

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

DES MENOTTES PAR-DESSUS LES PANSEMENTS

(LE CRIME DE TENTATIVE DE SUICIDE DANS LES TRIBUNAUX DU QUÉBEC DE 1892 À 1972 :

L'ÉVOLUTION DES DISCOURS JURIDIQUE ET MÉDICAL)

PAR

ÉLISE CHAPDELAINÉ

DÉPARTEMENT DE CRIMINOLOGIE

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES

THÈSE PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE

MAÎTRE ÈS ARTS (M.A.)

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier les professeurs Patrice Corriveau et André Cellard pour leur direction remarquable, leurs judicieux conseils et leur moral exceptionnel, qui m'ont permis de réaliser un travail dont je suis extrêmement fière. Je tiens également à les remercier de m'avoir offert la chance et le privilège de prendre part à ce grand projet sur le suicide. Merci aux jurés pour leurs encouragements et leurs commentaires qui ont permis de pousser la réflexion à un niveau supérieur. Des remerciements particuliers au personnel des centres d'archive de Québec et de Gatineau pour leur aide précieuse et leur coopération. Je suis également reconnaissante envers l'Université d'Ottawa et le Ministère de l'éducation, du loisir et du sport qui, par leurs bourses, ont facilité la réalisation de cette thèse. À mes amis et collègues du département de criminologie, merci pour votre appui et les discussions stimulantes. Finalement, ma plus grande gratitude va à mes parents, Jean et Hélène, pour leur soutien continu et les nombreuses lectures, sans quoi cette thèse n'aurait certainement pas vu le jour.

SOMMAIRE

L'intérêt premier de cette recherche est l'analyse des interprétations juridique et médicale du « crime » de tentative de suicide. C'est dans le but de donner un sens à la déconstruction juridique de ce crime que nous avons étudié les procès pour tentative de suicide au Québec de 1892, année du premier Code criminel canadien, à 1972, année de la décriminalisation. Notre objet consistait dès lors à analyser l'évolution des discours juridique et médical dans les interprétations de cet acte criminel, ce qui nous amena à explorer les affinités électives entre le droit criminel et la psychiatrie.

La technique de collecte des données qui a été priorisée est l'analyse documentaire des comptes-rendus des procès, incluant notamment les témoignages devant le tribunal, les prononcés des sentences et les rapports d'évaluation mentale. Conséquemment, la recherche nécessitait d'opter pour une analyse qualitative des données.

Les résultats de l'analyse ont permis d'illustrer que, tout au long du XX^e siècle jusqu'en 1972, le discours médical a pris une place toujours plus importante dans les tribunaux du Québec en matière de tentative de suicide. Tandis qu'au début du siècle ce comportement est essentiellement interprété comme une infraction criminelle, on constate au fil des années que la part d'interprétation médicale se fait plus présente dans les tribunaux, alors que la psychiatrie se développe dans la province. On assiste alors à un glissement dans la forme du contrôle social des individus qui commettent des tentatives de suicide, c'est-à-dire que le contrôle social pénal est progressivement remplacé par un contrôle social thérapeutique. Le point culminant de cette transformation est la décriminalisation de la tentative de suicide en 1972.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	ii
Sommaire	iii
Introduction	1
Chapitre I: Revue de littérature et perspective théorique	9
1. Le suicide : Une définition?	12
1.1. <i>La folie et le pouvoir de décision</i>	15
1.2. <i>L'intention ou la volonté de mourir</i>	16
1.3. <i>Les sens du suicide</i>	18
1.4. <i>Définition du suicide et application par les coroners</i>	21
2. Durkheim : Une première analyse sociologique	24
2.1. <i>La typologie durkheimienne</i>	24
2.1.1. Le suicide égoïste	25
2.1.2. Le suicide altruiste	26
2.1.3. Le suicide anémique	27
2.1.4. Le suicide fataliste	28
2.2. <i>Le suicide, ce fait brut aux causes sociales ou psychologiques</i>	29
3. La perspective du suicide et de la tentative de suicide comme une construction juridique et médicale	30
3.1. <i>Apparition et évolution des sentences contre le suicide</i>	31
3.2. <i>Les changements administratifs et législatifs</i>	34
3.2.1. L'abolition des jurys	34
3.2.2. La décriminalisation de la tentative de suicide	35
3.3. <i>Les procédures judiciaires : les demandes d'appel</i>	36
3.4. <i>L'impact du type de formation des coroners</i>	38
3.5. <i>Comparaison avec les coroners danois</i>	41
3.6. <i>Les facteurs de détermination de suicide par les coroners</i>	42
3.7. <i>La dominance de l'interprétation médicale du suicide</i>	44
4. Un contrôle social étatique transformé	46

Chapitre II : Méthodologie de recherche	48
1. Une recherche qualitative	49
1.1. <i>L'assise empirique : les archives judiciaires</i>	49
1.2. <i>Justification de la méthodologie de recherche qualitative</i>	50
2. Le choix de technique de cueillette des données : l'analyse documentaire	51
3. Présentation des données	54
4. Le choix de la méthode d'analyse : la théorisation ancrée	54
4.1. <i>Étapes de la théorisation ancrée</i>	56
4.2. <i>Limites de la théorisation ancrée</i>	58
5. Une analyse historique par découpage chronologique	58
Chapitre III : Analyse des données	61
1. 1892 à 1925 : Un aperçu historique	65
1.1. <i>L'interprétation juridique de la tentative de suicide de 1892 à 1925 : d'abord et avant tout un acte criminel</i>	67
1.1.1. La présence essentielle d'un agent de police	67
1.1.2. Les deux composantes d'un acte criminel : l' <i>actus reus</i> et la <i>mens rea</i>	69
1.1.3. La recherche et la présentation de l'arme du crime	70
1.2. <i>La réponse des tribunaux en matière de tentative de suicide</i>	73
1.2.1. La détermination de la peine : des circonstances notables	73
1.2.1.1. La nature distincte du crime de tentative de suicide	73
1.2.1.2. Le soutien familial et clérical	74
1.2.1.3. Individu repentant	75
1.2.2. Le choix d'une sentence : le renvoi dans le pays d'origine	76
1.3. <i>La tentative de suicide comme une expression de la maladie mentale : une explication en surface</i>	77
1.3.1. La dépression comme cause du suicide	79
1.3.2. L'alcool : un ennemi social	80
1.4. <i>La réponse médicale : l'asile</i>	81
2. 1926 à 1950 : Un aperçu historique	83
2.1. <i>L'interprétation juridique du crime de tentative de suicide de 1926 à 1950</i>	83
2.1.1. La préméditation comme indicateur de la <i>mens rea</i>	84
2.1.2. L'examen approfondi de l'arme du crime	85
2.2. <i>La réponse pénale de 1926 à 1950</i>	85

2.2.1. L'attente du prévenu	86
2.3. <i>La détermination de la peine : des circonstances notables</i>	86
2.3.1. La nature du crime	86
2.3.2. L'individu repentant	87
2.4. <i>Le choix d'une sentence</i>	88
2.4.1. L'incarcération comme peine de choix	88
2.4.2. Le renvoi des étrangers	88
2.5. <i>La construction médicale de la tentative de suicide : La psychiatrie se développe au sein du système pénal</i>	90
2.5.1. Un discours scientifique légitimant	90
2.5.2. Prédiction du futur	92
2.5.3. La moralité dans la psychiatrie	92
2.6. <i>La réponse médicale subordonnée au droit pénal</i>	94
3. 1951 à 1972 : Aperçu historique	95
3.1. <i>Le crime de tentative de suicide de 1951 à 1972 : L'interprétation juridique abrégée</i>	97
3.2. <i>Défenses et excuses autorisées par le tribunal : Le plaidoyer de folie et la maladie physique grave</i>	98
3.3. <i>La réponse pénale</i>	101
3.3.1. L'intensification du recours aux experts	101
3.3.2. La durée des procédures : Des réponses instantanées	101
3.3.3. La préférence pour les sentences communautaires	103
3.4. <i>La construction médicale de la tentative de suicide</i>	104
3.4.1. La dépression et l'alcoolisme comme facteurs incitatifs à la tentative de suicide	104
3.4.2. Le discours scientifique légitimant	106
3.4.3. Débats « d'experts »	107
3.4.4. Les rapports d'évaluation : La préférence d'un modèle	109
3.4.5. L'évolution terminologique en psychiatrie	110
3.5. <i>La réponse médicale : un apparent désir d'appropriation</i>	111
Synthèse et conclusion : Vers une décriminalisation complète du suicide?	113
Bibliographie	122

