

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'IMPACT DU SUICIDE D'UNE PERSONNE VIEILLISSANTE SUR SA FAMILLE

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION/RECHERCHE)

PAR
GABRIELLE MICHAUD DUMONT

NOVEMBRE 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION/RECHERCHE) (Ph. D.)

Direction de recherche :

Sylvie Lapierre, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Jury d'évaluation :

Sylvie Lapierre, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

Julie Lefebvre, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

présidente du jury

Charles Viau-Quesnel, Ph. D.
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluateur interne

Valérie Bourgeois-Guérin, Ph. D.
Université du Québec à Montréal

évaluatrice externe

Thèse soutenue le 29/09/2023

Ce document est rédigé sous la forme d'article(s) scientifique(s), tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 360) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité de programmes de cycles supérieurs du département de psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

La perte d'un proche par suicide peut être une expérience bouleversante qui est susceptible d'engendrer des répercussions négatives à long terme sur la vie sociale et la santé physique et mentale des personnes endeuillées. La prévalence de l'exposition au suicide chez les adultes au cours de la dernière année a été estimée à 3,8 % et à 24,7 % au cours de la vie. De plus, les membres des familles endeuillées par suicide sont plus susceptibles d'adopter des comportements d'automutilation, de vivre de la détresse psychologique, d'envisager le suicide et de mourir par suicide comparativement à ceux qui vivent un deuil à la suite d'une mort naturelle ou non violente. Cependant, les recherches sont rares en ce qui concerne spécifiquement l'expérience des membres de la famille, endeuillés par le suicide d'un proche vieillissant. Ainsi, la présente thèse qualitative aspire à comprendre les besoins de cette population et les impacts engendrés par la perte d'un proche vieillissant par suicide. Le premier article scientifique a porté sur les résultats d'une étude pilote réalisée auprès d'endeuillés ayant vécu le suicide d'un membre de la famille âgé de plus de 65 ans (N = 3). Les difficultés de recrutement ont conduit la chercheuse principale à élargir le critère de l'âge de la personne décédée à 50 ans. Le second article scientifique s'est donc penché sur les endeuillés par suicide d'un parent âgé de plus de 50 ans (N = 14). Néanmoins, l'expérience de quatre autres participants, ayant perdu une personne âgée de 65 ans et plus par suicide, a fait l'objet d'une section particulière dans la discussion générale. L'échantillon total était donc composé de 21 endeuillés par suicide d'un membre de la famille âgé de plus de 50 ans qui ont répondu aux 13 questions d'une grille d'entretien dans le cadre d'entrevues semi-structurées. Les verbatim ont ensuite été

transcrits et une analyse thématique du contenu a permis l'identification de thèmes récurrents. La première étude qualitative, consistant en une étude pilote réalisée auprès d'endeuillés par suicide d'une personne âgée (N = 3), a permis de conclure à la faisabilité de l'étude principale avec certains ajustements dans la méthodologie. L'analyse du contenu des entretiens a révélé sept thèmes principaux. Bien que l'ainé ait été perçu comme approchant de la mort en raison de son âge, le suicide était toujours inattendu et choquant et a entraîné diverses émotions (choc, colère et culpabilité) et des conflits familiaux. La deuxième étude qualitative a été réalisée auprès d'endeuillés ayant vécu le suicide d'un parent (N = 14). Elle a mis en lumière cinq thèmes. De façon générale, les résultats montrent que le suicide d'un proche vieillissant a des répercussions négatives dans la vie personnelle, familiale et sociale des endeuillés. Ces derniers partagent plusieurs caractéristiques communes avec les autres endeuillés par suicide telles que la recherche de sens, les émotions de honte, de culpabilité, d'abandon et de colère, ainsi que de la stigmatisation. Les résultats soulignent la préoccupation des endeuillés pour la transmission intergénérationnelle du suicide dans la famille et relèvent des thèmes qui semblent uniques au suicide d'un parent âgé entre 50 et 64 ans, notamment une perception plus négative du vieillissement. Cette perception amène plusieurs endeuillés à envisager l'aide médicale à mourir comme solution potentielle aux problèmes associés à l'avancement en âge. Cette thèse permet non seulement d'augmenter les connaissances scientifiques dans un domaine peu exploré, mais elle apporte aussi une compréhension additionnelle aux cliniciens œuvrant en postvention.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures	xii
Remerciements.....	xiii
Introduction générale	1
Le suicide chez les personnes vieillissantes.....	3
Prévalence.....	4
Le suicide : un sujet tabou	5
Facteurs de risque	7
Facteurs de protection.....	11
Le concept de la suicidalité.....	13
Le désir de mourir.....	14
Le vécu des personnes âgées suicidaires selon leurs proches.....	15
Le deuil par suicide	16
Prévalence.....	17
Impacts généraux du suicide.....	18
Physiques	19
Psychologiques	20
Psychosociaux.....	21
Les particularités du deuil par suicide	22
Recherche de causes et blâme.....	22

Soulagement.....	23
Stigma et honte	24
Le trouble du deuil prolongé.....	28
La recherche de sens	31
La dissonance cognitive.....	32
La croissance post-traumatique.....	32
Le pardon	34
Les impacts du suicide d'un membre de la famille.....	35
D'un parent	35
D'une personne âgée.....	39
Méthodologie	43
Pertinence de l'étude.....	43
Approche qualitative.....	44
Avantages de l'entrevue semi-structurée	45
Objectifs.....	46
Chapitre 1. Article scientifique 1 – The experience of adults bereaved by the suicide of a close elderly relative: A qualitative pilot study	49
The experience of adults bereaved by the suicide of a close elderly relative:	50
A qualitative pilot study.....	50
Publié dans la revue <i>Frontiers in Psychology</i>	50
Summary	51
Introduction.....	52
Method.....	55

Study Design.....	55
Ethical consideration.....	56
Procedure	57
Participants.....	60
Data Analysis	61
Results.....	62
Theme 1 – Finding an explanation to the suicide	62
Theme 2 – Give meaning to the loss.....	65
Minor theme – Desire to help	67
Theme 3 – The emotional processes of mourning.....	67
Theme 4 – Repercussions of the suicide on the individual and the family.....	70
Theme 5 – Looking for support	71
Theme 6 – The taboo and secrecy of suicide.....	72
Theme 7 – Perceptions of aging and the end of life	74
Discussion	75
Conclusion	87
References.....	88
Appendix 1. Semi-structured interview	95
Chapitre 2. Article scientifique 2 – « Une plaie douloureuse » : l’expérience d’enfants adultes ayant perdu par suicide une mère ou un père âgé entre 50 et 64 ans.....	96
« Une plaie douloureuse » : l’expérience d’enfants adultes ayant perdu par suicide une mère ou un père âgé entre 50 et 64 ans.....	97
Résumé.....	98

Introduction.....	99
Méthode	102
Conception de l'étude	102
Considération éthique	103
Procédure	104
Participants.....	106
Analyse des données	107
Résultats.....	109
Thème 1 – Le choc et la désorganisation.....	109
Thème mineur – Trouver la cause du suicide	112
Thème 2 – L'adaptation et les changements.....	113
Thème mineur – Une plaie toujours susceptible de s'ouvrir	116
Thème 3 – La transmission intergénérationnelle du suicide.....	117
Thème 4 – Les défis interpersonnels et sociaux	120
Thème 5 – La perception du vieillissement et l'aide médicale à mourir (AMM) comme solution	121
Discussion	123
Caractéristiques similaires aux autres endeuillés.....	124
Le choc et la désorganisation.....	124
La spiritualité	125
Les défis interpersonnels et sociaux	126
Le sentiment d'abandon.....	127
La croissance post-traumatique	128

La transmission intergénérationnelle du suicide.....	129
Caractéristiques uniques aux endeuillés par suicide d'un parent âgé entre 50 et 64 ans.....	131
La perception du vieillissement et l'AMM comme solution.....	131
Limites et forces.....	132
Recherches futures.....	134
References.....	138
Discussion générale.....	146
La transmission intergénérationnelle.....	149
Le suicide parental.....	150
La perception du vieillissement.....	155
Système familial.....	157
Spiritualité.....	158
Observations complémentaires sur le suicide d'un proche de 65 ans et plus.....	159
Comment intervenir auprès de ces endeuillés?.....	162
Groupes de soutien.....	162
Interventions spécialisées et proactives.....	164
Forces et limites.....	166
La pandémie de la COVID-19.....	169
Croissance post-traumatique.....	171
Conclusion générale.....	173
Références générales.....	176
Appendice. Affiche de recrutement.....	200

Liste des tableaux

Liste des tableaux dans l'article 1

Tableau

- 1 Demographic characteristics of the interviewees and the deceased.....60

Liste des tableaux dans l'article 2

Tableau

- 1 Caractéristiques des participants107

Liste des tableaux dans la thèse

Tableau

- 1 Caractéristiques des participantes160

Liste des figures

Figure

- 1 La théorie interpersonnelle du suicide de van Orden et al. (2010).....8
- 2 Modèle motivationnel-volitionnel intégré du comportement suicidaire
(O'Connor & Kirtley, 2018).....10

Remerciements

À mes participants. Pour votre temps et votre générosité. Sans vous, cette recherche n'aurait pas été possible. Votre résilience et votre capacité à grandir à travers cette épreuve indescriptible me laissent sans mot. J'espère avoir réussi à rendre compte de vos propos et de votre expérience avec sensibilité et justesse.

À ma directrice de recherche. Pour vos conseils, votre disponibilité et votre dévouement à ce que je mène ce projet à terme. Pour toutes les opportunités que vous m'avez offertes au cours de mon parcours. Votre accompagnement et vos rétroactions tout au long de mon doctorat ont été indispensables et précieux.

À ma famille. Pour vos encouragements infinis et votre soutien. Pour avoir cru en moi à chaque étape de ce long processus. Pour le divertissement pendant les fins de semaine. Et aussi pour les petits plats congelés.

À mes amis. Du primaire, du secondaire, du baccalauréat, du doctorat. Pour avoir cru en moi durant ce long parcours scolaire. Pour les soirs de semaine ou les fins de semaine passées ensemble à rédiger ou à se changer les idées.

À Sophie et Noémie. Le doctorat m'a apporté plusieurs nuits d'insomnie, des remises en question, des moments de découragement, mais il m'a aussi donné des amies pour la vie.

À toi, Delphine, ma fidèle partenaire de Ph. D. Pour les tomates. Pour le support. Pour les *roadtrips*. Pour les crèmes glacées. Mais surtout, pour notre précieuse amitié à travers ce long périple et les années à venir.

Et finalement, à mon amoureux. Pour ton appui inconditionnel. Pour ta patience. Pour ton amour infini. Pour le respect de tous ces moments où je devais travailler sur ma thèse plutôt que de faire autre chose. Te savoir derrière moi à chaque étape a été d'une valeur inestimable. Dommage, tu vas devoir arrêter de dire que tu aimes les étudiantes éternelles, c'est maintenant toi, l'étudiant. On passe à un autre chapitre ensemble.

À tous les endeuillés par suicide qui ont perdu un petit bout de leur cœur.

Puissez-vous un jour recoller quelques morceaux.

Introduction générale

Le suicide est une problématique qui s'inscrit dans un large contexte d'interactions entre la personne, sa famille et son entourage. Se référant à l'acte de se donner délibérément la mort (OMS, 2014), cet enjeu de santé publique est aussi présent chez la personne âgée (Richard-Devantoy et al., 2013). Pourtant, malgré le vieillissement de la population, le suicide chez les personnes vieillissantes est un domaine très négligé par les chercheurs (Lapierre et al., 2011). Les études sur la prévalence indiquent que les taux de suicide augmentent avec l'âge chez les 60 ans et plus (Shah et al., 2016). Par ailleurs, les personnes nées entre 1946 et 1964 représentent près de 25 % de la population canadienne (Bouchard-Santerre et al., 2022) et sont un groupe particulièrement à risque de suicide (Levesque et al., 2022). Ceci pourrait d'ailleurs s'aggraver lorsqu'ils auront à faire face aux défis que constitue l'adaptation aux diverses pertes occasionnées par le vieillissement. De ce fait, la question du suicide chez la population québécoise âgée de plus de 50 ans se doit d'être abordée, notamment afin de prévenir ses effets négatifs sur l'entourage.

Toute discussion concernant le suicide serait incomplète sans prendre en considération la perspective des endeuillés (Andriessen & Krysinska, 2012). Le deuil par suicide est dévastateur et peut entraîner un ensemble de conséquences indésirables au plan du fonctionnement psychosocial (Erlangsen & Pitman, 2017). Par exemple, les proches ont un risque plus élevé de développer des maladies physiques et des troubles psychiatriques, tels que la dépression, l'anxiété et les états de stress post-traumatique

(Dyregrov & Dyregrov, 2005) qui, à leur tour, affectent le fonctionnement des individus dans leur vie personnelle et professionnelle (Jordan, 2008; Pitman et al., 2014; Stroebe et al., 2007; Young et al., 2012). Certains individus pourraient même souffrir d'un trouble de deuil compliqué et persistant (Shear, 2015). Par ailleurs, un risque accru de comportement suicidaire a également été observé chez les partenaires, les parents et les enfants du défunt, mais également chez les personnes qui ne sont pas des membres de sa famille (Agerbo, 2005; Pitman et al., 2016; Wilcox et al., 2010).

Néanmoins, à notre connaissance, aucune étude n'a investigué spécifiquement l'impact du suicide d'un proche vieillissant sur les adultes de sa famille (Cerel & Campbell, 2008). Cependant, il est possible qu'ils puissent avoir une expérience et des besoins particuliers comparativement à d'autres endeuillés (Harwood et al., 2002). Ainsi, l'objectif de la présente étude vise à combler un vide dans la littérature scientifique, mais aussi à mettre en lumière les caractéristiques particulières de l'expérience des endeuillés par suicide d'un proche vieillissant et, le cas échéant, d'adapter la postvention, c'est-à-dire les interventions à mettre en place auprès de cette population.

Le suicide chez les personnes vieillissantes

Cette première section abordera la question du suicide chez la population québécoise vieillissante en ce qui concerne la prévalence, le tabou qui entoure ce phénomène, les facteurs de risque et les facteurs de protection.

Prévalence

Au Québec, en 2019, le taux de suicide des hommes de 65 ans et plus était de 22,0 par 100 000 (32,7 chez les 50-64 ans), alors qu'il était de 4,9 (8,4 chez les 50-64 ans) chez les femmes du même groupe d'âge, comparativement à 13,4 pour l'ensemble de la population québécoise (Levesque et al., 2022). Il faut noter que le suicide des hommes est quatre fois plus élevé que chez les femmes. Par ailleurs, en 2021, on évaluait à 20,5 % la proportion des 65 ans et plus dans la population québécoise et on estime qu'elle passera à 25 % en 2030 (INSPQ, 2022), ce qui fera probablement augmenter le nombre de suicides dans ce groupe d'âge.

Le désir de mourir est toujours associé à une détresse psychologique qui ne doit pas être négligée (Rurup, Deeg et al., 2011; Rurup, Pasma et al., 2011). Par ailleurs, puisque les taux les plus élevés sont observés chez les personnes âgées de 50 à 64 ans, on peut craindre que le problème prenne de l'ampleur au fur et à mesure qu'ils doivent faire face aux défis relatifs au vieillissement. Considérant les taux de suicide mentionnés précédemment, il convient de s'intéresser à cet enjeu de société et d'intensifier la prévention.

Il est aussi important de noter que les personnes âgées font significativement moins de tentatives de suicide que les jeunes. Ainsi, le ratio tentative versus suicide complété est d'environ 4/1 chez les aînés alors qu'il est de 200/1 chez les individus de moins de 25 ans (Conwell & Thompson, 2008). De plus, il est estimé que 75 % des personnes âgées qui

sont décédées par suicide n'avaient jamais fait de tentative (Préville et al., 2005). Le degré d'intentionnalité suicidaire chez cette population s'avère fréquemment plus élevé et va de pair avec l'utilisation de moyens plus létaux ainsi qu'avec une fragilité physique plus importante qui augmente le risque de mortalité (Conwell et al., 2010).

Toutefois, il demeure essentiel de considérer que les statistiques ne représentent peut-être pas l'ampleur de la problématique, puisque plusieurs chercheurs affirment qu'il y aurait un phénomène de sous-déclaration du suicide chez les personnes âgées (Heisel, 2006). En effet, il apparaît que les statistiques officielles sous-estiment le nombre réel de suicides, en excluant ceux dont les circonstances sont équivoques ou en les qualifiant à tort de décès naturels, accidentels ou indéterminés (intoxication médicamenteuse, noyade, refus de s'alimenter; Ohberg & Lonnqvist, 1998). Ainsi, il est important de demeurer prudent face aux statistiques sur le suicide des aînés à cause du poids de la stigmatisation sociale qui peut pousser les membres de la famille et les professionnels de la santé à éviter cette étiquette comme cause du décès.

Le suicide : un sujet tabou

Goffman (2009) définit la stigmatisation comme le fait d'être discrédité par la société et condamné à un statut social indésirable. La stigmatisation entourant la maladie mentale, et la suicidalité en particulier, représente un obstacle indéniable à la recherche d'aide chez les individus qui souhaitent mourir et leur famille (Rosston, 2016). En effet, elle réduit la perception des individus d'avoir besoin d'aide professionnelle (Schomerus et al., 2012),

nuit à l'adhésion aux traitements (Sirey et al., 2001) et diminue l'estime de soi (Corrigan et al., 2011). En ce sens, une recherche récente (Keller et al., 2019) a indiqué que des adolescents et des jeunes adultes de deux groupes ethniques (caucasiens et amérindiens) de l'est du Montana avaient rapporté que la stigmatisation à propos de la maladie mentale était un obstacle à l'expression de leur vulnérabilité émotionnelle, à la recherche d'aide et à l'acceptation/prise de conscience de la maladie mentale.

En ce qui concerne le suicide des personnes âgées, celui-ci demeure un sujet tabou et semble perçu comme un geste compréhensible lors de la dernière étape de la vie. En effet, il peut être anticipé que l'individu âgé va décéder à plus ou moins court terme, pouvant ainsi rendre sa mort plus normale. Peu d'efforts sont consacrés à la prévention du suicide chez les personnes âgées en comparaison à ceux consacrés à la prévention du suicide chez les jeunes. Il pourrait être plausible de croire que tout se passe comme si la société, les professionnels de la santé, la famille et les personnes âgées elles-mêmes considéraient la dépression et les idées suicidaires comme un phénomène normal dans le processus de vieillissement (Pearson, 2000). Cette banalisation du suicide des personnes âgées dans la société pourrait être une manifestation de l'âgisme qui véhicule des préjugés selon lesquels la majorité des personnes âgées sont en perte d'autonomie et séniles et qu'elles n'ont plus de motivation à vivre parce qu'elles ont déjà vécu de nombreuses années et que l'avenir ne leur apportera rien de bon (Préville et al., 2019). À l'inverse, la valorisation sociétale de l'autodétermination et de l'indépendance peut amener les personnes âgées à considérer que l'idée de hâter leur mort peut être une manière de contrôler la dernière

étape de leur vie tout en échappant à la perspective d'accabler les autres si elles avaient besoin de soins (Castelli Dransart et al., 2022). Pour toutes ces raisons, les gens pourraient considérer le suicide chez les personnes vieillissantes comme une solution « acceptable » au « problème » du vieillissement de la population. En ce sens, une société peut croire que le suicide est une faute impardonnable (p. ex., en Malaisie, la tentative de suicide est passible d'emprisonnement), tandis qu'une autre peut percevoir le suicide comme une solution socialement acceptable pour soulager définitivement la souffrance associée aux épreuves de la vie et de la vieillesse (Colucci & Lester, 2012).

Quant au suicide chez les retraités, certaines études proposent que ce geste soit incompréhensible ou irréconciliable avec une image sociale positive de la retraite, laquelle peut ne pas refléter la réalité pour certains individus (Ng et al., 2016). Dans les médias, la retraite peut parfois être représentée par des images de personnes actives et en pleine santé qui se lancent dans des aventures vers des destinations lointaines (Savishinsky, 2001). Cette vision de la retraite (Lachman et al., 2014), véhiculée par les publicités dans les médias, peut rendre incohérent et inconcevable le suicide de ce groupe d'âge. Pourtant, il s'agit d'une problématique réelle dans cette génération.

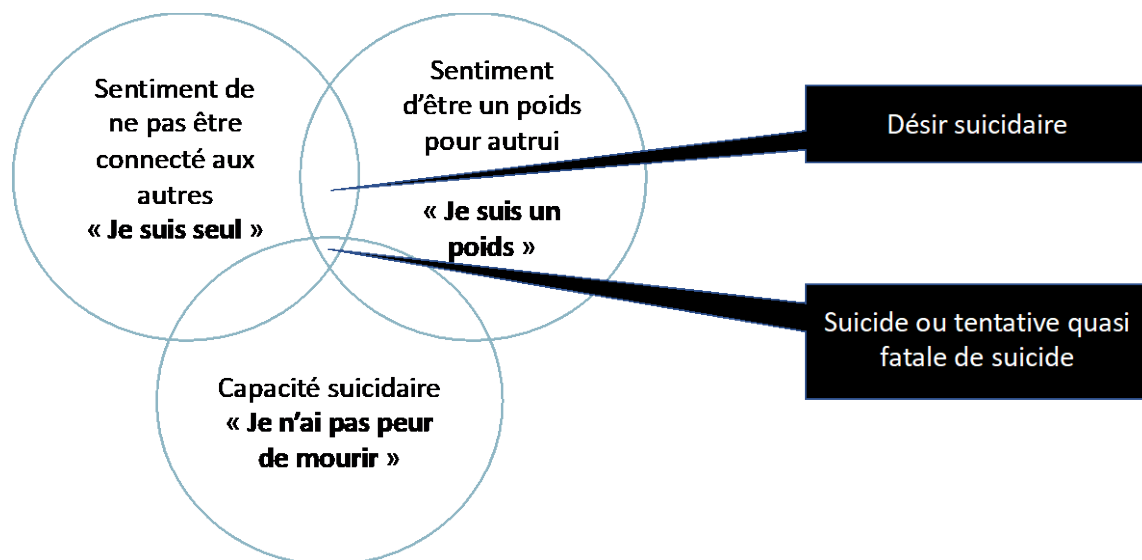
Facteurs de risque

Les études sur le suicide des personnes âgées et sur sa prévention portent principalement sur les facteurs de risque (Lapierre et al., 2011). Toutefois, peu de modèles théoriques ont été proposés pour aider à comprendre ce geste chez les aînés. La théorie

interpersonnelle du suicide, élaborée par van Orden et al. (2010), est la seule qui ait été validée auprès de cette population (voir Figure 1). Elle tient compte des interactions entre l'individu et son environnement, et considère que le désir de mourir se développe par la présence simultanée du sentiment d'être un fardeau pour autrui et de la frustration du besoin d'appartenance (se manifestant par un sentiment de solitude et l'absence de relations réciproques). De plus, lorsque ces deux éléments sont combinés à une capacité à s'engager dans un comportement suicidaire (p. ex., accès aux moyens, faible peur de la mort, tolérance à la douleur, expositions répétées à des suicides), le degré de létalité du geste est plus élevé (Chu et al., 2017).

Figure 1

La théorie interpersonnelle du suicide de van Orden et al. (2010)



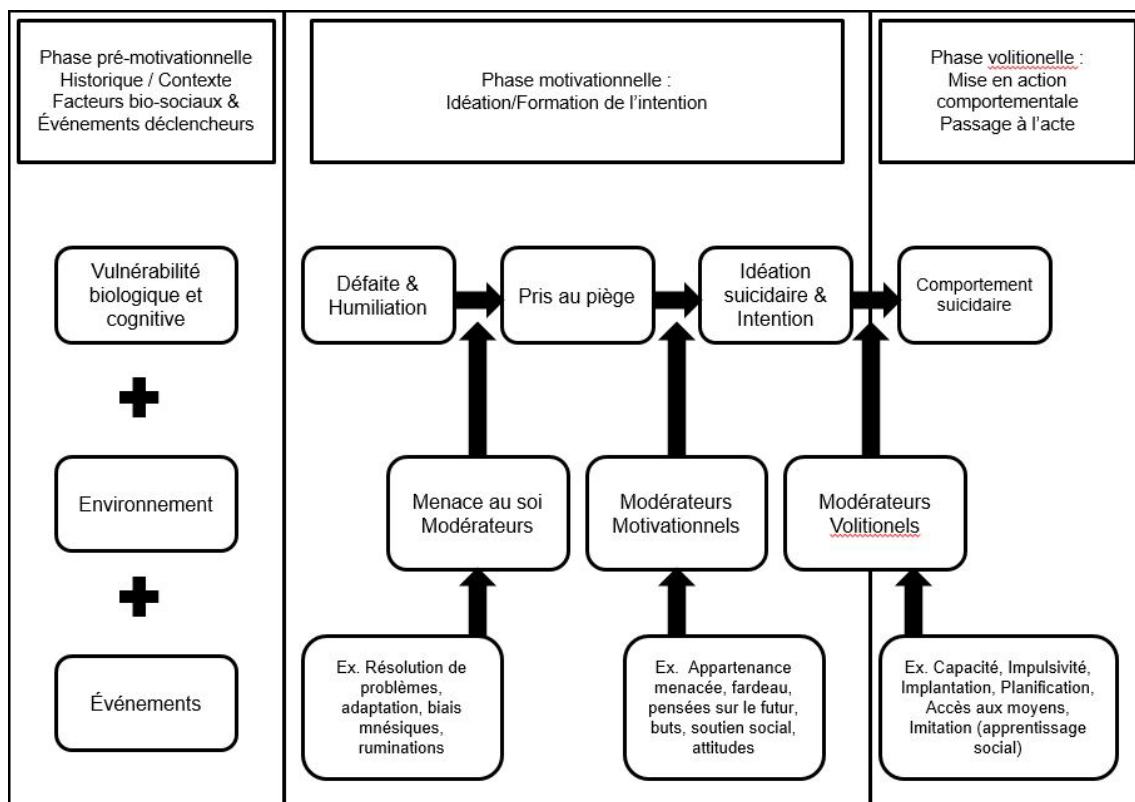
Source : Gouvernement du Canada, 2018.

Plus récemment, O'Connor et Kirtley (2018) ont élaboré le modèle motivationnel-volitionnel intégré du comportement suicidaire (voir Figure 2), basé sur les différentes théories du suicide, dont la théorie interpersonnelle de van Orden et al. (2010), ainsi que sur les données probantes relatives aux facteurs psychosociaux associés aux différentes étapes du processus suicidaire. Bien qu'il n'ait pas été vérifié empiriquement auprès des aînés, le modèle conceptualise le suicide comme un comportement (plutôt qu'un sous-produit de troubles mentaux). En effet, il est basé sur la théorie du comportement planifié de Ajzen (1991), qui dit que le meilleur prédicteur de l'action est l'intention. C'est pour cette raison que ce modèle comporte une phase motivationnelle (facteurs associés à l'intention de mourir) et une phase volitionnelle (facteurs associés au passage à l'acte).

Dans le modèle de O'Connor et Kirtley (2018), les sentiments de défaite et d'humiliation ressentis à la suite de pertes significatives, ainsi que l'impression d'être pris au piège et incapable d'échapper aux difficultés, constituent deux éléments clés menant à l'intention et au désir de mourir. Ces ressentis sont influencés par des modérateurs (p. ex., capacité d'adaptation ou de résolution de problèmes, buts personnels, soutien social, rumination et pensées nuisibles, sentiment d'être un fardeau, etc.) qui facilitent ou obstruent le mouvement entre ces états et deviennent des composantes sur lesquelles il est possible d'intervenir pour prévenir le suicide.

Figure 2

*Modèle motivationnel-volitionnel intégré du comportement suicidaire
(O'Connor & Kirtley, 2018)*



Les études sur le suicide des aînés rapportent de nombreux facteurs de risque (Conejero et al., 2018) qui interagissent les uns avec les autres, rendant ainsi difficile la prédiction du geste suicidaire chez une personne donnée. Toutes les études indiquent que la dépression est le facteur de risque majeur des idéations et comportements suicidaires. Néanmoins, de Leo (2022) affirme que le rôle de la dépression a sans doute été amplifié plus que nécessaire, car les symptômes dépressifs apparaissent fréquemment dans toute situation qui implique une perte significative pour l'individu. Parmi les autres facteurs de risque, on retrouve d'autres troubles psychiatriques (stress post-traumatique, bipolarité),

le deuil, une déconnexion sociale et des difficultés interpersonnelles (Bernier et al., 2020; Fässberg et al., 2012), les difficultés de résolution de problèmes (Conejero et al., 2018), l'annonce d'un diagnostic de maladie d'Alzheimer (Günak et al., 2021), les maladies chroniques, la douleur et les limitations fonctionnelles (Lapierre et al., 2015; Mellqvist Fässberg et al., 2016). Le sentiment d'impuissance pourrait aussi être un facteur d'intérêt, celui-ci étant une conséquence de plusieurs facteurs de risque (douleur, conditions chroniques, troubles neurocognitifs).

Il est important de noter que dans le domaine de la recherche, les personnes âgées sont souvent traitées comme un groupe homogène et que les études font rarement de distinction entre les sous-groupes d'âge. Koo et al. (2017) ont démontré que la prévalence de certains facteurs varie selon le groupe d'âge auquel appartient la personne qui a mis fin à ses jours. Par exemple, le deuil et la présence d'un suicide dans le groupe social du défunt étaient significativement plus fréquents dans le groupe des 85 ans et plus qui se sont suicidés que chez les 65 à 74 ans ou les 75 à 84 ans. De plus, les séparations, les conflits familiaux, les problèmes financiers et juridiques étaient beaucoup plus fréquents chez les personnes entre 65 et 74 ans qui se sont suicidées que chez les 75 à 84 ans.

Facteurs de protection

Certains facteurs sont dits de protection, car ils réduisent le risque de comportement suicidaire en renforçant la capacité d'une personne à trouver les solutions qui lui permettront d'affronter les moments difficiles. L'étude des facteurs de protection chez les

personnes âgées est actuellement en plein essor (de Mendonça Lima et al., 2021) et quelques éléments ont été identifiés dans la littérature.

En premier lieu, il est intéressant de souligner les facteurs de protection qui sont rapportés par les personnes âgées elles-mêmes. Ainsi, dans l'étude qualitative de Huang et al. (2017), réalisée à Taïwan auprès de 32 adultes âgés de 65 ans et plus, les participants ont décrit des stratégies ou des ressources qui agissaient comme facteurs de protection des idées suicidaires, soit le soutien de la famille et des amis, le contrôle des émotions, l'établissement d'un réseau de soutien, le réconfort de la religion, un traitement pharmacologique pour améliorer l'humeur et le fait d'orienter son énergie vers les responsabilités à l'égard de la famille et des amis. Plus récemment, Deuter et al. (2020) ont mené une étude de cas multiples auprès de sept personnes âgées qui ont fait une tentative de suicide afin d'identifier les facteurs qui leur donnaient des raisons de vivre après leur geste. Les participants décrivent d'abord des processus intrapersonnels réflexifs, notamment le fait de trouver un sens au fait d'avoir survécu à la tentative de suicide, de prendre des décisions spécifiques par rapport à leur futur, comme de s'accepter, de prendre soin d'eux-mêmes, de déménager ou de prendre leur retraite. Les participants mentionnent aussi des aspects sociaux, tels que les relations interpersonnelles significatives (particulièrement avec leurs enfants et petits-enfants), les activités et intérêts personnels et l'engagement communautaire ainsi que la disponibilité et le soutien continu des professionnels des services de santé mentale. Parmi les autres facteurs de protection du suicide chez les aînés, on retrouve l'estime de soi, l'adaptation, la flexibilité, les

habiletés sociales, le sentiment d'appartenance, l'espoir et le fait de donner un sens à sa vie par la réalisation de buts personnels (Lapierre, 2022).

Le sens à la vie semble être une variable très importante au plan de la prévention du suicide. Ce concept multidimensionnel réfère à la perception subjective de liens entre les expériences vécues par l'individu et la valeur de son existence. La signification est accordée en fonction de ses croyances, attitudes et sentiments face aux objectifs qu'il poursuit, aux événements qu'il vit ou aux relations interpersonnelles qu'il entretient. (Kleiman & Beaver, 2013; Sovet, 2018). Aviad et Cohen-Louck (2021) ont observé des corrélations négatives entre le risque de suicide et les deux variables suivantes : le sens à la vie et le locus de contrôle interne (la croyance selon laquelle les événements de la vie sont le résultat de ses propres actions) dans un échantillon de 195 personnes âgées de 65 à 100 ans. De plus, les analyses ont montré que le sens à la vie est une variable médiatrice entre le locus de contrôle et le risque de suicide. Ce résultat appuie le modèle intégré de O'Connor et Kirtley (2018), selon lequel les idéations suicidaires apparaissent lorsque la personne se sent pris au piège et incapable de réorienter ses buts personnels vers de nouveaux projets qui donnent du sens à sa vie.

Le concept de la suicidalité

Le concept de la suicidalité inclut toutes les manifestations cognitives (pensée de mort, désir de mourir, idéation suicidaire) et comportementales (planification suicidaire, tentative de suicide et suicide complété) se rapportant au suicide (Lapierre, 2022).

Le désir de mourir

Le désir de mourir constitue la première étape du processus suicidaire et peut mener à l'apparition d'idéations et de comportements suicidaires (O'Connell et al., 2004). Chez les personnes âgées, le désir de mourir correspond au souhait de ne plus vivre, qu'il vaudrait mieux être mort, que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue (Lapierre, 2022; Rurup, Deeg et al., 2011; Rurup, Pasman et al., 2011). En fait, la personne exprime le désir de s'échapper de sa vie actuelle. Il s'agit d'un concept distinct de l'idéation suicidaire qui correspond à l'intention de mettre fin à ses jours et qui est centrée autour de la possibilité et des moyens de s'enlever la vie (Lapierre, 2022). Le désir de mourir est aussi différent des pensées à propos de la mort qui sont évoquées naturellement par les aînés à la dernière étape de leur vie, et différent de l'impatience de mourir (*wish for death*), exprimée par les personnes en grande perte d'autonomie, mais qui ne pensent pas à la hâter pour autant (Lapierre, 2022). Le processus suicidaire n'est pas linéaire et ne mène pas inévitablement à la mort. Il peut être interrompu à tout moment par des facteurs internes (p. ex., espoir) ou externes (p. ex., soutien social), comme le précisent O'Connor et Kirtley (2018) dans leur modèle intégré du processus suicidaire. Le désir de mourir, et les idéations et comportements suicidaires constituent des indicateurs de détresse chez les aînés (Lapierre, 2022).

Par ailleurs, la prévalence du désir de mourir chez les personnes de 65 ans varie de 3,4 à 6,1 %, alors que les idéations suicidaires sont plus rares (1-2 %; Bernier et al., 2020). Le désir de mourir étant plus fréquent que les idéations suicidaires, l'expression du

premier devrait faire l'objet d'une attention particulière de la part des intervenants en vue de prévenir le suicide. Néanmoins, aucune étude, à notre connaissance, ne s'est intéressée aux taux de conversion du souhait de mourir en idéations suicidaires chez les aînés.

Le vécu des personnes âgées suicidaires selon leurs proches

Quelques chercheurs se sont intéressés au suicide des personnes âgées en utilisant la méthode de l'autopsie psychologique. Cette dernière s'appuie sur le témoignage de l'entourage pour reconstruire la vie du défunt avant son suicide (Pouliot & De Leo, 2006). Par exemple, Harwood et al. (2006) ont réalisé des entretiens auprès des endeuillés afin de mieux comprendre les raisons du suicide de leur proche âgé de plus de 60 ans. Les chercheurs ont comparé le contenu de ces entretiens avec ceux réalisés auprès d'informateurs témoins (appariés selon l'âge et le sexe) dont le proche était décédé de causes naturelles. Les résultats confirment que la maladie physique, les problèmes interpersonnels et le deuil sont des antécédents courants du suicide chez les personnes âgées. De plus, les problèmes liés à l'adaptation à la retraite et les problèmes financiers (principalement l'endettement) étaient plus fréquents dans le groupe suicidaire que dans le groupe témoin et permettaient de prédire le suicide. Harwood et al. (2006, p. 1273) concluent toutefois que « les problèmes de la vie ne surviennent pas de manière isolée; le suicide constitue le point final d'une interaction complexe de variables psychiatriques, psychologiques et démographiques ».

De leur côté, Kjøseth et al. (2010) ont aussi utilisé la méthode de l'autopsie psychologique afin d'investiguer la manière dont des Norvégiens de 65 ans et plus qui sont décédés par suicide décrivaient leur vie aux personnes qui les connaissaient bien. Trois thèmes principaux se dégagent des entretiens avec les proches : les expériences de vie des personnes âgées, leur perception d'elles-mêmes et leur conception de la mort. En effet, les répondants rapportent que leur proche aîné décédé par suicide mentionnait qu'il était fatigué de vivre, que tout ce qui avait donné de la valeur à sa vie avait été perdu et qu'avec les problèmes de santé, rien ne pourrait s'améliorer. La vie était un fardeau pour les aînés qui s'étaient suicidés. De plus, alors que ces individus avaient toujours eu le contrôle sur leurs actions, ce n'était plus le cas, puisqu'ils avaient désormais besoin d'aide et l'impression que leur entourage prenait les décisions à leur place, ce qui avait un impact sur leur dignité. Considérant que plus de la moitié des personnes âgées présentaient une maladie sévère, plusieurs d'entre elles étaient conscientes que la fin approchait et étaient prêtes à mourir. La mort leur semblait préférable à la vie.

Le deuil par suicide

Il est impossible de parler du suicide sans prendre en considération la perspective des endeuillés, c'est-à-dire ceux et celles qui ont été exposés au suicide d'une personne de leur entourage (Andriessen & Krysincka, 2012). À noter que les termes *endeuillés par suicide* (surtout au sein de la francophonie) et *survivants de suicide* (surtout dans les pays anglophones) réfèrent au même groupe de personnes (Castelli Dransart, 2018).

