological Medicine*, 52(15), 3677-3688. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000465>

Xiao, Y., et Lu, W. (2021). Temporal Trends and Disparities in Suicidal Behaviors by Sex and Sexual Identity Among Asian American Adolescents. *JAMA Network Open*, 4(4), e214498. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4498>

Yang, F.-J., Linlu, Z., et Aitken, N. (2022). Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants. Statistique Canada.

Yue, H., et Syed, T. (2022). Suicide Prevention in Asian American Youth. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 61(1), 2-3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.10.009>

Zaheer, J., Eynan, R., Lam, J. S. H., Grundland, M., et Links, P. S. (2018). "We Went Out to Explore, But Gained Nothing But Illness" : Immigration Expectations, Reality, Risk and Resilience in Chinese-Canadian Women with a History of Suicide-Related Behaviour. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42(3), 504-534. <https://doi.org/10.1007/s11013-018-9566-y>

Zayas, L. H., et Pilat, A. M. (2008). Suicidal Behavior in Latinas : Explanatory Cultural Factors and Implications for Intervention. *Suicide et life-threatening behavior*, 38(3), 334-342. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.3.334>

Zhang, H., Neelarambam, K., Schwenke, T. J., Rhodes, M. N., Pittman, D. M., et Kaslow, N. J. (2013). Mediators of a Culturally-Sensitive Intervention for Suicidal African American Women. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(4), 401.