INTRODUCTION

« Si on en veut aux gens qui se suicident, c'est parce qu'ils ont toujours le dernier mot. »
- Isabelle Fortier dite Nelly Arcan, *Folle* (2004),

Dans une société où nous tentons tous les jours d'étirer notre espérance de vie, la mort volontaire est paradoxale et source de mystère. Pourtant, les lésions auto-infligées entraînant la mort sont fréquentes et se classent au dixième rang des causes de décès au Canada, tout sexe confondu.¹ Nombreux sont d'ailleurs ceux qui connaissent de près ou de loin un individu qui a mis fin à ses jours. Malgré tout, une perpétuelle incompréhension face à ce comportement « déviant » est palpable, comme en témoignent les nombreuses recherches existantes sur les causes du suicide. Cette incompréhension transparait également dans les réactions sociales et juridiques devant les suicides et les tentatives de suicide, et ce sont celles-ci qui nous intéressent dans le cadre de cette recherche. Suite à la peur et au désarroi qu'il suscite, le suicide est parfois condamné, parfois caché, et souvent on tente de l'oublier.

Au Québec, le suicide et la tentative de suicide en tant que phénomènes sociaux suscitent encore aujourd'hui des préoccupations alors que les taux de suicide ont connu une ascension progressive substantielle des années 1960 jusqu'en 1985.² Non seulement le taux de décès par suicide a-t-il augmenté, mais l'augmentation du suicide chez les jeunes est saisissante. En effet, de 1961 à 1976, les taux de suicide chez les jeunes hommes de 15-19 ans et 20-24 ans ont augmenté respectivement de 432% et 306%. Chez les jeunes femmes de 25-29 ans, le taux a également augmenté dramatiquement, soit de 259% (Morissette et Bourbeau, 1983, 18). La problématique suicidaire n'englobe toutefois pas que les taux de suicides complétés, elle va

¹ Statistique Canada (28 juillet 2010), *Principales causes de décès, selon le sexe (les deux sexes)*, 2006, Internet, <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/hlth36a-fra.htm>, page consultée le 18 novembre 2010.

² Gouvernement du Québec, *La politique de la santé et du bien-être*, 1998, Internet, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf (page consultée le 10 octobre 2010).

également s'intéresser aux tentatives de suicide. Celles-ci sont difficiles à mesurer et s'estiment à environ 50 tentatives pour un suicide complété.³

Ces changements dans les statistiques et dans les caractéristiques des suicides ont provoqué une nouvelle vague d'interrogations, notamment chez les chercheurs en sciences sociales. Malgré l'acquisition de ces nouvelles connaissances qui concernent surtout l'explication du comportement suicidaire et les interventions sociales ou thérapeutiques à préconiser, certaines interrogations demeurent sans réponses. L'histoire de l'intervention pénale autour du suicide et de la tentative de suicide au Québec a été peu étudiée. C'est pourquoi nous nous posons la question à savoir comment la réaction sociale des Québécois a évolué face au comportement suicidaire depuis l'époque de la Nouvelle-France où le suicide était sanctionné comme meurtre prémédité. Nous savons que la tentative de suicide était officiellement punie à titre de crime par le Code criminel au Canada jusqu'en 1972.⁴ Cependant, l'existence d'un tel article de loi ne signifie pas que ce dernier fut appliqué à la lettre à chaque occasion par la police et les tribunaux. Comme aucune étude n'existe sur le sujet, il est difficile d'évaluer la proportion de personnes qui ont fait une tentative de suicide, ainsi que la proportion d'entre elles qui ont été accusées et traduites devant les tribunaux.⁵ Sachant que de telles situations se seraient présentées au Québec, nous nous questionnons sur le type de réactions que les tentatives de suicide ont suscitées devant les tribunaux québécois où une législation interdisant cet acte était en vigueur. Comment expliquer que des individus accusés du crime de tentative de suicide soient reconnus coupables ou non par un juge?

³ Gouvernement du Québec, *La politique de la santé et du bien-être*, 1998, Internet, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf (page consultée le 10 octobre 2010)

⁴ Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46 à l'art. 213.

⁵ En Angleterre par exemple, au cours des années 1946 à 1955, les tribunaux ont reconnu coupable un petit nombre d'individus, toutefois non négligeable, pour tentative de suicide. Effectivement, sur un total de 44,956 tentatives de suicide connues de la police, seulement 347 furent reconnus coupables de ce crime, ce qui équivaut à 0,77% des cas (Stengel, 1965, 63).

Si certaines personnes ne sont pas condamnées par des tribunaux, c'est possiblement parce que leur tentative de suicide n'avait pas la même signification que les autres. C'est dire qu'il existerait différents types de suicides, et donc de tentatives de suicide, et que ceux-ci ne susciteraient pas tous les mêmes réactions. Par exemple, pensons à un individu qui, incapable de payer ses dettes, s'enlève la vie par désespoir. Ou encore, pensons à un soldat qui, par un acte suicidaire, sacrifie sa vie pour sauver ses compatriotes. Dans le premier cas, l'individu peut être qualifié de lâche, dans le second, il sera appelé un héros. C'est ici qu'entre en jeu la notion importante de la définition du suicide. Non seulement y a-t-il plusieurs définitions possibles de ce qui constitue un suicide et ce qu'il signifie, mais les réactions judiciaires vont également différer selon l'interprétation qu'on en fait. La tentative de suicide n'échappe pas à ce type d'interprétation, notamment dans le domaine judiciaire, alors qu'elle était proscrite jusqu'en 1972 dans le Code criminel canadien.

Ici se trouve notre objet de recherche, c'est-à-dire les interprétations juridiques et médicales de la tentative de suicide par les tribunaux québécois de 1892 à 1972, alors que celle-ci constituait une infraction criminelle. Plus précisément, il s'agit d'étudier les transformations dans les interprétations des juges, des avocats, des accusés et des autres acteurs dont la présence est requise lors de procès pour tentative de suicide, par exemple des médecins ou psychiatres. Les différentes réactions de ces acteurs révèlent la signification que prend le crime de tentative de suicide pour eux, et c'est pourquoi nous étudierons également celles-ci. Jusqu'à présent, la question de l'interprétation du suicide a été posée dans le cadre de recherches ayant comme objet la classification des suicides par les coroners (Jacobson *et al.*, 1976; Jennings et Barraclough, 1980; Nelleman et Wessely, 1997; Pescosolido et Mendelsohn, 1986; Platt *et al.*, 1988). Cependant, malgré le nombre impressionnant d'études sur le sujet, on ne s'est pas penché sur l'interprétation faite par d'autres acteurs du domaine judiciaire, notamment les

juges. Il demeure pertinent d'analyser comment ces acteurs abordent le sujet dans les tribunaux, car cela a un impact sur l'application de la loi. Dans le cas d'une infraction criminelle qui n'en est plus une aujourd'hui, il sera intéressant de voir si les réactions des tribunaux laissaient pressentir un changement quant à la signification de la tentative de suicide avant qu'elle ne soit décriminalisée. Une telle analyse des discours juridique et médical sur la tentative de suicide nous permettra de mieux cerner la dynamique sociale qui a présidé à la décriminalisation, ce qui constitue notre question principale question de recherche.

D'autres questions nous ont permis de spécifier notre objet de recherche. Parmi celles-ci, notons les circonstances entourant l'acte de tentative de suicide et comment elles ont influencé les juges à énoncer des verdicts d'innocence ou de culpabilité. Ces circonstances peuvent-elles servir d'excuse au geste posé? Quelles peines sont prononcées et comment sont-elles justifiées par le juge? Comment la question de la maladie mentale ou de la folie est-elle abordée comme argument pour expliquer le passage à l'acte? Quelle est la part de la psychiatrie dans l'intervention pénale au cours du XX^e siècle? Est-ce que la place que prend la psychiatrie dans la société québécoise se reflète sur la place accordée à « l'expertise » psychiatrique dans les tribunaux? Également, nous devons nous questionner sur la manière dont les accusés sont décrits dans les tribunaux, par les juges et par les témoins-experts appelés en cour.