Récemment, Cerel et al. (2014) ont proposé une distinction entre les termes employés pour désigner les endeuillés par suicide en utilisant les différents niveaux d'impact de cette mort. En ce sens, il y a donc une distinction à établir entre « survivant au deuil par suicide » et « exposition au suicide » (Andriessen, 2009; Berman, 2011). L'impact varierait en fonction de l'importance du lien d'attachement. En ce sens, il y a ceux *exposés* au suicide, ceux qui en sont *affectés* et enfin, ceux qui sont *endeuillés* par le suicide, que ce soit récemment ou depuis une longue période. Ainsi, les personnes endeuillées sont celles qui avaient une relation personnelle et étroite avec le défunt (il s'agissait, par exemple, d'un ami ou d'un membre de la famille), alors que les personnes exposées ne connaissaient pas personnellement le défunt, mais l'apprennent par le biais d'autres personnes ou des reportages des médias (p. ex., le suicide d'une célébrité). Quant aux personnes affectées, elles ont généralement été témoin du suicide d'un étranger (p. ex., les conducteurs de train ou les policiers). De façon générale, le deuil peut être exprimé de différentes manières selon les circonstances du suicide et le moment du décès au cours de la vie de l'endeuillé. L'âge du défunt, ainsi que la qualité de la relation et la fréquence de contact entre l'endeuillé et le défunt, sont aussi des variables à considérer (Berman, 2011).

Prévalence

Selon les chercheurs, les estimations du nombre de décès par suicide et ses impacts sont sous-estimés (Berman, 2011; McMenemy et al., 2008; Scocco et al., 2017). Le suicide touche un nombre important de personnes, particulièrement la famille (Jaques, 2000), qui peuvent avoir besoin de services de soutien (Levi-Belz & Lev-Ari, 2019; Maple

et al., 2017). En ce sens, l'étude de Berman (2011) estime qu'il y a un peu plus de cinq endeuillés parmi les membres de la famille immédiate. Cependant, l'auteur souligne que cette restriction à la famille nucléaire semble trop stricte, car une certaine proportion, sinon la totalité, des membres de la famille élargie, des amis et de l'entourage se considéraient clairement comme étant significativement touchés par le suicide. Les études estiment donc que pour chaque suicide, il y a environ 6 à 25 individus en deuil (Cvinar, 2005; Ellenbogen & Gratton, 2001; Miklin et al., 2019).

En ce qui concerne l'exposition au suicide, de nouvelles données indiquent que chaque suicide toucherait jusqu'à 135 personnes (Cerel et al., 2019). Par ailleurs, une méta-analyse sur la prévalence de l'exposition au suicide dans la population (Andriessen, Rahman et al., 2017) indique que la prévalence annuelle était de 4,31 % (IC: 2,50 à 6,58) et la prévalence à vie de 21,83 % (IC: 16,32 à 27,90). Il n'y avait pas de différence d'exposition selon le groupe d'âge, mais les études rapportées dans la méta-analyse étaient réalisées uniquement auprès des adolescents et des adultes.

Impacts généraux du suicide

Le nombre élevé de suicides dans la société augmente le nombre d'endeuillés touchés par cet événement. Les conséquences d'un suicide sont étudiées depuis les années 1970, par le biais d'études quantitatives ou qualitatives. Les premières ont essayé de mesurer les impacts du suicide sur différents aspects de la santé mentale et sur le processus de deuil, comparant parfois les endeuillés par suicide aux endeuillés ayant vécu un autre type de

décès. Quant aux études qualitatives, elles visent davantage une exploration en profondeur de l'expérience et des besoins des endeuillés (Cerel et al., 2008) et des processus de deuil (Shields et al., 2017).

De façon générale, les études ont montré que les personnes endeuillées par suicide courent un risque significativement plus élevé de vivre divers problèmes de santé mentale et physique et d'adopter des comportements suicidaires comparativement aux personnes qui ont vécu d'autres types de décès (Erlangsen et al., 2017; Erlangsen & Pitman, 2017; Pitman et al., 2014). Au niveau personnel, les impacts du suicide d'un proche sont vécus à plusieurs niveaux, notamment émotionnel, cognitif et comportemental (Castelli Dransart, 2018). Les prochaines sections visent donc à présenter la littérature actuelle sur l'expérience des endeuillés par suicide.

Physiques

Selon la recension systématique de Spillane, Larkin et al. (2017), un petit nombre d'études ont démontré des associations entre le deuil par suicide et les effets néfastes sur la santé physique, y compris les maladies cardiovasculaires, le diabète, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'hypertension et une mauvaise santé générale. Cependant, la plupart des études n'ont pas réussi à conclure que les personnes endeuillées par suicide étaient plus à risque de problèmes de santé physique comparativement aux personnes ayant vécu un autre type de mort (Wilcox et al., 2015).

Psychologiques

Plus spécifiquement, il a été démontré que les endeuillés par suicide présentent des niveaux plus élevés de dépression, d'anxiété, d'idéations suicidaires et sont plus à risque de faire des tentatives de suicide, comparativement à la population non exposée (Cerel et al., 2017; Levi-Belz & Gilo, 2020; Maple et al., 2018; Pitman et al., 2014). Comparativement aux personnes qui ont vécu un deuil naturel ou non violent, celles qui sont endeuillées par suicide sont plus susceptibles d'adopter des comportements d'automutilation, d'être en détresse psychologique, d'envisager le suicide et de mourir par suicide (de Groot et al., 2006; Mitchell et al., 2005; Pitman et al., 2014; Segal, 2009). De plus, les endeuillés par suicide courent un risque accru de développer des symptômes de stress post-traumatique (Young et al., 2012) ainsi que divers problèmes psychologiques (incluant le trouble du deuil prolongé) comparativement à ceux qui ont vécu le décès subit d'un proche par une mort autre que le suicide (Andriessen, Rahman et al., 2017; Jordan, 2017; Pitman et al., 2014).

L'impact émotionnel du suicide a aussi fait l'objet de plusieurs études (Parker, 2013; Wortmann & Park, 2008, 2009). Young et al. (2012) affirment qu'une perte par suicide est l'une des expériences les plus dévastatrices de la vie qui se manifeste par l'angoisse, le chagrin, la confusion et la colère. De plus, les endeuillés par suicide cherchent à déterminer leur niveau d'implication personnelle dans la mort de l'autre (Harwood et al., 2002). Ils peuvent alors se sentir rejetés après le suicide d'une personne avec laquelle ils ont eu une relation étroite et peuvent également se sentir trahis de ne pas avoir été mis au courant de

l'intention suicidaire (Hunt & Hertlein, 2015). Il importe toutefois d'analyser la littérature de façon plus précise selon la nature de la relation avec le défunt, puisque les conséquences pourraient varier selon cette dernière. Finalement, la culpabilité est un thème récurrent dans la littérature sur le deuil par suicide (Carver et al., 2014; Young et al., 2012); elle est habituellement conceptualisée comme un sentiment d'échec à prévenir le suicide du proche (Maple et al., 2014).

Psychosociaux

Les répercussions du suicide ne se limitent pas aux problèmes de santé mentale, mais entraînent aussi des problèmes de fonctionnement dans les activités quotidiennes, des difficultés dans les relations sociales et familiales, des conflits internes au plan spirituel, ainsi que des problèmes financiers et juridiques (Andriessen & Krysiniska, 2012). Par ailleurs, les personnes endeuillées par suicide sont à risque de vivre une altération du fonctionnement social (Bolton et al., 2013; Pitman et al., 2014; Sveen & Walby, 2008; Wilcox et al., 2015), ce qui peut augmenter la détresse psychologique, l'isolement social et ériger des obstacles à la recherche d'aide (McMenamy et al., 2008). Au niveau sociétal, le suicide est encore considéré de nos jours comme une mort particulière, pouvant engendrer des jugements, de la stigmatisation, de la gêne dans les relations sociales, ou à l'extrême, provoquer la mise à l'écart des endeuillés (Castelli Dransart, 2018) et les amener à éprouver de la difficulté à parler du suicide avec autrui. Cependant, de façon générale, il est à noter que le lien de parenté, le temps écoulé depuis la perte, les antécédents personnels et familiaux de santé mentale et les événements de la vie précédant

la perte (comme les séparations) peuvent aussi influencer sur l'impact du décès par suicide (Jordan & McIntosh, 2011a; Pitman et al., 2014).

Les particularités du deuil par suicide

Parmi les particularités relevées par les chercheurs à propos du deuil par suicide, on retrouve, comme mentionné précédemment, le sentiment d'abandon et la colère envers le défunt pour avoir « choisi » la mort plutôt que la vie. Toutefois, les études se sont aussi penchées sur le blâme, le soulagement et la stigmatisation. Il sera question de ces trois aspects dans les prochaines sections.

Recherche de causes et blâme

La recherche des raisons pour lesquelles le proche s'est enlevé la vie prend une grande importance pour les endeuillés qui ont du mal à comprendre que leur proche ait préféré la mort à la vie (Grad et al., 2004; Jordan & McIntosh, 2011a). Certaines personnes acceptent le suicide comme cause de décès et d'autres n'arrivent pas à y croire (Mallon & Stanley, 2015), parce que cette mort ne fait pas de sens pour eux (Shields et al., 2017). En effet, l'endeuillé tente de donner un sens à une mort pour laquelle il ne trouve pas d'explication logique dans un contexte où il se voit « imposer » la fin d'une relation personnelle significative (Young et al., 2012).

Ayant de la difficulté à comprendre la cause du geste suicidaire, les endeuillés cherchent à trouver un coupable et à blâmer quelqu'un. De ce fait, ils peuvent avoir

tendance à se blâmer eux-mêmes ou les membres de leur réseau familial ou social ou encore à se sentir blâmés par leur entourage pour le décès du proche (Bartik et al., 2013; Cerel et al., 2008; Jordan, 2001; Maple et al., 2014). Le blâme peut être ouvertement exprimé, ou communiqué implicitement, par des signaux non verbaux et le retrait social de l'entourage, forçant et même rompant la cohésion d'une famille ou d'un réseau social étendu alors que les endeuillés se blâment entre eux pour la mort de leur proche (Barlow & Coleman, 2003).

Soulagement

Il a été rapporté par Sveen et Walby (2008) que les réactions des endeuillés diffèrent selon les antécédents de comportements suicidaires du défunt et du degré d'anticipation de la mort par l'entourage. En ce sens, le soulagement peut parfois faire partie de l'expérience des endeuillés. Lorsque le défunt souffrait de troubles mentaux, ou encore d'un trouble neurocognitif grave avec présence de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ces situations peuvent avoir exposé ses proches à des inquiétudes, y compris des menaces ou des tentatives de suicide, et ce, pendant des années. Le soulagement pour l'endeuillé semble être lié au fait que les temps difficiles sont enfin terminés, à la fois pour les proches et le défunt (Sveen & Walby, 2008). Une telle expérience peut toutefois conduire à des sentiments de culpabilité (Clark & Goldney, 2000; Jordan, 2001). Par ailleurs, pour les proches qui assuraient depuis longtemps une surveillance régulière ou continue (*suicide watch*) de leur proche à risque de suicide, la mort peut provoquer un certain soulagement, puisque cette surveillance est associée à une

charge et un fardeau pour l'entourage (Ross et al., 2021). Ce sentiment est souvent perçu subjectivement comme inacceptable et associé à la culpabilité (Andriessen & Krysinska, 2012).

Stigma et honte

Le suicide est une mort stigmatisée (Cvinar, 2005; Feigelman et al., 2009; Sveen & Walby, 2008). Bien que le public commence à comprendre que le suicide vise à mettre fin à une douleur psychologique insoutenable et qu'il peut être causé par un trouble psychiatrique, cette stigmatisation du suicide s'étend encore fréquemment aux endeuillés, qui peuvent être condamnés et/ou évités par les membres de leur entourage.

La stigmatisation est un terme plus couramment appliqué à des caractéristiques telles que les maladies psychiatriques (Rüsch et al., 2014) ou neurologiques (Gray, 2002), mais il est également présent dans les cas de deuil, en particulier après un suicide (Chapple et al., 2015; Mehta et al., 2015; Sudak et al., 2008). Selon les études sur la maladie mentale, la stigmatisation peut prendre diverses formes : les stigmatisations publique et personnelle, la stigmatisation perçue et l'autostigmatisation. Les stigmatisations publique et personnelle sont des formes de stigmatisation décrétée (ou objective) qui se manifestent par la méfiance, la peur, les préjugés négatifs à l'égard des personnes endeuillées, ainsi que par l'embarras social et l'évitement (Cvinar, 2005; Worden, 2018). La stigmatisation perçue est plutôt subjective et ressentie par l'endeuillé qui prend conscience du jugement des autres à son égard (Pitman et al., 2016). Par exemple, les parents américains,

endeuillés par le suicide d'un enfant, ont rapporté des réactions blessantes (p. ex., évitement, blâme, spéculations inappropriées) de la part des membres de leur famille et des amis après leur perte (Feigelman et al., 2009). L'autostigmatisation, quant à elle, est un processus par lequel une personne intériorise les attitudes et les croyances stigmatisantes de la société (Peters et al., 2016; Sheehan et al., 2018).

Alors que la perception d'attitudes stigmatisantes et l'autostigmatisation peuvent réduire la recherche d'aide et la conscience du soutien disponible (de Groot et al., 2006), les stigmatisations publique et personnelle peuvent réduire l'intérêt et la volonté d'autrui d'offrir un soutien à l'endeuillé (Cvinar, 2005). En effet, différentes études ont appuyé l'hypothèse selon laquelle les endeuillés par suicide ressentent moins de soutien social que les endeuillés par d'autres types de décès, ce qui peut être dû à la fois à une recherche d'aide limitée, à un faible partage de son expérience avec l'entourage ou à l'incapacité du réseau social à les soutenir (Andriessen, Kryszynska et al., 2017; Pitman et al., 2017). Par ailleurs, les résultats de la recension systématique de Hanschmidt et al. (2016) ont démontré que la perception de stigmatisation par les endeuillés par suicide est liée à la dissimulation du décès, au retrait social, à un mauvais fonctionnement aux plans psychologique et somatique et à des difficultés dans le deuil.

Une étude qualitative a d'ailleurs utilisé un processus de recherche participative communautaire, avec groupes de discussion, pour explorer la stigmatisation familiale à la suite d'un suicide (Sheehan et al., 2018). Les résultats relèvent des thèmes en lien avec les

stéréotypes, les préjugés et la discrimination. Les familles endeuillées étaient parfois considérées comme responsables du suicide de leurs proches pour différentes raisons (maltraitance, négligence, déni du problème ou omission à fournir une aide adéquate). De plus, en ce qui concerne les stéréotypes, les familles étaient perçues soit comme émotionnellement fortes, victimes du suicide ou « contaminées » par leur association avec le défunt; ce dernier stéréotype réfère à l'idée que les membres de la famille craignaient d'être perçus comme « instables » ou « anormaux » en raison de leurs liens sociaux et biologiques avec le proche décédé. Les familles percevaient un retrait des membres de leur réseau de soutien social et ressentaient une pression pour garder le suicide secret.

Worden (2018) déclare qu'il y a une stigmatisation associée au suicide dans la société et que celle-ci est directement corrélée avec l'expérience intense de la honte après le suicide. Cette honte exerce non seulement une énorme pression sur la capacité de l'endeuillé à interagir avec la société, mais modifie également les relations au sein de la cellule familiale et avec les structures sociales environnantes. La conséquence est souvent l'isolement des personnes endeuillées pendant la période qui suit immédiatement le suicide (Gall et al., 2014). Cette honte peut aussi amener les endeuillés à dissimuler la cause du décès (Jordan & McIntosh, 2011b). D'ailleurs, selon l'étude de Kõlves et al. (2019), six mois après le décès du proche, le type de deuil (suicide versus mort subite) prédit de manière significative les scores sur le *Grief Experience Questionnaire*. Ainsi, les endeuillés par suicide ont des scores plus élevés aux plans des sentiments de rejet et de honte, des réactions somatiques, de la stigmatisation et de la responsabilité (l'impression

chez l'endeuillé que les autres le blâment pour la mort du proche), même en contrôlant le lien de parenté, le sexe, l'âge, le diagnostic de maladie mentale avant le deuil, la santé mentale actuelle et les idées suicidaires des personnes endeuillées. Pitman et al. (2016) ont aussi obtenu des résultats similaires.

La stigmatisation amène donc certains endeuillés à garder cet évènement secret par crainte du jugement d'autrui. Néanmoins, cette attitude devient problématique lorsque les individus instaurent un secret au sein de la famille, par souci de protéger ou d'épargner les membres qu'ils jugent plus vulnérables, par exemple les enfants. Dans cette situation, l'information sur le suicide devient un tabou, ce qui est susceptible d'engendrer différents problèmes familiaux (Cerel et al., 2008).

Finalement, une revue systématique qualitative récente montre que le rôle de la spiritualité et de la religion lors d'un deuil par suicide est complexe, puisqu'elles peuvent constituer, simultanément, des sources d'aide et de souffrance (Čepulienė et al., 2021). Compte tenu de la condamnation religieuse du suicide qui peut survenir dans diverses cultures, les personnes endeuillées sont susceptibles de vivre des luttes spirituelles, notamment des inquiétudes en ce qui concerne la vie après la mort du défunt (Vandecreek & Mottram, 2009). Certaines des personnes endeuillées sont aussi confrontées à la question de la moralité, telles que la notion du suicide comme un péché impardonnable ou mortel (Krysinska et al., 2017). Ainsi, les personnes religieuses s'isolent parfois de leurs réseaux sociaux en raison des sentiments de honte et de stigmatisation liés au suicide qui

découlent des doctrines religieuses (Mastrocinque et al. 2020; Vandecreek & Mottram 2009).

Le trouble du deuil prolongé

La perte d'un proche est une expérience douloureuse qui s'accompagne généralement de chagrin et de détresse émotionnelle. La plupart des personnes endeuillées traversent le deuil naturellement et l'intensité des symptômes diminue avec le temps (Jordan & Litz, 2014). Cependant, une minorité (10-15 %) éprouve des symptômes persistants de deuil qui altèrent de façon significative leur fonctionnement (Maciejewski & Prigerson, 2017). Cette condition a été désignée par deux termes : le *trouble de deuil complexe persistant* (TDCP) dans la dernière édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM; American Psychiatric Association, 2013) et le *trouble de deuil prolongé* (TDP) dans la *Classification internationale des maladies* (CIM-11; Killikelly & Maercker, 2018). Les symptômes typiques d'un deuil prolongé comprennent un manque intense et une nostalgie pour le défunt, des pensées ou des images intrusives à propos du défunt, des sentiments intenses de colère et de culpabilité et des ruminations (p. ex., le sentiment qu'ils auraient dû empêcher la mort), l'évitement de situations, de personnes et des lieux qui rappellent le défunt et une difficulté à trouver un sens à la vie (Prigerson et al., 2013; Shear, 2015; Zisook et al., 2014). Ces symptômes sont associés à une déficience au plan du fonctionnement au-delà de 6 mois (TDP_{ICD-11}) ou 12 mois après la perte (TDCP_{DSM-5}). Ce trouble est plus susceptible de se produire après une mort subite ou violente comme un homicide ou un suicide (Lobb et al., 2010; Shear, 2015).

Une méta-analyse récente a révélé une prévalence groupée du TDP de 9,8 % (IC à 95 % 6,8-14,0; Lundorff et al., 2017). En d'autres mots, une personne endeuillée sur dix est à risque de développer un trouble de deuil prolongé. Un traitement approprié (notamment la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le deuil) s'est avéré efficace pour réduire les symptômes pénibles des personnes atteintes de TDP et prévenir les conséquences à long terme (Bryant et al., 2014; Rosner et al., 2014; Shear et al., 2014), alors que les interventions préventives de deuil semblent n'avoir aucun effet, voire des effets négatifs (Wittouck et al., 2011).

Certaines caractéristiques cliniques d'un deuil prolongé peuvent ressembler à des symptômes de dépression ou de trouble de stress post-traumatique (TSPT); cependant, il existe un certain nombre de symptômes spécifiques qui permettent une identification fiable du deuil prolongé afin de le distinguer des autres troubles (Boelen, 2013; Stroebe et al., 2013; Zisook et al., 2014). Par exemple, un élément clé est la mesure selon laquelle certains symptômes concernent spécifiquement la perte de l'être cher (TDP) comparativement à des symptômes plus généralisés (dépression). À vrai dire, plusieurs caractéristiques de la dépression (p. ex., changement de poids ou d'appétit, perturbation du sommeil, retard ou agitation psychomotrice, fatigue, diminution de la concentration) sont entièrement distinctes des critères du TDP et ces derniers (p. ex., confusion sur son rôle dans la vie, difficulté à accepter la perte, incapacité à faire confiance aux autres depuis la perte) permettent de différencier le TDP de la dépression (Jordan & Litz, 2014). En ce qui concerne le TDP et le TSPT, une distinction conceptuelle centrale réside dans les

émotions dominantes associées à chaque trouble. Alors que le TSPT se caractérise généralement par la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte, combinés à une hyperactivation anxieuse et une réactivité élevée, l'expérience du TDP est principalement marquée par le désir, la perte ou le vide (Jordan & Litz, 2014). Toutefois, le diagnostic de trouble de deuil prolongé peut s'avérer préoccupant chez des endeuillés par suicide, puisque le deuil peut être médicalisé et traité avec des médicaments psychotropes. Carver et al. (2014) soutiennent qu'un deuil intense ou prolongé n'est pas nécessairement pathologique et suggèrent en outre que l'intensité du deuil puisse être liée à l'importance de la perte dans la vie de l'endeuillé.

De plus, un deuil prolongé peut être associé à une comorbidité considérable, comme le risque de cancer, d'évènements cardiaques, de troubles du sommeil et d'abus d'alcool et de substances (Zisook et al., 2014). Le deuil prolongé est un facteur de risque de dépression majeure, de troubles anxieux, d'idées et de comportements suicidaires (Mitchell et al., 2005; Shear & Skritskaya, 2012; Zisook et al., 2014). En effet, les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les endeuillés par suicide qui vivent un deuil prolongé (de Groot et al., 2010). De plus, la famille et les amis peuvent devenir frustrés ou épuisés dans leurs efforts pour soutenir la personne endeuillée, ce qui peut accroître le sentiment d'isolement et d'inadéquation de cette dernière (Shear, 2015).

Jordan et McIntosh (2011a) ainsi que Young et al. (2012) précisent que l'une des raisons pour lesquelles la réaction de chagrin normale peut se prolonger pendant une

longue période chez les endeuillés par suicide est qu'ils cherchent à comprendre pourquoi leur proche a choisi de se suicider afin de donner un sens à ce décès. D'ailleurs, quel que soit le type de mort (suicide ou autres), tous les endeuillés cherchent à faire du sens à la perte d'un être cher.

La recherche de sens

Les décès soudains et violents, ainsi que ceux qui soulèvent des questions sur les intentions de la personne qui cause la mort – comme dans le suicide et l'homicide – rendent difficile la recherche de sens à la perte et au chagrin associé au deuil (Neimeyer & Sands, 2017). D'ailleurs, certaines études ont examiné les modèles de création de sens chez des individus qui avaient perdu un proche à la suite de morts violentes ou non violentes. Par exemple, Lichtenthal et al. (2013) se sont intéressés à l'expérience de 155 parents dont les enfants sont morts de diverses causes. Les résultats ont indiqué que 53 % des endeuillés par une mort violente ne pouvaient pas donner un sens à leur perte, comparativement à 32 % des endeuillés à la suite d'une mort non violente. Les participants du premier groupe ont parlé de l'imperfection du monde et de la brièveté de la vie plus fréquemment que les parents qui avaient perdu un enfant de causes naturelles, alors que ces derniers étaient plus susceptibles de tirer profit de la perte en termes de croissance personnelle. Toutefois, les parents endeuillés à la suite du suicide de leur enfant ont spécifiquement mentionné un changement des priorités dans leur vie. La quête de sens implique différents processus cognitifs, dont la dissonance cognitive, la croissance post-traumatique (CPT) et le pardon. Ils seront abordés dans les prochaines sections.

La dissonance cognitive

La dissonance cognitive, une théorie conceptualisée par Festinger (1957), décrit la détresse psychologique éprouvée par un individu face à des idées, des informations ou des pensées qui sont incompatibles avec sa vision du monde ou incohérentes avec son système de croyances. Ainsi, plus l'incohérence est grande, plus la dissonance le sera également. Cette théorie stipule qu'un individu qui subit une dissonance cognitive tentera de la réduire. La dissonance cognitive s'applique au deuil par suicide, puisque ce type de mort remet en question une vision d'un monde logique et cohérent (Bray, 2013; Chapple et al., 2011; Splevins et al., 2010) et peut susciter une crise spirituelle (Burke & Neimeyer, 2014). Par exemple, un endeuillé par suicide peut se demander comment le proche pouvait intentionnellement mettre fin à sa vie alors qu'il était aimé et apprécié par son entourage et que ses enfants avaient besoin de lui. La motivation à réduire la dissonance cognitive produit une recherche de stratégies pour faire face à la perte, une reconstruction de ses croyances fondamentales et même une redéfinition de soi (Splevins et al., 2010).

La croissance post-traumatique

À ce jour, la littérature de recherche sur le deuil par suicide s'est généralement concentrée sur la psychopathologie associée à la perte (Kölves & de Leo, 2018; Maple et al., 2018). Ce n'est qu'au cours des dernières décennies que certaines études ont tenté d'explorer la croissance personnelle dans le contexte d'évènements traumatisants (Calhoun & Tedeschi, 2004), et ce n'est que récemment que le concept de CPT a été

appliqué au deuil par suicide (Castelli Dransart, 2017; Genest et al., 2017) et à la postvention (Levi-Belz et al., 2021).

Parmi les paramètres qui déterminent la présence d'une CPT, on retrouve l'engagement subséquent dans la prévention du suicide et dans la postvention. Cette réponse altruiste vise à éviter d'autres suicides dans la famille ou dans l'entourage (Andriessen, 2014) et pourrait être influencée par la relation entre le défunt et l'endeuillé, le temps écoulé depuis le décès ou les caractéristiques de la personnalité de l'endeuillé (Smith et al., 2011). La CPT se manifeste également par des prises de conscience sur les aspects qui ont de la valeur dans leur vie, l'importance d'accomplir ses rêves (Smith et al., 2011), de mieux se comprendre et de vivre plus intensément le moment présent (Castelli Dransart, 2017).

La recension systématique de Levi-Belz et al. (2021) a d'ailleurs identifié des facteurs qui corrélaient avec la CPT, notamment le temps écoulé depuis la perte, des stratégies de *coping* adaptées (comme l'acceptation ou la réévaluation positive du geste) et la recherche d'aide. De plus, le soutien social perçu et la révélation de soi étaient des variables médiatrices entre le style d'attachement et la CPT, ainsi qu'entre le sentiment d'appartenance et la CPT. Les niveaux les plus élevés de CPT étaient observés parmi les individus ayant un style d'attachement sécurisé, alors que les individus avec un attachement anxieux ou désorganisé présentaient une CPT inférieure. Les niveaux de CPT les plus bas étaient observés chez les personnes avec un attachement évitant. Une

explication possible à ces résultats est que les endeuillés par suicide avec un attachement sécure avaient tendance à se révéler davantage et à rapporter une perception de soutien de la part d'autrui plus grande que celle perçue par les endeuillés avec un attachement insécure, augmentant ainsi leurs chances de CPT. Ces différents résultats suggèrent que l'expression des sentiments peut aider à faciliter les processus intrapsychiques. De plus, l'expérience d'un soutien interpersonnel et la révélation de soi, lesquels peuvent susciter ensemble un sentiment d'appartenance, peuvent améliorer et accélérer des processus sains d'adaptation et de la CPT chez les endeuillés par suicide.

Le pardon

Le pardon chez les endeuillés par suicide consiste en trois volets : (1) envers toute personne que les endeuillés par suicide croient responsables de la mort du proche; (2) envers le défunt; et (3) envers les endeuillés eux-mêmes. Il est courant que les endeuillés soient en colère contre le défunt pour s'être suicidé; cependant, le défunt n'est plus disponible pour s'excuser auprès de son entourage. La colère est une forme de réaction au chagrin et le pardon pourrait permettre aux endeuillés de s'en libérer partiellement. Pourtant, Lee et al. (2015) rapportent que le thème du pardon n'a pas reçu beaucoup de considération dans la littérature scientifique en psychologie. D'ailleurs, il y a un manque de consensus parmi les spécialistes sur le concept du pardon. Toutefois, une définition d'Enright et al. (1998) a servi de base à de multiples études sur l'évaluation d'interventions menées au cours des deux dernières décennies. Le pardon correspondait à la volonté d'abandonner son droit au ressentiment, au jugement négatif et à l'indifférence

envers la personne qui nous a blessés, tout en développant la compassion, la générosité et l'amour envers elle.

L'acte de pardonner serait un moyen pour les endeuillés par suicide d'améliorer leur bien-être psychologique et leurs relations avec les membres de leur famille (Lee et al., 2017). Lee et al. (2015) soulignent les aspects positifs du pardon dans le processus de deuil, puisqu'il réduirait les symptômes de stress post-traumatique et, possiblement, mais pas automatiquement, favoriserait la CPT. Par exemple, Gilo et al. (2022) montrent que le pardon de soi contribue positivement à la CPT, à la fois directement et indirectement, par le biais de processus interpersonnels et cognitifs. Le pardon semble favoriser l'acceptation de la perte et d'un monde sans le défunt.

Les impacts du suicide d'un membre de la famille

La prochaine section vise à présenter la littérature existante sur les impacts du suicide d'un membre de la famille, plus particulièrement d'un parent ou d'une personne âgée.

D'un parent

En général, les études sur l'impact du suicide dans la relation parent-enfant se sont surtout intéressées au suicide d'un enfant sur ses parents endeuillés (Ross et al., 2018). Lorsque le suicide des parents a été examiné, les participants étaient des enfants ou des adolescents au moment du décès (Bartik et al., 2013; Ratnarajah & Schofield, 2007). Les conséquences du suicide des parents sur leurs enfants adultes et leur famille a reçu peu

d'attention de la part des chercheurs (Feigelman et al., 2018). Pourtant, les enfants adultes exposés à ce type de décès manifestent possiblement aussi des difficultés aux plans psychologiques et sociaux.

Par le passé, certaines études ont suggéré que l'exposition au suicide des parents pendant l'enfance entraînait un plus grand risque de suicide qu'une exposition plus tard dans la vie (Niederkrötenhaler et al., 2012; Wilcox et al., 2010); cependant, aucune de ces études n'a comparé les participants selon l'âge ou le sexe des enfants et des parents, deux variables qui ont toutes deux été proposées par des études antérieures comme jouant un rôle dans le risque de suicide précoce de la progéniture. Néanmoins, une étude récente s'est intéressée à l'âge d'exposition au suicide parental et au risque de suicide ultérieur (Lee et al., 2018). Dans le groupe exposé, 39,9 % ($n = 16\ 049$) ont vécu le suicide de leur parent à un âge inférieur à 12 ans, 23,5 % ($n = 9452$) entre 13 et 17 ans et 36,6 % ($n = 14\ 748$) entre 18 et 31 ans. Les résultats indiquent que comparativement au groupe non exposé, les enfants exposés au suicide d'un parent étaient 3,91 fois plus susceptibles de mourir par suicide, après ajustement pour les caractéristiques sociodémographiques, et que ce risque élevé a été observé à tous les âges d'exposition. De plus, les femmes adultes (18 à 31 ans), exposées au suicide de leurs parents, présentaient le risque le plus important. Ces différentes données justifient la pertinence de s'intéresser aussi aux enfants adultes endeuillés par le suicide d'un parent.

De façon générale, il peut tout de même être pertinent de dresser un bref portrait des études qui se sont intéressées au suicide parental, bien que les participants étaient souvent des enfants ou des adolescents, puisque certaines conséquences pourraient se retrouver aussi chez les enfants adultes. Des études quantitatives ont montré que les enfants endeuillés par le suicide de leurs parents présentent une augmentation marquée des symptômes psychiatriques et de l'inadaptation sociale par rapport aux groupes témoins (Cerel et al., 1999, 2000; Pfeffer et al., 2000, 2002). Quant aux entretiens réalisés auprès d'enfants âgés de 5 à 17 ans, ils révèlent que les endeuillés par suicide étaient plus susceptibles de ressentir de l'anxiété, de la colère, de la honte, et davantage de symptômes comportementaux et anxieux au cours des deux premières années que les enfants endeuillés par un décès autre que le suicide (Cerel et al., 1999). Les indices de dépression, de problèmes de fonctionnement psychosocial et les risque de suicide différaient peu entre les groupes.

Une autre étude qualitative a exploré l'impact à court terme et à vie du suicide parental chez 10 adultes qui, enfants ou adolescents, avaient perdu un parent par suicide (Ratnarajah & Schofield, 2008). Les études de cas ont révélé des dysfonctionnements considérables dans la famille avant le suicide et des conséquences sérieuses pour les enfants et la famille à la suite du suicide des parents. Parce que le traumatisme du suicide a eu un impact sur toute la famille, l'enfant endeuillé a été laissé en grande partie sans soutien et sans information. Cependant, la résilience s'est aussi manifestée par leurs tentatives de donner un sens à l'histoire familiale tragique.

Dans l'ensemble, les études sur le sujet fournissent des preuves plus ou moins robustes de l'augmentation des problèmes psychologiques vécus par les enfants à la suite du suicide d'un parent. En effet, bien que les études soient rares, que la taille des échantillons soit petite, les résultats pourraient aussi être biaisés à cause des difficultés d'échantillonnage (validité interne), d'obtention du consentement et d'autres problèmes éthiques, associés à l'étude d'un groupe aussi vulnérable, en particulier au début de la période de deuil, et de la difficulté à généraliser les résultats (validité externe). De toute évidence, la représentativité de ces recherches souffre du biais bien connu de sous-déclaration des décès par suicide (Ratnarajah & Schofield, 2007). Il est important de noter également que ces études ont rarement couvert de longues périodes après le suicide. Cela signifie que les réactions des enfants endeuillés n'ont pas été observées au fur et à mesure qu'ils se développaient jusqu'à la maturité et qu'il n'y a pratiquement aucune information sur la façon dont ces enfants réagissent à cet événement ultérieurement; ceci soulève d'autant plus l'importance de réaliser une étude qui s'intéressera à l'effet du suicide d'un parent sur ses enfants adultes, même si le suicide remonte à plusieurs années. En effet, il semble indispensable de tenir compte de l'âge et de l'évolution de l'endeuillé, car il peut y avoir des différences uniques sur le plan du développement chez ceux qui vivent la perte d'un parent par suicide. Bien qu'il soit normal de perdre un parent au cours de la vie, il n'est jamais normal de perdre un parent à la suite d'un suicide. En effet, le lien enfant-parent persiste, du moins symboliquement, après le décès et continue d'influencer le deuil.

D'une personne âgée

À notre connaissance, il n'existe que trois études sur les personnes endeuillées par le suicide d'une personne âgée. La première est celle de Farberow et al. (1992) qui ont interviewé 108 conjoints endeuillés par suicide (88 femmes, 20 hommes) et âgés de plus de 55 ans (moyenne : 62 ans). Dans cette étude, des données ont également été recueillies auprès de 199 conjoints endeuillés à la suite d'une mort naturelle et 144 personnes mariées qui n'avaient pas vécu de deuil ou de divorce au cours des cinq années précédentes. Les auteurs ont recruté les participants potentiels en utilisant les informations dans les dossiers du coroner et en envoyant des lettres aux endeuillés pour leur parler de l'étude. Environ 35 % des endeuillés par suicide éligibles ont accepté de participer. Les participants ont fait une entrevue portant sur le soutien social et ont complété des questionnaires sur leurs réactions au deuil et sur leur santé mentale, soit le *Beck Depression Inventory*, le *Brief Symptom Inventory*, le *Mental Health Self Rating* et le *Texas Inventory of Grief*, à 2 mois, 6 mois, 12 mois et entre 24 et 30 mois après la perte. À 2 mois, les deux groupes d'endeuillés étaient significativement plus affligés que le groupe marié non exposé à une séparation; ils différaient l'un de l'autre sur une seule des 13 variables, soit la sous-échelle d'anxiété du *Brief Symptom Inventory*. Après 6 mois et entre 24 et 30 mois, les différences entre les groupes n'étaient pas significatives. Après 12 mois, les conjoints endeuillés par suicide présentaient significativement plus de symptômes dépressifs que les conjoints endeuillés par cause naturelle, et ces derniers avaient une santé mentale significativement meilleure; la détresse émotionnelle et les autres variables de deuil ne différaient pas entre les groupes.

Les auteurs ont d'abord conclu qu'il n'y avait pratiquement aucune différence significative dans la santé mentale et les réactions de deuil au cours des huit premières semaines après la mort. De plus, alors que les conjoints endeuillés de cause naturelle présentaient moins de symptômes après 6 mois, les endeuillés par suicide ont continué à signaler des niveaux plus élevés de chagrin et de dépression jusqu'après la première année. Farberow et al. (1992) ont aussi examiné les changements dans le soutien social au cours des 30 mois suivant la perte. Les endeuillés par décès naturel ont déclaré avoir reçu plus de soutien émotionnel que les endeuillés par suicide; ceci était particulièrement vrai à 6 mois après la perte. Les auteurs supposent que la plus grande détresse signalée au-delà de 6 mois chez les endeuillés par suicide pourrait être attribuée à leurs niveaux inférieurs de soutien social reçu après la perte, mais les endeuillés par suicide pourraient aussi avoir reçu moins de soutien avant le suicide également. En outre, ces résultats suggéraient, dès les années 90, l'importance pour les chercheurs de se pencher sur les besoins des personnes endeuillées par le suicide d'un membre de la famille plus âgé.