D'après les connaissances que nous avons déjà sur le sujet, il est possible de formuler certaines hypothèses. Tout d'abord, nous avançons l'idée que la tentative de suicide n'était pas considérée comme un crime grave aux yeux de la loi au XX^e siècle. Nous croyons que le niveau de gravité peu élevé de ce crime transparaîtrait dans les verdicts d'acquittement prononcés par les juges ainsi que dans la prononciation de peines légères. Retrouverons-nous donc plusieurs

acquittements ayant par exemple pour cause une « maladie mentale » décelée chez les accusés? De plus, au regard de l'histoire de la répression de l'homosexualité, il est plausible de croire que la psychiatrie a joué un rôle déterminant dans l'interprétation de la tentative de suicide comme signe de maladie mentale, contribuant du même coup à la diminution de la sévérité des sentences (Corriveau, 2006). Ainsi, il est pertinent d'examiner la collaboration entre la psychiatrie et la justice pénale en matière de tentative de suicide, afin de savoir si celle-ci se serait accrue suite au développement de la médecine psychiatrique en tant que science au Québec dans les années 1950.

Les réponses à ces questions permettront de mettre de la lumière sur les réactions judiciaires face à l'acte « déviant » qu'est la tentative de suicide. Également, il sera possible de voir comment les réactions des acteurs des tribunaux se sont transformées au fil du temps, soit depuis l'élaboration du Code criminel canadien en 1892 jusqu'à l'abolition du crime de tentative de suicide en 1972. L'objet de cette recherche n'est donc pas la tentative de suicide comme tel, c'est-à-dire que nous ne sommes pas intéressés aux statistiques ou aux causes individuelles ou sociales de celle-ci. Il s'agit plutôt de voir ce que la tentative de suicide en tant que « crime » signifie pour les acteurs sociaux des tribunaux qui sont en charge d'appliquer la loi, c'est-à-dire une analyse de la réaction sociale à cette forme de déviance jusqu'à sa décriminalisation en 1972.

Cette thèse s'inscrit à l'intérieur d'un projet de recherche plus large ayant comme objectif de faire une étude socio-historique du suicide au Québec des années 1800 à 2000. Cette étude de grande envergure se veut une analyse de la déconstruction du crime de suicide tel qu'il était connu au 17^e et 18^e siècle en Nouvelle-France, jusqu'aux années 2000 alors que le suicide est désormais décrit comme un véritable problème social, notamment dans la société

québécoise. L'année 1972 marque une étape sur laquelle il est important de s'arrêter alors que l'article 213 du Code criminel canadien visant l'acte de tentative de suicide est aboli⁶. Il est donc pertinent, pour avoir une meilleure vision de ce processus de déconstruction, de se pencher sur les transformations dans les interprétations juridiques et médicales de la tentative de suicide au fil du XX^e siècle.

Notre travail sera divisé en trois chapitres. Premièrement, la recension des écrits servira à clarifier l'objet de recherche tout en permettant de nous situer par rapport aux études déjà effectuées. Dans cette section, il sera question de la définition du suicide, laquelle exige qu'on s'y attarde en raison de sa complexité. Les composantes et éléments de ce qui constitue un suicide seront donc examinés, ainsi que les différentes significations du suicide et de la tentative de suicide. Nous présenterons deux perspectives existantes pour étudier le suicide et la tentative de suicide, soit la perspective du fait brut selon Durkheim et, à l'opposé, la perspective de la construction juridique et médicale, cette dernière étant la perspective théorique utilisée dans le cadre de cette recherche. Le deuxième chapitre présentera la méthodologie employée pour effectuer notre recherche. Nous justifierons notamment l'usage d'une méthode qualitative, de la recherche documentaire, ainsi que de la théorisation ancrée comme méthode d'analyse. Troisièmement, nous consacrerons un chapitre à l'analyse des données obtenues. Celle-ci sera effectuée grâce à un découpage chronologique permettant un meilleur contraste dans les transformations des discours juridique et médical à l'endroit de cette forme de « déviance ». Dans chaque sous-période, il sera question d'abord de l'interprétation juridique du crime de tentative de suicide ainsi que de la réponse pénale en cette matière, ensuite de l'interprétation et de la réponse médicale du même comportement, toujours à l'intérieur des tribunaux québécois. Finalement, la conclusion de la thèse sera le lieu d'une discussion sur les

⁶ Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46 à l'art. 213.

résultats observés et fera le lien avec la place du suicide dans le Code criminel canadien d'aujourd'hui.

CHAPITRE I
REVUE DE LITTÉRATURE ET PERSPECTIVE THÉORIQUE

La tentative de suicide n'est plus un crime au Canada depuis 1972. Ce fait peut en étonner plusieurs, mais un retour dans l'histoire du suicide au Canada et au Québec nous permet de comprendre pourquoi ce changement est apparu si tardivement. Nous devons nous rappeler qu'en Nouvelle-France, le crime de suicide en était l'un des plus odieux. Il constituait un crime contre la nature et surtout une offense contre Dieu, à cette époque où la religion catholique faisait partie intégrante de la société. C'est pourquoi des sanctions étaient réservées non seulement à ceux qui tentaient de se donner la mort, mais également aux cadavres suite à un suicide complété : En 1708 à Québec, le cadavre d'un nommé Guérin est condamné à être « privé de sépulture ecclésiastique et à être jeté dans la voirie ».⁷ En 1730, le cadavre de Marie-Anne Magnan est condamné à être « attaché par les pieds au derrière d'une charrette et traîné sur une claie, la tête en bas et la face contre terre dans les rues de Québec jusqu'à la Place Royale située à la Basse-Ville, et de là, être ramené devant les prisons royales de la ville où le cadavre sera pendu par les pieds à une potence pendant une durée de 2 heures et ensuite son corps sera jeté à l'eau ».⁸

L'histoire du suicide au Québec est encore jeune et c'est pour cette raison que nous nous attardons également à l'histoire du suicide dans d'autres pays. Comme le droit canadien a été grandement influencé par le droit anglo-saxon, il convient de nous attarder spécifiquement à la législation anglaise sur le suicide. Il est intéressant par exemple de noter que le suicide en Angleterre était punissable de peines très sévères, mais que ces sanctions étaient rarement mises à exécution. En effet, à partir du 18^e siècle, un courant de tolérance se fait de plus en plus présent en Angleterre. Selon Martel (1990, 26),

⁷ BANQ, Centre d'archives de Québec, TP1, S28, P8491.

⁸ BANQ, Centre d'archives de Québec, TP1, S28, P17211.