Alors que Farberow et al. (1992) ont limité leur étude aux conjoints endeuillés, l'étude de Harwood et al. (2002) s'est intéressée à la famille et aux amis des défunts. En faisant appel aux endeuillés de toutes les personnes de 60 ans et plus qui se sont suicidées entre 1995 et 1998 dans cinq villes du Royaume-Uni, les chercheurs ont obtenu la participation de 46 % des personnes éligibles. Sur les 100 endeuillés interrogés par la méthode d'autopsie psychologique, 85 ont également complété un entretien sur leur expérience de deuil 5 à 21 mois après le décès d'un parent ou d'un ami par suicide ($n = 85$) ou de causes

naturelles. Près d'un tiers ($n = 27$) des endeuillés par suicide croyaient que les reportages des médias sur les enquêtes du coroner étaient souvent factuellement inexacts ou formulés de manière insensible, et 15 % ($n = 13$) ont rapporté des problèmes lors de leur premier contact avec la police. Les auteurs ont aussi comparé les réponses au *Grief Experience Questionnaire* (GEQ; Barrett & Scott, 1989) et au *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS; Montgomery & Åsberg, 1979) de 46 endeuillés par suicide avec celles d'un échantillon témoin de 46 personnes endeuillées par la mort d'une personne plus âgée (parent, ami ou connaissance). Les résultats montrent d'abord que les scores de dépression au MADRS étaient similaires dans le groupe des personnes endeuillées par suicide et celles endeuillées par une cause naturelle. Toutefois, les endeuillés par suicide rapportaient des niveaux plus élevés de stigmatisation, de honte, de sentiment de rejet (se sentir abandonné par le défunt) et de réactions uniques (p. ex., le sentiment que le défunt s'était suicidé pour se venger, le sentiment qu'ils auraient dû empêcher la mort, et le désir de cacher le mode de décès aux autres) au GEQ. Les groupes ne différaient pas sur les autres sous-échelles du questionnaire, soit la recherche d'une explication, les réactions somatiques, la culpabilité, la responsabilité ou les comportements autodestructeurs. Lorsque les auteurs limitaient les analyses aux enfants du défunt, les seules sous-échelles permettant de distinguer les groupes étaient le sentiment de rejet et les réactions uniques, alors que les échelles de honte et de stigmatisation n'étaient pas significativement différentes. Les auteurs concluent que ces résultats sont compatibles avec les travaux d'autres chercheurs qui ont démontré des différences entre le deuil par suicide et d'autres modes de décès dans des échantillons de jeunes enfants endeuillés (Cerel et al., 1999).

Enfin, une troisième étude qualitative, effectuée au Brésil auprès des endeuillés par suicide d'une personne âgée, s'est penchée sur l'impact de ce geste sur la dynamique familiale (Figueiredo et al., 2012). Les auteurs ont complété une autopsie psychosociale en se basant sur des entretiens réalisés dans dix villes brésiliennes avec les membres de la famille de 51 personnes âgées qui se sont suicidées. La plupart des entretiens se sont déroulés en présence de plus d'un membre de la famille et ont duré en moyenne 60 minutes. Au total, 53 femmes et 29 hommes ont pris part aux entretiens qui se concentraient sur la façon dont la famille avait fait face à la mort de leur proche âgé, leurs impressions sur l'acte et les répercussions sur les membres de la famille et le réseau social. À la suite d'une analyse approfondie des témoignages, plusieurs thèmes ont été dégagés tels que le sentiment de culpabilité, l'isolement social et ses manifestations sur la santé, la stigmatisation et les préjugés sociaux, les souffrances familiales, la colère et les sentiments associés à l'improbabilité de l'acte et le désir de prendre soin des membres de la famille. Les familles ont manifesté de la souffrance, de la tristesse et de la perplexité face à la mort de la personne âgée, ce qui a eu des répercussions sur leur dynamique familiale et au niveau individuel. Dans la plupart des cas, au lieu de s'unir et de s'entraider, les membres de la famille se sont éloignés les uns des autres, surtout lorsqu'il y avait des conflits économiques et financiers. Dans ces cas, les membres les plus fragiles avaient tendance à développer des problèmes de santé physique et mentale, des difficultés de sommeil et de concentration et à s'isoler socialement. Le sentiment de culpabilité, lié entre autres au fait de ne pas avoir cru que le suicide se produirait, l'isolement social, le déménagement qui entraînait l'éloignement des amis et des voisins, sont les causes d'une souffrance qui peut

durer de nombreuses années et avoir des conséquences imprévisibles si le groupe familial ne reçoit pas un soutien adéquat.

En somme, à notre connaissance, il n'y a que trois études qui se sont intéressées au suicide d'une personne âgée. Les populations étudiées étaient diversifiées, incluant à la fois des membres de la famille (conjoint, fratrie, parents, enfants) et des amis. Aucune recherche n'a étudié spécifiquement les enfants adultes et les membres de la famille qui avaient perdu un proche vieillissant par suicide. D'ailleurs, dans une recension des écrits sur la postvention, Andriessen (2014) concluait que le deuil après le suicide d'une personne âgée devrait être abordé dans les recherches futures.

Méthodologie

Le suicide peut être une expérience dévastatrice pour les endeuillés par suicide. Le présent contexte théorique a mis en lumière les conséquences multiples pour cette population, notamment leur risque accru de trouble de deuil prolongé, de troubles mentaux et de comportements suicidaires. Les différentes sections ont aussi démontré que le suicide d'une personne vieillissante en général représente un domaine sous-investigué par la recherche.

Pertinence de l'étude

Il semble pourtant important d'étudier davantage ce phénomène afin d'améliorer la postvention auprès des enfants adultes et des membres de la famille d'une personne

vieillissante. Pour déterminer exactement comment aider et soutenir ces endeuillés, il faut avant tout connaître leurs particularités (Figueiredo et al., 2012). En effet, ils pourraient avoir une expérience et des besoins différents des autres endeuillés par suicide (Harwood et al., 2002).

Ainsi, la présente étude permettra d'obtenir un portrait global de l'expérience des endeuillés par suicide d'un membre de la famille vieillissant, comblant ainsi une lacune manifeste dans la littérature scientifique, mais aussi dans la sphère clinique. Il apparaît essentiel de documenter davantage l'expérience de ces endeuillés, et ce, en explorant l'ensemble des effets psychologiques, physiques, familiaux et sociaux afin de mieux orienter les interventions selon un point de vue systémique.

Approche qualitative

Considérant la rareté des recherches sur le vécu de cette population, une méthodologie d'approche qualitative sera utilisée afin d'explorer et de décrire ce phénomène à l'aide d'entretiens et d'analyses approfondies (Yin, 2014). C'est ce que recommandent Andriessen et Krynska (2012), tout en précisant l'importance de distinguer les besoins des sous-groupes en fonction de leur sexe, du type de relation ou de l'âge. Hjelmeland et Knizek (2010) considèrent que l'emploi d'une méthodologie qualitative est tout à fait approprié pour étudier cette problématique parce que les recherches quantitatives peuvent manquer de sensibilité pour explorer en profondeur les expériences des endeuillés. Jusqu'à

présent, seule une poignée d'études qualitatives se sont concentrées sur l'expérience des endeuillés par suicide (Maple et al., 2010; Ratnarajah & Schofield, 2008).

Récemment, une recension systématique des études qualitatives sur le processus de deuil à la suite d'un suicide a relevé 11 études sur le sujet (Shields et al., 2017). Quelques études qualitatives supplémentaires ont aussi été publiées après cette date (Azorina et al., 2019; Chen & Laitila, 2023; Creuzé et al., 2022; Ross et al., 2021). De façon générale, les résultats de ces études indiquent que le processus de deuil comporte trois aspects principaux : les sentiments, le processus de création de sens et le contexte social. De façon générale, les personnes endeuillées par suicide éprouvent un ensemble de sentiments éprouvants, notamment le blâme, la culpabilité et le vide, et ces sentiments sont affectés par leur capacité à donner un sens à l'évènement et le contexte social dans lequel le suicide a eu lieu. Shields et al. (2017) concluent que le processus de deuil devrait continuer d'être investigué pour développer les connaissances.

Avantages de l'entrevue semi-structurée

Dans le cadre d'une étude qualitative, les entrevues semi-structurées pourraient permettre aux participants de pousser leur réflexion sur leur expérience du suicide de leur proche en toute confidentialité. Une entrevue exhaustive, comprenant 13 questions, a été élaborée afin de couvrir largement l'expérience des endeuillés. Cependant, il faut noter que plusieurs des questions n'ont pas été posées aux participants, puisque ceux-ci avaient tendance à élaborer sur les différents aspects de leur expérience dès les premières

questions. En général, les entrevues permettraient aussi aux endeuillés de satisfaire le besoin d'évacuer leurs émotions, de faire progresser la recherche et les services offerts à ceux qui vivent ou ont vécu une situation similaire et de prévenir le suicide (Dyregrov et al., 2011). D'ailleurs, certaines études indiquent que ces entrevues devraient être systématiquement offertes aux personnes endeuillées par suicide (Wong et al., 2010), car elles peuvent fournir un soutien en l'absence d'autres services (Kizza et al., 2011).

Le risque majeur associé à ce genre d'étude réfère à la réactivation des souvenirs douloureux et à l'inconfort suscité par certaines questions. En effet, lors de l'entrevue, les participants sont susceptibles de ressentir de la culpabilité, de la tristesse ou de la colère. Une recension systématique réalisée par Andriessen et al. (2018) a d'ailleurs tenté de mettre en lumière les diverses conséquences de la participation des endeuillés par suicide aux projets de recherche. Bien que certaines personnes endeuillées puissent trouver l'entrevue difficile et même bouleversante, il convient de noter que la majorité des participants évaluent positivement cette rencontre et la trouvent utile (Andriessen et al., 2018; Dyregrov et al., 2011).

Objectifs

La présente étude qualitative visait initialement à répondre à la question suivante : « Qu'est-ce qui caractérise l'expérience des membres de la famille endeuillés par le suicide d'un membre de la famille âgé de 65 ans et plus? ». Toutefois, le recrutement a été particulièrement difficile. Une première vague de recrutement a eu lieu à l'été 2019 et a

permis de constituer un échantillon de sept participants et de réaliser des entrevues en face à face. Toutefois, seulement trois de ces participants avaient perdu un proche âgé de plus de 65 ans par suicide. Les entretiens effectués avec ces trois participants a permis de réaliser une étude pilote afin d'évaluer la faisabilité d'une recherche qualitative sur l'expérience d'adultes endeuillés par le suicide d'une personne âgée de 65 ans et d'obtenir un aperçu de leur expérience. En effet, il s'est avéré pertinent d'inclure une étude pilote interne afin de mieux concevoir l'étude principale subséquente et identifier les ajustements qui pourraient être nécessaires à la méthodologie, notamment les stratégies de recrutement, afin de contrer les obstacles associés à la stigmatisation et aux sentiments de honte associés au suicide du proche (Cerel et al., 2008; Janghorban et al., 2014). De plus, il semblait nécessaire de valider l'entrevue semi-structurée afin d'accroître la confiance dans la fiabilité des données pouvant être obtenues (Malmqvist et al., 2019). Cette étude pilote a fait l'objet d'un premier article.

À l'été 2020, la chercheuse principale a procédé à une seconde période de recrutement qui a eu lieu pendant la pandémie de la COVID-19. Le critère d'inclusion concernant l'âge du proche décédé a été élargi afin de s'assurer d'avoir suffisamment de participants pour réaliser l'étude; ainsi le défunt devait être âgé de 50 ans ou plus au moment du suicide. Il a été possible de recruter 15 nouveaux participants, mais seulement quatre personnes avaient perdu un proche âgé de plus de 65 ans par suicide (parent et/ou grand-parent), alors que les 11 autres avaient perdu un parent âgé entre 50 et 64 ans. Afin d'éviter une trop grande disparité dans le type de relation avec le défunt, il a été décidé de privilégier

les participants qui avaient perdu un parent âgé entre 50 et 64 ans. En effet, les études suggèrent que les expériences sociales après une perte par suicide pourraient différer en fonction de la relation avec la personne décédée (Oexle et al., 2022). De ce fait, nous avons donc inclus trois participants de la première vague de recrutement qui avaient perdu un parent, ainsi que les 11 participants de la seconde vague qui avaient aussi perdu un parent. Les entretiens, réalisés auprès de ces 14 participants, constituent le matériel ayant fait l'objet du second article de la thèse et qui a permis de décrire l'expérience des adultes ayant perdu un parent âgé entre 50 et 64 ans. En ce qui concerne les quatre participants de la deuxième vague de recrutement qui ont perdu un proche de plus de 65 ans, leur expérience fera l'objet d'une brève analyse lors de la discussion générale et possiblement d'une publication scientifique future.

Chapitre 1

Article scientifique 1 – The experience of adults bereaved by the suicide of a close elderly relative: A qualitative pilot study

The experience of adults bereaved by the suicide of a close elderly relative:

A qualitative pilot study

Michaud-Dumont, G.^{1,2}, Lapierre, S.^{1,2}, et Viau-Quesnel, C.¹

¹ Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie (LIREG), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada.

² Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End-of-life Practices (CRISE), Université du Québec à Montréal, Montréal, QC, Canada

Adresse de correspondance : Sylvie Lapierre, Département de psychologie, UQTR, 3351, boul. des Forges, Trois-Rivières (QC), G8Z 4M3. Sylvie.Lapierre@uqtr.ca

Publié dans la revue *Frontiers in Psychology*

Summary

Suicide in older persons is a serious issue in many countries. The act of intentionally causing one's own death is often associated with lack of social support, thwarted belongingness, or chronic interpersonal difficulties. Therefore, suicide has a significant interpersonal dimension that can influence those left behind. However, studies that have investigated the impact of older adults' suicide on their family are scarce. The objective of this pilot study was to assess the feasibility of a qualitative research on the psychosocial experience of adults bereaved by the suicide of an elderly relative. This research could recruit three participants (daughter, grand-son, and grand-niece) who had lost to suicide a close family member aged between 75 and 90. The analysis of the content of the semi-structured interviews revealed seven main themes: (1) finding an explanation to the suicide, (2) give meaning to the loss, (3) the emotional processes of mourning, (4) the repercussions of the suicide on the individual and the family, (5) looking for support, (6) the taboo and secrecy of suicide, and (7) perceptions of aging and the end of life. To explain the suicide of their loved one, the bereaved mentioned various factors related to aging, such as loss of autonomy, illness, and fear of placement. Although the older relative was perceived to be approaching death because of his/her age, the suicide was still unexpected and shocking and led to various emotions (shock, anger, and guilt) and to family conflicts. Suicide remains a taboo subject, but the newly legalized medical assistance in dying is seen as a potential solution to suffering in old age. Further investigation is clearly needed on this topic and this pilot study indicates that the main difficulties will lie in the choice of selection criteria for participants and in the recruitment process.

Introduction

Suicide is a public health problem among older adults (Richard-Devantoy et al., 2013; World Health Organization, 2014). According to the World Health Organization (2020), the percentage of the world's population over the age of 60 will double from 2000 to 2050, from around 11 to 22%. Although the suicide rate for people aged 65 years and older has fallen in the province of Québec (Canada) since the 1980s, the total number of deaths by suicide has actually risen by 40% due to the growing number of individuals in this age group (Association québécoise de prévention du suicide, 2014). In 2017, the suicide rate for older adults was 11,3; however, it was five times higher for men (20,6) than women (3,7; Levesque et al., 2020).

Suicide is a serious issue that takes place in a context of interpersonal relationships between the person who died by suicide, family members, and close acquaintances. Any research concerning suicide in the older age group would be incomplete without accounting for the perspective of the bereaved (Andriessen & Kryszynska, 2012). Accordingly, the issue of late-life suicide must be addressed in order to prevent the negative repercussions on family and friends. Previously, it has been estimated that for each completed suicide, between 6 and 10 persons were profoundly affected by the death (Cerel et al., 2008). New data, from a random-digit dial survey (N = 1736, where veterans were deliberately oversampled), lead to an estimate of 135 adults exposed per suicide death (Cerel et al., 2019). In addition, because suicide by an older person remains a taboo subject, and because it is considered normal for older people to die, the bereaved find it

more difficult to acknowledge their grief (Figueiredo et al., 2012). Furthermore, suicide in older adults may be viewed as a rational act when the person is suffering from a chronic debilitating disease, as well as a means of controlling the timing of one's death while escaping the prospect of burdening others. For these reasons, many may view suicide in old age as an "acceptable" solution to a predicament (Cerel et al., 2008). Yet few studies have investigated the impact of the suicide of an older person on their close adult relatives (Cerel et al., 2008). It is possible that these bereaved adults would have specific experiences and needs that differ from those of other bereaved individuals (Harwood et al., 2002).

To address this issue, it is useful to adopt a theoretical approach based on suicide bereavement and postvention (Andriessen et al., 2017). The literature on suicide has shown that this type of death seems to expose the bereaved to a complex grieving process and that postvention (intervention support for the bereaved) could be an important strategy for suicide prevention since survivors of suicide loss seem to have a higher risk of suicidal behavior (Andriessen, 2009). Bereavement after a suicide comprises various prominent and intense thematic issues (Jordan, 2008). After the shock that usually accompanies the event, survivors of the loss must cope with mixed feelings, unanswered questions, family relational disturbance, and social stigma. In addition, they frequently report feelings of guilt, shame, and social isolation, not to mention negative consequences for their social, physical, and mental well-being (Jordan, 2008; Pitman et al., 2014; Young et al., 2012). Suicide has an undeniable psychosocial impact on the survivors.

Nevertheless, whereas the literature is abundant on individuals who have lost a close relative or friend to suicide, the survivors, as well as the deceased, are usually aged under 65. Few studies have involved adults whose older relative intentionally ended their life (Kjølseth et al., 2009). Among the existing research, Harwood et al. (2002) showed that relatives (children, spouses, sibling) and friends of older adults who died by suicide experienced more stigma, shame, and sense of rejection than relatives of older adults who died from natural causes. One qualitative study, done in Brazil by Figueiredo and colleagues (2012), showed that family members of older people who died by suicide reported social stigma and prejudice, social isolation, feelings of guilt, rage, and anguish, and for some, irreverence from others. They tried to distance themselves from the location of the suicide (the home) since it had become a threatening environment for them. Survivors also mentioned that they had not believe that their older relative would end their life even when the latter explicitly said they would.

With the scarcity of studies on the topic, it remains unclear whether adults who faced the suicide of an older relative suffer similar or different experiences and consequences, as those reported in studies with other groups of bereaved individuals, and if they have a need for particular support. It seems necessary to fill this gap in the literature. However, it also appears relevant to include an internal pilot in the design of our main study in order to see if adjustments are necessary to the methodology since it might be difficult to recruit participants due to the stigma and feelings of shame associated with suicide (Cerel et al., 2008; Janghorban et al., 2014). Moreover, since the aim of the main study is to make an

insightful analysis of the experience of the bereaved, it is necessary to verify the suitability of the instrument to increase confidence in the trustworthiness of the data that may be obtained (Malmqvist et al., 2019). In addition, the pilot study could provide a ground for self-assessment of the main researcher's preparation and capacity to practice a qualitative inquiry, for improving skills in conducting an in-depth interview, and seizing opportunities for probing emerging topics during the interview process; all of which would enhance the credibility of the research (Nunes et al., 2010; Padgett, 2016). In fact, a well-planned and thoroughly conducted internal pilot study would ensure higher research quality when a depth of understanding is sought (Malmqvist et al., 2019). Thus, the objective was to have a preliminary overview of the psychosocial experience of adults bereaved by the suicide of an elderly relative and to assess the feasibility of a qualitative research on this topic in order to improve the efficiency and quality of the forthcoming main study.

Method

Study Design

Given the lack of studies on individuals bereaved by the suicide of an older family member (Cerel et al., 2008; Figueiredo et al., 2012), a qualitative approach was deemed appropriate to examine the psychosocial experience of the survivors following this event (Hjelmeland & Knizek, 2010). Therefore, we used a semi-structured interview to question the participants about their experience at the time of the loss. All potential participants that were contacted for the study received information about the suicide prevention center

of their region, which offers services to the bereaved, or about the psychological clinic of the university, in case they needed it.

A number of selection criteria were established to ensure that potential participants were not overly vulnerable. First, to be included in the study, they had to be older than 18 years. Second, they had to have lost to suicide a parent or a grandparent aged 65 years and older between 2 and 20 years ago. The two-year minimum was expected to give participants sufficient time since the death to step back from the event and to be able to reflect on their experience, while the 20-year maximum was chosen according to the number of years since the suicide, observed by local prevention centers in members of support groups for survivors. Third, they could not present a diagnosis of depression or other mental health disorders, nor should they report suicidal ideation, as verified by the PHQ-9, described below.

Ethical consideration

This research was approved by the Human Research Ethics Board of the University of Québec in Trois-Rivières¹ and different strategies were planned to minimize risks to participants considering that the area of suicide-bereavement is highly sensitive, and people who have been impacted are extremely vulnerable. The major risk associated with this study refers to the reactivation of painful memories and the discomfort caused by

¹ Approved on September 5th, 2018 (CER-18-248-07.23).

certain questions. Although some bereaved people may find the interview difficult and even upsetting, it should be noted that a few studies have concluded that participants usually assess this type of interview positively and find it useful (Andriessen et al., 2018; Cooper, 1999; Dyregrov et al., 2011). A safety plan has also been formulated to protect participants. The interviewer paid special attention to signs of complicated grief, excessive stress, or suicidal ideations during the meeting and asked about their current emotional state at the end of the interview. After the interview, they were referred to psychosocial resources who could support them in their mourning, such as the Psychology clinic of the university, and were given the 24-hour contact number of the Center for suicide prevention.

Procedure

Participants were recruited through advertisements posted in public areas of the university and in various coffee shops around the city of Trois-Rivières. The local university has over 15 800 students or employees aged between 20 and 65 years. The advertisements were also posted on social networking websites (e.g., Facebook) and widely published online by suicide prevention centers. People who showed interest in the study were scheduled for an initial telephone interview. The purpose of this interview was to explain the research objective, the potential benefits and risks of participating, and the duration and nature of their participation. It also led to the verification of the inclusion and exclusion criteria and the completion of a short sociodemographic data questionnaire. It should be noted that four other participants contacted the research coordinator, but they

were excluded from the qualitative analysis because their relative was between 50 and 65 years old. However, they did the interview and their testimony was used in another study investigating the experience of people bereaved after the suicide of a parent aged between 50 and 64.

The French translation of the *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) was used to screen for depression and suicidal ideations (Kroenke et al., 2001). It contains 9 questions and takes about 5 minutes to complete. It has 77% sensitivity and 85% specificity (Manea et al., 2015). Participants who scored higher than 4 (indicating at least minimal depression) or who reported suicidal ideations on item 9 would be excluded from the study and referred to a mental health resource, as desired. No potential participant was excluded. Consequently, a date was set for a semi-structured face-to-face individual interview. The interviews took place at the Interdisciplinary Laboratory for Research in Gerontology (LIREG) at the University of Quebec in Trois-Rivières with the principal investigator (GMD) and the participant only. The principal investigator of this study is currently completing a doctorate degree (PhD) in clinical psychology. She also took a 45-hour university course on qualitative research, in addition to various suicide prevention training.

Prior to being interviewed, the participants signed a voluntary informed consent form. No participant received any monetary compensation for participating in the study. The interview covered various topics with 13 questions intended to incite participants to

recount their experience and express their thoughts and emotions concerning the suicide of their older relative on their life (see Appendix 1). It was developed by the principal investigator on the basis of existing research with people bereaved by suicide. The list of questions in the interview guide was exhaustive to ensure that the participants' experiences were widely covered. However, it is relevant to mention that participants tended to elaborate on their experiences from the first questions: therefore some questions were never asked if the topic had already been covered. Nevertheless, the question regarding medical assistance in dying was asked to participants explicitly. So, although it was documented as a theme in the results, it did not emerge spontaneously, which is essential to mention.

When they expressed intense emotions, the researcher showed empathy and slowed the pace of the interview to allow them the time needed to communicate. Field notes were taken by the researcher throughout the interview in order to identify the main ideas and to further question the participant on his/her experience. The interviews lasted from 43 to 105 minutes (see Table 1). Each participant was assigned a numerical code to ensure anonymity.

Table 1*Demographic characteristics of the interviewees and the deceased*

Interviewee	Gender	Age	Deceased's relationship to the interviewee	Deceased's age at suicide	Time since the suicide (years)	Length of interview (minutes)
A	Male	20-25	Grandfather	80-85	3	50
B	Female	30-35	Great aunt	75-80	15	44
C	Female	60-65	Father	85-90	2	105

Participants

Participants were recruited from the general population over a 15-month period. Initially, we intended to recruit children and grandchildren only, but since it was difficult to find adults who were willing to share their experience, we also accepted a participant who had lost her great-aunt with whom she was emotionally close. The sample of the current study includes three adults who lost a close relative whose age at the time of the suicide varied from 75 to 90 years. We had planned to recruit at least twelve participants, as recommended by certain studies (e.g. Isaacs, 2014) on qualitative research methodology, but we could only recruit three. The bereaved participants consisted of one man between 20-25 years of age, as well as two women, aged between 30-35 and 60-65, respectively. These age ranges are used to ensure anonymity considering the small sample. The time since the suicide ranged between 2 and 15 years. Table 1 presents some information on the nature of the relationship between the bereaved and the deceased and their demographic characteristics. Interviews were held from June to November 2019.

Data Analysis

An inductive method was chosen for the data analysis as current research on adults bereaved by the suicide of an older person remains scarce (Thomas, 2006). This conventional method has the advantage of producing reliable knowledge through in-depth examination of a limited number of cases (Miles et al., 2013). First, the interviews were audio-recorded and fully transcribed. The verbatim were not returned to the participants for comments or corrections mostly for practical constraints (deadline of the doctorate, time required, recruitment of several participants simultaneously). Then, the first author performed a thematic analysis of the interviews' content following a step-by-step guide suggested by Braun and Clarke (2006). During the analysis, the investigator attempted to preserve the original meaning by making a full and accurate representation of the participants' statements, including pauses and tone. Repeated and immersive readings of the verbatim transcriptions led to the identification of recurring themes, which were coded by the first author using the qualitative software NVivo 12, as it facilitated preliminary thoughts to emerge across cases and develop linkages between categories and initial themes (Bengtsson, 2016). Therefore, analysis first began with assigning broad codes to the data, followed by building a second cycle of codes on the initial broad codes, and grouping them into meaningful categories or themes (Kalpokaite & Radivojevic, 2019). The themes were then discussed and refined with another researcher (SL) to establish inter-judge agreement. The aim was to ensure that the categories accurately represented the participants' experiences. Thus, based on multiple discussions, authors reached a high degree of consensus.

Results

The analysis of the content of the semi-structured interviews revealed seven main themes: (1) finding an explanation to the suicide, (2) give meaning to the loss, (3) the emotional processes of mourning, (4) the repercussions of the suicide on the individual and the family, (5) looking for support, (6) the taboo and secrecy of suicide, and (7) perceptions of aging and the end of life.

Theme 1 – Finding an explanation to the suicide

Results indicated that the bereaved relatives tried to understand and justify the suicide by seeking various explanations for the act, all of which were associated with aging: physical illness, cognitive decline, and fear of placement in a residence. All three participants recounted that, prior to the suicide, their relative suffered from physical or neurological conditions. Furthermore, two of them had been diagnosed with Alzheimer's disease a few months before they ended their life. Participant A specified that his grandfather had often voiced his fears about Alzheimer's disease.

« He had seen what Alzheimer's was like, because there was a residence that he visited a lot. He knew about Alzheimer's, and he was, sort of ... not vain, but proud. He didn't want to go through the Alzheimer stages, the decline. He knew everything that would happen, and it was out of the question for him to take that route. » (Interviewee A, grandfather)

In addition, some participants believed that the way their relative learned about the diagnosis of Alzheimer disease was problematic and contributed to the exacerbation of the shock of the news.

« It was the start of Alzheimer's. But what happened for the drugs (is that) the pharmacist and the nurse did not say it was for Alzheimer's, and that it was really for memory problems. What really shocked him was when they called him for a renewal, and they said, "then for your Alzheimer's drugs". He did, "What? I don't have Alzheimer's". He was categorical... As if it was a plot against him and everyone wanted to hide that it was Alzheimer's, so it was a shock for him [...] It's sure there might have been something that should have been done. As much from professionals, as much as perhaps from us too. At the time, we did not know. » (Interviewee A, grandfather)

Persistent physical pain, often listed among predisposing factors for suicide in older adults, also constituted a common explanation mentioned by the participants (Harwood et al., 2006).

« So, the next afternoon, a doctor came because he had gotten to a point that ... He wasn't eating, he was confused. In the end, he had sinusitis. [...] It seemed like that marked the beginning of the end ... (Interviewer: This was what triggered it, you think?). Yes. Then antibiotics ... And from then on, his questions, they never stopped. We saw that ... even in those days, and for the rest of his life, he was always in some kind of pain. » (Interviewee C, father)

Transfer to a nursing home is a crucial moment in the life of an elderly person. However, the adaptation to this transition largely depends on the meaning attributed to this event. Two of the participants described the inability of their loved one to accept a placement in a long-term care facility, whether it was decided or a possibility.

« I think he hid his symptoms well. I think that he knew more about the stage he had reached in his illness than he let on. Or more accurately, being proud, he didn't want to show it. "Oh no, I'm still able to live at home." ... He knew that if he said: "Hold on, there's a lot of things going on in my head," ... He knew that he was going to be placed. » (Interviewee A, grandfather)

« At the same time, we were very aware, well, ... or rather we were sort of aware at the time, that she was sick. As for her, she had always told my father, "Me, I'll never end up in a residence or a hospital, or whatever. ... If I get sick, I'm going to die in my own home." » (Interviewee B, great aunt)

Although illness was the main reason mentioned to explain their relative's suicide, participants also stated various losses (e.g., driving licence, freedom), or the development of conditions, like dependency, that had major consequences on their relative's quality of life and dignity. Everything that had given value to their lives had been lost. Losing a driver's licence can have serious consequences since its possession is intimately linked with older people's identity, and feelings of independence, agency, self-worth, and autonomy (Whitehead et al., 2006). Their older relative's increasing feelings of powerlessness emerged through the descriptions of these disappointments and losses.

« So, she would say: "Nobody's going to wipe me, that's for sure." And in the same way, "Nobody's going to take care of me." » (Interviewee B, great aunt)

« It was the Alzheimer's that led to the suicide, it's clear. Because he was still ... he was still active. Another thing that happened, also, was the loss of his driving licence, not long before. Because that's what comes with it. He was very autonomous, my grandfather. He loved going out for a drive. He loved having his freedom, doing his things, going grocery shopping, his little routine. [...] So, it's clear that this made him feel more isolated, you understand. » (Interviewee A, grandfather)

In addition to the awareness of the deficits, the threat of placement, and the refusal to mourn the loss of one's previous abilities, the feeling of being trapped was an element that seem important in the participants' perception of the suicide. *« I think that he was deteriorating, and that he didn't see any way out. »* (Interviewee C, father).

According to the participants, these older adults wanted to maintain control over their lives and solve their problems in their own way.

« The driving licence, the fact that there was a place in a residence waiting for him, all that. That's clear ... Then, the fact that he had not already been told that

he had Alzheimer's. All that, the melting pot. I think that, in hindsight, me, I'd say, ... He wanted to take care of it in his own way, before he lost his autonomy completely and became dependent. I think that it's clear that he wouldn't have wanted that! He wouldn't want to be a burden. That would be out of the question. » (Interviewee A, grandfather)

« Because sometimes we tell ourselves, yes, there's always a way to make things better, and to ask for help, but sometimes, you may be fed up. So, it depends on the situation. For her, I think that she could have (ask for help), but at the same time, if that was always her mindset, "Me, I'll never die in a hospital, and I don't need to be taken care of," well, ... she had decided that she wasn't going into a hospital, and she wasn't going to be taken care of. » (Interviewee B, great aunt)

Finally, some participants attributed the suicide to attitudes or behaviors believed to be held by the older generation. For example, participant B describes a lack of flexibility or a low level of "openness to experience" that characterize certain personality traits associated with suicide among seniors (Duberstein, 1995). The lack of openness to new experience is characterized by short-term concrete life goals, behavior that is not conducive to change, the absence or few interests, and a limited range of emotions.

« People aging as a couple live for their couple and there is nothing else. But at the same time, these people did not know what volunteering was. These people have known: we work and when we stop working... Well back in time, they would die when they stopped working. Today they don't die, but they don't know what to do. They weren't brought up to that either and they weren't brought up to talk about what they were going through. » (Interviewee B, great aunt)

Theme 2 – Give meaning to the loss

After looking for explanations for the suicide (see first theme), participants questioned their own visions of life and some took concrete action in order to reconstruct their views and get through the mourning process. For example, participant A described how the event had pushed him to study gerontology so he could increase his knowledge

about mental illness and make sense of this loss in his life. He also found a job with older adults thereafter in order to get involved with this population and help them.

« I'm the only one in my family who said I'm going into gerontology. I want to understand more about what happened. So, with these courses, I have a better understanding of mental illness. It's hard to understand something when you don't have the knowledge, you don't know the theories about it. It has helped me a lot in personal terms too [...] I'll tell you, that helped me get through my mourning [...] I sort of experienced another vision of life. You could say that I was looking for something: a meaning. It made me question things. It brought out a lot of things that I had inside me. You know, philosophize about life and all that. Become more aware of what life is. » (Interviewee A, grandfather)

The suicide also disturbed their convictions about the deceased. To make sense of the loss, the participants clung to diagnoses given by professionals.

« Very narcissistic, so one could also imagine that feeling himself decline, for someone who's ... that must be very hard to live with, even for someone who isn't narcissistic. So, one could imagine that ... (Interviewer: This put additional stress). You would know better than me. But that's my feeling. For me, that's how I understand it. That's how I made sense of it all. » (Interviewee C, father)

All the participants were unanimous in their belief that understanding the suicide and their relative's perspective on life helped them to make sense of it. Meaning reconstruction or the ability to change one's view of a situation had a positive influence on their mourning process and on accepting the loss.

« For me, that's how I overcame it, for sure. I wanted to understand. Knowledge about what really drove it [the suicide], and what had really made it happen. By working with older people, too, by witnessing their reality, by seeing other situations. » (Interviewee A, grandfather)

« Me, I was less emotional, because I found that I could understand her reasoning. Put it this way: me, I don't want to die, or be sick, or suffer needlessly. So, I understand what she did. » (Interviewee B, great aunt)

Minor theme – Desire to help

Finding something positive in a negative experience helps to derive meaning from a loss and buffer against the psychological damage of such events (Sutin et al., 2010). Helping others is a way to turn a negative situation into something positive. Altruism seems to be the central motivation among the bereaved to participate in a study on this topic. Indeed, they hoped that with their contribution they would help prevent suicide and help advance research and services for survivors (Dyregrov et al., 2011). It might also be a way to give meaning to their loss.

« Well it's interesting [this study]. I liked it. I think it brought a step back [... I realize that I would have liked to know her more and surely that my father would have said "well I would have liked to be around her even longer". (Interviewer: A kind of nostalgia, but positive). Yes, yes positive. » (Interviewee B, great aunt)

« It's good that we talk about it, it's good that there are studies like that that are being done, I find it great, that's why I signed up. When I saw it [the poster], I said to myself, I'm going to participate. I said to myself, I'm going to give a hand. » (Interviewee A, grandfather)

Theme 3 – The emotional processes of mourning

The emotions experienced by the participants were very intense at the beginning of the mourning process. On the day of the suicide, all the participants reported shock when they heard the news as well as great sadness. Although they might have expected their relative to die eventually, as a result of their condition and their advanced age, the suicide was experienced as a brutal and unexpected event.

« We weren't expecting it ... yes, he was sick, but it hadn't yet gotten to the point that death was imminent or obvious. It was more brutal (Interviewer: You thought there was more time?). Yes [...] Because never in my life would I have said that my grandfather was going to get Alzheimer's, and that he was going to

commit suicide, that's for sure. Never, never, never, would the thought have occurred to me. » (Interviewee A, grandfather)

All the participants said that they had forgotten some of what happened on the day of the suicide. Participants A and C, who had gone to the scene as soon as they received the news, described feelings of intense shock that seemed to plunge them into a black hole.

« For the rest of the day, after the shock had settled, we talked, but to be honest, I don't remember what we said at all. The shock was a little too much. (Interviewee A, grandfather). That evening, the coroner came, but my mind was a blank. I don't know if anyone was with my mother when I got in touch with her. (Interviewer: You don't remember?) A total black hole. » (Interviewee C, father)

Two of the participants reported anger against the deceased. One of them associated this anger with her frustration at not being informed about the suffering of her relative, and therefore not having the opportunity to help her. However, this anger appeared to be attenuated by her awareness of the difficulty of passing judgment on other people's lives.

« Just tell us that you're suffering. At least we can try, if only to sympathize, help with the chores. I don't know. I tell myself, we lived far from each other, but I mean ... maybe there was something we could have done all the same, but we didn't know, because people don't tell us. ... Me, I say, you can't blame someone ... they have their reasons for doing it. It was too much for her, you don't know what's going on in her mind, you can't judge her. » (Interviewee B, great aunt)

Another participant also expressed anger, particularly since she was very involved in caregiving for her father and had spent a lot of time meeting his needs. She associated her resentment with her perception of suicide as a selfish gesture (or lack of consideration for others), and to the tangible consequences for the people left behind.

« He had no business doing that, leaving my mother all alone, she who took care of him for his whole life. And who left it all up to me. He left it all up to me [...] I

think that it's selfish. I think that he realized that he was deteriorating, and he didn't want to deal with the problems. » (Interviewee C, father)

The participants also said they felt guilty, but this feeling was moderated by whether or not they felt they had done everything in their power at the time. For instance, participant A expressed remorse that he had not been there enough for his grandfather. However, he said that his mother felt even more guilty because she blamed herself for having missed the signs of suicide. In contrast, participant C refused to feel guilty because she believed that she had given everything she could to her father when he was alive, and therefore had nothing to regret. « *Guilty, no. I think that I gave him everything that I could. And even if I had understood what he might have intended, he acted the next day.* » (Interviewee C, father).

In association with the guilt, we noted regrets and the need to formulate diverse scenarios that might have led to a different outcome. These hypothetical scenarios began with: “If I could ...” or “I should have ...” or “If the situation had been ...” « *[My mom] was saying: “I could have, I should have been there, or if I had been there, if I had seen the rope, if I had realized,” ... Thinking over everything that was said, going over all their conversations.* » (Interviewee A, grandfather). In participant C’s case, geographic distance led her to create a scenario in which she would have lived close by and might have noticed some signs of suicidal ideation. « *I mean, we didn't know what condition she was in. She would have been nearby, I would have seen her every week. I would have seen*

it eventually, I don't know, that she had lost weight, or that she was exhausted, or that she seemed in pain. » (Interviewee B, great aunt).