Ce changement dans les attitudes et les réponses au suicide n'a été ni brusque ni sporadique. Il met, en Europe, plus de cent ans à s'opérer. Il est le résultat de la conjonction de plusieurs phénomènes, notamment des transformations dans l'économie politique, des rivalités religieuses et des changements dans les mœurs et la manière de voir le monde. Surtout, ce changement découle d'une métamorphose de l'organisation du pouvoir dans la société. *La religion perd progressivement ses pouvoirs socio-politiques au profit d'un establishment médical* qui devient bientôt l'autorité en matière de moralité. Conséquemment, la manière d'envisager le suicide change. Le suicide n'est plus un péché mortel et un crime, il est devenu un *signe de folie*. (notre souligné)

Cette transformation dans la manière d'interpréter le suicide apparaît dans le *English Draft Code* de 1878. On pense d'abord à le prévenir en supprimant le suicide complété de la liste des infractions et en proscrivant plutôt la tentative de suicide et l'aide au suicide. Comme le dit Martel (1990, 32), « le droit sert dorénavant de dispositif de prévention et de réhabilitation (de la moralité déficiente d'un individu), en plus d'être un dispositif de punition et d'intimidation ». Au Canada, les lois sur le suicide ont connu peu de changement depuis le premier Code criminel en 1892 jusqu'à la décriminalisation de la tentative de suicide en 1972. À cette époque, et à l'instar de l'Angleterre, les interdictions entourant le suicide concernent seulement la tentative de suicide et l'aide au suicide. En 1953, un changement est apporté au statut de la tentative de suicide dans le Code criminel canadien. La gravité du geste est amoindrie alors qu'il passe du statut d'acte criminel au statut d'infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire. Moins de vingt ans plus tard, cette même infraction est finalement supprimée du Code criminel, et ce, sans la moindre protestation dans la Chambre des communes où un débat a eu lieu (la décriminalisation de la tentative de suicide fait partie d'un projet de loi visant plusieurs modifications dans le Code criminel). Il semblait au contraire y avoir un consensus entre les députés concernant cette décriminalisation de la tentative de suicide. Ces derniers semblent effectivement être en accord sur l'idée que ce

comportement ne devrait pas être matière criminelle, et que des moyens autre que le droit pénal doivent être considérés pour réagir à ce problème d'ordre médical et social.⁹

1. Le suicide : Une définition?

Toute étude sur la tentative de suicide se doit nécessairement de se questionner sur la définition de ce qui constitue un suicide. À première vue, cette tâche paraît des plus simples, mais il n'en est rien. Nous verrons en effet comment aucune définition claire du suicide n'existe car le même terme, suicide, peut être utilisé pour qualifier une foule de comportements divers. Tout d'abord, avant de définir ce que nous entendons par suicide, il est intéressant de se pencher sur l'étymologie du terme. La première apparition du mot *suicide* dans le *Oxford English Dictionary* date de 1651 (Farberow, 1975, 1). Il serait un dérivé du latin « *suicidium* », qui est une combinaison des termes « soi » et « tuer ». Selon Farberow (1975, 1), une autre origine est possible. Le « suicide » serait également un amalgame des mots latins « *suist* », qui signifie une personne égoïste, et « *suicism* », qui veut dire égoïsme. Comme l'acte de suicide est souvent défini comme étant la décision d'une personne qui agit seule, il est possible d'y interpréter une certaine part d'égoïsme.¹⁰ De son côté, Bayet (1922) place la première apparition du mot suicide (peut-être en langue française) en l'an 1737 dans un écrit de

⁹ Le Ministre de la Justice de l'époque, Otto E. Lang annonce ainsi le changement apporté au Code criminel canadien concernant la tentative de suicide: « We have removed, as well, the offence of attempted suicide, again on the philosophy that this is not a matter which requires legal remedy, that it has its roots and its solutions in science outside of the law and that certainly deterrence under the legal system is unnecessary ». Les députés sont en accord avec cette décriminalisation, tel que le mentionne le député de Broadview, John Gilbert: « Now we are taking the same human approach [que l'Angleterre qui a décriminalisé la tentative de suicide en 1961] with regard to the problem of attempted suicide and we are placing it more in the field of a *medical and social problem rather than a criminal one* ». (Commons Debates, 27 avril 1972) ; notre souligné.

¹⁰ Durkheim avait d'ailleurs fait de l'égoïsme l'une de ces catégories de suicide. Celle-ci se définit comme étant un défaut d'intégration aux groupes sociaux de la société. Il remarque par exemple un plus haut taux de suicide chez les célibataires qu'il explique comme étant le résultat d'un isolement de l'individu, ce dernier se considérant comme sans attache à la société et libre de disposer de lui-même comme il le souhaite.

l'abbé Desfontaines intitulé *Observations sur les écrits modernes*, et le terme est inscrit dans le *Dictionnaire de l'Académie* en 1762 (Bayet, 1922, 678). Mais avant même que le terme suicide n'existe, il en était question sous d'autres expressions, soit s'être homicidé soi-même et s'être détruit.

Quelle que soit son origine exacte, le terme suicide revêt un sens péjoratif généralement associé à l'égoïsme. En ce qui nous concerne, pour éviter de sombrer dans une morale qui envahit souvent le débat sur le suicide, nous décrirons celui-ci dans des termes plus neutres. Dans le cadre de cette recherche, nous entendons par suicide une interruption volontaire de sa propre vie suite à une action directe ou indirecte sur l'activité des organes vitaux provoquant la mort désirée par la personne. Cette description est inspirée de l'ouvrage de Bernard Diu (2008) sur l'euthanasie, qui tente d'établir des similitudes entre l'interruption volontaire de la vie et l'interruption volontaire de grossesse.

Il est particulièrement intéressant de constater que d'autres appellations existent pour parler de cas spécifiques de suicide ou qui s'en apparentent. Par exemple, l'autolyse, dont l'étymologie grecque est une combinaison des mots « àùto », qui signifie « soi-même », et « lùsis », qui signifie « destruction », est notamment utilisée en biologie pour faire référence à l'autodestruction de cellules. Au Japon, le terme *Hara-kiri* sert à décrire un moyen particulier de s'enlever la vie requérant une motivation et un courage à toute épreuve alors que la personne s'éventre à l'aide d'un couteau en tranchant horizontalement et verticalement son abdomen (Iga et Tatai, 1975, 258). Les Japonais ont d'ailleurs des termes spécifiques pour décrire les différents suicides selon le moyen utilisé et les motifs qui sous-tendent le passage à l'acte (Iga et Tatai, 1975). Ils ont par exemple un terme pour le suicide dont le but est d'expier un tort (Kashitsu-shi ou Sokotsu-bara), celui qui suit la mort de son maître (Junshi), ou le suicide

sacrificiel (Gisei-shi) (Iga et Tatai, 1975, 259). Les attitudes envers les différents suicides sont également différentes, notamment en raison de la culture japonaise et de diverses philosophies qui sont présentes dans cette culture. Par exemple, selon la philosophie bouddhiste, la vie est perçue comme étant éphémère et sujette à un éternel changement, tandis que les corps sont les gardiens temporaires des âmes (Iga et Tatai, 1975, 270). Dès lors, on peut croire qu'il existe une certaine approbation au suicide dans la culture japonaise.

Au Québec, la religion catholique, qui a régné sur la société jusqu'à récemment, offre une vision différente du comportement suicidaire : généralement, elle le proscrit. De ce fait, tous les comportements, qui ressemblent de près ou de loin à des suicides, sont proscrits. Au Québec, comme en Occident en général, il est intéressant de remarquer qu'il n'existe pas de termes spécifiques comme au Japon pour différencier les divers types de suicide selon les motifs et les moyens. Pourtant, il n'en demeure pas moins qu'il peut y avoir des divergences majeures entre les différents comportements suicidaires, notamment par rapport aux motifs du passage à l'acte, ce qui rend difficile les tentatives de définition globale. Certains éléments semblent toutefois centraux pour parler de suicide et ces derniers attirent notre attention. Malgré les différents types de comportements suicidaires qui existent, plusieurs auteurs, dont Atkinson (1978), Douglas (1967) et les juristes qui ont défini le suicide, s'entendent pour le définir comme étant l'acte de s'enlever la vie volontairement et délibérément. La mort peut survenir suite à une action directe posée par la personne ou encore l'absence d'une action qui sauverait sa vie, c'est-à-dire que la non-action peut également être responsable de la mort. L'exemple qui explique le mieux cette idée est sans doute un individu qui décède suite à une grève de la faim. Ce que Szasz (1999, 7) appelle un acte posé volontairement et délibérément dans le but d'assouvir un désir d'autonomie, Douglas (1967) le divise et le précise en différentes composantes. En effet, il considère que toute volonté débute par une décision qui se traduit en

action (ou non-action) (Douglas, 1967, 352). Avec le concept de volonté entre ici en jeu une idée essentielle à l'étude sur le suicide et la tentative de suicide, c'est-à-dire la question de la folie.

1.1 La folie et le pouvoir de décision

Si, comme le pense Douglas (1967, 352), le suicide débute par une décision, il est important de s'interroger sur la véritable existence de celle-ci. Considérant que le comportement suicidaire est parfois le résultat de la folie ou de la maladie mentale, il devient alors légitime de penser que des individus souffrant de ces « maladies » sont incapables de prendre de telles décisions. Dans ces situations, le comportement ne pourrait pas être qualifié de suicide et encore moins de crime, lequel nécessite l'*actus reus* et la *mens rea*.¹¹ De la même manière qu'un jeune enfant ne sera pas tenu responsable s'il commet un crime, un individu pourra être considéré comme innocent si la *mens rea* est absente, c'est-à-dire s'il est prouvé que le suicide est le résultat d'un moment de folie ou d'une explication semblable.

La tâche de déterminer la présence de la *mens rea* revient aux coroners qui font enquête sur les décès et rendent des verdicts sur les causes de décès, dont le suicide lorsqu'un tel cas se présente. C'est pourquoi, jusqu'en 1938 en Angleterre, les coroners devaient choisir

¹¹ L'*actus reus* est un terme latin signifiant « acte coupable » et qui renvoie à l'élément matériel d'un crime. Il peut se définir ainsi : « le comportement extériorisé d'un individu qui agit de façon volontaire, qui a le contrôle physique et dont le comportement est prévu et sanctionné par la loi » (Côté-Harper, Rainville et Turgeon, 1998, 268-269). Souvent, les conséquences ou les circonstances entourant un geste permettent de montrer le caractère mauvais d'un acte. Ainsi par exemple, le meurtre est un crime non seulement parce qu'il s'agit d'un acte moralement répréhensible, mais parce qu'il s'agit d'une conséquence interdite par la loi, c'est-à-dire la mort (Parent, 2003, 5). L'*actus reus* peut se diviser en composantes. Il peut s'agir d'un acte positif, d'un état ou une situation, d'une omission, de faits ou de circonstances particulières, de dommages aggravant le crime ou de lien de causalité (Parent, 2003). La *mens rea* est quant à elle l'élément d'un crime qui renvoie à l'état mental de l'accusé. En plus de questionner l'état psychologique d'un accusé, la *mens rea* est composée de l'intention et de la volonté de la personne de commettre l'action, en plus de la connaissance, tel que l'explique Parent (2003, 197) : « on peut dire qu'on n'agit intentionnellement que lorsque l'on connaît les circonstances particulières dans lesquelles et au sujet desquelles l'action a lieu et que l'on fait tendre notre volonté vers la production de ce résultat [...] L'intention est donc à la fois un acte d'intelligence et de volonté ».

parmi deux types de suicides lorsqu'un tel verdict apparaissait, soit celui de *Felo de se* (félonie), soit celui de suicide pendant un moment de folie (Atkinson, 1978, 90), appelé *Non compos mentis* (Szasz, 1999, 13). En réalité, dès le début de l'antiquité romaine, la dépression d'un individu, alors appelée *Tedium vitae*, pouvait justifier et excuser le suicide de celui-ci, et ce bien avant la découverte de la maladie mentale telle que nous la connaissons aujourd'hui (Szasz, 1999, 11). Ce que Szasz tente d'expliquer est qu'aussitôt que la loi séculière entre en jeu pour permettre la folie comme excuse au suicide, même la loi canonique finit par reconnaître ce pouvoir de la médecine dans le droit pénal (Szasz, 1999, 13). Ce propos est intéressant, compte tenu de la similitude entre le droit canadien et le droit anglo-saxon.

1.2 *L'intention ou la volonté de mourir*

L'intention du sujet demeure cependant une composante essentielle pour établir le verdict de suicide. Dans la pratique, les coroners doivent prouver que la personne avait la réelle intention de s'enlever la vie pour pouvoir en arriver à un tel verdict (Neeleman et Wessely, 1997, 467). Une hypothèse existe, soutenue notamment par Halbwachs (1930), statuant que le degré d'intention soit souvent en lien avec la dangerosité du moyen employé pour s'enlever la vie, c'est-à-dire que plus l'action est dangereuse pour la vie, plus la personne souhaitait mourir. C'est la violence de l'acte qui témoignerait de la force de ce désir de trouver la mort. Par exemple, l'emploi d'une arme à feu laisse moins de place à l'erreur qu'un poison agissant lentement et qui laisse le temps à la personne de regretter son geste et d'appeler à l'aide. Selon Douglas (1967, 361), cette hypothèse n'a toutefois jamais été prouvée par des études empiriques et ne demeure qu'une hypothèse de travail qui mérite plus de recherche.

En fait, comme il le mentionne, bien que l'intention soit considérée comme un élément important dans la définition du suicide, le terme 'suicide' lui-même ne fait pas référence à

l'intention, mais décrit plutôt une action posée (Douglas, 1967, 361). Szasz (1999, 2) confirme cette idée en affirmant que le suicide témoigne simplement d'une manière de mourir, soit celle de s'enlever soi-même la vie. Vu ainsi, une action suicidaire peut être posée sans qu'il y ait préalablement une intention derrière la dite action. Par exemple, un acte dangereux posé par la personne envers elle-même peut causer la mort si l'action tourne mal. Il s'agit de ce que Douglas (1967, 353) appelle les « ego-initiated death », c'est-à-dire des actions qui peuvent entraîner la mort, mais où il est difficile de savoir si l'intention de mourir était bien présente. Un saut en parachute peut terminer en catastrophe et apparaître comme un suicide. Inversement, ce qui ressemble à un accident, comme une noyade, peut en réalité être un suicide. Dans ces types de situation, tenter de déterminer quelle était la véritable intention de la personne est primordial (et difficile) pour le coroner.

Pour le sociologue Durkheim, dans son œuvre *Le suicide* parue en 1897, l'intention ne semble pas être une dimension essentielle, car pour lui un suicide est : « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » (Durkheim, 1897, 5). Est-ce que savoir qu'un geste va entraîner la mort signifie que la personne souhaitait ce résultat? Nous nous permettons d'en douter. Cette absence claire de notion d'intention est d'ailleurs la source d'une critique de Douglas (1967) à l'endroit de l'étude de Durkheim (1897). Tandis que les statistiques officielles utilisent une définition du suicide basée notamment sur l'intention et la volonté, Durkheim laisse de côté ces éléments et parle seulement de conscience des conséquences. Or, connaître les conséquences d'un geste qui va entraîner la mort n'est pas la même chose que de vouloir poser un geste justement parce qu'il peut causer la mort. Douglas (1967, 379), pour qui définir le suicide est primordial avant d'entamer une recherche sur ce sujet, y voit une limite à l'étude réalisée par le sociologue: « [Durkheim] made it impossible for

himself to reasonably make use of official statistics to test his theory of suicide as defined by himself, simply because officials who collected the statistics generally define suicide in terms of intention or volition ».

La définition que fait Durkheim du suicide sera également jugée comme étant trop vaste, notamment par d'Halbwachs (1930, 339). Celle-ci est « large » et peut inclure « tous les actes qui, de près ou de loin, ressemblent à un suicide » (Halbwachs, 1930, 339). Pour ce disciple de Durkheim, il est important d'imposer une limite à cette définition, et c'est ce qu'il fait en définissant lui-même le suicide: « On appelle suicide tout cas de mort qui résulte d'un acte accompli par la victime elle-même, avec l'intention ou en vue de se tuer, et qui n'est pas un sacrifice » (Halbwachs, 1930, 359, notre souligné). Pour cet auteur, c'est le sens attribué à l'acte, par les attitudes et les jugements de la société, en plus de la présence d'une intention, qui permet de le définir en suicide, ce qui signifie que ce dernier peut revêtir plusieurs sens (Halbwachs, 1930, 360).