Theme 4 – Repercussions of the suicide on the individual and the family

Suicide affects the personal lives of those left behind. Mourning after a suicide can become a profoundly isolating experience, one that may have a significant and quite deleterious impact on the survivor's relationships with family and friends (Jordan, 2008). In addition to the sorrow that is common after all losses, two suicide survivors showed high levels of distress in several domains of their functioning.

« I had the impression that I vegetated for months. [...] I was very, very rattled by the whole thing. [...] I never felt like going to my Tai Chi class. I didn't feel like it. And I couldn't concentrate. There were even times when I had trouble reading. [...] I stopped eating. I've gained back two pounds, but I lost 20 after my father died. My appetite isn't very good. [...] I was assessed by a psychiatrist, who told me that it was impossible for me to go back to work. » (Interviewee C, father)

They clearly stated that their priority was to take care of their own needs. *« So, the way I was functioning, I'll tell you, for the ... first three or four months, it was clear, it (my own well-being) took precedence. My priority was more ... to take care of myself. »* (Interviewee A, grandfather) Another had to take care of her mother, who had Alzheimer's disease, which influenced the grieving process for her father's death. *« I asked myself the other day, ... I said to myself, and if Mom hadn't been there, how would I have gotten through it? It would have been totally different, if you don't have someone to look after 24/7. »* (Interviewee C, father).

Two participants described the consequences of the suicide on family relationships. At first there seemed to be some closeness and support. However, for one of the participants, conflicts surrounding the deceased's inheritance raised tensions, particularly with the extended family. These conflicts over money considerably altered the relationships between family members.

« For the first year, it brought [the family] together. We were really close. As soon as the inheritance of the house came up, then the squabbles erupted. And it went on and on. So now we don't speak anymore. Me, I still say hello, and all that. We had some family dinners where we were really close, and now that's all finished. » (Interviewee A, grandfather)

For the other participant, family tensions arose after trying to manage the multiple responsibilities associated with the suicide of their father and the needs of their mother who suffered from Alzheimer's disease.

« Well, it brought us together because we really had to work together, my brother and me. But I couldn't do it anymore. I couldn't stand it anymore. I told myself, after it's all over, I'll never speak to him again. Everything was really messed up. » (Interviewee C, father)

Theme 5 – Looking for support

Looking for support was the main coping strategy used by the participants. They all mentioned having received family, marital, or friends' support. In fact, whether it was the day of the suicide of their close relative or in the short term, they were accompanied by those around them.

« (Interviewer: What helped you deal with this [your grandfather's suicide]?) The family. At the beginning, we were still quite united. We had family meetings, regularly. Several times, especially the first week, we saw each other all the time. What I think was good anyway. » (Interviewee A, grandfather)

On the other hand, we understand from the participants' discourse that family and friends' help was not always enough and that it is important to receive support from professional or community resources that specialize in services for those bereaved by suicide.

« I think it's good to consult with someone who is neutral. Because it is good to have family, friends, or other support, but people cannot be completely objective. While an outside person will help mourn the way the person needs to do it [...] When I look at families where people don't speak, well if you need help, and someone has committed suicide and you shouldn't talk too much about what you feel, well what do you do with your pain? Where are you going? So, someone neutral, that's good [...] If you don't have it [support], you have to go get it. » (Interviewee B, great aunt)

Even though participants presented a positive perception of the various services they received (social worker, support for Alzheimer caregivers, bereavement counseling centre), it appeared however that the bereaved had to do their own research in order to find an organization likely to support them. These specialized services did not come to them automatically.

« But I had to pull myself together so quickly. And then afterwards, I organized myself to get help, I managed to get help from the Alzheimer's association. At the last minute [...] I had started to consult; I had done research I think in December to get help. Because the therapist I had consulted for years, she had retired a few months earlier. And I discovered the Bereavement counseling centre. And when I called the line, when I said it was suicide, I was told there was someone specializing in violent deaths who will call me back. (Interviewee C, father). First step to know: that there are resources, second step, to use them. But still, it's difficult. » (Interviewee A, grandfather)

Theme 6 – The taboo and secrecy of suicide

In general, all participants agreed that suicide is still a taboo subject and that it is an uncomfortable topic for family members and for people in their community. Participant A

felt that there is a significant difference between suicide and other types of death: « *I think people don't know how to deal with this. It's not like a death ... you know, cancer, or whatever. It's a suicide. It's like a taboo.* » (Interviewee A, grandfather). In fact, the feeling of shame associated with the suicide of a family member is mentioned in the literature as the most common feeling among families, due to the stigma and social prejudice associated with the act. In this sense, it is not surprising that participants' testimonies revealed that the suicide was surrounded by silence and secrecy.

« *What was hard, too, was the fact that it was a suicide. The fact that we know each other. It's a community, so it's even smaller, and it was a great burden. [...]* It's like you're uncomfortable with everybody. You know that the person knows what happened. You're not sure how to act with them. You know that it's really uncomfortable. And everybody else, I think they don't know how to deal with it either. » (Interviewee A, grandfather)

« *We don't talk about ... and my mother's family doesn't talk about it much. I actually have two families that, ... where things are not said. People can think their thoughts, and people would like to have better ties, but we don't talk to each other. So, if someone has suicidal thoughts tomorrow morning, I think that nobody will know about it.* » (Interviewee B, great aunt)

The emotionally charged nature of the topic made it difficult to divulge the suicide to others, especially those that are perceived as fragile or vulnerable, and believed to be in need of protection (Cerel et al., 2008): « *In the elevator, I decided that I wouldn't tell my mother the truth. With her Alzheimer's and everything, she would feel guilty. I knew it. I knew her. Emotionally, it's hard to manage.* » (Interviewee C, father).

Theme 7 – Perceptions of aging and the end of life

Following the suicide of their close older relative, the bereaved participants thought about their own aging. Because they attributed the suicide to age-related loss of faculties, two of the participants expressed fears about ending up alone and useless, losing their autonomy and cognitive abilities, and above all, being placed in a nursing home. Thus, their negative perceptions of aging, which were connected, among others, with the experiences they had gone through with their older relative, seemed to heighten the participants' fears about getting old.

« I would still like to make some kind of contribution, and not to die alone. With dignity. First, physically and rationally sound, because you can be one or the other, and it's no more fun being one and not the other. And yes, if it's possible, with autonomy. Even if you're not autonomous in every respect, but you're at home, if you have a little help, but you still feel involved. People have to feel useful. (Interviewee B, great aunt). Me, I don't want to lose my faculties. [...] With two parents, my mother with Alzheimer's, my father, he was at the beginning ... I think that I'm at greater risk than most people. I'm going to write it in my advance directives. I want to make it clear to my daughters. » (Interviewee C, father)

Medical assistance in dying (MAiD) was recently legalized in Canada in 2016. In the participants' mind, MAiD offered them an option to avoid problems associated with aging even if this law was accessible only for terminally ill patients. All the participants viewed this as an acceptable way to end a life of unbearable suffering. They felt that the death of their relative would have been less tragic if they had had access to this solution, and that the mandatory discussions involved in the MAiD procedure could have resulted at best in a change of mind for their relative.

« I'm glad that we have it now (MAiD), because you can have a degenerative disease, where you know that you're going to die without dignity or forgotten. I

mean, you yourself forget things, so do you really want to live like that? Do we have to live like that? Me, I think not. » (Interviewee B, great aunt)

« Because if the person judges that it's not a good quality of life, like my grandfather said. But instead of doing it the way he did (by suicide), he would have had to get it approved, and people would have had to know about it, talk about it, maybe even get him to change his mind, make him see that he still had some years to live. I think that it (MAiD) would have helped. » (Interviewee A, grandfather)

However, Participant B had some knowledge about the extent of the administrative procedures attached to the request for MAiD, and she felt that her great aunt would certainly not be eligible for this life-ending procedure.

« I don't know how open she would have been to that, or to fight for that, knowing her. I don't know if she would have been ... because it can be long, you know. [...] So, I tell myself, would she have fought to demand it? ... Take the tests, find out what she had, why she had it. I don't know if she would have done that. » (Interviewee B, great aunt)

Discussion

The aim of this pilot study was to assess the feasibility of a qualitative research on the psychosocial experience of adults who were bereaved by the suicide of an older person in order to improve the quality and efficiency of the main study. The pilot data presented here are promising and suggest that further investigation is needed on this topic, but that some modifications are necessary to improve the methodology (In, 2017), especially on selection criteria and recruitment strategies. As for the semi-structured interview, it covered all pertinent topics and will be suitable for use in the main study. Furthermore, with each interview the main researcher, a doctoral student in psychology, could improve her skills in conducting a qualitative interview, but it was still difficult to seize

opportunities for probing emerging topics during the interview process. For example, some participants mentioned seeing their loved one at the scene of the suicide and it would have been relevant to question more about the impact that this had on their grieving process. This will be done in the main study.

Three selection criteria were chosen to ensure that potential participants were not overly vulnerable: age (18 years and over), no depression or suicidal ideation, and bereaved by suicide between 2 and 20 years ago. However, this choice led to a very heterogeneous sample, with only one of the three participants being a first degree relative. We would recommend selecting participants according to the nature of their relationship to the deceased, recruiting separately participants who lost a parent, a grand-parent, or another close elderly relative to suicide. It could also be pertinent to reduce the timespan since the suicide to less than 10 years, but to keep the minimum to two years, even if the former would exclude some potential participants. One of the limitations of a retrospective study like ours refers to the fact that participants do not necessarily remember events in the same way and with equal precision, especially in the case of a traumatic event (Brewin, 2011) that occurred a long time ago, hence the importance of reducing the timespan since the suicide. Screening for depression and suicidal ideation should be maintained, but participants do not have to be automatically excluded since repercussions on mental health are often consequences of the suicide of a close family member (Figueiredo et al., 2012). By excluding these participants, the portrait of the survivors' psychosocial experience would be incomplete. However, with a good safety plan, the interview could provide

support to participants who do not use mental health services and give them the opportunity to share their experience (Andriessen et al., 2018).

Recruitment difficulties of this pilot study show the challenges that the main research will face to ensure sufficient numbers of respondents. Only three persons, who experienced the suicide of a relative aged 65 years and older, accepted to be interviewed. Therefore, it was impossible to get enough data to reach saturation, which refers to the point in data collection where additional participants don't provide any additional insights (Saunders et al., 2018), and ensure that we have a precise portrait of the psychosocial experience of adults who lost an elderly relative to suicide. Advertisements in public spaces or online, by suicide prevention centres, were not effective. It could be more appropriate to use individual or professional contacts, referred as the snowball technique, to increase confidence and trust of potential participants and to overcome recruitment problems. In addition, we would suggest reaching out to support groups for those bereaved by suicide even if those participants might present special sociodemographic or motivational characteristics. It may also be relevant to ask the coroner office to send a letter of invitation to participate in the research to families bereaved by suicide. However, despite the recruitment difficulties, it is important to note that all the participants assessed their experience in the study positively, which corroborates the value of the interviews for those bereaved by suicide (Andriessen et al., 2018; Cooper, 1999; Dyregrov et al., 2011). Thus, this observation supports the feasibility of the study on this aspect. Furthermore, it is important to note that, with the actual COVID-19 pandemic, the main study and the

interviews will now be online. We expect that more people will be able to participate, considering that we will target all regions of the province of Quebec rather than just one. In addition, individuals may be more inclined to participate in the study considering the increase in social isolation associated with the current pandemic (Gunnell et al., 2020).

Qualitative studies of older adults who ended their life are rare, as are those that investigate the impact of this event on close family members. Therefore, the preliminary results of this qualitative study fill some gap in the literature on survivors of older adults' suicide which tended to focus mainly on the spouse (Clark & Goldney, 2000; McIntosh, 1993). The present study explored the effects of the suicide of an older person on other members of the family, in this case, a daughter, a grandson, and a great niece. Interestingly, there were some similarities in the participants' reports, even if their profiles and the nature of their relationship to the deceased differed in each case. The following discussion will highlight the most interesting results and some possible biases that can occur in order to avoid them in the main study.

Results indicated that participants tried to explain and understand the cause of the suicide of their relatives. The search for explanation is a common reaction in all bereaved individuals whether the death is caused by suicide or through natural causes (Harwood et al., 2002). In our study, all participants attributed the suicide to problems associated with aging and that their older relative could not engage anymore in activities that were meaningful to them. As a matter of fact, physical illness, pain, diagnosis of cognitive

decline, and fear of placement, as well as poor quality of life, are known risk factors for suicide in older persons (Conejero et al., 2018; Draper et al., 2010; Duberstein & Heisel, 2014; Harwood et al., 2006; Rurup et al., 2011). The various losses faced by the older adults removed opportunities to play key roles in the life of their community or family (whether as caregivers, volunteers, grandparents), and increase thwarted belongingness which is a risk factor for suicide (van Orden et al., 2010). It should be noted that all the participants recruited in this pilot study indicated that their elderly relative suffered from a physical or cognitive decline, even though older adults can intentionally end their life without having a precise reason to do so (Rurup et al., 2011; van Wijngaarden et al., 2016). Do participants perceive ill-health as an acceptable and understandable reason for the suicide of their loved one and, consequently, are more willing to take part in the research? This result highlights even more the relevance of the coroner's suicide list as a recruitment strategy to contact various type of survivors to optimize the diversity of the sample.

The participants also felt that suicide was a way for the deceased to regain control over their lives when a disease was threatening their autonomy and quality of life (Rurup et al., 2011). This need for control was also observed in a psychological autopsy study that examined the characteristics of older persons who ended their life by those who knew them well (Kjølseth et al., 2009). The lack of openness to experience (Duberstein, 1995), the difficulty reengaging in new goals when significant obstacles occur (O'Connor et al., 2009), as well as the feeling of being trapped in an unwanted situation, were also

mentioned by participants as personal characteristics of their older relative who died by suicide. The latter supports O'Connor and Nock's (2014) psychological theory of suicide, which considers that feelings of entrapment could be a contributor to suicidal ideation and behaviour.

It should be noted that two of the older adults had been diagnosed with Alzheimer's disease. This is not surprising since recent studies indicated that older adults with mild cognitive change and early phase dementia are at increased risk of suicidal behavior, often in the context of comorbid depression (Conejero et al., 2018; Draper et al., 2010; Günak et al., 2021; Holmstrand et al., 2021; Schmutte et al., 2022). The common belief that dementia is associated with a lack of competence and planning probably increase the shock of the relatives who did not expect their relative to be able to end their life. It is expected that, in the main study, part of the sample will have experienced the suicide of an older relative who was suffering from cognitive decline and that the diagnosis of dementia could have instigated depressive reactions and a risk of suicidal behaviors (Draper et al., 2010; Günak et al., 2021; Holmstrand et al., 2021; Schmutte et al., 2022).

Seeking reasons for the suicide, and reconsidering or restructuring their basic belief system and their world-view, appear to help the survivors to make some sense of the death (Neimeyer & Sands, 2017). Actually, for many bereaved individuals, suicide is an inexplicable death and they feel the need to understand the motivations and the frame of mind of the deceased (Jordan, 2008). On the other hand, this event also challenged their

perception of the world, as a sensible and meaningful place. Suicide can be understood as shattering the assumptive world of the survivor, as destroying the foundational beliefs about their perception of life. As Neimayer and Harris (2016, p. 165) explain: “a central process of grieving is the attempt to reaffirm or reconstruct a world of meaning that has been challenged by loss”. Participants were clearly changed by the suicide and needed to reconstruct their beliefs about life after it was shattered by the event. Accordingly, some seem to have experienced posttraumatic growth, which refers to positive transformations concerning self-perception, interpersonal relationships, and philosophy of life (Genest et al., 2017). In fact, post-traumatic growth often leads to helping others in a selfless and meaningful way, as evidenced by one of the participants entering the field of gerontology to assist distressed older adults and the fact that all participants wanted to be involved in this study in order to improve knowledge on suicide bereavement. In addition, the nature of the psychiatric disorder of the deceased and its role in contributing to the suicide can be invaluable to survivors. This knowledge can help survivors put their beliefs about their responsibility and the preventability of the suicide into a realistic perspective (Jordan, 2008).

Castelli Dransart (2017) also found that the search for meaning was an important theme in the interviews of 50 survivors, most of them aged below 40 years. Her participants reported four post-suicide challenges: dealing with the impact of the suicide, searching for meaning, clarifying responsibility, and finding a personal style of reaction and coping. These themes validate the results of the present study and support the notion

that certain ways of reacting to the suicide of a family member are universal, regardless of the deceased's age.

Furthermore, results indicated that the suicide was a brutal and unexpected event (Figueiredo et al., 2012), even if the participants could have expected the possible death of their loved one due to their health condition. This finding corroborates the results of a qualitative study by Jones (2018) with nine adults bereaved by the suicide of a parent aged 50 to 65 years. Thus, it appears that the suddenness of the event and the shock at the manner of death contributed to the surreal feelings associated with the suicide, independently of the deceased person's age. Although the loss of an older relative might be predictable, the manner of death is not.

Participants also expressed anger, especially those who were involved in caregiving and who had spent significant amounts of time seeing to their older relative's needs. This result is in line with results from Figueiredo and colleagues (2012), who showed that anger is one of the most common reactions to the suicide of an older relative. The mourners usually considered the suicide as a display of contempt, or as an ungrateful response for the care that was given.

Beyond the impacts on their personal and practical lives, participants also described the consequences for their family. These included tensions between family members and conflicts surrounding the deceased's inheritance. This concurs with the results by

Figueiredo and colleagues (2012), who noted that instead of joining together in mutual support, family members tend to distance themselves from each other following a suicide, and even more so when financial disputes arise. However, one of the problems inherent to family research on suicide survivors is that the quality of the previous relationships within the family is rarely assessed, making it difficult to comment on the specific implications of the death for family relationships and communications in the aftermath of the suicide (Cerel et al., 2008). Thus, it might be relevant to question the participants during the semi-structured interview not only on the impact of suicide on their family, but also on relationships and family dynamics before the suicide of their older relative.

We also noted that although all the participants agree that it is important to receive support from specialized professionals, they said it was a challenge to find and contact them. Despite the lack of controlled empirical studies, clinical experience and observations have highlighted a number of interventions or programs that may be of help to suicide survivors. Thus, despite the various existing resources in postvention (Andriessen & Krysinska, 2012), the present study points out to the importance of offering these services systematically on a continuous basis. Indeed, numerous challenges remain with regards to program and policy development, research and clinical practice, to ensure effective care for those bereaved by suicide (Andriessen & Krysinska, 2012).

As in other studies (Figueiredo et al., 2012; Harwood et al., 2002; Jones, 2008; McMenemy et al., 2008), participants expressed guilt and regrets following the suicide of

their relative. However, one participant reported no such feelings, considering that she gave a lot of time to her parents. It seems that feelings of self-blame may emerge when grieving survivors continue to ask themselves “Why?” and “What if?” (Capuzzi, 2004). Suicide also had repercussions on the mental health of the participants as observed in several studies on the impact of close family members who intentionally ended their life (Jordan, 2008; Pitman et al., 2014; Young et al., 2012).

In addition, the participants stressed the fact that suicide by an older person is a taboo and secret topic, corroborating the stigma displayed toward suicide and the survivors (Cerel et al., 2008; Sudak et al., 2008). In the case of suicide by an older person, some hypotheses have been proposed to explain this. For instance, the passive and fragile image of older people appears to be inconsistent with the act of suicide, which is viewed as both active and violent. In addition, most religions prohibit suicide and older adults are often more religious than younger generations (Lapierre et al., 2018). Furthermore, there is little media coverage on suicides by older people (Éthier et al., 2014), as most reported suicides are enacted by younger people. This stems from a social belief that younger people are at greater risk for suicide, which distracts the public from other age groups. Consequently, the general population has little awareness of the fact that other age groups die by suicide, including older persons.

Furthermore, it is possible that the taboo and secrecy surrounding the suicide, in addition to the guilt and regrets felt by the participants, contributed to the recruitment

difficulties. Shame may make it exceptionally difficult for family members to speak about the topic of suicide (Cerel et al., 2008). Moreover, even when survivors are not actually avoided by others, they may incorrectly expect to be judged harshly by others. Together, these difficulties may create a cycle of misunderstanding and avoidance with regard to participating in research on suicide bereavement. Therefore, recruitment difficulties might partly lie in the experience of stigma or shame. Nonetheless, benefits of research participation, reported by traumatized populations, include reducing stigma, normalizing trauma-related reactions, and ensuring safe disclosure of trauma-related information (Newman & Kaloupek, 2004). Publicity about the research should address these beliefs for potential participants and increase their confidence in the compassionate attitude of the researchers as well as the possible benefits of their participation.

One unique component of this study was that participants were asked to reflect about how the recently legalized medical assistance in dying (MAiD) would influence the way they see aging and the suicide of their relative. Note, however, that this is not a theme that emerged spontaneously since the participants were asked directly about medical assistance in dying. Regardless, the results remain relevant and interesting. Fear of aging was strong, partly because of the experience they went through with their older relative. However, MAiD seemed to offer them an alternative to dependency and cognitive decline should they eventually consider their lives to be no longer worth living (van Wijngaarden et al., 2016). The participants' interest in MAiD could indicate a tendency to consider this practice as a socially acceptable alternative to suicide (Mishara & Weisstub, 2018) and

that they would endorse the position that death is a rational solution to the problems of old age (Yuryev et al., 2010). Considering that 83.3% of deaths by MAiD are in people aged 65 years and over (Government of Canada, 2022) and that it is likely to be expanded to people with degenerative illness or mental illness (Brassolotto et al., 2023), it would be pertinent to add some questions to the interview of the main study about participants' perception of the help and support that was offered by health care providers to their older relative. What was done to relieve the older adult's distress, alleviate the suffering, and prevent the suicide? Did they feel that, for the care providers, the life of an older person was deemed worth saving? These perceptions could influence the risk of suicide in survivors when they will face their own difficulties associated with the aging process.

Future studies could also investigate the consequences of a close relative's suicide on the survivors. For example, evidence suggests that suicide survivors may be at greater risk than other bereaved individuals for a variety of psychological problems, including posttraumatic stress disorder (PTSD) and suicidal behavior (Jordan, 2008; Mitchell et al., 2004; Pompili et al., 2008). It would be useful to add questions on these topics to the semi-structured interview. Furthermore, as proposed by Levi-Belz and Lev-Ari (2018), it is important to examine the personal factors that may help suicide survivors deal with, and recover from, their devastating loss. In fact, their results indicated that securely attached individuals scored highest on posttraumatic growth compared with other attachment styles. Hence, it would be informative to add some questions to address the participants' attachment style in order to corroborate (or not) Levi-Belz and Lev-Ari's observation.

Conclusion

This pilot study investigated the experience of three adults who were bereaved by the suicide of an elderly relative they felt emotionally close to. It showed that like other people bereaved by suicide, those who lost an older family member experienced this event as a shock that significantly perturbed their life. The main difference was related to the fact that the latter found explanations to the suicide in the difficulties associated with the aging process, such as physical and neurocognitive disorders, as well as in the entrapment and powerlessness related to an increase dependency to others. This perspective seemed to increase participants' fear of growing old, and the need to find a solution to avoid it, such as the recently legalized medical assistance in dying. In conclusion, this pilot study indicates that it is possible to investigate this topic with some modifications to the selection criteria and recruitment strategies for the main study.

References

- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis*, 30(1), 43-47. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
- Andriessen, K., & Kryszynska, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 24-32. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>
- Andriessen, K., Kryszynska, K., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2018). Harmful or helpful? A systematic review of how those bereaved through suicide experience research participation. *Crisis*, 39(1), 364-376. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000515>
- Andriessen, K., Kryszynska, K., & Grad, O. T. (Eds.) (2017). *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*. Hogrefe Publishing.
- Association québécoise de prévention du suicide. (2014). *La prévention du suicide des aînés au Québec : comprendre, s'inspirer et agir* [Prevention of elderly suicide in Quebec: understanding, being inspired, and acting]. https://www.aqps.info/media/documents/PreventionSuicideAines_comprendre_sinspirer_agir_AQPS_V2016.pdf (Accessed August 30, 2020)
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2(1), 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Brassolotto, J., Manduca-Barone, A., & Zurbrigg, P. (2023). Medical assistance in dying: A review of related Canadian news media texts. *Journal of Medical Humanities*, 44(2), 167-186. <https://doi.org/10.1007/s10912-022-09764-z>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(1), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brewin, C. R. (2011). The nature and significance of memory disturbance in posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 203-227. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104544>
- Capuzzi, D. (Ed.) (2004). *Suicide across the life span*. American Counseling Association.
- Castelli Dransart, D. A. (2017). Reclaiming and reshaping life: patterns of reconstruction after the suicide of a loved one. *Qualitative Health Research*, 27(1), 994-1005. <https://doi.org/10.1177/1049732316637590>

- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(2), 529-534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, *29*(1), 38-44. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.38>
- Clark, S. E., & Goldney, R. D. (2000). "The impact of suicide on relatives and friends". In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The International handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 467-484). Wiley.
- Conejero, I., Navucet, S., Keller, J., Olié, E., Courtet, P., & Gabelle, A. (2018). A complex relationship between suicide, dementia, and amyloid: A narrative review. *Frontiers in Neuroscience*, *12*, 371. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00371>
- Cooper, J. (1999). Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide. *Journal of Clinical Nursing*, *8*(1), 467-475. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1999.00276.x>
- Draper, B., Peisah, C., Snowdon, J., & Brodaty, H. (2010). Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *Alzheimer's & Dementia*, *6*(1), 75-82. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2009.04.1229>
- Duberstein, P. R. (1995). Openness to experience and completed suicide across the second half of life. *International Psychogeriatrics*, *7*(1), 183-198. <https://doi.org/10.1017/S1041610295001967>
- Duberstein, P. R., & Heisel, M. J. (2014). "Person-centered prevention of suicide among older adults". In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and selfinjury* (pp. 113-132). Oxford University Press.
- Dyregrov, K. M., Dieserud, G., Hjelmeland, H. M., Straiton, M., Rasmussen, M. L., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2011). Meaning-making through psychological autopsy interviews: The value of participating in qualitative research for those bereaved by suicide. *Death Studies*, *35*(1), 685-710. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553310>
- Éthier, S., Vézina, J., Morin, M., Larouche, E., & Grégoire, C. G. (2014). *L'évaluation des besoins en matière de prévention du suicide chez les aînés*. Centre de prévention du suicide de Québec, Université Laval. <https://www.cpsquebec.ca/wp-content/uploads/2019/07/Étude-Suicide-chez-les-aînés.pdf> (Accessed August 30, 2020).

- Figueiredo, A. E. B., da Silva, R. M., Mangas, R. M., Vieira, L. J., Furtado, H. M., Gutierrez, D. M., & de Sousa, G. S. (2012). Impact of suicide of the elderly on their families. *Cien. Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 1993-2002. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800010>
- Genest, C., Moore, M., & Nowicke, C. M. (2017). Posttraumatic growth after suicide. In K. Andriessen, K. Krysinska, & O. Grad (Eds.), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 50-59). Hogrefe Publishing. <https://doi.org/10.1027/00493-000>
- Government of Canada. (2022). *Third annual report on Medical Assistance in Dying. Government of Canada*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying/annual-report-2021.html> (Accessed July 27, 2022).
- Günak, M. M., Barnes, D. E., Yaffe, K., Li, Y., & Byers, A. L. (2021). Risk of suicide attempt in patients with recent diagnosis of mild cognitive impairment or dementia. *JAMA Psychiatry*, 78(6), 659-666. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0150>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7(1), 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Harwood, D. M. J., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L., & Jacoby, R. (2006). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older adults: A descriptive and case-control study. *Psychological Medicine*, 36(1), 1265-1274. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007872>
- Harwood, D. M. J., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: A descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 72(1), 185-194. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00462-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00462-1)
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.74>
- Holmstrand, C., Rahm Hallberg, I., Saks, K., Leino-Kilpi, H., Renom Guiteras, A., Verbeek, H., Zabalegui, A., Sutcliffe, C., & Lethin, C. (2021). Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries. *Ageing & Mental Health*, 25(9), 1730-1739. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1745143>

- In, J. (2017). Introduction of a pilot study. *Korean Journal of Anesthesiology*, 70(1), 601-605. <https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.6.601>
- Isaacs, A. N. (2014). An overview of qualitative research methodology for public health researchers. *International Journal of Medicine and Public Health*, 4(1), 318-323. <https://doi.org/10.4103/2230-8598.144055>
- Janghorban, R., Latifnejad Roudsari, R., & Taghipour, A. (2014). Pilot study in qualitative research: The roles and values. *Journal of Hayat*, 19(1), 1-5.
- Jones, J. E. (2018). *Spirituality and the adult survivor of parental suicide: A qualitative investigation*. [Doctoral Dissertation]. Capella University.
- Jordan, J. R. (2008). Bereavement after suicide. *Psychiatric Annals*, 38(1), 679-685. <https://doi.org/10.3928/00485713-20081001-05>
- Kalpokaite, N., & Radivojevic, I. (2019). Demystifying qualitative data analysis for novice qualitative researchers. *The Qualitative Report*, 24(1), 44-57. <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol24/iss13/5>
- Kjølseth, I., Ekeberg, O., & Steihaug, S. (2009). “Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age?” Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *International Psychogeriatrics*, 21(1), 903-912. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990342>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(1), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lapierre, S., Castelli Dransart, D. A., St-Amant, K., Dubuc, G., Houle, M., Lacerte, M.-M., & Maggiori, C. (2018). Religiosity and the wish of older adults for physician assisted-suicide. *Religions. Special Issue "Suicide Prevention, Religion and Spirituality"*, 9(3), 66-78. <https://doi.org/10.3390/rel9030066>
- Levesque, P., Pelletier, É., & Perron, P. A. (2020). *Le suicide au Québec : 1981 à 2017 — Mise à jour 2020* [Suicide in Quebec : 1981 to 2017 — 2020 update]. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2642#:~:text=Selon%20les%20donn%C3%A9es%20provisoires%20pour,2%20par%20100%2000%20personnes>
- Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2018). Attachment styles and posttraumatic growth among suicide-loss survivors: The mediating role of interpersonal factors. *Crisis*, 40(1), 186-195. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000550>

- Malmqvist, J., Hellberg, K., Möllås, G., Rose, R., & Shevlin, M. (2019). Conducting the pilot study: A neglected part of the research process? Methodological findings supporting the importance of piloting in qualitative research studies. *International Journal of Qualitative Methods*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/1609406919878341>
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2015). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry*, 37(1), 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.009>
- McIntosh, J. L. (1993). Control group studies of suicide survivors: A review and critique. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(1), 146-161. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1993.tb00379.x>
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(1), 375-389. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.375>
- Miles, M. A., Huberman, M. B., & Saldana, J. (2013). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook* (3rd ed.). Sage Publications.
- Mishara, B. L., & Weisstub, D. N. (2018). Is suicide prevention an absolute? Considerations when medical assistance in dying is an option. *Crisis*, 39(1), 313-317. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000568>
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*, 25(1), 12-18. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.12>
- Neimeyer, R. A., & Harris, D. (2016). "Bereavement and grief". In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (2nd ed., pp. 163-169). Academic Press.
- Neimeyer, R. A., & Sands, D. C. (2017). Suicide loss and the quest for meaning. In K. Andriessen, K. Krysinska, & O. Grad (Eds.), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 71-84). Hogrefe Publishing.
- Newman, E., & Kaloupek, D. G. (2004). The risks and benefits of participating in trauma-focused research studies. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 383-394. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000048951.02568.3a>
- Nunes, J. M. B., Martins, J. T., Zhou, L., Alajamy, M., & Al-Mamari, S. (2010). Contextual sensitivity in grounded theory: The role of pilot studies. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 8(1), 73-84.

- O'Connor, R. C., Fraser, L., Whyte, M.-C., MacHale, S., & Masterton, G. (2009). Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: The relationship between goal disengagement, goal reengagement and suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(1), 164-169. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.11.001>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, *1*(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Padgett, D. K. (2016). *Qualitative methods in social work research*. Vol. 36. Sage Publications.
- Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry*, *1*(1), 86-94. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)
- Pompili, M., Lester, D., De Pisa, E., Del Casale, A., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2008). Surviving the suicides of significant others: A case study. *Crisis*, *29*(1), 45-48. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.45>
- Richard-Devantoy, S., Jollant, F., Deguigne, F., & Letourneau, G. (2013). Marqueurs neurocognitifs de la vulnérabilité suicidaire de la personne âgée : revue de la littérature. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, *11*(1), 367-378. <https://doi.org/10.1684/pnv.2013.0442>
- Rurup, M. L., Pasman, H. R. W., Goedhart, J., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: A qualitative interview study. *Crisis*, *32*(1), 204-216. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000078>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, *52*(1), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Schmutte, T., Olfson, M., Maust, D. T., Xie, M., & Marcus, S. C. (2022). Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults. *Alzheimer's & Dementia*, *18*(2), 262-271. <https://doi.org/10.1002/alz.12390>
- Sudak, H., Maxim, K., & Carpenter, M. (2008). Suicide and stigma: A review of the literature and personal reflections. *Academic Psychiatry*, *32*(1), 136-142. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.136>

- Sutin, A. R., Costa, P. T. Jr., Wethington, E., & Eaton, W. (2010). Perceptions of stressful life events as turning points are associated with self-rated health and psychological distress. *Anxiety, Stress, and Coping*, 23(1), 479-492. <https://doi.org/10.1080/10615800903552015>
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(1), 237-246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. J. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(1), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2016). Caught between intending and doing: Older people ideating on a self-chosen death. *BMJ Open* 6:e009895. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009895>
- Whitehead, B. J., Howie, L., & Lovell, R. K. (2006). Older people's experience of driver licence cancellation: A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(1), 173-180. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00564.x>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> (Accessed August 30, 2020).
- World Health Organization. (2020). *Faits marquants sur le vieillissement*. [https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-ageing-proposal-fr.pdf?Status=Temp&sfvrsn=b0a7b5b1_12"l":~:text=Selon%20les%20pr%C3%A9visions%2C%20pr%C3%A8s%20de,de%2060%20ans%20ou%20plus](https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-ageing-proposal-fr.pdf?Status=Temp&sfvrsn=b0a7b5b1_12) (Accessed August 30, 2020).
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177-186. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>
- Yuryev, A., Leppik, L., Tooding, L. M., Sisask, M., Värnik, P., Wu, J., & Värnik, A. (2010). Social inclusion affects elderly suicide mortality. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 1337-1343. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001614>

Appendix 1. Semi-structured interview

Today, we'd like you to talk about your relative (grandparent/mother/father) and how his/her suicide affected you and the people close to you.

1. Tell me about your relative. What kind of person was he/she? How would you describe your relationship with him/her?
2. Tell me about the day that your relative died by suicide. How did it happen? How did you learn about it?
3. Tell me how you reacted to the loss of your relative to suicide. How did you feel about the act and the reasons why he/she did it?
4. How have you been coping with this?
5. How has your relative's suicide influenced your life? (your relationships, the way you look at life, the way you think about your close relative)
6. Have you managed to find hope, comfort, or acceptance since the suicide of your relative?
7. How has the suicide of your relative made you feel? How has it affected the way you function now?
8. Tell me about your family. How did they react to the suicide of your relative? Has this brought you closer to them or created more distance?
9. Has the suicide of your relative changed your relationships with other people in your life, such as friends or colleagues? If yes, in what way?
10. Have there been any other suicides by older people in your family? (If yes, repeat the previous questions for this family member)
11. What suggestions would you give to other people who might be in the same situation?
12. There's been a lot of talk in the media about medically assisted dying. How does this affect the way you view the suicide of your relative?
13. How do you view old age? How do you feel about growing old yourself?

Chapitre 2

Article scientifique 2 – « Une plaie douloureuse » : l'expérience d'enfants adultes ayant perdu par suicide une mère ou un père âgé entre 50 et 64 ans

**« Une plaie douloureuse » : l'expérience d'enfants adultes ayant perdu par suicide
une mère ou un père âgé entre 50 et 64 ans**

Michaud-Dumont, G.^{1,2}, Lapierre, S.^{1,2}

¹ Laboratoire interdisciplinaire de recherche en gérontologie (LIREG), Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada.

² Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE), Université du Québec à Montréal, Montréal, QC, Canada

Adresse de correspondance : Sylvie Lapierre, Département de psychologie, UQTR, 3351, boul. des Forges, Trois-Rivières (QC), G8Z 4M3. Sylvie.Lapierre@uqtr.ca

Sera soumis à la revue *Frontières*

Résumé

Le suicide chez les personnes vieillissantes et ses impacts sur les endeuillés est un domaine négligé par les chercheurs. Au Québec, les personnes âgées entre 50 et 64 ans sont déjà un groupe particulièrement à risque de suicide. Toutefois, peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux impacts du suicide d'un parent de ce groupe d'âge sur leurs enfants. Pourtant, les personnes endeuillées par un suicide familial présentent des risques importants de poser le même geste. L'objectif de la présente étude qualitative est d'identifier ce qui caractérise l'expérience des endeuillés par suicide d'un parent âgé entre 50 et 64 ans. Les participants (N = 14) étaient âgés en moyenne de 23 ans (entre 10 et 34 ans) au moment de la perte. L'analyse du contenu des entretiens semi-structurés a révélé 5 thèmes principaux : (1) le choc et la désorganisation; (2) l'adaptation et les changements; (3) la transmission intergénérationnelle du suicide; (4) les défis sociaux; et (5) la perception du vieillissement et l'aide médicale à mourir comme solution. Les résultats soulignent que les participants sont aux prises avec les mêmes enjeux que tous les endeuillés par suicide, mais qu'ils sont préoccupés par la transmission intergénérationnelle du suicide. De plus, il semble que la perception négative du vieillissement soit un thème unique au deuil par suicide d'un parent de ce groupe d'âge. En effet, plusieurs endeuillés envisageraient l'aide médicale à mourir comme solution potentielle aux problèmes de l'avancement en âge.