1.3 Les sens du suicide

La question de la signification des suicides a été amplement étudiée, notamment par Durkheim (1897) tel que rapporté précédemment, ainsi que par plusieurs chercheurs d'horizons différents dans les disciplines de la sociologie, de l'histoire, de la philosophie et de la psychologie. Plus près de nous, le professeur en éthique et en science des religions Éric Volant (1990) a fait une recherche à laquelle nous portons un intérêt plus particulier, le corpus empirique utilisé étant très similaire à celui de notre recherche. Ce dernier a fait l'analyse des messages laissés par les suicidés avant le passage à l'acte. À l'instar de Durkheim, il a fait une typologie des suicides, soit quatre grandes catégories de sens des suicides (les suicides escapistes, agressifs, oblatifs et ludiques), qu'il divise en sous-catégories, toujours selon la

signification du discours de la lettre d'adieu (Volant, 1990). Par contre, à l'opposé de Durkheim, la recherche de Volant (1990) ne voit pas dans les suicides des causes sociales, mais il se penche plutôt sur ce que la personne recherche en accomplissant un suicide. À ce sujet, il conclue que « le suicide nous est apparu comme un acte de salut pour la personne qui n'est plus capable de porter encore plus longtemps un fardeau devenu insupportable » (Volant, 1990, 303).

Ces recherches nous intéressent car elles relatent certains discours tenus sur la signification du suicide. Dans le cas de Durkheim (1897), il s'agit de significations sociales, dans le cas de Volant (1990), il est question des significations individuelles. Ces recherches peuvent servir de référence pour la présente étude alors que ce sont les discours tenus sur les tentatives de suicides par les acteurs dans les tribunaux qui nous intéressent. Nous pensons par exemple à la place de la dépression et de la maladie mentale comme sens attribué à la tentative de suicide.

D'autres chercheurs s'intéressent également aux significations individuelles des suicides. Parmi eux, Douglas (1967) met en lien l'identité des individus avec le passage à l'acte et cite le psychologue Erikson à ce sujet: « [...] the wish to die is only in those rare cases a really suicidal wish, where 'to be a suicide' becomes an inescapable identity choice in itself » (Erikson dans Douglas, 1967, 366). La personne qui désire mourir par suicide, c'est-à-dire qu'elle choisit ce type spécifique de mort, voit son identité concentrée autour de son geste final et la signification qu'il prend pour elle. Cette association de l'identité et du suicide va encore plus loin. En effet, la vie entière d'une personne peut être définie autour du suicide comme étant la fin idéale de cette vie, comme le mentionne le psychologue Binswanger cité par Douglas (1967, 368) : [...] the death, this death, was the necessary fulfillment of the life-meaning of this existence ». Il s'agit en quelque sorte d'une étiquette qui est appliquée à un individu qui se suicide, c'est-à-dire qu'il risque fort d'être à jamais remémoré selon le moyen de sa mort, de la même manière qu'un

individu criminel ou un homosexuel sera parfois exclusivement perçu comme tel. Cet aspect de la recherche de Douglas nous intéresse car les verdicts de tentative de suicide prononcés par le tribunal auront ce même effet d'étiquette.

La situation est quelque peu différente pour Szasz (1999, 4), qui affirme que le terme suicide, en plus d'être une étiquette sociale, permet la dénonciation d'un acte répréhensible, comme plusieurs mots se terminant par le suffixe 'cide' (par exemple génocide et infanticide). Peu importe la façon dont il est expliqué, soit un péché, un crime ou un acte irrationnel, le suicide est toujours considéré comme un acte moralement mauvais (Szasz, 1999, 2). Selon lui, le suicide semble toujours perçu péjorativement.

Que le suicide soit interprété comme un acte à dénoncer ou qu'on y soit favorable, il peut néanmoins prendre une signification particulière et très personnelle pour l'individu qui le commet. À cet égard, la recherche de Volant (1990) effectuée grâce aux lettres des suicidés est intéressante. Selon lui (1990, 25), l'unique but du suicide est de mettre un terme à la vie, la mort étant la fin recherchée. Pour Halbwachs par contre (1930, 340), d'autres situations existent où le suicide sera plutôt la condition ou le moyen pour atteindre un autre objectif (Halbwachs, 1930, 340). Il décrit par exemple le geste héroïque d'un soldat qui court devant une mort certaine pour sauver son régiment (Halbwachs, 1930, 340). Celui-ci n'a pas nécessairement la volonté de mourir, c'est-à-dire que son acte se veut surtout une tentative de sauver ses camarades. Il est pourtant conscient du risque important de mort et du coup, il est en grande partie responsable de sa propre fin. S'agit-il alors toujours d'un suicide ? Dans ce genre de situation ambiguë, comment les enquêteurs font-ils pour déterminer tout d'abord s'il s'agit bien d'un suicide et ensuite, si ce dernier a une signification particulière qui peut l'expliquer ?

1.4 Définition du suicide et application par les coroners

Nous nous attardons maintenant à la définition du suicide telle que retenue par les coroners car il s'agit d'une définition utilisée dans un cadre juridique, comme c'est le cas dans cette recherche où nous nous intéressons à la construction juridique et médicale de la tentative de suicide devant les tribunaux. Encore une fois, nous nous penchons surtout sur la situation en Angleterre, non seulement parce que les recherches sur le sujet sont inexistantes au Canada, mais également parce que le droit anglo-saxon a un lien particulier avec le droit canadien.

Avant que le suicide ne soit décriminalisé en Angleterre en 1961, non seulement les coroners devaient déterminer de quel type de mort il s'agissait (entre un accident, un décès naturel, un suicide, etc.), mais ils devaient également, tel que mentionné précédemment, choisir parmi des sous-catégories lorsqu'un verdict de suicide était prononcé (*Non compos mentis* et *felo de se*). Or, cela est particulièrement difficile à établir car, comme Atkinson (1978, 89) l'a montré lors de sa recherche sur le travail des coroners en Angleterre, il n'existe pas seulement une définition juridique de ce qui constitue un suicide, mais plusieurs. Selon lui, la manière dont les exemples de suicide sont présentés dans le manuel des coroners laisse croire que les suicides dits « normaux » ou évidents sont facilement identifiables par les coroners et que ces derniers seraient en mesure d'en donner une définition précise (Atkinson, 1978, 89). Pourtant, les coroners, qui enquêtent sur les décès, sont parfois incapables de synthétiser le problème du suicide en une seule définition, comme le montre Atkinson (1978, 91) à la suite d'entretiens avec les enquêteurs :

[...] the problem of definition was more generally regarded as 'straightforward', so much that there were no need to spell out with any precisions what actions should be categorized. [...] [the coroner] was unable to formulate a definition immediately *in spite of the fact that he was regularly and routinely involved in categorizing deaths as 'suicidal', 'accidental', and so on* .

Atkinson (1978, 91) souligne que l'incapacité des coroners à donner une définition précise du suicide ne relève pas d'une incompétence de leur part, mais souligne la difficulté qui existe à catégoriser ainsi les décès. Malgré cette apparente difficulté, deux dimensions importantes du suicide furent néanmoins conservées par les coroners, soit le meurtre de soi-même et l'intention de se donner la mort (Atkinson, 1978, 90).

En interrogeant ainsi la question de la complexe définition du suicide par les coroners, il est clair que pour Atkinson (1978), le suicide est un objet construit socialement et juridiquement. Ceci dit, cette position théorique n'est pas la seule qu'il est possible d'adopter. Dans le cadre de cette recherche, nous considérons qu'il existe deux perspectives théoriques principales pour étudier ici le suicide et la tentative de suicide, lesquelles nous allons maintenant exposer. La première perspective que nous présenterons considère le phénomène comme étant un fait brut, quantifiable et mesurable. Parmi les chercheurs qui se placent dans cette position théorique, on retrouve notamment le sociologue français Émile Durkheim qui, grâce à son étude sur le suicide paru en 1897, a permis de montrer qu'il est possible de trouver des facteurs sociaux à un geste qui paraît d'abord individuel. L'œuvre de Durkheim est intéressante non seulement parce qu'elle a eu un effet énorme sur la sociologie moderne, mais surtout parce qu'elle sert de base aux critiques de la part des chercheurs qui se placent en opposition à lui en considérant que le suicide n'est pas cette réalité objective qu'il décrit.

Ces chercheurs, qui ont inspiré notre perspective dans le cadre de cette recherche, voient plutôt dans le suicide et la tentative de suicide un comportement sujet à interprétation, comme une construction juridique et médicale. Ainsi, Douglas (1967) et Atkinson (1978), entre autres, remettent en question les taux de suicide utilisés par Durkheim (et par tous les autres chercheurs) car ils estiment que ceux-ci ne seraient pas de bons

indicateurs de cette « réalité ». Pour exposer leur point de vue, ces chercheurs se questionnent sur les facteurs menant à un verdict de suicide, c'est-à-dire la part d'interprétation faite par les coroners pour qualifier un geste de suicide.

Ces facteurs de détermination d'un suicide sont précisément ce qui nous intéresse pour cette recherche, car ils représentent les discours juridiques et médicaux qui contribuent à la construction, juridique et médicale, du suicide et, dans notre cas, de la tentative de suicide devant les tribunaux. Avant d'aborder plus en détails cette position théorique, nous souhaitons d'abord résumer la pensée de Durkheim, qui statue que le suicide est un fait brut, car c'est notamment en opposition à cette perspective que la position du suicide comme interprétation juridique et médicale voit le jour. Notre choix s'est arrêté sur Durkheim pour bien présenter cette opposition épistémologique car, non seulement il s'agit d'une étude marquante de sociologie, mais surtout car celui-ci est catégorique sur le fait que le suicide est un phénomène mesurable ayant des causes sociales. Pour cet auteur, le suicide et les tentatives de suicide ne sont pas le fruit de constructions dans l'histoire et à travers différents discours. D'un côté, nous retrouvons Durkheim, pour qui par exemple le suicide devient un phénomène problématique lorsque les taux de suicide sont trop élevés, tandis que de l'autre côté, des chercheurs ont étudié comment le suicide a été construit comme crime ou comme problème d'ordre psychologique à la suite de discours tenus par des acteurs sociaux tel que des coroners. Il est question ici de présenter deux points de vue sur le sujet, le premier y voyant le suicide qui existe en soi, le second y voyant le suicide et la tentative de suicide qui n'existent que par une problématisation en des termes juridiques, médicaux ou autres.

2. Durkheim : Une première analyse sociologique du suicide

Dans son étude sur le suicide, Durkheim (1897) admet que le geste peut être vu comme un acte très personnel, mais il n'est toutefois pas intéressé par les facteurs psychologiques qui expliquent ce comportement. Il estime plutôt qu'il est possible d'observer les conditions sociales en tant que causes du suicide et ce, indépendamment de la volonté des individus.

Selon lui, le nombre de suicide dans une société donnée ne change pas tant que la société ne change pas. Autrement dit, pour Durkheim, l'acte suicidaire varie en fonction des sociétés. D'après l'auteur, les individus raisonnent tous de la même manière du fait que leur conscience individuelle découle de la conscience collective, c'est pourquoi il faut chercher les causes des suicides dans le fait social (Durkheim, 1897, 344-345). Une autre raison pour lui d'étudier les taux de suicide sociologiquement est que ces mêmes taux laissent dans l'ombre les causes spécifiques relatives à chaque individu. Effectivement, alors qu'il se sert de l'exemple de l'homme moyen de Quételet, il affirme que « le fait que tant d'individus sur cent se donnent la mort n'implique pas que les autres y soient exposés à un degré quelconque et ne peut rien nous apprendre relativement à la nature et à l'intensité des causes qui déterminent au suicide » (Durkheim, 1897, 342). C'est ainsi qu'il va utiliser d'autres statistiques sociales pour analyser celles sur le suicide. C'est à partir de ces statistiques qu'il construit une typologie des suicides en se basant sur deux critères : l'intégration sociale et la régulation sociale. Selon leur intensité, ces derniers deviennent des causes sociales du suicide.

2.1 *La typologie durkheimienne*

Durkheim distingue quatre types de suicide. Cette typologie pourrait aussi bien s'appliquer aux tentatives de suicide si l'on considère que parfois celles-ci sont en fait des suicides non complétés.

2.1.1 Le suicide égoïste

Les deux premiers types de suicide se rapportent au concept d'intégration. Celui-ci se définit comme le rapport d'un individu à la société, c'est-à-dire que les individus sont en interaction les uns avec les autres et qu'ils ont des buts communs. À plusieurs niveaux, la société est constituée de différentes instances intégratives, que ce soit la famille, l'école ou le travail. C'est notamment la solidarité de la société générale qui contribue à l'intégration, ce qui peut résulter en une intégration plus ou moins parfaite, avec les conséquences que cela implique, dont le suicide (Durkheim, 1897).

Le premier type de suicide, le suicide égoïste, est décrit par Durkheim (1897, 317) à partir de ce concept d'intégration, plus précisément comme le résultat d'un défaut d'intégration. Autrement dit, le suicide égoïste survient lors d'un détachement mélancolique suite à une individuation exagérée (Durkheim, 1897, 317). Chaque individu fait partie de différents groupes sociaux avec chacun un différent degré d'intégration, et c'est à partir de ceux-ci que Durkheim va faire son analyse.

Il en arrive à la conclusion que, par exemple, les célibataires vont avoir un penchant plus élevé pour le suicide. En fait, c'est surtout la présence d'enfants dans une famille qui va agir comme puissant préservatif face au suicide. Il remarque que des veufs ayant des enfants sont moins propices au suicide que des veufs qui n'en ont pas (Durkheim, 1897, 193). Ce sont ici des facteurs comme la densité, l'intensité et la vitalité de la famille qui seront synonymes d'intégration (Durkheim, 1897, 213). Lorsque cette intégration souffre et perd de sa force, par exemple à la suite d'un décès d'un époux ou des enfants, Durkheim (1897, 332) explique que des sentiments d'apathie et de mélancolie s'installent. La personne s'isole toujours plus et finit par couper complètement le contact avec la société par le suicide, car lorsque qu'il y a trop

grande indépendance, la personne sent qu'elle peut disposer d'elle-même comme elle l'entend. Ce concept de défaut d'intégration est intéressant car il laisse sous-entendre que même au 19^e siècle, on s'inquiétait des effets d'une mauvaise intégration à la collectivité¹².

2.1.2 Le suicide altruiste

Le suicide altruiste est une autre forme de suicide étudiée par le père de la sociologie française et celui-ci s'explique simplement comme étant l'opposé du suicide égoïste, c'est-à-dire que le degré d'intégration est à ce point élevé que la personne voit sa vie non plus comme la sienne, mais comme appartenant au groupe social dont elle fait partie. Durkheim (1897, 240) donne l'exemple de sociétés primitives s'inscrivant dans des religions orientales et où une certaine valeur est attachée à l'acte de suicide. Ce dernier est même parfois encouragé, tel que le suicide des épouses indiennes suite à la mort de leur mari (Durkheim, 1897, 235). Ici, des sous-types sont créés par l'auteur, soit le suicide altruiste obligatoire, facultatif ou aigu.¹³ Un second exemple plus près de nos sociétés occidentales pour expliquer le suicide altruiste est celui du suicide militaire, c'est-à-dire ces hommes qui se sacrifient au nom de leur patrie ou pour sauver leurs compatriotes. L'altruisme entre en jeu alors que, comme le mentionne Durkheim (1897, 254), une des premières qualités du soldat est une certaine impersonnalité qui veut qu'il

¹² Si Durkheim s'intéresse particulièrement aux taux de divorce, c'est possiblement parce que celui-ci redevient finalement légal en 1884, après plusieurs décennies d'interdit et de débats. Voyait-il en eux un incitatif au suicide et le déclin de la société française ? RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, Ministère de la Justice et des Libertés, *Quand le divorce était interdit (1816-1884)*, <http://www.justice.gouv.fr/memoire-et-histoire-10050/dossiers-thematiques-10296/quand-le-divorce-etait-interdit-1816-1884-12108.html>, (consulté le 6 octobre 2010).