Introduction

Le suicide est une problématique qui s'inscrit dans un large contexte d'interactions entre la personne, sa famille et son entourage. La perte d'un proche par suicide peut être une expérience bouleversante qui est susceptible d'engendrer des répercussions négatives à long terme sur la vie sociale et la santé physique et mentale des personnes endeuillées (Maple et al., 2017; Pitman et al., 2014). La prévalence de l'exposition au suicide chez les adultes au cours de la dernière année a été estimée à 3,8 % et à 24,7 % au cours de la vie (Andriessen et al., 2017). Toutefois, le suicide chez les personnes vieillissantes et ses impacts sur les endeuillés est un domaine très négligé par les chercheurs (Lapierre, 2022; Lapierre et al., 2011), et ce, malgré le vieillissement actuel de la population. Pourtant, cette problématique devrait être abordée, notamment afin de prévenir ses effets négatifs sur l'entourage.

Les personnes nées entre 1946 et 1964 représentent près de 26,2 % de la population québécoise (Bouchard-Santerre et al., 2022). Au Québec, en 2019, le taux de suicide des hommes de 50 à 64 ans était de 32,7, alors qu'il était de 8,4 chez les femmes du même groupe d'âge, comparativement à 13,4 pour l'ensemble de la population québécoise (Levesque et al., 2022). Ce groupe d'âge est donc particulièrement à risque de suicide, ce qui pourrait s'aggraver lorsqu'ils auront à faire face aux pertes associées au vieillissement. Cette génération ayant actuellement entre 59 et 77 ans, les défis associés à la vieillesse et à la fin de vie sont invariablement au centre des préoccupations d'un nombre croissant de personnes de cette génération. D'ailleurs, cette cohorte est si importante qu'elle affectera

profondément la façon dont les personnes âgées vivent et meurent dans notre société (Balasubramaniam, 2018). En effet, les études sur ce groupe d'âge indiquent que ceux-ci valorisent la jeunesse, l'épanouissement personnel et la capacité de rester actifs après la retraite, qu'ils ont généralement des attitudes négatives à l'égard du vieillissement (McCue, 2017) et qu'ils recherchent l'autonomie et l'indépendance (Bonvalet et al., 2013). C'est aussi un groupe qui consomme régulièrement de l'alcool et près du tiers (27,7 %) dépasse au moins une des limites de consommation d'alcool à faible risque recommandées par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (Bergeron et al., 2020). De plus, les troubles liés à la consommation d'alcool sont fortement associés au suicide chez ceux-ci (Edwards et al., 2020). Mis ensemble, cette combinaison de facteurs pourrait expliquer qu'une proportion plus élevée de ce groupe d'âge exprime le souhait de mettre fin à leurs jours selon leurs propres conditions (McCue, 2017). Par le fait même, le nombre d'endeuillés par le suicide des personnes de ce groupe d'âge serait aussi susceptible d'augmenter. Pourtant, malgré tous ces arguments, peu d'études ont étudié l'impact du suicide d'une personne vieillissante sur ses proches (Cerel et al., 2008), et aucune n'a examiné les conséquences du suicide d'un parent âgé entre 50 et 64 ans sur ses enfants.

Le deuil par suicide est associé à un risque accru de deuil compliqué, ainsi qu'à des risques élevés de dépression, de troubles anxieux, d'hospitalisation en psychiatrie et de décès par suicide (Pitman et al., 2014; Young et al., 2012). Bien que toutes les personnes qui vivent un deuil (quel que soit le type de mort) rapportent de la maladresse sociale et

des attitudes négatives de la part d'autrui (blâme, fascination morbide, pitié), les endeuillés par suicide vivent davantage de stigmatisation (Pitman et al., 2018), cette dernière étant associée à une détresse psychosociale et à un risque plus élevé d'idées et de comportements suicidaires (Pitman, Rantell et al., 2017; Scocco et al., 2017). Les endeuillés par suicide peuvent également être affectés sur le plan social; ainsi certains se retirent des interactions sociales, ressentent de la honte, de l'embarras, de la culpabilité et ont une propension à dissimuler la mort du proche aux autres (Chapple et al., 2015; Hanschmidt et al., 2016; Peters et al., 2016; Pitman et al., 2016). L'incapacité à trouver un sens à un décès par suicide engendre également diverses émotions telles que le blâme de soi ou des autres, la culpabilité et le vide (Shields et al., 2017).

Les études sur les conséquences du suicide parental chez les enfants adultes sont rares. Néanmoins, Brent et al. (2009) montrent que les jeunes ($M = 15,0$ ans) qui perdent un parent ($M = 43,7$ ans) par suicide sont vulnérables à la dépression et à l'abus d'alcool ou de substances au cours de la deuxième année suivant la perte. D'autres études indiquent que le niveau de risque de comportements suicidaires est élevé chez les enfants adultes ($M = 20,4$ ans) qui perdent un parent par suicide (Ranning et al., 2022). Bien que ces résultats ne soient pas spécifiques aux personnes endeuillées par le suicide d'un parent âgé entre 50 et 64 ans, ils mettent en évidence la nécessité d'examiner l'expérience vécue par les personnes endeuillées à la suite du suicide parental, d'où la pertinence de la présente étude.

Avec la rareté des études sur le sujet, il n'est pas clair si les enfants adultes qui ont vécu le suicide d'un parent vieillissant souffrent d'expériences et de conséquences similaires ou différentes à celles rapportées dans les études avec d'autres groupes de personnes endeuillées, et s'ils ont besoin d'un soutien particulier. Il semble toutefois nécessaire de mieux comprendre les conséquences psychologiques et psychopathologiques de la perte d'un proche par suicide (Bellini et al., 2018) et de combler cette lacune dans la recherche. Ainsi, l'objectif de l'étude actuelle est d'identifier ce qui caractérise l'expérience des adultes endeuillés par le suicide d'un parent âgé entre 50 et 64 ans.

Méthode

Conception de l'étude

Étant donné le peu d'études sur les endeuillés par suicide d'un membre plus âgé de la famille (Cerel et al., 2008; Figueiredo et al., 2012; Harwood et al., 2002), une approche qualitative a été choisie pour examiner l'expérience psychosociale des survivants à la suite de cet événement (Hjelmeland & Knizek, 2010). Une étude pilote a permis de tester la pertinence des questions de l'entrevue semi-structurée qui visait à recueillir de l'information sur l'expérience des participants au moment de la perte (Michaud-Dumont et al., 2020). L'entrevue a été considérée comme pertinente pour obtenir des données détaillées.

Tous les participants potentiels de la présente étude devaient avoir perdu par suicide un parent âgé entre 50 et 64 ans. D'autres critères de sélection ont été établis pour s'assurer

que les participants potentiels ne soient pas trop vulnérables : ils devaient être âgés de 18 ans ou plus et ne pouvaient pas présenter d'idées suicidaires ou de dépression significative en lien avec le suicide de leur proche, selon les résultats du *Questionnaire sur la santé des patients* (QSP-9) décrit ci-après. De plus, le critère d'inclusion concernant le temps depuis le suicide du proche a été établi à au moins deux ans.

Considération éthique

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières, et différentes stratégies ont été planifiées pour minimiser les risques pour les participants étant donné que les thèmes du deuil et du suicide sont très sensibles et que les personnes touchées sont extrêmement vulnérables. Le risque majeur associé à cette étude concerne la réactivation des souvenirs douloureux et l'inconfort causé par certaines questions. Bien que certaines personnes endeuillées puissent trouver l'entrevue difficile et même bouleversante, il convient de noter que des études antérieures ont conclu que les participants évaluent habituellement ce type d'entrevue positivement et la trouvent utile (Andriessen et al., 2018; Dyregrov et al., 2011; Michaud-Dumont et al., 2020).

Un plan de sécurité a également été formulé pour protéger les participants. L'intervieweuse a accordé une attention particulière aux signes de deuil compliqué, de stress excessif ou d'idées suicidaires pendant la rencontre et a posé des questions sur l'état émotionnel des participants à la fin de l'entrevue. Après cette dernière, les coordonnées

de diverses ressources psychosociales qui pourraient les soutenir dans leur deuil leur ont été remises, comme celle de la clinique psychologique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et du Centre de prévention du suicide.

Procédure

Comme recommandé dans l'étude pilote interne, les méthodes de recrutement ont été diversifiées afin de maximiser le nombre de participants et de s'assurer d'atteindre la saturation dans les données (Michaud-Dumont et al., 2020). Ainsi, les participants ont été recrutés grâce à la technique boule de neige, c'est-à-dire par l'utilisation des contacts individuels ou professionnels des chercheurs. De plus, certains participants ont informé, de leur propre initiative, les membres de leur fratrie de l'existence de l'étude. De plus, des affiches placées dans les espaces publics de l'UQTR et de la ville de Trois-Rivières, et des publicités sur les pages Facebook d'associations universitaires et des centres de prévention du suicide ont aussi été utilisées pour le recrutement (voir Appendice). Les personnes qui ont manifesté de l'intérêt pour l'étude étaient contactées pour un premier entretien téléphonique où la chercheuse principale leur communiquait l'objectif de la recherche, la durée et la nature de leur participation ainsi que les avantages et les risques potentiels à leur implication. Il a également conduit à la vérification des critères d'inclusion et d'exclusion. Il est à noter que quatre participants ont été exclus parce que leur parent avait moins de 50 ans. Ces personnes ont reçu des informations sur le centre de prévention du suicide de leur région, au cas où elles en auraient besoin.

Le QSP-9, comportant 9 questions et validé en français, a été utilisé pour dépister la dépression et les idées suicidaires (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015). Le QSP-9 a 77 % de sensibilité et 85 % de spécificité (Manea et al., 2015). La question 9 permet de vérifier la présence d'idées suicidaires tandis qu'un score supérieur à 4 aurait indiqué une dépression minimale. Ces informations auraient engendré une investigation plus approfondie par la chercheuse principale de l'état mental du participant potentiel. Toutefois, aucune personne n'a été exclue sur la base du QSP-9. Par la suite, une date était fixée pour un entretien individuel semi-structuré. Il est important de noter que les participants ont été recrutés dans la population générale sur deux périodes. La première période de recrutement a eu lieu à l'été 2019 ($n = 3$) et les entrevues se déroulaient alors en face à face dans un local de l'UQTR. Comme l'échantillon était insuffisant pour atteindre la saturation des données, une seconde période de recrutement a eu lieu à l'été 2020 ($n = 11$). Toutefois, les exigences de distanciation sociale, associées à la pandémie de la COVID-19, ont nécessité de faire les entrevues en mode virtuel. Le recrutement complet s'est donc déroulé sur une période de 14 mois, soit de juin 2019 à août 2020.

Avant d'être interviewés, les participants ont signé un formulaire de consentement. Aucun participant n'a reçu de compensation monétaire pour sa participation à l'étude. L'entrevue comportait 13 questions visant à inciter les participants à raconter leur expérience et à exprimer leurs pensées et leurs émotions concernant le suicide de leur parent. Il a été développé par la chercheuse principale sur la base de recherches existantes

sur les endeuillés par le suicide. Lorsqu'ils ont exprimé des émotions intenses, la chercheuse a fait preuve d'empathie et a ralenti le rythme de l'entretien pour leur laisser le temps nécessaire pour communiquer. Des notes de terrain ont été prises par la chercheuse tout au long de l'entretien afin d'identifier les idées principales et d'interroger davantage le participant sur son expérience. Les entretiens ont duré entre 33 et 102 minutes (voir Tableau 1) avec une moyenne de 65,3 minutes. Un code numérique a été attribué à chaque participant pour assurer l'anonymat.

Participants

L'échantillon de la présente étude est composé de 14 adultes (2 hommes et 12 femmes) qui ont perdu un parent qui était âgé entre 50 et 64 ans au moment du suicide. Les participants étaient âgés entre 10 et 34 ans au moment de la perte ($M = 23$ ans). Le délai entre le décès par suicide et l'entrevue variait de 2 à 36 années ($M = 17,7$ années). Lors des entretiens, les participants étaient maintenant âgés en moyenne de 41,4 ans. Le défunt était le père ($n = 9$) ou la mère ($n = 5$). Le Tableau 1 présente quelques renseignements sur la nature de la relation entre les personnes endeuillées et les personnes décédées et leurs caractéristiques démographiques. À noter que les participantes 12, 13 et 14 sont une fratrie, tout comme les participants 8 et 10 ainsi que 1 et 3.

Tableau 1*Caractéristiques des participants*

Participant	Genre	Âge au moment du décès	Relation avec le proche	Âge du proche au moment du suicide	Temps entre le décès et l'entrevue (année)	Durée de l'entrevue (minutes)
1	Femme	25-30	Père	55-60	10	48
2	Femme	25-30	Père	55-60	9	86
3	Homme	20-25	Père	55-60	11	87
4	Femme	30-35	Père	55-60	4	49
5	Femme	20-25	Père	50-55	3	39
6	Femme	30-35	Mère	60-65	2	78
7	Femme	25-30	Père	50-55	17	33
8	Homme	10-15	Père	50-55	23	102
9	Femme	30-35	Père	55-60	32	67
10	Femme	15-20	Père	50-55	23	50
11	Femme	20-25	Mère	55-60	6	53
12	Femme	15-20	Mère	50-55	36	88
13	Femme	20-25	Mère	50-55	36	55
14	Femme	10-14	Mère	50-55	36	79

Analyse des données

Une méthode inductive a été choisie pour l'analyse des données, car les recherches actuelles sur les adultes endeuillés par le suicide d'un parent vieillissant sont rares (Thomas, 2006). Cette méthode conventionnelle présente l'avantage de produire des connaissances fiables grâce à un examen approfondi d'un nombre limité de cas (Miles et al., 2018). Tout d'abord, les entrevues ont été enregistrées et entièrement transcrites.

Néanmoins, les verbatim n'ont pas été retournés aux participants pour commentaires ou corrections principalement en raison de contraintes pratiques (durée limitée du programme de doctorat, recrutement de plusieurs participants simultanément). Ensuite, une analyse thématique du contenu des entretiens a été réalisée en suivant le guide suggéré par Braun et Clarke (2006). Au cours de l'analyse, le sens original a tenté d'être préservé en rapportant complètement et de façon précise les déclarations des participants, y compris les pauses et le ton.

Des lectures répétées et immersives des transcriptions textuelles ont conduit à l'identification de thèmes récurrents, qui ont été codés à l'aide du logiciel qualitatif NVivo 12, car il facilite l'émergence de réflexions préliminaires sur les cas et permet de développer des liens entre les catégories et les thèmes initiaux (Bengtsson, 2016). Par conséquent, l'analyse a débuté par l'attribution de codes généraux aux données, suivie de la construction d'un deuxième cycle de codes sur les codes généraux initiaux et de leur regroupement en catégories ou thèmes significatifs (Kleinheksel et al., 2020). Les thèmes ont ensuite été discutés et affinés avec le superviseur de la thèse pour établir un accord inter-juge, augmentant ainsi la fiabilité des données pouvant être obtenues (Malmqvist et al., 2019). L'objectif était aussi de s'assurer que les catégories représentaient fidèlement les expériences des participants. Ainsi, sur la base de multiples discussions, les auteurs sont parvenus à un degré élevé de consensus. La question de recherche était la suivante : qu'est-ce qui caractérise l'expérience des endeuillés par suicide d'un parent âgé entre 50 et 64 ans?

Résultats

L'analyse du contenu des entretiens semi-structurés a révélé cinq thèmes principaux : (1) le choc et la désorganisation; (2) l'adaptation et les changements; (3) la transmission intergénérationnelle du suicide; (4) les défis interpersonnels et sociaux; et (5) la perception du vieillissement et l'aide médicale à mourir (AMM) comme solution. Deux thèmes mineurs sont aussi ressortis : (1) trouver la cause du suicide; et (2) une plaie toujours susceptible de s'ouvrir.

Thème 1 – Le choc et la désorganisation

Le deuil des participants semble se dérouler selon certaines étapes. Dans un premier temps, les participants parlent de la journée même du suicide et de l'annonce de ce dernier. Plusieurs ont immédiatement compris que leur proche s'était suicidé, et ce, à la simple vue de leur famille, des policiers ou de l'expression de leur entourage. Certains participants ont des souvenirs très clairs de cette journée, alors que d'autres disent avoir oublié des détails ou des événements de la journée et des jours qui ont suivi : « *Tsé, c'est comme si t'avais pris le breaker là, pis off [...] J'te jure, à partir de là, je me rappelle plus de la journée jusqu'au lendemain, j'me rappelle pas. Ça fermé là là. J'le croyais pas.* » (Participant 3, père). Dans tous les cas, la majorité des participants décrivent le choc et le sentiment d'être déconnecté :

« La première [émotion] je pense que c'est le déni. C'est... tu ne veux pas y croire. C'est comme gros à encaisser. Je n'ai pas dormi de la nuit, j'ai eu des maux de cœur pas possible. Pis ça fait comme, un, un choc, ça te prend une coupe de jours avant de te regrounder, pour dire, bon il sera pu là. Pis là, ma vie vient de changer radicalement. » (Participant 1, père)

Dans les semaines suivantes, les participants rapportent avoir vécu une désorganisation, marquée par diverses émotions négatives et des conséquences à tous les niveaux, soit psychologique, familial, social, professionnel et fonctionnel. Parmi les conséquences les plus fréquemment rapportées par les participants, on retrouve une perte d'intérêts pour leurs activités, des difficultés à se concentrer dans le quotidien, des dépenses excessives dans les bars et les restaurants, des heures excessives au travail, des symptômes dépressifs, des cauchemars et une consommation accrue d'alcool et de drogues.

De plus, plusieurs indiquent que le suicide de leur proche a été non seulement le déclencheur de discordes familiales, mais également d'une rupture entre certains membres, particulièrement avec ceux de la famille élargie. Contrairement aux croyances populaires, les membres de la famille ne s'unissent pas toujours d'emblée pour faire face à la souffrance. Lorsque certains membres de la famille ne réagissent pas de la même façon, n'ont pas la même interprétation du geste, que la gestion de l'héritage est difficile ou que certains membres attribuent la responsabilité du suicide à autrui, il arrive que ceux-ci se distancient les uns des autres.

Sur le plan émotionnel, les participants parlent de tristesse, de colère, de culpabilité, de surprise, de regrets et de honte. La tristesse a été exprimée par l'ensemble des participants. Certains ressentaient de la peine et de l'empathie pour leur proche qui souffrait au point de s'enlever la vie. Les participants qui ont perdu leur proche à un plus

jeune âge parlent beaucoup d'un sentiment d'abandon, les amenant à percevoir le geste comme un acte égoïste démontrant une insensibilité aux besoins de leurs enfants : « *Elle a pensé juste à elle quand elle a faite ça [...] J'y en voulais. Vraiment là, je lui en ai voulu un bout. Je pouvais pas comprendre qu'est-ce, pourquoi elle avait fait ça malgré tout tsé.* » (Participante 12, mère). En ce sens, la colère est une émotion rapportée par plusieurs participants, et ce, à différents moments dans le deuil et à différents égards : contre le proche pour ne pas avoir pensé à son entourage, pour ne pas avoir parlé de sa souffrance et avoir abandonné sa famille; contre eux-mêmes pour ne pas avoir vu les signes; contre l'entourage auquel les participants attribuent parfois la responsabilité du suicide.

De plus, lorsque le proche avait effectué des tentatives de suicide par le passé et présentait plusieurs difficultés (maladie mentale, alcool, humeur dépressive), il arrive que les participants ressentent un certain soulagement lors de son décès :

« Des fois, j'ai un peu de la... Je me sens mal de dire ça là, ce que je vais dire, mais ça m'a libérée [le suicide de son proche]. Un fardeau, un stress, et je ne veux pas dire que ma mère, c'est un fardeau, ce n'est pas ça que je dis, mais au moins, je n'ai plus le stress de me dire qu'est-ce qui va se passer si je pars, qu'est-ce que... Parce que là, c'est fait, et ça ne peut pas arriver une deuxième fois [...] Donc là au moins, je suis comme libre de ça. Et ça, c'est comme la seule chose positive que je trouve. » (Participante 11, mère)

Quelques participants parlent aussi de regrets qui sont encore présents au moment de l'entrevue : « *Ça fait 10 ans, 11 ans, pis tsé, aujourd'hui, mettons que ça arriverait aujourd'hui, j'aurais repris la maison, j'aurais racheté sa maison, j'aurais racheté sa business, [...] J'me dit criss que j'aurais dû tsé.* » (Participant 3, père).

Thème mineur – Trouver la cause du suicide

Dans les premiers mois, tous les endeuillés tentent de faire du sens avec le décès de leur parent, notamment en établissant les raisons qui auraient pu mener à leur suicide. Nombreux sont ceux ayant nommé la maladie mentale (comme la dépression et l'alcoolisme) et le refus de recevoir de l'aide comme principales raisons du suicide de leur proche. Ces problèmes s'accompagnaient aussi d'isolement, de l'arrêt de médication et d'une diminution de l'estime personnelle : « *Oui, mais à la fin, les dernières années, la dernière année avant de se suicider, il était très dépressif. Et là, y'avait rien à faire, il ne voulait pas aller en psychiatrie, il ne voulait pas rencontrer, il ne voulait pas, il ne voulait pas dire ses secrets.* » (Participante 9, père).

Différents problèmes relationnels étaient également rapportés par plusieurs participants pour expliquer le suicide de leur proche. Une séparation ou un divorce ainsi qu'une dispute familiale récente faisaient parties des principales raisons évoquées : « *Je pense que c'est vraiment, que c'est la séparation qui a été le bout de tout.* » (Participante 5, père). Cependant, à la différence d'endeuillés ayant vécu le suicide d'un proche ayant moins de 50 ans, les participants évoquent plusieurs raisons en lien avec le vieillissement et les différentes pertes et changements qui y sont associés. Plusieurs disent que leur proche n'acceptait pas de vieillir. Que ce soit la perte d'un emploi ou l'arrivée de la retraite, les participants considèrent que leur proche vivait une perte de repères qui aurait mené au suicide : « *Le fait qu'il était en plein changement de vie, de, de, bin de vie... C'est parce*

que, tsé, il a comme pris sa retraite au mois de juin, bin... ouin, c'est ça, juin. Ce qui fait que tsé... Ton identité change là. » (Participante 2, père).

Selon certains participants, la génération de leur parent est orgueilleuse, peu encline à aller chercher de l'aide dans les moments difficiles et n'a pas tendance à montrer ses émotions. Les participants attribuent en partie le suicide de leur proche à un ensemble de facteurs générationnels.

Immanquablement, en cherchant les causes du suicide de leur proche, les participants ont été amenés à se questionner sur leur propre responsabilité. Ils s'en veulent de ne pas avoir vu les signes et de ne pas avoir tenté de faire quelque chose pour prévenir le suicide de leur parent. Plusieurs ont repassé maintes fois dans leur tête les derniers événements avant le suicide afin de se remémorer leurs actions et ce qu'ils auraient pu faire différemment, engendrant ainsi de la culpabilité. Certains cherchaient également un responsable dans leur entourage : *« Je pense que ça prend un responsable pour se déresponsabiliser. Parce que tu te sens tellement coupable, donc si tu es capable de rejeter la faute sur quelqu'un d'autre, et bien c'est un peu moins de ta faute. »* (Participante 4, père).

Thème 2 – L'adaptation et les changements

Afin de s'adapter à cette épreuve, les participants évoquent plusieurs éléments qui ont facilité leur deuil et leur ont permis de cheminer. De manière unanime, le soutien de leur

entourage a été crucial et essentiel, que ce soit le soutien du conjoint, des amis, de la famille et parfois des collègues. Parler de leur parent et de son suicide avec l'entourage a été bénéfique pour les participants. D'ailleurs, un soutien professionnel et spécialisé a aussi été mentionné par plusieurs comme étant salutaire; consultations psychologiques, groupes de soutien et services des organismes en prévention de suicide sont parmi les quelques ressources nommées. Toutefois, quelques participants affirment que les consultations psychologiques n'ont pas été aidantes pour eux (professionnel non spécialisé, sentiment de ne pas progresser).

Il est intéressant de constater que la spiritualité est fréquemment mentionnée, et sous différentes formes, dans le discours des participants. Celle-ci leur a permis de s'adapter à leur perte et de faire du sens avec le suicide de leur parent. L'impression que leur proche les regarde « *d'en haut* », les protège et veille sur eux est aidante pour les endeuillés. La spiritualité permet aux participants de garder vivant le souvenir de leur proche; certains continuent de lui parler comme s'il était présent ou de rêver à celui-ci. Pour les participants, ces différents éléments constituent une manière de cheminer dans leur deuil et de résoudre certaines choses : « *Et je le voyais dans mes rêves qu'il était en paix, mais je pense que juste ça, je me réveillais et c'était comme une autre partie du deuil qui se faisait.* » (Participant 8, père).

Éventuellement, au fil des mois, plusieurs participants ont effectué différents changements dans leur vie et en sont arrivés à tirer du positif de cette épreuve bouleversante. Certains adoptent une vision optimiste de leur futur :

« Je fais quoi avec ça [le suicide de mon père]? Est-ce que je fais du surplace, puis je pleure pendant des années, ou je le prends, puis... Je me construis quelque chose de super positif, super fort, pour montrer qu'il n'y a pas juste ça qui peut se passer, même si ça t'arrive, tu peux continuer, tu peux avoir une bonne vie quand même. » (Participante 7, père)

Les conséquences positives exprimées par les participants sont diverses : s'impliquer dans des organismes pour la prévention du suicide, être plus à l'écoute des autres, chercher à déconstruire les tabous entourant la santé mentale et le suicide et se rapprocher de ses amis. Pour certains, l'évènement a aussi engendré des conséquences positives sur l'unité familiale. En effet, le décès a été une occasion de se rapprocher de leur fratrie, de leur autre parent ou de leur parenté éloignée et de tisser des liens plus forts. Devant l'adversité, certains ont pris conscience de la valeur de la famille, les amenant à s'unir davantage :

« Je me suis rapprochée de mon frère par exemple. On est devenus très liés, cela a comme créé une relation qui continue à évoluer. Parce que je disais que moi je ne parle pas dans la vie, que je ne parlais pas à mon frère, que je ne parlais pas à ma mère, que je ne parlais pas à personne, mais là il m'est arrivé quelque chose, genre il y a deux semaines, et pour la première fois dans ma vie, j'ai appelé mon frère en pleurant. Ouais, donc ça, ça... Et moi ça, quand ça l'arrive, et bien je suis capable de me dire et bien caline au moins ça l'a eu du bon, au moins il y a ressorti, il peut ressortir du bon de ça [le suicide de mon père]. » (Participante 4, père)

Plusieurs endeuillés ($n = 10$) décrivent comment le suicide de leur proche les a amenés à réévaluer leur vie et la manière de l'aborder ainsi qu'à effectuer un changement dans leurs valeurs personnelles. Parce que le suicide de leur parent les a amenés à réaliser

que la vie est courte, les participants mentionnent qu'ils ont appris à s'écouter davantage, qu'ils sont moins influencés par l'opinion des autres, qu'ils vivent plus dans le moment présent et qu'ils apprécient davantage leur vie : « *Depuis qu'elle est décédée, il n'y a pas juste du mauvais, oui elle me manque et tout ça, mais j'ai une force que j'ai jamais eue, j'ai un aplomb, j'ai, j'ai pu tant peur de ce que les autres pensent.* » (Participante 6, mère).

Thème mineur – Une plaie toujours susceptible de s'ouvrir

Néanmoins, la majorité des participants s'entendent pour dire que cette façon de penser plus positive prend un certain temps avant d'émerger : « *C'est sûr que là, maintenant j'essaye de focuser plus sur le positif, mais tsé, j'aurais pas fait ça au début là.* » (Participante 2, père). Il n'en demeure pas moins que malgré les conséquences positives qu'ils ont pu identifier, les participants affirment que le suicide de leur proche reste une expérience de vie difficile qui les affectera à jamais :

« Je ne pense pas qu'un jour, je vais être complètement guérie. Moi je dis souvent que quand mon père s'est enlevé la vie, et bien il a pris une partie de mon cœur, mais que ça n'allait jamais se refermer, que ça l'allait toujours rester. »
(Participante 5, père)

Les participants parlent parfois de « petits traumatismes » qui leur restent en lien avec le suicide de leur proche. Ceci réfère à des phrases, des images ou des situations associées à leur parent qui leur rappelle son suicide. De façon générale, pour certains, le suicide demeure un sujet sensible qui fait remonter des émotions négatives lorsqu'ils en entendent parler, que ce soit dans des livres, à la télévision ou par leur entourage.

« Ça m'a rendue beaucoup plus sensible à ça tsé [au suicide]. Euh... Ça m'a rendue un peu peureuse aussi (Interviewer: dans quel sens?). Bin quand j'entends du monde comme ça là [suicidaire]... Je viens euh... Je panique un peu tsé. Ça me fait paniquer un peu, tsé j'ai, j'ai peur qu'il fasse un geste qu'ils vont regretter. » (Participante 13, mère)

Par ailleurs, à différents moments significatifs au cours de leur vie (mariage, naissance, petits-enfants qui grandissent), les participants sont nostalgiques et trouvent ces moments plus difficiles, car ils ressentent l'absence de leur proche :

« Quand j'ai eu ma fille, j'ai trouvé ça bin dur parce que j'avais pas de... J'avais pas eu vraiment de modèle de parents, j'avais pas eu euh... comment qu'on fait pis tout ça. Pis j'aurais aimé ça qu'elle aurait été là. J'aimerais ça maintenant encore tsé souvent, je vais y penser encore, pis je me dis, j'aimerais ça qu'elle voit ma fille, où est-ce qu'elle est rendue. » (Participante 12, mère)

Thème 3 – La transmission intergénérationnelle du suicide

Le processus de transmission intergénérationnelle du suicide apparaît dans le discours des participants, à la fois aux plans personnel et familial. Tout d'abord, les participants révèlent qu'il y a eu des comportements suicidaires dans la famille à la suite du suicide de leur parent :

« Et puis dans mon entourage proche là, ma sœur elle a voulu se suicider, mes frères ont voulu se suicider [...] (Interviewer : Comment vous vous expliquez ça?) Et bien je pense que quand tu ne trouves pas de solutions à ton problème et que t'as eu quelqu'un dans ton entourage qui a trouvé ça comme solution, tu te dis que c'est probablement la meilleure solution. » (Participante 13, mère)

Pour une participante, il s'est avéré que le suicide de son parent n'était pas le premier dans la famille. En effet, au moment de l'annonce du suicide de celui-ci, elle a également appris au même moment le suicide précédent d'un autre membre de la parenté, générant ainsi beaucoup de colère chez elle quant au secret et au tabou entourant le suicide :

« *Quand j'aurai des enfants [...], c'est sûr que j'vais leur parler de mon père, de ce qui est arrivé, j'pense que oui, parce que moi ça m'a fait chier à 20 ans, excuse-moi, de savoir que mon grand-père s'était enlevé la vie là.* » (Participante 5, père).

Pour certains, le suicide devenait une option pour eux-mêmes lorsqu'ils se retrouvaient face à des difficultés : « *Dans ma phase d'adolescence, oui j'en ai eu des pensées suicidaires, mais je me disais à quoi bon? Tsé, je veux dire, mon père l'a fait, pourquoi pas?* » (Participant 8, père).

L'attitude des participants quant au suicide est variable. Certains affirment que jamais ils ne se suicideront pour ne pas faire vivre cela à leurs proches : « *Mais moi, je me suis toujours dit que... jamais, jamais, jamais je vais faire vivre ça à ma fille. Je vais aller me chercher de l'aide avant.* » (Participante 12, mère). À l'inverse, d'autres craignent de reproduire les mêmes comportements que leur proche dans le futur et d'en arriver à s'enlever la vie également :

« *Mais j'ai passé par là. J'ai passé par les idées noires aussi [...] Ça l'allait tellement pas bien pis je me disais, bin regarde, j'irais rejoindre ma mère pis euh... Tout ce que je veux, c'est que ça s'arrête là tsé [...] C'est une petite crainte, tsé je me dis, si je retombe dans une dépression pis toute ça, est-ce que j'va... réavoir ces mêmes idées là au point de... de pu être... tsé, lucide vraiment à 100 %, pis de, de, veut, veut pas, de, de, de passer à l'acte là.* » (Participante 11, mère)

Cette idée de transmission des comportements suicidaires des parents vers les enfants suscite également de l'hypervigilance de la part des participants envers les autres membres de leur famille, que ce soit les membres de leur fratrie, leurs propres enfants ou leur autre

parent. Les participants décrivent comment ils sont devenus plus protecteurs envers leur entourage et établissent un lien clair entre le suicide de leur proche et leur préoccupation :

« Je me rends compte que je faisais un petit peu d'hypervigilance par rapport à ça. Je surveillais mes enfants, et au moindre signe "oh mon dieu je pense qu'il fait une dépression", donc c'est quelque chose qu'il faut défaire parce que quand la personne se suicide, elle quitte et elle n'a pas d'explications. On comprend qu'elle est en détresse, mais on se demande toujours ce que j'aurais pu faire [...] Peut-être avec l'arrivée des enfants, c'est là qu'on réalise à quel point ces vies-là dépendent de nous, et puis là attend, j'en ai perdu une, c'est peut-être de ma faute, je ne sais pas. Donc on fait des associations. » (Participant 7, père)

Finalement, plusieurs participants expriment de l'inquiétude quant au fait d'aborder avec leurs propres enfants la cause réelle de décès de leur parent. À cause de la possibilité de transmission intergénérationnelle du suicide, il est probable que les participants soient soucieux de bien s'y prendre et de trouver les bons mots. De façon plutôt unanime, les participants trouvent que le sujet du suicide est difficile à aborder et se questionnent sur l'âge à laquelle il est bon de nommer la cause du décès. Les réactions sont variables : certains participants préfèrent attendre un certain âge avant d'en parler et ont préféré évoquer un autre type de mort que le suicide lorsqu'ils ont annoncé le décès à leurs enfants, alors que d'autres l'ont déjà nommé en insistant toutefois sur l'importance d'aller chercher de l'aide quand cela ne va pas :

« Je me dis tôt ou tard, elle allait finir par le savoir [ma fille], donc je ne voulais juste pas y mentir. Et maintenant, elle le sait, et... Je ne veux pas que ça soit tabou comme chez ma mère. Donc quand elle me pose des questions, je lui réponds, et je lui rappelle que [grand-papa] était malade, et... Il n'allait pas bien dans sa tête et il était très malheureux, et... J'essaye vraiment de... Et je trouve qu'en même temps, c'est une opportunité pour moi de lui dire qu'il y a de l'aide qui existe, elle peut aller la chercher, elle peut en parler, et tout ça. » (Participant 10, père)

Thème 4 – Les défis interpersonnels et sociaux

Sur le plan social, les participants ont rencontré différents obstacles et défis avec leur entourage proche et élargi. D’abord, quelques-uns ($n = 4$) ont vécu des conflits avec la famille élargie, notamment en ce qui a trait à la gestion des effets personnels ou des dernières volontés du défunt. Certains membres auraient récupéré des biens dès le décès, laissant la famille proche bredouille. Colère, incompréhension et injustice sont quelques-unes des émotions rapportées par les endeuillés à cet effet : « *J’mé suis levée, je me suis mis sur le lit, je suis partie à lui crier après “toi tu touches à rien, tu pars avec rien, t’as pas le droit de toucher aux affaires à ma mère.”* » (Participante 14, mère).

De façon générale, les participants indiquent que le suicide demeure un sujet sensible et difficile à aborder avec les autres pour diverses raisons. D’abord, les participants sont d’avis qu’il est impossible pour des gens qui ne l’ont pas vécu de comprendre leur réalité, d’autant plus que le suicide demeure un thème peu abordé dans la société. Par ailleurs, les endeuillés seront sélectifs quant au choix des personnes avec lesquelles ils aborderont le sujet; ils le feront parfois dans certains contextes uniquement ou quand la relation avec la personne évolue. Pour certains, le sujet a été abordé parce qu’ils se sentaient forcés de le faire ou simplement parce que l’évènement remontait à plusieurs années et qu’ils se sentaient moins vulnérables. Les participants constatent généralement que les gens vivent un malaise à parler de suicide ou ne savent pas quoi dire :

« [Les gens] ont des malaises. Automatiquement, ils t’évitent du regard, ils t’regardent pas, ils tournent les yeux, ils regardent à terre, ils... sont pas capables d’affronter ce mot-là. Euh, ben, aussitôt tu dis le mot suicide c’est

comme... Il y a tellement encore de tabous autour de ça, c'est hallucinant. »
(Participante 14, mère)

Pour certains participants ($n = 4$), le tabou du suicide persiste aussi dans la famille proche, les amenant à éviter le sujet, bien qu'ils soient conscients qu'il aurait pu être aidant de pouvoir parler du défunt entre eux s'il y avait eu de l'ouverture de la part des autres :

« C'est sûr que le suicide en tant que tel, on n'en a pas tant parlé [ma famille et moi] [...] On n'est pas revenu sur ce sujet-là beaucoup et pourtant, je pense que d'en avoir parlé, ça nous aurait aidés parce que, euh, c'était vraiment une épreuve particulière. Mais, euh, ouais y'a peut-être un p'tit tabou qui s'est installé. Je pense qu'on essaie de... d'éviter un peu le sujet. » (Participante 7, père)

Toutefois, le thème de la stigmatisation revient dans le discours des participants. Ainsi, les endeuillés ont parfois été amenés à ne pas toujours aborder la cause réelle du décès de leur proche à leur entourage parce que le suicide demeure tabou et génère de la honte :

« Ça l'a pris beaucoup, beaucoup, beaucoup d'années, je te dirais que c'est jusqu'à très récemment que j'ai commencé à dire de quoi vraiment mon père était mort [...] Parce que le sentiment de honte m'a quand même habitée longtemps. Et de peur d'être comme, catégorisée ou jugée d'une façon X, alors que dans le fond, ça ne m'appartient pas, ça l'appartient à lui. J'avais peur que ça rejaillisse sur moi. » (Participante 10, père)

Thème 5 – La perception du vieillissement et l'aide médicale à mourir (AMM) comme solution

Le suicide de leur parent a amené les participants à réfléchir à leur propre vieillissement, puisque plusieurs avaient associé ce geste à la difficulté à faire face à la vieillesse. La moitié adopte une attitude positive envers l'avance en âge. Ceci est toutefois conditionnel au fait d'être entouré de leurs proches et de leur famille, de conserver leurs

capacités et d'avoir des projets. De façon générale, la perspective d'avoir un cercle social et de demeurer actif leur donne de l'espoir et sera essentielle pour les années à venir. Cependant, les participants expriment bon nombre de craintes en lien avec leur vieillissement telles que de perdre leur autonomie, d'avoir un trouble neurocognitif comme la maladie d'Alzheimer, de devoir vivre en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et d'être malheureux, les amenant à redouter les années à venir. En plus de la crainte de vieillir, certains expriment clairement qu'ils ne souhaitent pas perdre leur dignité et qu'ils préféreraient être morts plutôt que d'être confrontés à cela :

« J'ai peur de vieillir, j'ai peur, je n'ai pas d'enfants, je suis tout seule, j'ai un chum qui m'adore, mais je ne veux pas vieillir dans cette société de fou, où qu'on s'empile dans des centres d'accueil, où on te change pas de couches, et qu'ils te font mourir de faim, fait mourir de soif. [...] Si je fais de l'Alzheimer et que je ne vais pas, fais quelque chose. Couche-moi en bas d'un rocher, amène-moi en Gaspésie, perds-moi sur le bord du lac, n'importe quoi, je ne veux juste pas vivre cela, c'est tout. » (Participante 14, mère)

En ce sens, l'AMM serait une solution envisageable pour plusieurs participants pour éviter ou faire face aux différentes problématiques vécues durant la vieillesse. Pour eux, la qualité de vie et la dignité sont primordiales et la perte de celles-ci justifie le fait qu'on ne prolonge pas la vie de quelqu'un :

« Moi, je suis pour ça [l'AMM]. Moi, tant qu'à moi là, si je ne suis plus capable d'avoir une qualité de vie [...] Tsé, si je ne suis plus capable de me nourrir, que j'ai besoin de tout le monde, 10 personnes autour de moi pour me faire ma toilette, me nourrir, faire mes commissions, faire mon ménage... Écoute, c'est quoi ma qualité de vie là-dedans? Tsé, juste être assis en avant de la TV là, pis se ronger les sangs là, ce n'est pas une qualité de vie ça là. » (Participante 13, mère)

Toutefois, certains participants précisent que les personnes ayant des maladies mentales ne devraient pas être admissibles à l'AMM, puisqu'elles peuvent être soignées et que la situation est réversible. Pour eux, la question d'élargir l'accès à l'AMM aux personnes ayant une maladie mentale est beaucoup plus complexe et délicate, alors qu'ils considèrent que cela fait davantage de sens pour les maladies physiques ou dégénératives :

« L'aide médicale à mourir c'est vraiment pour des gens en fin de vie finalement pis qui a pu de retours possibles, alors que mon père y'en avait un retour possible là. En tout cas, je pense. Il aurait pu vivre heureux, se faire aider... Tsé, je pense pas qu'un jour on va se rendre à l'aide médicale à mourir pour les gens psychologiquement malades là. » (Participante 5, père)

De plus, plusieurs participants pensent que même si leur proche avait été éligible, ils ne croient pas qu'il aurait effectué les démarches nécessaires considérant la quantité de documents à compléter et le temps nécessaire pour y parvenir alors que le passage à l'acte est plutôt impulsif :

« J pense qu'il voulait pas que personne le sache de toute façon. Pis j pense que y'aurais pas pris les, les, les mesures, parce que y'avais un certain orgueil, un "standing" qui vient avec ça, qui va pas nécessairement avec l'aide médicale à mourir [...] Tsé, t'iras pas chercher de la paperasse, pis quelqu'un va venir telle date, pis ça va tu marcher, ça va tu pas marcher. Non. C'est genre, j'en ai comme plein mon casque à matin pis après-midi, je serai pu là. » (Participante 1, père)

Discussion

La présente étude qualitative visait à identifier ce qui caractérise l'expérience des personnes endeuillées par le suicide d'un parent âgé entre 50 et 64 ans. L'analyse du contenu des entretiens semi-structurés a révélé cinq thèmes principaux : (1) le choc et la désorganisation; (2) l'adaptation et les changements; (3) la transmission intergénérationnelle du suicide; (4) les défis interpersonnels et sociaux; et (5) la perception du vieillissement

et l'AMM comme solution. Deux thèmes mineurs sont aussi ressortis, soit (1) trouver la cause du suicide; ainsi que (2) une plaie toujours susceptible de s'ouvrir.

Plusieurs de ces thèmes ont été énoncés dans d'autres études qualitatives réalisées auprès d'endeuillés de différents groupes d'âge (Lee, 2022; Ross et al., 2021; Spillane et al., 2017). En effet, certaines caractéristiques de l'expérience des enfants adultes sont similaires à celles des autres groupes d'endeuillés, comme le choc, la désorganisation, la spiritualité, les défis interpersonnels et sociaux liés au suicide et la CPT. La transmission intergénérationnelle du suicide et le sentiment d'abandon sont aussi abordés dans les études avec des enfants dont le parent qui s'est suicidé était plus jeune. Toutefois, le fait que le parent qui a mis fin à ses jours ait été âgé entre 50 et 64 ans a fait ressortir des thèmes particuliers associés directement ou indirectement à l'avance en âge : la gestion de l'héritage, l'attribution du suicide à la difficulté du parent à faire face au vieillissement, l'idée que l'AMM puisse être une solution à la perte de qualité de vie et l'anticipation négative de sa propre vieillesse.

Caractéristiques similaires aux autres endeuillés

Le choc et la désorganisation

Après le décès d'un être cher, quelle que soit la cause du décès, les personnes endeuillées peuvent ressentir des émotions intenses et difficiles, comme le choc, la confusion, le déni et la colère (Lee, 2022; Ross et al., 2021; Spillane et al., 2017; Young et al., 2012). Toutefois, au fil des jours, des semaines ou même des mois après le décès,

c'est à ce moment que la réalité commence à être assimilée et comprise, à la fois sur le plan cognitif et émotionnel, expliquant l'apparition d'un amalgame d'émotions. Des sentiments intenses de tristesse, de nostalgie et de vide ne peuvent être ressentis qu'après cette acceptation de la réalité (Young et al., 2012). En ce qui concerne la colère, tel que souligné dans des études précédentes, cette émotion est courante chez de nombreux endeuillés par suicide; elle peut être dirigée contre la personne décédée (Cerel et al., 2009; Lee, 2022), contre d'autres membres de la famille (Ross et al., 2021), contre Dieu (Jahn & Spencer-Thomas, 2018) ou contre le monde en général (Young et al., 2012). La culpabilité et le blâme de soi-même et de son entourage étaient aussi vécus par les participants (Shields et al., 2017). En somme, il apparaît que les endeuillés par suicide d'un parent vieillissant expérimentent plusieurs émotions similaires à celles recensées par les études réalisées auprès d'autres groupes d'endeuillés par suicide.

La spiritualité

Comme pour d'autres endeuillés par suicide, la spiritualité a permis aux participants de cheminer dans leur deuil. Que ce soit en continuant de parler à leur parent défunt ou en adoptant la croyance que celui-ci veille sur eux, plusieurs conservent vivante la mémoire de leur proche, ce qui s'apparente à l'idée d'un lien continu entre l'endeuillé et le défunt tel que décrit dans la littérature (Goodall et al., 2022). De plus, cette perspective facilitait le processus de deuil en donnant aux participants l'opportunité de faire du sens avec la mort du proche. C'est d'ailleurs ce que l'étude qualitative de Gall et al. (2015) a mis de

l'avant : les croyances en une vie après la mort et les liens continus avec les êtres chers seraient bénéfiques aux personnes endeuillées en les aidant à trouver un sens au suicide.

Toutefois, Gall et al. (2015) rapportent aussi que certaines personnes endeuillées éprouvent des difficultés à concilier la souffrance et la mort de leur être cher avec des opinions religieuses particulières et une croyance spirituelle en Dieu. Les luttes intrapsychiques au plan spirituel peuvent conduire l'individu à la perte de la foi, mais conduisent le plus souvent à l'abandon d'une croyance religieuse spécifique et à une évolution vers une spiritualité plus personnelle. Dans la présente étude, aucun participant n'a exprimé de telles difficultés en lien avec la religion. Il est toutefois possible qu'un biais de sélection explique ce résultat et que les participants religieux préfèrent éviter de prendre part à ce genre d'étude à cause de la stigmatisation liée au suicide dans leur religion (Krysinska et al., 2017). De plus, certaines études confirment que, dans certains cas, le suicide du proche n'influence pas la spiritualité et la religion, surtout si la personne endeuillée n'est pas croyante, n'a pas d'appartenance religieuse ou que les questions de spiritualité et de religion après la mort du proche ne surviennent pas (Castelli Dransart, 2018; Jahn & Spencer-Thomas, 2018).

Les défis interpersonnels et sociaux

Les endeuillés ont aussi parlé des multiples défis interpersonnels associés avec le suicide de leur parent. Ils considèrent que le suicide demeure un sujet tabou et que leur entourage montre clairement un malaise à aborder ce thème et que cette gêne se manifeste

par des comportements inappropriés ou des paroles inadéquates. Ces différentes situations pourraient d'ailleurs avoir contribué au sentiment qu'ils ne peuvent être compris que par les gens qui ont également vécu un deuil par suicide. Ces résultats sont compatibles avec les études existantes qui montrent le stigma associé au suicide (Cvinar, 2005; Feigelman et al., 2009; Jordan & McIntosh, 2011) et la difficulté à parler aux autres de leur perte à cause de la perception du malaise d'autrui (Peters et al., 2016); ces réactions pouvant mener la personne endeuillée à se sentir isolée (Sudak et al., 2008). Il existe donc une incompatibilité entre le besoin des participants à recevoir du soutien de leur entourage, qui est clairement nommé par tous comme un élément facilitant leur deuil, et le malaise des autres à aborder le sujet, alors que d'en parler pourrait justement aider les endeuillés à faire du sens avec la perte. Les résultats de l'étude montrent que cette situation est aussi vécue par les endeuillés par le suicide d'un parent vieillissant.

Le sentiment d'abandon

Bien que l'échantillon soit composé d'adultes, ces derniers expriment aussi un sentiment d'abandon, ce qui corrobore les résultats des études existantes réalisées auprès de jeunes enfants (Hung & Rabin, 2009; Kuramoto et al., 2009). D'ailleurs, il est intéressant de constater que, dans la présente étude, le sentiment d'abandon ainsi que la colère étaient très présents chez les participants qui avaient perdu leur proche à un plus jeune âge (entre 10 et 19 ans). En effet, les enfants et les adolescents qui ont survécu au suicide d'un parent vivent simultanément deux événements stressants : (1) la perte d'une personne qui veille à leur bien-être; et (2) le décès par suicide d'une personne

significative. Il est avancé que ces jeunes peuvent présenter un risque accru de problèmes de santé mentale (Kuramoto et al., 2009), bien que les études existantes n'aient fourni que des preuves modestes et inconsistantes de l'impact du suicide des parents sur l'état psychiatrique et psychosocial des enfants et adolescents.

La croissance post-traumatique

Bien que le deuil par suicide ait suscité plusieurs conséquences négatives sur les endeuillés, les participants ont tout de même été en mesure de s'adapter à cet événement au fil du temps. À vrai dire, un processus d'adaptation et de croissance personnelle marque l'expérience de plusieurs participants, celui-ci pouvant s'apparenter à ce qui est décrit dans la littérature comme la CPT. Cette dernière est un changement positif significatif vécu par une personne à la suite d'événements de vie stressants ou difficiles (Levi-Belz et al., 2021). Toutefois, les processus qui mènent à la CPT dépendent fortement des caractéristiques démographiques, personnelles, interpersonnelles et situationnelles de l'individu (Calhoun & Tedeschi, 2004). En ce sens, Bray (2013) souligne que ce ne sont pas tous les endeuillés qui sortent grandis de leur épreuve traumatique. D'ailleurs ce ne sont pas tous les participants qui rapportent des changements positifs et certains conservent même des regrets et ne parviennent pas à faire du sens avec la perte plusieurs années après.

Une autre raison possible à l'absence de CPT est liée au type de soutien auquel ils ont eu accès après le deuil de leur parent. Par ailleurs, l'adaptation à la perte et la croissance

subséquente peut impliquer chez chaque individu différents niveaux de travail intrapsychique et de soutien social et/ou professionnel (Neimeyer & Sands, 2017; Supiano, 2012). Une recension systématique récente (Levi-Belz et al., 2021) a rapporté que la CPT après la perte par suicide était corrélée avec le temps écoulé depuis la perte, les stratégies d'adaptation et la recherche d'aide. Le soutien social perçu et la révélation de soi étaient des variables médiatrices du modèle prédisant la CPT. Ces résultats suggèrent que l'expression des sentiments liés à la mort peut faciliter les processus intrapsychiques. Malheureusement, comme explicités par plusieurs participants, les échanges autour de la mort de leur proche étaient influencés par les tabous et la stigmatisation entourant le suicide, ce qui a probablement entravé les potentiels bénéfiques qu'ils auraient pu obtenir de l'expression de leur vécu.

La transmission intergénérationnelle du suicide

La transmission intergénérationnelle du suicide était un thème présent, à différents niveaux, dans le discours des participants. Tout d'abord, ils rapportent avoir parfois des idées et des comportements suicidaires depuis le suicide de leur proche, ce qui appuie les études indiquant un risque accru de tentatives et de mort par suicide chez les personnes exposées à ce geste (Pitman, Nesse et al., 2017; Ranning et al., 2022).

Toutefois, dans la présente étude, deux réactions opposées sont présentes : bien que certains indiquent que leur expérience avait normalisé le suicide comme option personnelle face aux difficultés, d'autres mentionnent leur aversion à l'idée de se suicider,

en grande partie à cause de la prise de conscience de l'impact de ce geste sur les autres. Selon Pitman, Nesse et al. (2017), peu de gens considéraient que l'idée du suicide était normalisée et devenait une option personnelle. Est-ce possible que les adultes endeuillés par le suicide d'un parent vieillissant soient plus susceptibles de considérer le suicide comme une alternative pour eux-mêmes que les autres groupes d'endeuillés? Cet aspect demeure certainement à investiguer plus en profondeur.

Certains participants ont appris le suicide d'un autre membre de la famille au moment de celui de leur proche, ce qui a pu augmenter la crainte de la transmission intergénérationnelle du suicide, surtout dans un contexte où la maladie mentale est associée à des facteurs génétiques (prédisposition) et environnementaux (influences familiales; Segal, 2009; Tidemalm et al., 2011) et où la honte provoque sa dissimulation.

Parler du suicide de leur parent avec leurs propres enfants était une préoccupation chez plusieurs participants. À quel âge est-il approprié de nommer la cause réelle du décès? Comment les enfants vont-ils recevoir cette nouvelle? Quelle est la manière la plus appropriée pour en discuter? Les études indiquent que certains parents endeuillés dissimulent la nature du décès à leurs enfants, créant une atmosphère de secret au sein de la famille (Cain, 2002; Jordan, 2001; Mitchell et al., 2006). Cette dissimulation peut venir d'un désir de protéger leurs enfants, en particulier les plus jeunes, de la confusion et de la stigmatisation associées au suicide (Hung & Rabin, 2009). Toutefois, les cliniciens recommandent d'être ouvert et honnête avec les enfants survivants, quel que soit leur âge

(Cain, 2002; Mitchell et al., 2006), en tenant compte toutefois du tempérament, des capacités cognitives et de la maturité de l'enfant. À notre avis, il est clair que ces parents agissent au meilleur de leurs connaissances et que c'est donc le genre d'information qui pourrait être systématiquement divulgué aux personnes endeuillées par le suicide d'un parent, notamment afin de les rassurer et de les diriger.

Caractéristiques uniques aux endeuillés par suicide d'un parent âgé entre 50 et 64 ans

La perception du vieillissement et l'AMM comme solution

Comme mentionné précédemment, les personnes âgées entre 50 et 64 ans tendent à vouloir rester actives et indépendantes après la retraite (McCue, 2017). L'importance accordée à l'autonomie, au contrôle et aux avantages matériels est susceptible d'être remis en question par la fragilité physique et des conditions telles que la démence (MacKinlay, 2014). Selon les participants, l'attitude négative de leur proche à l'égard du vieillissement peut avoir contribué à leur suicide. Dans la présente étude, les endeuillés rapportent eux-mêmes plusieurs craintes en lien avec le vieillissement. Est-ce que les personnes endeuillées par le suicide d'un parent vieillissant pourraient être plus enclines au suicide, non seulement par la transmission intergénérationnelle, mais aussi par leur intégration, dans leur propre vision de la vie, des croyances négatives de leur parent à propos de la vieillesse? La peur de vieillir pourrait être un facteur de risque au suicide. Le cas échéant, il pourrait être pertinent de prendre cet aspect en considération dans la postvention en abordant cette crainte avec les endeuillés et favoriser une vision plus réaliste de cette

période de la vie qui comporte ses défis comme chaque étape développementale (Erikson et al., 1994).

La légalisation récente de l'AMM dans le cadre des soins de fin de vie s'est imposée dans l'esprit de la population et des médecins (Collège des médecins du Québec, 2021) comme une solution potentielle à la souffrance durant la vieillesse, ce qui appuie les travaux de van Wijngaarden et al. (2016) auprès des personnes âgées qui veulent obtenir l'euthanasie parce qu'elles considèrent que leur vie est complétée et qu'elles veulent éviter les problèmes associés au vieillissement. D'ailleurs, un nombre de plus en plus important de personnes considère le suicide comme un acte rationnel face à une dégradation irréversible de la qualité de vie (McCue, 2017). Les résultats de l'étude montrent aussi que plusieurs des adultes interrogés ont la même perception. Ils sont d'avis que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue lorsqu'elle est synonyme de perte d'autonomie et de dignité, amenant les participants à être en faveur de l'AMM dans ces conditions. Des études sur le sujet pourraient être certainement pertinentes.

Limites et forces

La présente étude présente plusieurs forces. D'abord, elle a permis d'obtenir une compréhension approfondie de l'expérience, des besoins et du processus de deuil des personnes endeuillées par le suicide d'un parent vieillissant. En effet, les conséquences du suicide des personnes de 50 à 64 ans sur leurs enfants ont rarement fait l'objet d'études spécifiques. Il apparaissait nécessaire de combler ce vide dans la littérature scientifique

considérant le taux élevé de suicide chez les personnes de ce groupe d'âge, particulièrement chez les hommes (Levesque et al., 2022). L'échantillon était donc assez représentatif, puisque la majorité des défunts ($n = 9$) étaient des pères. De plus, l'expérience du deuil par suicide parental a surtout été étudiée chez les enfants et les adolescents (Hung & Rabin, 2009) et elle n'est pas bien comprise, comme en témoigne le manque d'interventions, appuyées par des études empiriques, chez de jeunes enfants endeuillés par suicide (Hung & Rabin, 2009). La présente recherche permet d'ajouter certains éléments aux connaissances existantes sur l'expérience du suicide parental.

Par ailleurs, selon Hjelmeland et Knizek (2010), il est essentiel d'effectuer davantage d'études qualitatives, car le contenu des récits des endeuillés sont d'une richesse qui peut être fort utile pour élaborer des programmes d'accompagnement et d'intervention (Shields et al., 2017). Il est important de noter que plusieurs participants ont souligné les aspects positifs de l'entrevue (favorise la réflexion, soulage, donne l'espoir d'aider, d'être utile aux autres et de faire avancer la science) comme l'ont révélé Andriessen et al. (2018) dans une recension systématique des écrits sur la participation des endeuillés aux recherches sur le suicide.

L'étude présente aussi certaines limites. Une d'entre elles est liée aux caractéristiques des participants et des personnes dont ils vivent le deuil. Bien qu'il ait été possible de recruter 14 endeuillés par suicide, 12 sont des femmes. L'expérience des hommes endeuillés par le suicide d'un parent vieillissant n'a pas pu être approfondie et pourrait

être bien différente de celle des femmes. Ceci pourrait s'expliquer par la difficulté des hommes à parler d'expériences émotionnellement difficiles pour éviter le stigma associé à la maladie mentale et à la perception de la faiblesse (Hinton et al., 2006). Par ailleurs, certains participants ($n = 4$) n'ont pas été intégrés dans la présente recherche, car ils avaient vécu la perte de l'un de leurs grands-parents par suicide. Afin d'éviter une trop grande disparité dans le type de relation entre le participant et le défunt, il a été préférable de les exclure des analyses et de se concentrer uniquement sur les endeuillés ayant vécu le suicide d'un parent. Ceux-ci pourraient toutefois faire l'objet d'une étude subséquente. Finalement, bien que la technique boule de neige ait été efficace pour recruter davantage de participants, elle aura aussi occasionné le recrutement de plusieurs membres d'une même famille. Ainsi, certains participants partagent des caractéristiques similaires dans leur expérience avec leur proche (contexte de vie, personnalité du défunt, raisons du suicide), engendrant peut-être une récurrence exacerbée de certains thèmes.

Recherches futures

La présente étude incluait à la fois des personnes endeuillées par le suicide de leur mère et de leur père, ce qui était souhaitable afin de maximiser la diversification interne du groupe pendant la collecte de données et d'inclure plusieurs cas possibles (Pires, 1997). Toutefois, dans les recherches à venir, il pourrait être intéressant d'avoir un échantillon plus homogène en ce qui a trait au type de relation en incluant uniquement les mères chez les défunts ou uniquement les fils chez les endeuillés (seulement de 2 dans la présente étude). De plus, les études subséquentes sur les conséquences du suicide des personnes

vieillissantes pourraient être élargies aux effets que ce geste peut avoir sur leur conjoint/conjointe ou leur fratrie.

Par ailleurs, il pourrait être pertinent de cibler différentes périodes depuis le suicide (1 an, 5 ans, 10 ans). En effet, comme souligné dans les résultats, les participants indiquaient que leur attitude et leur perception du suicide de leur parent avaient évolué avec le passage du temps, parfois de façon positive, parfois non. Il est donc plausible de croire que le processus de deuil varie au fil du temps et que cette variation gagnerait à être étudiée plus en profondeur, puisque le processus de deuil est dynamique et implique de multiples facteurs. L'étude des mécanismes personnels, environnementaux et sociaux qui sous-tendent les divers cheminements pourrait expliquer les différences entre ceux qui semblent avoir intégré leur deuil et ceux qui présentent un deuil compliqué. D'ailleurs, certaines études qualitatives très récentes ont justement étudié l'évolution de l'expérience de membres de la famille endeuillés par suicide. Les résultats ont montré qu'au fil du temps, les participants ont progressé dans leur adaptation à leur perte traumatique; l'échantillon était toutefois composé de deux participants (Chen & Laitila, 2023). D'autres études qualitatives avec de plus grands échantillons seront nécessaires. Finalement, la recommandation de s'en tenir à une période maximale de 10 ans depuis le suicide avait été émise lors de la publication des résultats de l'étude pilote (Michaud-Dumont et al., 2020), mais n'a pas pu être mise en place étant donné que le recrutement avait déjà débuté à ce moment. Par ailleurs, la nature exploratoire de la présente étude justifiait un large éventail de durée depuis le suicide, d'autant plus que le recrutement avait été difficile.

Toutefois, il sera certainement pertinent d'en tenir compte lors des études subséquentes sur le sujet.

La présente étude a permis de démontrer que seulement une poignée d'endeuillés a été en mesure de trouver un soutien approprié au moment opportun et dans la modalité souhaitée, bien qu'ils aient fait appel à diverses ressources (consultations psychologiques, groupes de soutien, accompagnement par l'entourage). Il n'existe pas une forme d'aide unique et applicable pour tous. Il apparaît toutefois nécessaire de poursuivre les efforts pour mieux identifier les manières de soutenir efficacement et avec bienveillance chaque endeuillé. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer les effets à long terme du secret familial et de la dissimulation, ainsi que le rôle protecteur d'une communication cohérente et ouverte entre les membres de la famille. Une meilleure connaissance de la manière dont les échanges entre les membres facilitent ou inhibent le processus de deuil pourrait avoir des répercussions sur l'élaboration des interventions.

En conclusion, cette recherche a permis d'effectuer une exploration en profondeur de l'expérience des endeuillés ayant vécu le suicide d'un parent âgé entre 50 et 64 ans et de recueillir de l'information sur les plans individuel, familial et social. Les participants sont aux prises avec les mêmes enjeux spécifiques que les autres endeuillés par suicide, tels que la recherche de sens, les émotions de honte, de culpabilité, d'abandon et de colère ainsi que de la stigmatisation. Les résultats soulignent la préoccupation des endeuillés pour la transmission intergénérationnelle du suicide dans la famille et relèvent des thèmes

qui semblent uniques au suicide d'un parent vieillissant, notamment une perception plus négative du vieillissement. Cette perception amène plusieurs endeuillés à envisager l'AMM comme solution potentielle aux problèmes associés à l'avancement en âge. Ces thèmes sont novateurs et offrent des pistes d'intervention intéressantes pour les professionnels œuvrant en postvention.

References

- Andriessen, K., Krysinaka, K., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2018). Harmful or helpful? A systematic review of how those bereaved through suicide experience research participation. *Crisis*, *39*(5), 364-376. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000515>
- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research*, *88*(1), 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.017>
- Balasubramaniam, M. (2018). Rational suicide in elderly adults: A clinician's perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, *66*(5), 998-1001. <https://doi.org/10.1111/jgs.15263>
- Bellini, S., Erbuto, D., Andriessen, K., Milelli, M., Innamorati, M., Lester, D., Sampogna, G., Fiorillo, A., & Pompili, M. (2018). Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide. *Frontiers in Psychology*, *9*(1), 198. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00198>
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, *2*(1), 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Bergeron, C. D., April, N., Morin, R., Hamel, D., & Dubé, M. (2020). *Portrait statistique – La consommation d'alcool chez les personnes âgées au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2680>
- Bonvalet, C., Clément, C., & Ogg, J. (2013). Baby boomers and their entourage. *International Review of Sociology*, *23*(1), 123-140. <https://doi.org/10.1080/03906701.2013.771054>
- Bouchard-Santerre, A., Bérard-Chagnon, J., & Martel, L. (2022). *Portrait générationnel de la population vieillissante du Canada selon le recensement de 2021* [No. 98-200-X au catalogue]. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021003/98-200-X2021003-fra.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in Psychology*, *3*(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bray, P. (2013). Bereavement and transformation: A psycho-spiritual and post-traumatic growth perspective. *Journal of Religion and Health*, *52*(3), 890-903. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9539-8>

- Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*, *166*(7), 786-794. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081244>
- Cain, A. C. (2002). Children of suicide: The telling and the knowing. *Psychiatry*, *65*(2), 124-136. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.2.124.19937>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). Authors' response: The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 93-102. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_03
- Castelli Dransart, D. A. (2018). Spiritual and religious issues in the aftermath of suicide. *Religions*, *9*(5), 153. <https://doi.org/10.3390/rel9050153>
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, *29*(1), 38-44. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.38>
- Cerel, J., Padgett, J. H., Conwell, Y., & Reed, G. A. (2009). A call for research: The need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *39*(3), 269-281. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.3.269>
- Chapple, A., Ziebland, S., & Hawton, K. (2015). Taboo and the different death? Perceptions of those bereaved by suicide or other traumatic death. *Sociology of Health & Illness*, *37*(4), 610-625. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12224>
- Chen, Y., & Laitila, A. (2023). Longitudinal changes in suicide bereavement experiences: A qualitative study of family members over 18 months after loss. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(4), 3013. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043013>
- Collège des médecins du Québec. (2021). *Sondage sur l'aide médicale à mourir : sommaire des résultats*. <http://www.cmq.org/pdf/amm/sondage-som-02112021.pdf>
- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, *41*(1), 14-21. <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x>
- Dyregrov, K. M., Dieserud, G., Hjelmeland, H. M., Straiton, M., Rasmussen, M. L., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2011). Meaning-making through psychological autopsy interviews: The value of participating in qualitative research for those bereaved by suicide. *Death Studies*, *35*(8), 685-710. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553310>

- Edwards, A. C., Ohlsson, H., Sundquist, J., Sundquist, K., & Kendler, K. S. (2020). Alcohol use disorder and risk of suicide in a Swedish population-based cohort. *The American Journal of Psychiatry*, *177*(7), 627-634. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19070673>
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1994). *Vital involvement in old age*. WW Norton & Company.
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, *33*(7), 591-608. <https://doi.org/10.1080/07481180902979973>
- Figueiredo, A. E. B., Silva, R. M. D., Mangas, R. M. D. N., Vieira, L. J. E., Furtado, H. M. J., Gutierrez, D. M. D., & Sousa, G. S. D. (2012). Impact of suicide of the elderly on their families. *Ciencia & Saude Coletiva*, *17*(8), 1993-2002. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800010>
- Gall, T. L., Henneberry, J., & Eyre, M. (2015). Spiritual beliefs and meaning-making within the context of suicide bereavement. *Journal for the Study of Spirituality*, *5*(2), 98-112. <https://doi.org/10.1179/2044024315Z.00000000044A>
- Goodall, R., Krysinska, K., & Andriessen, K. (2022). Continuing bonds after loss by suicide: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(5), 2963. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052963>
- Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences—A systematic review. *PLoS One*, *11*(9), e0162688. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162688>
- Hinton, L., Zweifach, M., Oishi, S., Tang, L., & Unützer, J. (2006). Gender disparities in the treatment of late-life depression: Qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *14*(10), 884-892. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000219282.32915.a4>
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *40*(1), 74-80. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.74>
- Hung, N. C., & Rabin, L. A. (2009). Comprehending childhood bereavement by parental suicide: A critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. *Death Studies*, *33*(9), 781-814. <https://doi.org/10.1080/07481180903142357>

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Octobre 2015). *Questionnaire sur la santé du patient, QSP-9*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf
- Jahn, D. R., & Spencer-Thomas, S. (2018). A qualitative examination of continuing bonds through spiritual experiences in individuals bereaved by suicide. *Religions, 9*(8), 248. <https://doi.org/10.3390/rel9080248>
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(1), 91-102. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.91.21310>
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). Is suicide bereavement different? Perspectives from research and practice. Dans R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton (Éds), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 223-234). Routledge.
- Kleinheksel, A. J., Rockich-Winston, N., Tawfik, H., & Wyatt, T. R. (2020). Demystifying content analysis. *American Journal of Pharmaceutical Education, 84*(1), 7113. <https://doi.org/10.5688/ajpe7113>
- Krysinska, K., Jahn, D. R., Spencer-Thomas, S., & Andriessen, K. (2017). The roles of religion and spirituality in suicide bereavement and postvention. Dans K. Andriessen, K. Krysinska, & O. Grad (Éds), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 186-196). Hogrefe Publishing. <https://doi.org/10.1027/00493-000>
- Kuramoto, S. J., Brent, D. A., & Wilcox, H. C. (2009). The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*(2), 137-151. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.2.137>
- Lapierre, S. (2022). Le désir de mourir des personnes âgées : le comprendre pour mieux intervenir. *La Gérontoise, 33*(2), 29-33.
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., de Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., & Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis, 32*(2), 88-98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>
- Lee, E. (2022). Experiences of bereaved families by suicide in South Korea: A phenomenological study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(5), 2969. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052969>

- Levesque, P., Rassy, J., & Genest, C. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2842-suicide-quebec-2022.pdf>
- Levi-Belz, Y., Krysinska, K., & Andriessen, K. (2021). “Turning personal tragedy into triumph”: A systematic review and meta-analysis of studies on posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *13*(1), 322-332. <https://doi.org/10.1037/tra0000977>
- MacKinlay, E. (2014). Baby boomers ageing well? Challenges in the search for meaning in later life. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, *26*(2-3), 109-121. <https://doi.org/10.1080/15528030.2013.811711>
- Malmqvist, J., Hellberg, K., Möllås, G., Rose, R., & Shevlin, M. (2019). Conducting the pilot study: A neglected part of the research process? Methodological findings supporting the importance of piloting in qualitative research studies. *International Journal of Qualitative Methods*, *18*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/1609406919878341>
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2015). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry*, *37*(1), 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.09.009>
- Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., & Jordan, J. (2017). Is exposure to suicide beyond kin associated with risk for suicidal behavior? A systematic review of the evidence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *47*(4), 461-474. <https://doi.org/10.1111/sltb.12308>
- McCue, R. E. (2017). Baby Boomers and rational suicide. Dans R. McCue & M. Balasubramaniam (Éd.), *Rational Suicide in the Elderly* (pp. 99-111). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-32672-6_8
- Michaud-Dumont, G., Lapierre, S., & Viau-Quesnel, C. (2020). The experience of adults bereaved by the suicide of a close elderly relative: A qualitative pilot study. *Frontiers in Psychology*, *11*(2331). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.538678>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2018). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Sage publications.
- Mitchell, A. M., Wesner, S., Brownson, L., Gale, D. D., Garand, L., & Havill, A. (2006). Effective communication with bereaved child survivors of suicide. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *19*(3), 130-136. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2006.00060.x>

- Neimeyer, R. A., & Sands, D. C. (2017). Suicide loss and the quest for meaning. Dans K. Andriessen, K. Krysiniska, & O. Grad (Éds), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 71-84). Hogrefe Publishing.
- Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G., & Jackson, D. (2016). 'People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 251-257. <https://doi.org/10.1111/inm.12210>
- Pires, A. P. (1997). *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique*. Dans J. Poupart & Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (Éds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Gaétan Morin Éditeur.
- Pitman, A. L., Nesse, H., Morant, N., Azorina, V., Stevenson, F., King, M., & Osborn, D. (2017). Attitudes to suicide following the suicide of a friend or relative: A qualitative study of the views of 429 young bereaved adults in the UK. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1560-3>
- Pitman, A. L., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 87(1), 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.009>
- Pitman, A. L., Rantell, K., Moran, P., Sireling, L., Marston, L., King, M., & Osborn, D. (2017). Support received after bereavement by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*, 7(5), e014487. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1560-3>
- Pitman, A. L., Stevenson, F., Osborn, D. P., & King, M. B. (2018). The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: A qualitative interview study. *Social Science & Medicine*, 198(1), 121-129. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.035>
- Ranning, A., Madsen, T., Hawton, K., Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2022). Transgenerational concordance in parent-to-child transmission of suicidal behaviour: A retrospective, nationwide, register-based cohort study of 4 419 642 individuals in Denmark. *The Lancet Psychiatry*, 9(5), 363-374. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00042-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00042-6)

- Ross, V., Kõlves, K., & de Leo, D. (2021). Exploring the support needs of people bereaved by suicide: A qualitative study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *82*(4), 632-645. <https://doi.org/10.1177/0030222819825775>
- Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Ferrari, A., & Toffol, E. (2017). Stigma and psychological distress in suicide survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, *94*(1), 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.016>
- Segal, N. L. (2009). Suicidal behaviors in surviving monozygotic and dizygotic co-twins: Is the nature of the co-twin's cause of death a factor? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *39*(6), 569-575. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.6.569>
- Shields, C., Kavanagh, M., & Russo, K. (2017). A qualitative systematic review of the bereavement process following suicide. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *74*(4), 426-454. <https://doi.org/10.1177/0030222815612281>
- Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2017). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, *8*(1), e019472. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019472>
- Sudak, H., Maxim, K., & Carpenter, M. (2008). Suicide and stigma: A review of the literature and personal reflections. *Academic Psychiatry*, *32*(2), 136-142. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.136>
- Supiano, K. P. (2012). Sense-making in suicide survivorship: A qualitative study of the effect of grief support group participation. *Journal of Loss and Trauma*, *17*(6), 489-507. <https://doi.org/10.1080/15325024.2012.665298>
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, *27*(2), 237-246. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748>
- Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*, *41*(12), 2527-2534. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000833>
- van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2016). Caught between intending and doing: Older people ideating on a self-chosen death. *BMJ Open*, *6*(1), e009895. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009895>

Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*(2), 177-186. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>

Discussion générale

L'objectif de cette thèse doctorale était d'obtenir un portrait global de l'expérience d'adultes ayant vécu le suicide d'un proche âgé de 50 ans ou plus. Le premier article scientifique a d'abord permis d'attester de la faisabilité d'une étude qualitative sur le sujet à condition d'effectuer certaines modifications dans la méthodologie. Cet article s'est intéressé à l'expérience de trois membres de la famille (enfant, petit-enfant et nièce) qui avaient perdu un proche âgé de plus de 65 ans par suicide. L'analyse thématique a révélé sept thèmes principaux : (1) trouver une explication au suicide; (2) donner un sens à la perte; (3) les processus émotionnels du deuil; (4) les répercussions individuelles et familiales du suicide; (5) la recherche d'aide; (6) le tabou et le secret du suicide; et (7) les perceptions du vieillissement et de la fin de vie. En général, les endeuillés par suicide d'une personne âgée partagent certaines caractéristiques communes avec les autres groupes d'endeuillés (chercher une cause au suicide; faire du sens avec le geste; émotions de choc, colère, culpabilité et regrets; conséquences physiques, psychologiques et familiales). Les participants ont souligné que l'aide et un soutien professionnel, quoique essentiels et nécessaires, sont aussi difficiles à trouver et à obtenir. Finalement, quelques aspects de leur expérience apparaissent distincts à ceux exprimés par d'autres groupes d'endeuillés, notamment l'attribution du suicide aux difficultés associées au vieillissement (perte de capacités physiques et cognitives, crainte d'un placement en résidence), une anticipation négative de leur propre vieillissement, ainsi que la perception de l'aide médicale à mourir (AMM) comme une alternative socialement acceptable au

déclin physique et à la souffrance. D'ailleurs, selon un récent sondage réalisé auprès des médecins et de la population québécoise, près de 75 % des médecins et des citoyens appuient l'AMM et la majorité de la population se montre favorable aux différents élargissements, comme ceux relatifs aux problèmes neurocognitifs comme la maladie d'Alzheimer (Collège des médecins du Québec, 2021). Cette statistique vient appuyer l'idée que le suicide pourrait être vu comme étant plus compréhensible et acceptable dans un contexte de maladie neurodégénérative.

Quant au second article scientifique, il a été réalisé avec un sous-groupe de participants provenant du recrutement pour l'étude pilote : les endeuillés ayant perdu par suicide un parent âgé entre 50 et 64 ans. Plus précisément, il a exploré l'expérience de 14 enfants adultes qui avaient perdu l'un de leurs parents de plus de 50 ans par suicide. L'analyse du contenu des entretiens semi-structurés a révélé cinq thèmes principaux : (1) le choc et la désorganisation; (2) l'adaptation et les changements; (3) la transmission intergénérationnelle du suicide; (4) les défis sociaux; et (5) la perception du vieillissement et l'AMM comme solution. Deux thèmes mineurs ont également été dégagés des analyses, soit : (1) trouver la cause du suicide; et (2) une plaie toujours susceptible de s'ouvrir. Les résultats soulignent la préoccupation des endeuillés pour la transmission intergénérationnelle du suicide dans la famille. De plus, les participants sont aux prises avec les mêmes enjeux spécifiques que les autres endeuillés par suicide, tels que la recherche de sens, les émotions de honte, de culpabilité, d'abandon et de colère ainsi que de la stigmatisation. Toutefois, certaines caractéristiques semblent uniques au deuil à la

suite du suicide d'un parent vieillissant, notamment une perception plus négative du vieillissement. Ainsi, plusieurs endeuillés envisageraient l'AMM comme solution potentielle aux problèmes associés à l'avancement en âge.

Les résultats de cette thèse doctorale sont généralement cohérents avec les constats issus de la littérature scientifique à propos des familles endeuillées par suicide. En effet, les adultes qui perdent un proche vieillissant par suicide ont vécu les répercussions négatives de ce geste dans leur vie personnelle, familiale et sociale, et donc, partagent plusieurs caractéristiques communes avec les autres endeuillés par suicide. Toutefois, certaines particularités de leur expérience permettent de faire certains constats qui sont spécifiques aux personnes qui vivent le deuil d'un membre vieillissant de leur famille : (1) la transmission intergénérationnelle du suicide se manifeste de multiples façons et doit être considérée dans les interventions; (2) les enfants qui perdent un parent par suicide, et ce, même à l'âge adulte, sont aussi susceptibles d'être affectés par l'évènement et de vivre un sentiment d'abandon; et (3) l'expérience des participants avec leur proche âgé peut engendrer une perception négative du vieillissement et, par le fait même, pourrait favoriser une attitude favorable envers l'AMM. Ces éléments seront discutés de façon approfondie et des pistes d'intervention seront proposées.

La transmission intergénérationnelle

Bien que le risque de suicide ait été observé dans d'autres groupes d'âge (Andriessen et al., 2016; de Groot et al., 2010; de Leo & Heller, 2008; Hedström et al., 2008; Jordan

& McIntosh, 2011a; Maple et al., 2017; O'Connor & Nock, 2014; Pitman et al., 2014; Qin et al., 2002; Ratnarajah et al., 2014; Tidemalm et al., 2011; Turecki & Brent, 2016), aucune étude antérieure n'a démontré spécifiquement que le suicide d'un aîné augmentait le risque de comportements suicidaires des membres de sa famille. Pourtant, les participants sont préoccupés par la possible transmission intergénérationnelle du suicide, que ce soit en faisant remarquer à l'intervieweuse la présence de plusieurs suicides dans la famille et leurs propres comportements suicidaires passés, par la crainte d'aborder le thème du suicide de leur proche avec les enfants ou par l'expression d'attitudes explicites ou intransigeantes quant au suicide (jamais je ne me suiciderai) et des comportements d'hypervigilance pour éviter le suicide dans leur entourage. La présente étude permet donc d'attester que la famille est un système interrelationnel puissant et qu'un traumatisme de cette ampleur joue un rôle dans le possible développement de comportements suicidaires et de conditions psychiatriques chez les générations futures, probablement par des phénomènes d'interdépendance et d'imitation. Bien que la présente étude ne puisse démontrer de lien de causalité, il apparaît fortement probable que le suicide d'une personne vieillissante ait effectivement des répercussions sur les autres générations et que les recherches futures devront s'y intéresser pour mieux comprendre ce phénomène.

Le suicide parental

La présente investigation, portant spécifiquement sur les conséquences de l'exposition au suicide parental sur les enfants adultes, appuie les conclusions des études

antérieures, réalisées auprès d'enfants plus jeunes, sur l'aspect perturbateur de cet évènement sur la descendance.

Toutefois, des études antérieures ont indiqué qu'il existe une période sensible pour l'impact du suicide parental sur les tendances aux comportements suicidaires des enfants (Niederkröthaler et al., 2012; Wilcox et al., 2010). Ainsi, selon ces études, le suicide d'un parent est particulièrement difficile et perturbateur lorsqu'il survient tôt dans la vie d'une personne, alors que lorsque le même évènement se produit à l'âge adulte, l'impact serait vraisemblablement plus faible. Dans la présente étude, il est pertinent de souligner qu'effectivement, les participants qui ont perdu leur proche à l'enfance ($n = 1$) ou à l'adolescence ($n = 3$), rapportent avoir eu des comportements suicidaires et des difficultés sur le plan de la santé mentale, alors que ce n'est pas nécessairement le cas chez les autres endeuillés qui ont perdu leur parent au cours de la vie adulte. D'ailleurs, les études rapportent un risque accru d'anxiété, de TSPT et d'idées suicidaires dans les premiers mois suivant le deuil chez les adolescents endeuillés par suicide comparativement à leurs pairs endeuillés par mort naturelle (Brent et al., 2009; Stikkelbroek et al., 2016), ainsi qu'un risque accru de dépression chez environ 10 % des adolescents endeuillés par un suicide, ou autre décès traumatique d'un parent, plus de deux ans après la perte (Melhem et al., 2011; Pham et al., 2018). À noter que des problèmes de consommation d'alcool et de drogues ont été rapportés uniquement par les participants qui avaient perdu leur proche à un jeune âge (enfance ou adolescence), probablement parce que la mort d'un parent est considérée comme l'évènement le plus perturbateur et le plus stressant de la vie des

adolescents même lorsque ce décès n'est pas dû au suicide (Feigelman et al., 2017; Hollingshaus & Smith, 2015).

À notre connaissance, peu d'études ont étudié la relation entre l'âge d'exposition au comportement suicidaire des parents et le risque de suicide ultérieur d'un enfant (Niederkrotenthaler et al., 2012; Wilcox et al., 2010). Parmi les recherches existantes, l'étude de cohorte rétrospective de Lee et al. (2018) a montré que le risque de suicide semble être plus élevé chez les femmes exposées à l'âge adulte (18-31 ans) que chez les hommes exposés au même âge. Plus spécifiquement, les femmes adultes (18 à 31 ans) présentaient le risque suicidaire le plus important, comparativement aux filles exposées pendant l'enfance/l'adolescence (< 18 ans) où le risque était de moitié de celui des femmes adultes. Quant au risque de suicide ultérieur chez les hommes exposés au suicide parental à l'âge adulte, il n'était pas statistiquement différent de celui des garçons exposés pendant l'enfance/l'adolescence. Ces constats demeuraient les mêmes chez les hommes et les femmes, quel que soit le sexe du parent décédé par suicide. À noter que la taille de l'échantillon dans cette étude était grande : dans le groupe exposé au suicide parental, 39,9 % ($n = 16\ 049$) avait moins de 12 ans, 23,5 % ($n = 9452$) avait entre 13 et 17 ans, et 36,6 % ($n = 14\ 748$) avait entre 18 et 31 ans. Le ratio hommes/femmes dans cette cohorte était de 1:0,92. Cette étude est d'une grande importance car elle démontre, tout comme notre étude, qu'un suicide parental a des impacts majeurs, non seulement chez les enfants et les adolescents, mais aussi chez les enfants adultes. Ainsi, il importe de revenir sur la

vie de la cellule familiale afin d'avoir une idée plus précise du contexte et des conditions qui ont pu mener le parent au suicide.

Finalement, bien que l'objectif de la présente étude ne visât pas l'examen du risque de suicide chez les enfants adultes, il serait nécessaire que les études subséquentes vérifient si cela est le cas, puisque les études réalisées auprès d'endeuillés plus jeunes indiquaient une augmentation du risque de tentatives suicidaires ou de suicide (Lee et al., 2018; Ranning et al., 2022). L'âge de l'endeuillé au moment du suicide parental est donc un facteur important dans l'évaluation des risques, compte tenu du risque plus élevé à l'adolescence (Reuter Morthorst et al., 2016).

Pourquoi alors avons-nous tendance à sous-estimer l'impact du suicide d'un parent âgé sur ses enfants adultes? En fait, certains facteurs pourraient contribuer à ce phénomène. D'abord, il semble exister une banalisation de la mort des personnes vieillissantes, puisqu'il est attendu qu'avec l'âge, le déclin de la santé et l'augmentation de la fragilité, on peut anticiper leur mort et que, selon la croyance commune, les parents décèderont avant leurs enfants (Fitzgerald, 1994; Pearson, 2000). Bien que les membres de la famille constatent un déclin du fonctionnement cognitif ou physique chez leur proche qui vieillit et qu'ils éprouvent un « chagrin partiel » pour ce qui est perdu (Moss & Moss, 2018), il n'y a aucune preuve formelle que l'anticipation générale du décès d'une personne vieillissante diminue l'intensité des réactions ultérieures au deuil. À l'inverse, le contexte du vieillissement du parent peut amener plusieurs défis pour les enfants.

Par exemple, l'impact du décès d'un parent vieillissant peut être influencé par le mode et la qualité de vie de celui-ci (Lynn et al., 1997). La recherche sur les enfants adultes de parents récemment décédés a examiné quatre contextes de la dernière année de vie : les soins donnés par l'enfant, la maison de retraite, les parents relativement indépendants et les parents géographiquement éloignés (Moss et al., 1997). Les enfants qui ont été de grands pourvoyeurs de soins pour un parent décédé ont tendance à vivre plus de bouleversements émotionnels, plus de problèmes de santé et des liens actifs et symboliques plus forts avec le parent. Par ailleurs, plus le stress subi par l'enfant adulte avant le décès du parent est grand (p. ex., une expérience difficile en lien avec la maison de soins), plus le processus de deuil est difficile (Aneshensel et al., 1995). À vrai dire, ces résultats sont importants, puisque les enfants de parents vieillissants décédés par suicide sont plus susceptibles d'avoir exercé le rôle de proche aidant en raison des problèmes de santé mentale et physique ayant pu précéder le suicide. D'ailleurs, la proche aidance en elle-même peut causer une détresse significative, spécialement lorsque la relation est à long terme ou que le proche présente un diagnostic de démence (Teasdale-Dubé & Viau-Quesnel, 2022). Ainsi, il importe de questionner les endeuillés par le suicide d'un parent âgé sur le contexte précédant le suicide, notamment en ce qui concerne la proche aidance.

En fait, plusieurs aspects méritent d'être investigués plus en profondeur chez les enfants adultes endeuillés par le suicide d'un parent âgé. D'abord, le décès d'un parent âgé peut avoir des significations uniques pour chaque endeuillé en fonction de leur relation passée avec le parent et de leurs propres pertes au cours de la vie. Par exemple, à la suite

du décès du parent, les enfants adultes ont souvent un sentiment de finitude personnelle accru (Moss & Moss, 2018); une participante a d'ailleurs mentionné lors des entrevues qu'il est difficile de perdre un parent, même à l'âge adulte, parce que « *tu n'es plus l'enfant de personne* ». De plus, des facteurs contextuels, tels que le fonctionnement familial perturbé avant et/ou après le suicide des parents (p. ex., le statut psychiatrique des parents, des problèmes juridiques et des problèmes conjugaux), des événements négatifs de la vie après le décès (p. ex., des problèmes financiers, un déménagement géographique), et la qualité de la relation avec l'autre parent et son état de santé mentale peuvent influencer le fonctionnement psychosocial de la progéniture (Cerel et al., 2000, 2006; Jordan, 2001). Autrement dit, le contexte dans lequel le suicide du parent s'est produit est important pour comprendre si le risque psychiatrique et psychosocial de la génération survivante est dû aux conséquences du suicide, à une prédisposition génétique aux troubles mentaux, ou à l'interaction des deux. Bref, il importe de considérer l'endeuillé dans son système familial et d'obtenir un portrait global de son expérience pour bien saisir sa réalité. En somme, il apparaît que l'impact de la perte d'un parent par suicide pendant l'âge adulte a peut-être été sous-estimé et pourrait aussi engendrer des conséquences significatives.

La perception du vieillissement

Les endeuillés par suicide d'une personne vieillissante se distinguent des autres groupes d'endeuillés, notamment par une perception négative du vieillissement. En ce sens, les participants ont maintes fois relevé le caractère intentionnel derrière le suicide de leur proche âgé. Pour eux, l'intention de leur proche était de mettre fin à ses jours en raison

de problématiques associées au vieillissement, et il apparaît pour certains participants que ce souhait est louable après un certain âge et dans certaines circonstances. À vrai dire, l'âgisme à propos du déclin de la contribution sociale des aînés pourrait renforcer l'idée que leur suicide serait plus acceptable en raison de leur âge et de leur condition physique (Éthier et al., 2014). En fait, l'âgisme pourrait être susceptible d'amener les endeuillés à considérer que leur entourage perçoit le suicide d'une personne vieillissante comme un événement moins grave que celui d'une personne plus jeune, ce qui pourrait les amener à éviter d'aller chercher de l'aide et du soutien.

En ce sens, rappelons que le taux de suicide le plus élevé en 2020 s'observe chez les hommes âgés de 50 à 64 ans (Levesque et al., 2022). Cette statistique met en lumière les difficultés associées avec la prise de la retraite, laquelle vient souvent avec l'appauvrissement du réseau social et la perte du sens de la vie avec la fin du travail. La perte du travail implique un certain deuil, accompagné d'une redéfinition de son identité (Balasubramaniam, 2018); cette transition exige des capacités d'adaptation et du soutien de la part de l'entourage. Les endeuillés par suicide d'un proche vieillissant, en plus d'avancer en âge eux-mêmes, ont vécu une expérience difficile avec leur proche qui n'a pas su relever les défis et les problèmes associés au vieillissement, les mettant possiblement eux-mêmes à risque de suicide lorsqu'ils feront face à cette situation. L'attitude des endeuillés par rapport au vieillissement est donc primordiale à approfondir par les cliniciens.

Système familial

Cerel et al. (2000) ont décrit trois types de familles endeuillées par le suicide d'un parent. Chacune se distingue par une dynamique particulière qui semble influencer les répercussions de cet acte sur ses membres. Les familles « fonctionnelles » sont caractérisées par l'absence de conflit familial préexistant ou de psychopathologie; le suicide a généralement lieu dans le contexte d'une maladie physique chronique. Dans les familles « encapsulées », la psychopathologie et les conflits n'étaient généralement observés que chez les personnes décédées, et non chez les autres membres de la famille. Dans les familles « chaotiques », il y avait des signes évidents de psychopathologie et/ou de troubles chez plusieurs membres de la famille avant le suicide. Cette théorie est intéressante pour mieux comprendre les dynamiques familiales qui opèrent chez les endeuillés par le suicide d'un parent; elle indique que l'examen des endeuillés doit tenir compte de la santé mentale de chaque membre de la famille, ainsi que du contexte familial et communautaire spécifique dans lequel se produit le suicide.

Finalement, ce ne sont pas tous les membres de la famille endeuillée par suicide qui réagissent de la même manière. Certaines familles s'unissent devant cet événement, alors que d'autres vivent plutôt des conflits et des bris relationnels. Des études qualitatives récentes montrent aussi que le deuil par suicide a un impact significatif sur les interactions familiales internes via des processus émotionnels et de communication complexes, et que des conflits familiaux, l'instauration de tabous ou une plus grande cohésion peuvent effectivement survenir à la suite d'un suicide (Creuzé et al., 2022). De plus, certains

participants ont observé une ouverture dans la famille à aborder le sujet du suicide, alors que d'autres constatent qu'un tabou franc s'est installé, tel que mentionné dans plusieurs autres recherches (Mary McDaniel et al., 2022). Les familles adoptent donc des stratégies d'adaptation différentes et variables. Une synthèse récente sur les familles endeuillées par suicide montre d'ailleurs une interaction entre les stratégies d'adaptation des participants et l'impact du suicide sur leurs familles (Zavrou et al., 2022). Plus précisément, les mécanismes d'adaptation adoptés par les participants semblaient agir comme variable médiatrice entre l'impact du suicide et la qualité des relations familiales. Par conséquent, les interventions visant à faciliter l'adoption de stratégies d'adaptation permettant de transformer les croyances négatives et d'améliorer les styles de communication dans les familles endeuillées sont vitales et pourraient atténuer l'impact du suicide sur la dynamique familiale.

Spiritualité

Lorsqu'ils font face à une perte, les gens se tournent souvent vers la religion pour obtenir du réconfort et trouver leur chemin (Young et al., 2012). Toutefois, lorsqu'on analyse l'expérience des endeuillés par suicide d'un proche vieillissant, il apparaît que des éléments de spiritualité sont présents dans le discours des participants, mais que ce n'est pas le cas pour la religion. On aurait pu s'attendre à ce que cette dernière agisse comme un facilitateur (je prie pour mon proche), un élément nuisible (le suicide est un péché) ou simplement comme un moyen de conceptualiser la mort de leur proche (il est dans un monde meilleur). Est-ce que cela signifie que la religion n'est pas bénéfique pour les

endeuillés par suicide? Pas nécessairement. Il est probable que, contrairement aux autres études sur le suicide, la religion n'a pas été mentionnée par les participants à cause de son rejet par une importante proportion de la population québécoise (Lapierre et al., 2018). En effet, avant 1970, la religion était à la base de l'organisation sociale et faisait partie de l'identité culturelle des Québécois. Maintenant, plusieurs d'entre eux ont une perception négative de l'église catholique, en tant qu'institution, et envers la religion en général (Lapierre et al., 2018). Afin de vérifier cette hypothèse, il pourrait être pertinent dans les études futures de poser directement la question aux participants afin d'explorer le lien entre leurs croyances religieuses et leur expérience de deuil. Il serait aussi d'intérêt d'étudier les membres de groupes religieux eux-mêmes pour comparer les enjeux.

Observations complémentaires sur le suicide d'un proche de 65 ans et plus

Quatre participantes qui étaient endeuillées par le suicide d'une personne âgée de 65 ans et plus n'ont pas été incluses dans les analyses par souci de rendre l'échantillon du deuxième article scientifique plus homogène (uniquement des enfants adultes ayant perdu un parent entre 50 et 64 ans par suicide). Toutefois, le contenu de ces entretiens s'est avéré extrêmement riche et pertinent pour les recherches futures sur le sujet; quelques thèmes seront donc mentionnés dans la présente section et ceux-ci pourront faire l'objet d'une étude subséquente. Le Tableau 1 fournit un aperçu des caractéristiques sociodémographiques de ces participantes.

Tableau 1*Caractéristiques des participantes*

Participant	Genre	Âge au moment du décès	Relation avec le proche	Âge du proche au moment du suicide	Temps entre le décès et l'entrevue (année)	Durée de l'entrevue (minutes)
1	Femme	15-20	Grand-père	80-85	10	61
2	Femme	15-20 (grand-mère) 20-25 (grand-père)	Grand-mère et grand-père	Grand-mère : 80-85 Grand-père : 75-80	24 (grand-mère) 19 (grand-père)	77
3	Femme	15-20	Grand-père	65-70	14	72
4	Femme	10-15 (grand-père) 40-45 (père)	Grand-père et père	Grand-père : 75-80 Père : 70-75	44 (grand-père) 17 (père)	72

D'abord, il est pertinent de mentionner que la majorité de ces participantes (trois) ont vécu plus d'un suicide dans leur entourage. Tel qu'illustré dans le Tableau 1, deux participantes ont vécu le suicide de deux membres de leur famille. La participante 1 avait aussi vécu le suicide d'une amie récemment. À travers leur expérience, il a été possible de constater que différentes variables avaient un impact sur leur processus de deuil (p. ex., l'âge de leur proche au moment du suicide, la proximité émotionnelle avec le défunt); celles-ci gagneront à être investiguées dans les recherches à venir.

L'ensemble des participantes ont décrit comment le suicide de leur proche âgé avait eu des conséquences majeures sur leur fonctionnement et l'évolution de leur vie. Deux

d'entre elles travaillent d'ailleurs en prévention du suicide actuellement et établissent un lien entre leur vécu avec leur proche défunt et diverses répercussions professionnelles, par exemple une incapacité à entendre parler de suicide de personnes âgées. Certaines craignent aussi d'en arriver à s'enlever la vie un jour :

« On dirait que je me dis, c'est comme si je me disais, c'est tu de la fatalité, je vais tu finir comme eux? J'ai mes deux bords de génétique qui s'en viennent vers moi, je souffre de troubles anxieux... C'est juste ça qui me fait peur dans le fond, je vais tu finir comme eux. Je vais tu finir par me suicider moi avec? C'est ça que ça l'influence sur ma vie. » (Participante 2, grand-mère et grand-père)

Finalement, les recherches futures devront probablement contourner des difficultés sur le plan du recrutement lorsqu'il sera question d'explorer l'expérience des endeuillés par suicide d'une personne âgée. Il apparaît toutefois important de s'attarder à trouver des stratégies de recrutement afin de donner une voix à ces personnes : leur expérience est tout aussi valable que celle des autres endeuillés et nécessite d'être mieux comprise. Une des hypothèses concernant la difficulté à les recruter semble résider dans leurs conceptions du suicide des personnes âgées, dont les conséquences sont souvent banalisées :

« J'avais toujours l'impression que mon suicide était moins pire que les autres parce que tout le monde disait que c'est pire quand c'est un enfant, c'est pire quand c'est telle circonstance. J'ai souvent senti qu'on minimisait l'impact d'un suicide d'un grand-parent. Alors que ça l'en a. Beaucoup. » (Participante 20, grand-père)

Conséquemment, est-ce plausible de croire que les endeuillés par suicide d'une personne âgée sont moins susceptibles de participer aux recherches qui les concernent? Cette hypothèse gagnera à être explorée davantage dans les études subséquentes afin de mieux comprendre ce phénomène.

Comment intervenir auprès de ces endeuillés?

Considérant que le deuil est une réponse normale et adaptative à la perte, le deuil non compliqué, qui n'apparaît pas en comorbidité avec la dépression, ne justifie aucune intervention formelle dans la plupart des circonstances. Cependant, en tenant compte de la stigmatisation, de la colère et de la culpabilité exprimées par les endeuillés à la suite du suicide de leur proche âgé, il apparaît nécessaire de les soutenir dans leur processus de deuil. Ceci est d'autant plus pertinent considérant que le réconfort, le soutien et les connaissances sur le suicide et ses conséquences ne sont pas toujours disponibles ou suffisants pour les endeuillés par suicide. Il semble nécessaire de suggérer des pistes d'intervention qui pourraient être particulièrement pertinentes pour les adultes ayant vécu le suicide d'un proche vieillissant.

Groupes de soutien

D'abord, plusieurs participants ont parlé de la pertinence de prendre part à des groupes de soutien pour les endeuillés par suicide. À vrai dire, tel que souligné par la revue systématique d'Andriessen et al. (2019), les groupes de soutien pour le deuil par suicide sont les services de postvention les plus largement disponibles. Fréquemment initiés par des personnes endeuillées par suicide, ils reposent souvent sur les principes de partage d'expériences et d'entraide, réduisant ainsi la détresse et les risques de problèmes mentaux et émotionnels (McIntosh et al., 2017).

Toutefois, on note que plusieurs participants ont rencontré des obstacles émotionnels (p. ex., la honte) ou organisationnels (p. ex., le manque d'accessibilité) pour contacter les services disponibles, tels que les groupes de soutien. Certains ont d'ailleurs mentionné que ces services devraient être offerts rapidement et automatiquement à tous les endeuillés pour éviter ces obstacles. En outre, différentes organisations ont développé une approche de proximité dans laquelle le service contacte la personne endeuillée après avoir été avisée d'un suicide par la police ou le bureau du coroner (McIntosh et al., 2017; Mowll et al., 2017). Une telle approche proactive a le potentiel d'améliorer la collaboration entre les premiers intervenants (p. ex., la police) et les services de deuil par suicide et pourrait répondre aux besoins des endeuillés. Cela peut également diminuer le temps écoulé entre le suicide et le début du soutien reçu, bien que l'effet de l'approche de proximité sur le processus de deuil reste inconnu (Cerel & Campbell, 2008; Comans et al., 2013).

Bien que peu d'endeuillés demandent de l'aide (Cerel et al., 2009), ceux qui fréquentent les groupes de soutien les trouvent, au moins, modérément utiles (McMenamy et al., 2008), en particulier ceux qui ne bénéficient pas d'un soutien social adéquat dans la famille ou l'entourage immédiat, ou qui subissent une stigmatisation (Feigelman et al., 2008). En fait, pour plusieurs participants, la participation à des groupes de soutien était ressentie comme leur seul accès à des personnes qui, selon eux, peuvent les comprendre, ou le seul endroit où leurs sentiments sont acceptés, leur fournissant ainsi un moyen de catharsis.

Un des objectifs de la thèse était aussi de voir si certaines caractéristiques de l'expérience des endeuillés par suicide d'une personne vieillissante étaient distinctes et pourraient donc justifier la création de groupes d'endeuillés spécialisés pour eux. En fait, bien qu'ils présentent plusieurs caractéristiques communes avec les autres groupes d'endeuillés, les recherches montrent tout de même que les groupes de soutien qui sont relativement homogènes (p. ex., ceux qui ont perdu des enfants plutôt que d'autres relations) sont souvent les plus utiles (Jordan, 2001). De plus, certaines études montrent que les groupes de deuil pour les enfants qui ont perdu des parents adultes peuvent aussi être pertinents (Sakinofsky, 2007). Ainsi, il serait intéressant pour des recherches futures d'investiguer plus en profondeur la pertinence de groupes de soutien spécialisés pour les endeuillés par suicide d'un proche vieillissant. En général, il existe peu de recherches sur l'efficacité de ces groupes pour les personnes endeuillées par suicide (Andriessen & Krynska, 2012). À ce jour, une revue systématique récente sur le sujet arrive encore à la même conclusion : des études à la fois quantitatives et qualitatives sur l'efficacité de ces programmes demeurent encore nécessaires avant de pouvoir implanter des groupes de soutien pour les endeuillés par suicide dans les services publics de santé mentale (Inostroza et al., 2023).

Interventions spécialisées et proactives

Selon les endeuillés par suicide, la première difficulté consiste en la méconnaissance des services et leur manque d'accessibilité. Afin d'améliorer la postvention, il est aussi essentiel de former des cliniciens sur les défis associés au deuil par suicide, sans quoi les

participants risquent de se désengager de leur suivi thérapeutique. En fait, le rôle des cliniciens œuvrant en postvention est de proposer aux familles des services de santé mentale ou d'assistance sociale pour les aider à minimiser les effets négatifs, tant relationnels que psychologiques, du suicide de leur proche. Cela nécessite notamment de les considérer comme une unité. Ceci est d'autant plus important chez les endeuillés par suicide d'un proche vieillissant, puisqu'ils rapportent plusieurs conséquences sur le système familial. Cependant, un tel accompagnement ne s'improvise pas. Seuls des professionnels ayant une formation adéquate pourront être en mesure d'approcher ces familles et d'établir un échange qui les aidera à faire des pas en avant afin qu'ils puissent dépasser l'évènement traumatique.

Par ailleurs, de nombreuses familles, assaillies par la culpabilité ou la honte, refusent l'aide immédiatement après le suicide ou n'iront pas la chercher. Pour beaucoup d'entre eux, ne pas parler à des étrangers - même s'ils sont des professionnels de la santé - peut être un moyen de se défendre contre la douleur et de survivre à l'humiliation publique. De plus, certains participants ont dit se sentir dépassés par les évènements ou ne pas connaître les ressources existantes. Il y a donc une proportion de gens qui auront de la difficulté à se mobiliser pour obtenir de l'aide. Il est donc nécessaire, dans un premier temps, de s'assurer que les endeuillés soient référés vers des ressources spécialisées en deuil par suicide, mais aussi, dans un deuxième temps, que les intervenants soient proactifs en réalisant des contacts fréquents et continus. Cette idée de services de postvention proactifs

a d'ailleurs été citée dans d'autres études qualitatives auprès d'endeuillés par suicide (Ross et al., 2021).

La présente recherche souligne finalement que les endeuillés par suicide d'un proche vieillissant rapportent différents besoins et que ces derniers peuvent varier à certains moments clés durant le processus de deuil (au début, après quelques mois, après quelques années). Avec le passage du temps, plusieurs participants ont décrit comment les moments significatifs (mariage, accouchement) étaient plus difficiles pour eux et pouvaient faire resurgir des émotions négatives associées au suicide de leur proche. Il serait donc pertinent de relancer fréquemment les familles endeuillées pour pouvoir les outiller et les accompagner à travers le temps, et non pas uniquement dans les mois qui suivent le décès. Des recherches supplémentaires sont également nécessaires pour comprendre la résilience des familles et pour augmenter les connaissances sur la manière dont le suicide façonne l'avenir d'une famille (Ratnarajah et al., 2014).

Forces et limites

À notre connaissance, ceci est la première étude qualitative au Québec à examiner et à décrire spécifiquement l'expérience des familles endeuillées par le suicide d'un proche vieillissant. En effet, les autres recherches tendent à s'intéresser à l'impact du suicide de personnes plus jeunes sur les membres de leur famille, en recrutant majoritairement des conjoints, des membres de la fratrie ou des parents (Spillane, Matvienko-Sikar et al., 2017). La présente étude se concentre spécifiquement sur les enfants adultes et l'entourage

d'une personne vieillissante. De plus, il existe peu de travaux de recherche qui se concentrent plus largement sur l'histoire familiale précédant le suicide et sur les façons dont cet événement est vécu et transmis d'une génération à l'autre (Ratnarajah et al., 2014); cette thèse ajoute donc des connaissances à cet effet.

Cette recherche suggère que plusieurs adultes endeuillés par suicide souffriront de conséquences psychologiques, familiales et sociales et qu'ils auront un grand besoin que cette expérience perturbante soit accueillie et normalisée par les professionnels de la santé et des services sociaux ou les intervenants communautaires. Ce soutien professionnel est particulièrement important lorsque des relations familiales tendues ou rompues affectent la qualité du réseau de soutien informel de la personne endeuillée.

D'un point de vue sociétal, cette thèse permet de constater que le suicide chez les personnes âgées est un phénomène fréquent et bien réel, car cette problématique est peu reconnue (Éthier et al., 2014). Cela découle d'une croyance sociale selon laquelle les jeunes sont plus à risque de suicide, ce qui détourne l'attention du public et des intervenants du suicide des autres groupes d'âge.

En ce qui concerne les limites, il y a d'abord la diversité de l'échantillon, soit 14 participants sur 17 sont des femmes. Bien que la taille totale de l'échantillon soit très satisfaisante pour une recherche qualitative, il est probable que le grand nombre de

femmes ayant pris part à cette recherche puisse engendrer un portrait biaisé, ou du moins incomplet, puisque l'expérience des hommes s'appuie sur peu de témoignages.

De plus, bien que l'objectif original de l'étude fût de s'intéresser à l'expérience des personnes ayant vécu le suicide d'une personne de 65 ans et plus, les caractéristiques diversifiées des participants ont exigé de choisir d'analyser les témoignages d'un sous-échantillon plus homogène, celui des enfants adultes ayant perdu un parent entre 50 et 64 ans. Il a donc été nécessaire de mettre de côté les quelques entrevues réalisées avec des petits-enfants et celles avec les enfants ayant perdu un proche âgé de 65 ans et plus. À noter que ces données seront utilisées dans un article scientifique ultérieur; la richesse des informations recueillies et le souci éthique soulignent d'autant plus l'importance de partager ce contenu. Dans les recherches ultérieures, il apparaît toutefois essentiel de recruter davantage de petits-enfants ou d'enfants adultes ayant vécu le suicide d'une personne très âgée afin d'explorer leur expérience, qui pourrait être différente de celle de la population étudiée ici, et d'offrir une postvention adaptée à leurs besoins particuliers. D'ailleurs, il pourra aussi être intéressant de prendre en compte les données sociodémographiques des participants (niveau d'éducation, occupation, statut civil) dans l'analyse de l'expérience des participants, ce qui n'a pas été effectué dans le cadre de la présente thèse.

Finalement, le canevas d'entrevue semi-structurée était exhaustif et contenait des questions qui auraient pu induire certains thèmes lors de l'analyse qualitative des données.

Par exemple, l'AMM n'a pas été abordée spontanément par les participants; ces derniers étaient directement questionnés sur le sujet. Lors des études ultérieures sur le sujet, il pourrait être intéressant de réduire la quantité de questions dans le canevas d'entrevue pour laisser les thèmes émerger naturellement.

Par ailleurs, puisque cette étude aborde un sujet sensible et que le format de la recherche exigeait la réalisation d'entrevues, les individus qui sont plus à l'aise avec l'expression de leurs sentiments étaient peut-être plus susceptibles de participer que ceux qui se sentent stigmatisés ou qui préfèrent ne pas parler de leur détresse. De plus, l'étude n'est pas à l'abri des biais de rappel puisque, pour certains participants, le suicide remontait à plusieurs années.

La pandémie de la COVID-19

Au cours du recrutement, la pandémie de la COVID-19 est arrivée, obligeant à faire basculer les entrevues semi-structurées en mode virtuel. Ainsi, plutôt que de rencontrer les participants en face à face, les entretiens étaient désormais en ligne par le biais de la plateforme Zoom, ce qui a représenté un avantage à un certain niveau; le recrutement pouvait donc se faire à travers le Québec, ce qui a facilité grandement la participation des endeuillés. Cependant, ce contexte particulier de la pandémie a aussi amené son lot de défis et de questionnements.

D'abord, le contexte d'accueil des participants en face à-face versus en ligne n'était pas le même. Lorsque les gens étaient rencontrés à l'université, nous avions un moment pour nous rendre au local et discuter, ce qui permettait de briser la glace et de mettre les participants en confiance. Néanmoins, lorsque rencontrés en ligne, il apparaît que les participants étaient plus gênés lorsque la rencontre débutait. On constate cependant que le fait de questionner les participants sur l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur leur quotidien en début d'entretien, tel que suggéré à la suite de l'étude pilote du premier article scientifique, a été aidante. Elle permettait de mettre la table avec le participant et de débiter progressivement la rencontre avant d'entrer dans le vif du sujet. L'objectif de la présente thèse n'était pas de mettre en relation l'expérience de deuil par suicide des participants avec leur expérience de la pandémie, mais simplement de les mettre à l'aise. Si des contenus pertinents avaient toutefois émergé, il est certain que ceux-ci auraient pu être explorés et analysés dans la présente discussion, ce qui n'a toutefois pas été le cas.

Par ailleurs, les participants qui ont effectué l'entrevue en ligne l'ont tous réalisé à leur domicile, ce qui a mené à des défis particuliers relatifs à leur environnement et leur entourage. Par exemple, certains participants ont dû expliquer à leur proche ce qu'ils étaient en train de faire, puisque certains sont entrés dans la pièce au moment de l'entrevue. Il est aussi arrivé que les enfants des participants arrivent pendant la rencontre, questionnant leur proche sur la nature de la rencontre. Il a été intéressant d'observer que la façon de réagir des participants est variable; certains utilisent un langage très clair et explicite quant au sujet abordé, alors que d'autres devaient adapter leur langage lorsque

l'enfant était plus jeune. À vrai dire, ces différents éléments montrent que le contexte virtuel était moins sous le contrôle de la chercheuse et que les participants n'étaient pas nécessairement préparés à ces situations imprévues. Ainsi, l'intervieweuse a tenté d'adopter une approche inclusive face à la situation en discutant ouvertement de celle-ci avec le participant. Ceci a d'ailleurs été une excellente occasion pour la chercheuse de questionner davantage le participant sur les impacts familiaux du suicide de leur proche. Chose certaine, dans une ère où la recherche utilise de plus en plus la modalité virtuelle, il apparaît nécessaire pour les chercheurs d'avoir ces réflexions avant le recrutement et de se préparer, ainsi que leurs participants, à ces éventualités.

Croissance post-traumatique

Dans le présent échantillon, on constate que plusieurs participants décrivent ce qui s'apparente à une CPT. Diverses explications de cette prévalence élevée de CPT dans notre échantillon sont possibles. La première pourrait être un biais de sélection. Les membres de la famille qui ont choisi de participer à l'étude peuvent avoir eu des niveaux inférieurs de psychopathologie ou moins de difficultés avec le processus de deuil. En effet, diverses études antérieures ont suggéré un lien positif entre la capacité à parler de son expérience d'endeuillé par suicide et un deuil sain (Levi-Belz et al., 2021). Une deuxième explication pourrait résider dans le fait que, dans la présente étude, la moyenne du nombre d'années depuis le suicide était de 15,76. Ainsi, est-ce possible que cette CPT ait émergé plus tard dans le processus de deuil? Certains participants mentionnent d'ailleurs que leur vision du geste de leur proche a évolué au fil du temps. Ainsi, le fait d'avoir inclus dans

la présente recherche des endeuillés dont le suicide de leur proche remontait à plusieurs années pourrait laisser croire que la CPT est courante chez les endeuillés par suicide. Tel que proposé précédemment, il serait certainement pertinent d'inclure des participants dont le suicide de leur proche remonte à cinq ans ou moins dans les recherches subséquentes, notamment afin d'étudier l'émergence de la CPT chez les endeuillés.

Conclusion générale

En somme, la présente recherche doctorale est novatrice et apporte des connaissances nouvelles à un domaine sous-étudié dans la littérature scientifique. Les résultats montrent que les adultes qui perdent un proche vieillissant par suicide vivent les répercussions négatives de ce geste dans leur vie personnelle, familiale et sociale. De plus, ils partagent plusieurs caractéristiques communes avec les autres endeuillés par suicide. Certains éléments semblent toutefois être uniques dans leur expérience comparativement aux autres endeuillés, notamment leur vision plus négative du vieillissement, et méritent d'être connus par les intervenants en postvention.

Pour soutenir les familles des personnes vieillissantes qui se sont suicidées, il faut avant tout connaître leurs particularités. Face à un problème aussi complexe, il importe de considérer que chaque cas est différent et qu'une recette standard ne peut être appliquée à des problèmes qui affectent personnellement chacun des individus, ainsi que l'ensemble de la famille. Cette étude souligne que le tabou du suicide demeure très présent, même dans les cas de suicide chez les personnes qui avancent en âge. Avec le vieillissement actuel de la population québécoise, il sera impératif que cette problématique soit investiguée davantage dans les recherches futures.

Cette recherche doctorale aborde plusieurs questions importantes en ce qui concerne l'expérience des endeuillés ayant vécu le suicide d'un proche vieillissant. Cependant, elle

apporte aussi de nouveaux questionnements, notamment en ce qui concerne l'AMM et son acceptation par les endeuillés comme alternative au suicide. Ces interrogations sont d'autant plus importantes, puisque les critères d'admissibilité sont actuellement appelés à être élargis à des conditions de santé qui touchent de plus en plus de personnes âgées, comme les problèmes neurodégénératifs. Des recherches qualitatives devraient documenter davantage les liens entre l'expérience du suicide de personnes vieillissantes, l'âgisme et l'attitude envers l'AMM.

Références générales

- Agerbo, E. (2005). Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: A gender specific study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(5), 407-412. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024950>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis*, 30(1), 43-47. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
- Andriessen, K. (2014). Suicide bereavement and postvention in major suicidology journals. *Crisis*, 35(5), 338-348. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000269>
- Andriessen, K., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2016). Pre- and postloss features of adolescent suicide bereavement: A systematic review. *Death Studies*, 40(4), 229-246. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1128497>
- Andriessen, K., & Krysinska, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 24-32. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>
- Andriessen, K., Krysinska, K., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2018). Harmful or helpful? A systematic review of how those bereaved through suicide experience research participation. *Crisis*, 39(5), 364-376. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000515>
- Andriessen, K., Krysinska, K., & Grad, O. T. (2017). *Current understandings of suicide bereavement*. Hogrefe Publishing. <https://doi.org/10.1027/00493-000>
- Andriessen, K., Krysinska, K., Kølves, K., & Reavley, N. (2019). Suicide postvention service models and guidelines 2014-2019: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 10, 2677. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677>

- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of Psychiatric Research, 88*(1), 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.017>
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. Elsevier.
- Aviad, Y., & Cohen-Louck, K. (2021). Locus of control and purpose in life as protective factors against the risk for suicide in older adults. *Smith College Studies in Social Work, 91*(4), 295-308. <https://doi.org/10.1080/00377317.2021.1968323>
- Azorina, V., Morant, N., Nesse, H., Stevenson, F., Osborn, D., King, M., & Pitman, A. (2019). The perceived impact of suicide bereavement on specific interpersonal relationships: A qualitative study of survey data. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(10), 1801. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101801>
- Balasubramaniam, M. (2018). Rational suicide in elderly adults: A clinician's perspective. *Journal of the American Geriatrics Society, 66*(5), 998-1001. <https://doi.org/10.1111/jgs.15263>
- Barlow, C. A., & Coleman, H. (2003). The healing alliance: How families use social support after a suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 47*(3), 187-201. <https://doi.org/10.2190/8N00-477Q-KUN1-5ACN>
- Barrett, T. W., & Scott, T. B. (1989). Development of the grief experience questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*(2), 201-215. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1989.tb01033.x>
- Bartik, W., Maple, M., Edwards, H., & Kiernan, M. (2013). Adolescent survivors after suicide: Australian young people's bereavement narratives. *Crisis, 34*(3), 211-217. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000185>
- Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41*(1), 110-116. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2010.00009.x>
- Bernier, S., Lapierre, S., & Desjardins, S. (2020). Social interactions among older adults who wish for death. *Clinical Gerontologist, 43*(1), 4-16. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1672846>
- Boelen, P. A. (2013). Symptoms of prolonged grief, depression, and adult separation anxiety: Distinctiveness and correlates. *Psychiatry Research, 207*(1), 68-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.021>

- Bolton, J. M., Au, W., Leslie, W. D., Martens, P. J., Enns, M. W., Roos, L. L., Katz, L. Y., Wilcox, H. C., Erlangsen, A., Chateau, D., Walld, R., Spiwak, R., Seguin, M., Shear, K., & Sareen, J. (2013). Parents bereaved by offspring suicide: A population-based longitudinal case-control study. *JAMA Psychiatry*, *70*(2), 158-167. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.275>
- Bouchard-Santerre, A., Bérard-Chagnon, J., & Martel, L. (2022). *Portrait générationnel de la population vieillissante du Canada selon le recensement de 2021* [No 98-200-X au catalogue]. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021003/98-200-X2021003-fra.pdf>
- Bray, P. (2013). Bereavement and transformation: A psycho-spiritual and post-traumatic growth perspective. *Journal of Religion and Health*, *52*(3), 890-903. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9539-8>
- Brent, D. A., Melhem, N., Donohoe, M. B., & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*, *166*(7), 786-794. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081244>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., Aderka, I., & Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(12), 1332-1339. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2014). Complicated spiritual grief I: Relation to complicated grief symptomatology following violent death bereavement. *Death Studies*, *38*(4), 259-267. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.829372>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). Authors' response: The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 93-102. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_03
- Carver, K. S., Hayslip, B., Gilley, A., & Watts, J. (2014). Influences on grief among parentally bereaved adults. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *69*(2), 105-116. <https://doi.org/10.2190/OM.69.2.a>
- Castelli Dransart, D. A. (2017). Reclaiming and reshaping life: Patterns of reconstruction after the suicide of a loved one. *Qualitative Health Research*, *27*(7), 994-1005. <https://doi.org/10.1177/1049732316637590>
- Castelli Dransart, D. A. (2018). Chemins de vie d'endeuillés par suicide. Dans F. Rognon (Éd.), *Penser le suicide* (pp. 133-145). Presses universitaires de Strasbourg.

- Castelli Dransart, D. A., Maggiori, C., Lapierre, S., & Voélin, S. (2022). Will they let me die? Perspectives of older Swiss adults on end-of-life issues. *Death Studies, 46*(4), 920-929. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1788669>
- Čepulienė, A. A., Pučinskaitė, B., Spangelytė, K., Skruibis, P., & Gailienė, D. (2021). Spirituality and religiosity during suicide bereavement: A qualitative systematic review. *Religions, 12*(9), 766. <https://doi.org/10.3390/rel12090766>
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(2), 529-534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Cerel, J., & Campbell, F. R. (2008). Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(1), 30-34. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.30>
- Cerel, J., Fristad, M. A., Verducci, J., Weller, R. A., & Weller, E. B. (2006). Childhood bereavement: Psychopathology in the 2 years postparental death. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(6), 681-690. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000215327.58799.05>
- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (1999). Suicide-bereaved children and adolescents: A controlled longitudinal examination. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(6), 672-679. <https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00013>
- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B., & Weller, R. A. (2000). Suicide-bereaved children and adolescents: II. Parental and family functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(4), 437-444. <https://doi.org/10.1097/00004583-200004000-00012>
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis, 29*(1), 38-44. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.38>
- Cerel, J., Maple, M., van De Venne, J., Brown, M., Moore, M., & Flaherty, C. (2017). Suicide exposure in the population: Perceptions of impact and closeness. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47*(6), 696-708. <https://doi.org/10.1111/sltb.12333>
- Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R. A., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The continuum of "survivorship": Definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(6), 591-600. <https://doi.org/10.1111/sltb.12093>

- Cerel, J., Padgett, J. H., Conwell, Y., & Reed, G. A. (2009). A call for research: The need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3), 269-281. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.3.269>
- Chapple, A., Swift, C., & Ziebland, S. (2011). The role of spirituality and religion for those bereaved due to a traumatic death. *Mortality*, 16(1), 1-19. <https://doi.org/10.1080/13576275.2011.535998>
- Chapple, A., Ziebland, S., & Hawton, K. (2015). Taboo and the different death? Perceptions of those bereaved by suicide or other traumatic death. *Sociology of Health & Illness*, 37(4), 610-625. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12224>
- Chen, Y., & Laitila, A. (2023). Longitudinal changes in suicide bereavement experiences: A qualitative study of family members over 18 months after loss. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3013. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043013>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner Jr, T. E. (2017). *The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. Psychological Bulletin*, 143(12), 1313-1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Clark, S., & Goldney, R. (2000). The impact of suicide on relatives and friends. Dans K. Hawton & K. V. Heeringen (Éds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 467-484). John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470698976.ch26>
- Collège des médecins du Québec. (2021). *Sondage sur l'aide médicale à mourir : sommaire des résultats*. <http://www.cmq.org/pdf/amm/sondage-som-02112021.pdf>
- Colucci, E., & Lester, D. (2012). *Suicide and culture: Understanding the context*. Hogrefe Publishing.
- Comans, T., Visser, V., & Scuffham, P. (2013). Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(1), 390-397. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000210>
- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., & Calati, R. (2018). Suicide in older adults: Current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 13(1), 691-699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>

- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Hirsch, J. K., Conner, K. R., Eberly, S., & Caine, E. D. (2010). Health status and suicide in the second half of life. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, 25(4), 371-379. <https://doi.org/10.1002/gps.2348>
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 333-356. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.004>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsçh, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Creuzé, C., Lestienne, L., Vieux, M., Chalancon, B., Poulet, E., & Leane, E. (2022). Lived experiences of suicide bereavement within families: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13070. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013070>
- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 14-21. <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x>
- de Groot, M. H., Keijser, J. D., & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: A comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 418-431. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.4.418>
- de Groot, M. H., Neeleman, J., van der Meer, K., & Burger, H. (2010). The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims: The mediating role of suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 425-437. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.425>
- de Leo, D. (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2(1), 7-12. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00160-1>
- de Leo, D., & Heller, T. (2008). Social modeling in the transmission of suicidality. *Crisis*, 29(1), 11-19. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.11>
- de Mendonça Lima, C. A., de Leo, D., Ivbijaro, G., & Svab, I. (2021). Suicide prevention in older adults. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), e12473. <https://doi.org/10.1111/appy.12473>
- Deuter, K., Procter, N., & Evans, D. (2020). Protective factors for older suicide attempters: Finding reasons and experiences to live. *Death Studies*, 44(7), 430-439. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1578303>

- Dyregrov, K. M., Dieserud, G., Hjelmeland, H. M., Straiton, M., Rasmussen, M. L., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2011). Meaning-making through psychological autopsy interviews: The value of participating in qualitative research for those bereaved by suicide. *Death Studies*, 35(8), 685-710. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553310>
- Dyregrov, K. M., & Dyregrov, A. (2005). Siblings after suicide— “The forgotten bereaved”. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 714-724. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.6.714>
- Ellenbogen, S., & Gratton, F. (2001). Do they suffer more? Reflections on research comparing suicide survivors to other survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 83-90. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.83.21315>
- Enright, R. D., Freedman, S., & Rique, J. (1998). The psychology of interpersonal forgiveness. Dans R. D. Enright & J. North (Éds), *Exploring forgiveness* (pp. 46-62). Madison.
- Erlangsen, A., & Pitman, A. (2017). Effects of suicide bereavement on mental and physical health. Dans K. Andriessen, K. Krysinska, & O. T. Grad (Éds), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 17-26). Hogrefe Publishing.
- Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., Shear, M. K., Nordentoft, M., & Conwell, Y. (2017). Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: A longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 456-464. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0226>
- Éthier, S., Larouche, E., & Grégoire, C. (2014). *L'évaluation des besoins en matière de prévention du suicide chez les aînés : étude exploratoire*. [Rapport de recherche]. Université Laval. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4035159?docref=g4yrPck5OVsGIK0HjxnFpQ>
- Farberow, N. L., Gallagher-Thompson, D., Gilewski, M., & Thompson, L. (1992). Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology*, 47(6), 357-366. <https://doi.org/10.1093/geronj/47.6.P357>
- Fässberg, M. M., Orden, K. A. V., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S. S., Leo, D. D., Szanto, K., & Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 722-745. <https://doi.org/10.3390/ijerph9030722>

- Feigelman, W., Cerel, J., McIntosh, J. L., Brent, D., & Gutin, N. (2018). Suicide bereavement and differences in religiosity. *Crisis, 40*(3), 176-185. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000546>
- Feigelman, W., Gorman, B. S., Beal, K. C., & Jordan, J. R. (2008). Internet support groups for suicide survivors: A new mode for gaining bereavement assistance. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 57*(3), 217-243. <https://doi.org/10.2190/OM.57.3.a>
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies, 33*(7), 591-608. <https://doi.org/10.1080/07481180902979973>
- Feigelman, W., Rosen, Z., Joiner, T., Silva, C., & Mueller, A. S. (2017). Examining longer-term effects of parental death in adolescents and young adults: Evidence from the National Longitudinal Survey of Adolescent to Adult Health. *Death Studies, 41*(3), 133-143. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1226990>
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance* (Vol. 2). Stanford University Press.
- Figueiredo, A. E. B., Silva, R. M. D., Mangas, R. M. D. N., Vieira, L. J. E., Furtado, H. M. J., Gutierrez, D. M. D., & Sousa, G. S. D. (2012). Impact of suicide of the elderly on their families. *Ciencia & Saude Coletiva, 17*(8), 1993-2002. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800010>
- Fitzgerald, M. (1994). *Adults' anticipation of the loss of their parents. Qualitative Health Research, 4*(1), 463-479. <https://doi.org/10.1177/104973239400400408>
- Gall, T. L., Henneberry, J., & Eyre, M. (2014). Two perspectives on the needs of Individuals bereaved by suicide. *Death Studies, 38*(7), 430-437. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.772928>
- Genest, C., Moore, M., & Nowicke, C. M. (2017). Posttraumatic growth after suicide. Dans K. Andriessen, K. Krysinska, & O. Grad (Éds), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 50-59). Hogrefe Publishing. <https://doi.org/10.1027/00493-000>
- Gilo, T., Feigelman, W., & Levi-Belz, Y. (2022). Forgive but not forget: From self-forgiveness to posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Death Studies, 46*(8), 1870-1879. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1864064>
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and Schuster.

- Gouvernement du Canada. (2018). *Plan d'action pour la prévention du suicide des Forces armées canadiennes*. <https://www.canada.ca/content/dam/dnd-mdn/documents/reports/2017/suicide-prevention-action-plan-fra.pdf>
- Grad, O. T., Clark, S., Dyregrov, K., & Andriessen, K. (2004). What helps and what hinders the process of surviving the suicide of somebody close? *Crisis*, 25(3), 134-139. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.3.134>
- Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2), 72-76. <https://doi.org/10.1177/014107680209500205>
- Günak, M. M., Barnes, D. E., Yaffe, K., Li, Y., & Byers, A. L. (2021). Risk of suicide attempt in patients with recent diagnosis of mild cognitive impairment or dementia. *JAMA Psychiatry*, 78(6), 659-666. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0150>
- Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences—A systematic review. *PLoS One*, 11(9), e0162688. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162688>
- Harwood, D. M. J., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L., & Jacoby, R. (2006). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: A descriptive and case-control study. *Psychological Medicine*, 36(9), 1265-1274. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007872>
- Harwood, D. M. J., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: A descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 72(2), 185-194. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00462-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00462-1)
- Hedström, P., Liu, K.-Y., & Nordvik, M. K. (2008). Interaction domains and suicide: A population-based panel study of suicides in Stockholm, 1991-1999. *Social Forces*, 87(2), 713-740. <https://doi.org/10.1353/sof.0.0130>
- Heisel, M. J. (2006). Suicide and its prevention among older adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(3), 143-154. <https://doi.org/10.1177/070674370605100304>
- Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 74-80. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.74>
- Hollingshaus, M. S., & Smith, K. R. (2015). Life and death in the family: Early parental death, parental remarriage, and offspring suicide risk in adulthood. *Social Science & Medicine*, 131(1), 181-189. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.008>

- Huang, L.-B., Tsai, Y.-F., Liu, C.-Y., & Chen, Y.-J. (2017). Influencing and protective factors of suicidal ideation among older adults. *International Journal of Mental Health Nursing, 26*(2), 191-199. <https://doi.org/10.1111/inm.12247>
- Hunt, Q. A., & Hertlein, K. M. (2015). Conceptualizing suicide bereavement from an attachment lens. *The American Journal of Family Therapy, 43*(1), 16-27. <https://doi.org/10.1080/01926187.2014.975651>
- Inostroza, C., Rubio-Ramirez, F., Bustos, C., Quijada, Y., Fernández, D., Bühring, V., Vargas, B., Riquelme, A., & Araya, M. P. (2023). Peer-support groups for suicide loss survivors: A systematic review. *Social Work with Groups, 1*-17. <https://doi.org/10.1080/01609513.2023.2249053>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Population âgée de 65 ans et plus*. <https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/population-agee-de-65-ans-et-plus>
- Janghorban, R., Latifnejad Roudsari, R., & Taghipour, A. (2014). Pilot study in qualitative research: The roles and values. *Hayat, 19*(4), 1-5. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-666-en.html>
- Jaques, J. D. (2000). Surviving suicide: The impact on the family. *The Family Journal, 8*(4), 376-379. <https://doi.org/10.1177/1066480700084007>
- Jordan, A. H., & Litz, B. T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(3), 180-187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(1), 91-102. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.91.21310>
- Jordan, J. R. (2008). Bereavement after suicide. *Psychiatric Annals, 38*(10). <https://doi.org/10.3928/00485713-20081001-05>
- Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention—The case for suicide postvention. *Death Studies, 41*(10), 614-621. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>
- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011a). Is suicide bereavement different? A framework for rethinking the question. Dans J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Éds), *Grief after suicide* (pp. 19-42). Routledge.

- Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011b). Is suicide bereavement different? Perspectives from research and practice. Dans R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton (Éds), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 223-234). Routledge.
- Keller, S., McNeill, V., Honea, J., & Paulson Miller, L. (2019). A look at culture and stigma of suicide: Textual analysis of community theatre performances. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 352. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030352>
- Killikelly, C., & Maercker, A. (2018). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(suppl 6), 1476441. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>
- Kizza, D., Hjelmeland, H., Kinyanda, E., & Knizek, B. L. (2011). Qualitative psychological autopsy interviews on suicide in post-conflict Northern Uganda: The participants' perceptions. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 63(3), 235-254. <https://doi.org/10.2190/OM.63.3.c>
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., & Steihaug, S. (2010). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 209-218. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990949>
- Kleiman, E. M., & Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210(3), 934-939. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.002>
- Kölves, K., & de Leo, D. (2018). Suicide bereavement: Piloting a longitudinal study in Australia. *BMJ Open*, 8(1), e019504. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019504>
- Kölves, K., Zhao, Q., Ross, V., Hawgood, J., Spence, S. H., & de Leo, D. (2019). Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *Journal of Affective Disorders*, 243(1), 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.018>
- Koo, Y. W., Kölves, K., & de Leo, D. (2017). Suicide in older adults: Differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *International Psychogeriatrics*, 29(8), 1297-1306. <https://doi.org/10.1017/S1041610217000618>

- Krysinska, K., Jahn, D. R., Spencer-Thomas, S., & Andriessen, K. (2017). The roles of religion and spirituality in suicide bereavement and postvention. Dans K. Andriessen, K. Krysinska, & O. Grad (Éds), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 186-196). Hogrefe Publishing. <https://doi.org/10.1027/00493-000>
- Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2014). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International Journal of Behavioral Development, 39*(1), 20-31. <https://doi.org/10.1177/0165025414533223>
- Lapierre, S. (2022). Le désir de mourir des personnes âgées : le comprendre pour mieux intervenir. *La Gérontoise, 33*(2), 29-33.
- Lapierre, S., Castelli Dransart, D. A., St-Amant, K., Dubuc, G., Houle, M., Lacerte, M.-M., & Maggiori, C. (2018). Religiosity and the wish of older adults for physician assisted-suicide. *Religions, 9*(3), 66-78. <https://doi.org/10.3390/rel9030066>
- Lapierre, S., Desjardins, S., Préville, M., Berbiche, D., Marcoux, L., & Dubé, M. (2015). Wish to die and physical illness in older adults. *Psychology, 5*(2), 125-137. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2015.02.005>
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., de Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., & Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis, 32*(2), 88-98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>
- Lee, E., Enright, R., & Kim, J. (2015). Forgiveness postvention with a survivor of suicide following a loved one suicide: A case study. *Social Sciences, 4*(3), 688-699. <https://doi.org/10.3390/socsci4030688>
- Lee, E., Kim, S. W., Kim, J. J., & Enright, R. D. (2017). Family conflict and forgiveness among survivors of suicide. *Journal of Loss and Trauma, 22*(8), 689-697. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1388344>
- Lee, K.-Y., Li, C.-Y., Chang, K.-C., Lu, T.-H., & Chen, Y.-Y. (2018). Age at exposure to parental suicide and the subsequent risk of suicide in young people. *Crisis, 39*(1), 27-36. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000468>
- Levesque, P., Rassy, J., & Genest, C. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2842-suicide-quebec-2022.pdf>

- Levi-Belz, Y., & Gilo, T. (2020). Emotional distress among suicide survivors: The moderating role of self-forgiveness. *Frontiers in Psychiatry, 11*(341). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00341>
- Levi-Belz, Y., Krysinska, K., & Andriessen, K. (2021). "Turning personal tragedy into triumph": A systematic review and meta-analysis of studies on posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 13*(1), 322-332. <https://doi.org/10.1037/tra0000977>
- Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). Is there anybody out there? Attachment style and interpersonal facilitators as protective factors against complicated grief among suicide-loss survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 207*(3), 131-136. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000940>
- Lichtenthal, W. G., Neimeyer, R. A., Currier, J. M., Roberts, K., & Jordan, N. (2013). Cause of death and the quest for meaning after the loss of a child. *Death Stud, 37*(4), 311-342. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.673533>
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. B., & Davies, A. (2010). Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Studies, 34*(8), 673-698. <https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 212*(1), 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Lynn, J., Teno, J. M., Phillips, R. S., Wu, A. W., Desbiens, N., Harrold, J., Claessens, M. T., Wenger, N., Kreling, B., & Connors Jr, A. F. (1997). Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. *Annals of Internal Medicine, 126*(2), 97-106. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-126-2-199701150-00001>
- Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2017). Prolonged, but not complicated, grief is a mental disorder. *British Journal of Psychiatry, 211*(4), 189-191. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.196238>
- Mallon, S., & Stanley, N. (2015). Creation of a death by suicide. *Crisis, 36*(2), 142-147. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000299>

- Malmqvist, J., Hellberg, K., Möllås, G., Rose, R., & Shevlin, M. (2019). Conducting the pilot study: A neglected part of the research process? Methodological findings supporting the importance of piloting in qualitative research studies. *International Journal of Qualitative Methods*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/1609406919878341>
- Maple, M., Cerel, J., Jordan, J. R., & McKay, K. (2014). Uncovering and identifying the missing voices in suicide bereavement. *Suicidology Online*, 5(1), 1-12.
- Maple, M., Cerel, J., Sanford, R., Pearce, T., & Jordan, J. (2017). Is exposure to suicide beyond kin associated with risk for suicidal behavior? A systematic review of the evidence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 461-474. <https://doi.org/10.1111/sltb.12308>
- Maple, M., Edwards, H., Plummer, D., & Minichiello, V. (2010). Silenced voices: Hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health & Social Care in the Community*, 18(3), 241-248. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00886.x>
- Maple, M., Pearce, T., Sanford, R., Cerel, J., Castelli Dransart, D. A., & Andriessen, K. (2018). A systematic mapping of suicide bereavement and postvention research and a proposed strategic research agenda. *Crisis*, 39(4), 275-282. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000498>
- Mary McDaniel, B., Daly, P., Pacheco, C. L., & Crist, J. D. (2022). Experiences with suicide loss: A qualitative study. *Clinical Nursing Research*, 31(8), 1491-1499. <https://doi.org/10.1177/10547738221119344>
- Mastrocinque, J. M., Hartwell, T., Metzger, J. W., Carapella-Johnson, R., Navratil, P. K., & Cerulli, C. (2020). Spirituality and religion after homicide and suicide: Families and friends tell their stories. *Homicide Studies*, 24(2), 107-126. <https://doi.org/10.1177/1088767918807>
- McIntosh, J., Bolton, I., Andriessen, K., & Campbell, F. (2017). History of survivor support. Dans K. Andriessen, K. Krysinska, & O. Grad (Éds), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 101-116). Hogrefe Publishing.
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 375-389. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.375>

- Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A. C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., Palacios, J., Docherty, M., Barley, E., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 207(5), 377-384. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Walker Payne, M., & Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 911-919. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.101>
- Mellqvist Fässberg, M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., & Wærn, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 166-194. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>
- Miklin, S., Mueller, A. S., Abrutyn, S., & Ordonez, K. (2019). What does it mean to be exposed to suicide?: Suicide exposure, suicide risk, and the importance of meaning-making. *Social Science & Medicine*, 233(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.019>
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer, M. K. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 498-506. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.498>
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Moss, M. S., & Moss, S. Z. (2018). Anticipating the death of an elderly parent. Dans J. D. Morgan (Éd.), *Ethical issues in the care of the dying and bereaved aged* (pp. 111-129). Routledge.
- Moss, M. S., Resch, N., & Moss, S. Z. (1997). The role of gender in middle-age children's responses to parent death. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 35(1), 43-65. <https://doi.org/10.2190/W6MM-QARH-PHVA-YTQD>
- Mowll, J., Smith, H., & Fitzpatrick, C. (2017). Supporting families through the forensic and coronial process after a death from suicide. Dans K. Andriessen, K. Kryszynska, & O. Grad (Éds), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 162-173). Hogrefe Publishing.

- Neimeyer, R. A., & Sands, D. C. (2017). Suicide loss and the quest for meaning. Dans K. Andriessen, K. Krysinska, & O. Grad (Éds), *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support* (pp. 71-84). Hogrefe Publishing.
- Ng, R., Allore, H. G., Monin, J. K., & Levy, B. R. (2016). Retirement as meaningful: Positive retirement stereotypes associated with longevity. *The Journal of Social Issues, 72*(1), 69-85. <https://doi.org/10.1111/josi.12156>
- Niederkröthaler, T., Floderus, B., Alexanderson, K., Rasmussen, F., & Mittendorfer-Rutz, E. (2012). Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: An analysis of sensitive life periods. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(3), 233-239. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.109595>
- O'Connell, H., Chin, A.-V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *BMJ, 329*(7471), 895. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7471.895>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 373*(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Oexle, N., Puschner, N., Votruba, N., Rüscher, N., & Mayer, L. (2022). Perceived determinants of disclosing suicide loss: A qualitative study among women. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. [Publication en ligne devancée]. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000891>
- Ohberg, A., & Lonnqvist, J. (1998). Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*(3), 214-218. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10069.x>
- Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2014). *Preventing suicide: A global imperative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Parker, G. (2013). Opening Pandora's box: How DSM-5 is coming to grief. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128*(1), 88-91. <https://doi.org/10.1111/acps.12110>
- Pearson, J. L. (2000). Suicidal behavior in later life: Research update. Dans R. W. E. Maris, S. S. E. Canetto, J. L. E. McIntosh, & M. M. E. Silverman (Éds), *Review of suicidology* (pp. 202-225). The Guilford Press.

- Peters, K., Cunningham, C., Murphy, G., & Jackson, D. (2016). 'People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(3), 251-257. <https://doi.org/10.1111/inm.12210>
- Pfeffer, C. R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J., & Metsch, M. (2002). Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(5), 505-513. <https://doi.org/10.1097/00004583-200205000-00007>
- Pfeffer, C. R., Karus, D., Siegel, K., & Jiang, H. (2000). Child survivors of parental death from cancer or suicide: Depressive and behavioral outcomes. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 9(1), 1-10. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(200001/02\)9:1<1::AID-PON430>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(200001/02)9:1<1::AID-PON430>3.0.CO;2-5)
- Pham, S., Porta, G., Biernesser, C., Walker Payne, M., Iyengar, S., Melhem, N., & Brent, D. A. (2018). The burden of bereavement: Early-onset depression and impairment in youths bereaved by sudden parental death in a 7-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 175(9), 887-896. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17070792>
- Pitman, A. L., Nesse, H., Morant, N., Azorina, V., Stevenson, F., King, M., & Osborn, D. (2017). Attitudes to suicide following the suicide of a friend or relative: A qualitative study of the views of 429 young bereaved adults in the UK. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1560-3>
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 86-94. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70224-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X)
- Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 87(1), 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.009>
- Pouliot, L., & De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491-510. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.491>
- Préville, M., Hébert, R., Boyer, R., Bravo, G., & Seguin, M. (2005). Physical health and mental disorder in elderly suicide: A case-control study. *Ageing & Mental Health*, 9(6), 576-584. <https://doi.org/10.1080/13607860500192973>

- Préville, M., Mechakra-Tahiri, D. S., & Lapierre, S. (2019). La réponse comportementale : le risque suicidaire. Dans H.-M. Vasiliadis (Éd.), *Épidémiologie psychiatrique et santé mentale en médecine générale : étude sur les personnes âgées* (pp. 183-197). Presses de l'Université de Montréal.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2013). Correction: Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, *10*(12), <https://doi.org/10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbd2463b5ea>
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, *360*(9340), 1126-1130. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11197-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11197-4)
- Ranning, A., Madsen, T., Hawton, K., Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2022). Transgenerational concordance in parent-to-child transmission of suicidal behaviour: A retrospective, nationwide, register-based cohort study of 4 419 642 individuals in Denmark. *The Lancet Psychiatry*, *9*(5), 363-374. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00042-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00042-6)
- Ratnarajah, D., Maple, M., & Minichiello, V. (2014). Understanding family member suicide narratives by investigating family history. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *69*(1), 41-57. <https://doi.org/10.2190/OM.69.1.c>
- Ratnarajah, D., & Schofield, M. J. (2007). Parental suicide and its aftermath: A review. *Journal of Family Studies*, *13*(1), 78-93. <https://doi.org/10.5172/jfs.327.13.1.78>
- Ratnarajah, D., & Schofield, M. J. (2008). Survivors' narratives of the impact of parental suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(5), 618-630. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.5.618>
- Reuter Morthorst, B., Soegaard, B., Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2016). Incidence rates of deliberate self-harm in Denmark 1994-2011. *Crisis*, *37*(4), 256-264. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000391>
- Richard-Devantoy, S., Jollant, F., Deguigne, F., & Letourneau, G. (2013). Marqueurs neurocognitifs de la vulnérabilité suicidaire de la personne âgée : revue de la littérature. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, *11*(4), 367-378. <https://doi.org/10.1684/pnv.2013.0442>

- Rosner, R., Pfoh, G., Kotoučová, M., & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders, 167*(1), 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>
- Ross, V., Kõlves, K., & de Leo, D. (2021). Exploring the support needs of people bereaved by suicide: A qualitative study. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 82*(4), 632-645. <https://doi.org/10.1177/0030222819825775>
- Ross, V., Kõlves, K., Kunde, L., & de Leo, D. (2018). Parents' experiences of suicide-bereavement: A qualitative study at 6 and 12 months after loss. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(4), 618. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040618>
- Rosston, K. (2016). *Suicide prevention information and resources*. Montana.gov. <https://dphhs.mt.gov/suicideprevention/suicideresources>
- Rurup, M. L., Deeg, D. J. H., Poppelaars, J. L., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Wishes to die in older people: A quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis, 32*(4), 194-203. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000079>
- Rurup, M. L., Pasman, H. R. W., Goedhart, J., Deeg, D. J. H., Kerkhof, A. J. F. M., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Understanding why older people develop a wish to die: A qualitative interview study. *Crisis, 32*(4), 204-216. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000078>
- Rüsch, N., Zlati, A., Black, G., & Thornicroft, G. (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? *British Journal of Psychiatry, 205*(4), 257-259. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.145755>
- Sakinofsky, I. (2007). The aftermath of suicide: Managing survivors' bereavement. *Canadian Journal of Psychiatry, 52*(6), 129-136.
- Savishinsky, J. (2001). Images of retirement: Finding the purpose and the passion. *Generations, 25*(3), 52-56.
- Schomerus, G., Auer, C., Rhode, D., Luppá, M., Freyberger, H. J., & Schmidt, S. (2012). Personal stigma, problem appraisal and perceived need for professional help in currently untreated depressed persons. *Journal of Affective Disorders, 139*(1), 94-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.022>
- Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Ferrari, A., & Toffol, E. (2017). Stigma and psychological distress in suicide survivors. *Journal of Psychosomatic Research, 94*(1), 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.016>

- Segal, N. L. (2009). Suicidal behaviors in surviving monozygotic and dizygotic co-twins: Is the nature of the co-twin's cause of death a factor? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *39*(6), 569-575. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.6.569>
- Shah, A., Bhat, R., Zarate-Escudero, S., de Leo, D., & Erlangsen, A. (2016). Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: The international landscape. *Aging & Mental Health*, *20*(2), 131-138. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1055552>
- Shear, M. K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, *372*(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Shear, M. K., & Skritskaya, N. A. (2012). Bereavement and anxiety. *Current Psychiatry Reports*, *14*(3), 169-175. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0270-2>
- Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(11), 1287-1295. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
- Sheehan, L., Corrigan, P. W., Al-Khouja, M. A., Lewy, S. A., Major, D. R., Mead, J., Redmon, M., Rubey, C. T., & Weber, S. (2018). Behind closed doors: The stigma of suicide loss survivors. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *77*(4), 330-349. <https://doi.org/10.1177/0030222816674215>
- Shields, C., Kavanagh, M., & Russo, K. (2017). A qualitative systematic review of the bereavement process following suicide. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *74*(4), 426-454. <https://doi.org/10.1177/0030222815612281>
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*(3), 479-481. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.479>
- Smith, A., Joseph, S., & Das Nair, R. (2011). An interpretative phenomenological analysis of posttraumatic growth in adults bereaved by suicide. *Journal of Loss and Trauma*, *16*(5), 413-430. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572047>
- Sovet, L. (2018). Modéliser le sens : quels enjeux scientifiques? *Le Journal des psychologues*, *354*(1), 14-18. <https://doi.org/10.3917/jdp.354.0014>
- Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., Riordan, F., & Arensman, E. (2017). Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: A systematic review. *BMC PUBLIC Health*, *17*(1), 939. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4930-3>

- Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2017). What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*, 8(1), e019472. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019472>
- Splevins, K., Cohen, K., Bowley, J., & Joseph, S. (2010). Theories of posttraumatic growth: Cross-cultural perspectives. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 259-277. <https://doi.org/10.1080/15325020903382111>
- Stikkelbroek, Y., Boddien, D. H. M., Reitz, E., Vollebergh, W. A. M., & van Baar, A. L. (2016). Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(1), 49-59. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0695-3>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Stroebe, M., Schut, H., & van den Bout, J. (2013). *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*. Routledge.
- Sudak, H., Maxim, K., & Carpenter, M. (2008). Suicide and stigma: A review of the literature and personal reflections. *Academic Psychiatry*, 32(2), 136-142. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.136>
- Sveen, C.-A., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13-29. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.13>
- Teasdale-Dubé, A., & Viau-Quesnel, C. (2022). Suicidal ideation among older family caregivers for a person with dementia. *Clinical Gerontologist*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.2019864>
- Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*, 41(12), 2527-2534. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000833>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Vandecreek, L., & Mottram, K. (2009). The religious life during suicide bereavement: A description. *Death Studies*, 33(8), 741-761. <https://doi.org/10.1080/07481180903070467>

- van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Wilcox, H. C., Kuramoto, S. J., Lichtenstein, P., Långström, N., Brent, D. A., & Runeson, B. (2010). Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(5), 514-523. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.020>
- Wilcox, H. C., Mittendorfer-Rutz, E., Kjeldgård, L., Alexanderson, K., & Runeson, B. (2015). Functional impairment due to bereavement after the death of adolescent or young adult offspring in a national population study of 1,051,515 parents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(8), 1249-1256. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0997-7>
- Wittouck, C., van Autreve, S., de Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *31*(1), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>
- Wong, P. W. C., Chan, W. S. C., Beh, P. S. L., Yau, F. W. S., Yip, P. S. F., & Hawton, K. (2010). Research participation experiences of informants of suicide and control cases. *Crisis*, *31*(5), 238-246. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000025>
- Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5^e éd.). Springer Publishing Company.
- Wortmann, J. H., & Park, C. L. (2008). Religion and spirituality in adjustment following bereavement: An integrative review. *Death Studies*, *32*(8), 703-736. <https://doi.org/10.1080/07481180802289507>
- Wortmann, J. H., & Park, C. L. (2009). Religion/spirituality and change in meaning after bereavement: Qualitative evidence for the meaning making model. *Journal of Loss and Trauma*, *14*(1), 17-34. <https://doi.org/10.1080/15325020802173876>
- Yin, R. K. (2014). *Case study research design and methods* (5^e éd.). Sage Publications.
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *14*(2), 177-186. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>

- Zavrou, R., Charalambous, A., Papastavrou, E., Koutrouba, A., & Karanikola, M. (2022). Trying to keep alive a non-traumatizing memory of the deceased: A meta-synthesis on the interpretation of loss in suicide-bereaved family members, their coping strategies and the effects on them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 00(1), 1-26. <https://doi.org/10.1111/jpm.12866>
- Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., Seay, K., Vahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., & Shear, M. K. (2014). Bereavement: Course, consequences, and care. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 482. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8>

Appendice
Affiche de recrutement



Vous êtes un adulte qui a vécu le suicide de son parent âgé ou de son grand-parent?

Cette étude vise à mieux comprendre l'impact du suicide d'une personne âgée sur sa famille

Votre participation sera confidentielle et prendra environ 75 minutes

Quel sera votre rôle?

Remplir un court questionnaire sur votre santé

Participer à une entrevue sur le suicide de votre parent âgé ou grand-parent et de l'impact de ce geste sur vous

Si vous êtes intéressé à participer ou désirez plus d'informations, contactez la chercheuse par courriel à :

gabrielle.michaud.dumont@uqtr.ca