¹³ Dans le cas du suicide altruiste obligatoire, il s'agit d'un devoir de la personne, c'est-à-dire que la société impose le suicide, sans possibilité de l'éviter. C'était le cas par exemple en Gaule, alors que des esclaves se sacrifiaient à la mort de leur maître (Durkheim, 1987, 235). Le suicide altruiste facultatif est appelé ainsi suite à son caractère optionnel, c'est-à-dire que « l'homme se tue sans être expressément tenu de se tuer » (Durkheim, 1897, 240). Sans être des suicides obligés par la société, celle-ci les voit d'un œil favorable. Finalement, Durkheim élabore la catégorie de suicide altruiste aigu dont le parfait exemple est le suicide religieux et où l'impersonnalité de l'individu est à son apogée. Il s'agit de suicide fait simplement pour la joie du sacrifice, lequel est considéré comme honorable. Comme exemple, Durkheim (1897, 242) mentionne les Jaïns de l'Inde qui se laissaient mourir de faim ou en cherchant la mort dans les eaux sacrées du Gange.

se donne corps et âme à sa fonction. Bref, « l'un [le suicide égoïste] est détaché de la vie parce que, n'apercevant aucun but auquel il puisse se prendre, il se sent inutile et sans raison, l'autre [le suicide altruiste], parce qu'il a un but, mais situé en dehors de cette vie, qui lui apparaît dès lors comme un obstacle » (Durkheim, 1897, 243).

2.1.3 Le suicide anémique

Le suicide anémique est le troisième type de suicide analysé par Durkheim. Afin de l'expliquer, l'auteur se penche sur le système économique capitaliste, et plus particulièrement sur les changements brusques qui accompagnent les crises économiques et les périodes de prospérité répertoriées dans l'histoire, en analysant les taux de suicide de ces périodes spécifiques. Le nombre des suicides est plus élevé dans ces circonstances de bouleversements rapides, car la réglementation et la morale, qui normalement réussissent à contrôler les individus, se retrouvent perturbées (Durkheim, 1897, 281). Cet état, appelé dérèglement ou anomie par Durkheim, était une source d'inquiétude pour l'auteur, qui considérait que la société moderne se dirigeait de plus en plus dans cette direction.

Selon lui, la structure de la société sert de modérateur, par exemple grâce au rang social acquis à la naissance (Durkheim, 1897, 279). En effet, la place assignée à chaque individu permet de contenir les passions individuelles. Or, le développement de l'économie capitaliste a modifié cette organisation de la société et a aggravé cet état d'anomie en le rendant quasi-constant, voire normal (Durkheim, 1897, 284). Comme il l'explique, « [...] maintenant qu'il [le producteur] peut presque prétendre à avoir pour client le monde entier, comment, devant ces perspectives sans bornes, les passions accepteraient-elles encore qu'on les bornât comme autrefois? » (Durkheim, 1897, 284). Avec le capitalisme, des désirs sont créés, sans que les

moyens pour satisfaire ces mêmes désirs ne soient présentés, ce qui crée une insatisfaction et un dégoût pour la société, caractérisant le suicide anémique (Durkheim, 1897, 331).

Le suicide anémique se distingue du suicide égoïste et altruiste, car c'est maintenant la société entière qui est perçue comme la source des causes du suicide, c'est-à-dire son fonctionnement, son dysfonctionnement et l'état d'anomie générale qui y règne. Il n'est plus question de différents groupes sociaux faisant partie de la société comme étant la source des causes des suicides comme ce fut le cas pour les deux types précédemment mentionnés. Ce n'est plus l'intégration à la société qui est un facteur de suicide, mais la manière dont la société règlemente la vie sociale (Durkheim, 1897, 288). Le suicide anémique est indépendant des deux types précédents, mais il possède toutefois certaines affinités avec le suicide égoïste. Dans ces deux cas, le suicide survient alors que la société est absente et défaillante. Durkheim (1897, 288) dira ainsi : « Dans le suicide égoïste, c'est à l'activité proprement collective qu'elle [la société] fait défaut, la laissant ainsi dépourvue d'objet et de signification. Dans le suicide anémique, c'est aux passions proprement individuelles qu'elle manque, les laissant ainsi sans frein qui les règle. » Il s'agit plutôt de l'inverse pour le suicide altruiste alors que la société et ses groupes prennent trop de places pour les individus.

2.1.4 Le suicide fataliste

Pour ce qui est du suicide de fataliste, l'auteur semble vouloir ignorer ce dernier, sinon pour mentionner au passage qu'il s'agit de l'inverse du suicide anémique, c'est-à-dire que les individus souffrent d'une régulation et d'une cohésion sociale très forte. Il s'agirait, par exemple, de la recherche de liberté qui pousse l'esclave vers la mort (Clain, 2007).

2.2 Le suicide, ce fait brut aux causes sociales ou psychologiques

Cette brillante étude de Durkheim, qui montre comment le suicide peut être étudié par la sociologie, n'a pas empêché des chercheurs de s'intéresser au suicide comme la conséquence de problèmes de nature biologique, en particulier avec l'arrivée des aliénistes en France qui soutiennent cette thèse (Durkheim, 1897, 24). Ainsi, Esquirol, l'un de ces aliénistes français qui s'est intéressé au suicide dans son traité *Des maladies mentales* (1838), considérait que « le suicide offre tous les caractères des aliénations mentales » (1838, 639) et que « l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et les suicidés sont des aliénés » (1838, 665). Près de cent ans plus tard, Halbwachs (1930, 307) confirme l'idée que la psychiatrie continue d'élaborer des théories pour expliquer les suicides en se posant la question : « Est-il vrai cependant qu'il y ait des suicides qui n'intéressent pas le psychiatre, ou le psychophysiologiste? Nous ne le croyons pas ». Bien que de nos jours le suicide soit de plus en plus présenté comme un problème de société, particulièrement en ce qui a trait au taux élevé de suicide chez les jeunes québécois, les coroners, qui enquêtent sur les suicides, semblent s'insérer dans le courant évoqué par Halbwachs et les aliénistes, car ils reviennent fréquemment à des explications en termes de dépression et de maladie mentale pour expliquer le passage à l'acte. Nous sommes donc bien loin des causes sociologiques relevées par Durkheim. Or, pour Durkheim (1897, 144), les interprétations des actes suicidaires sur le plan individuel sont sans valeur car elles sont inatteignables empiriquement, comme il l'affirme dans la citation suivante :

[...] ce qu'on appelle les statistiques des motifs de suicides, c'est, en réalité, une statistique des opinions que se font de ces motifs des agents, souvent subalternes, chargés de ce service d'informations. On sait, malheureusement, que les constatations officielles sont trop souvent défectueuses, alors même qu'elles portent sur des faits matériels et ostensibles que tout observateur consciencieux peut saisir et qui ne laisse aucune place à l'appréciation.

Ainsi, bien qu'il admette une certaine construction des données sur les motifs du suicide, Durkheim demeure ferme à l'idée que le suicide est un fait social en soi. Comme tout délit, soutient-il, le suicide « est une chose naturelle qui a ses conditions dans la nature même de la société et non dans la volonté changeante des hommes d'État » (Durkheim, 1893, p. 293). Les motifs avancés pour un suicide ne font que cacher les véritables causes sociales des suicides. En d'autres mots, le suicide et la tentative de suicide auraient des causes sociales ou psychiatriques, qui nous permettent de les étudier comme des faits bruts¹⁴.

3. La perspective du suicide et de la tentative de suicide comme une construction juridique et médicale

D'un autre côté, plusieurs auteurs se questionnent sur la part d'interprétation du suicide, plus particulièrement dans les verdicts de suicide tels qu'ils sont prononcés par des coroners. Bien que ces recherches en arrivent parfois à des conclusions divergentes, le simple fait qu'ils étudient la manière dont des coroners déterminent un verdict de suicide laisse entendre qu'il y a une part de construction juridique et/ou médicale, dans ce qui constitue un suicide, et dans notre cas la tentative de suicide. C'est la raison pour laquelle nous nous attardons à ces recherches. Malgré leur intérêt marqué pour les taux de suicide, qui ne nous intéressent pas en soi, nous jugeons tout de même important de les mentionner, car c'est sur eux que les chercheurs se penchent pour évaluer les impacts de la construction juridique et médicale du suicide.

Nous allons d'abord nous intéresser à la construction juridique du crime de suicide et de tentative de suicide. À ce sujet, l'écrit de Hoffman et Webb (1981) relate comment et surtout pourquoi des sanctions ont été instituées en réaction à des suicides. Ce bref retour en arrière

¹⁴ Voir par exemple LESAGE, Alain (1994), « Troubles mentaux et suicide », *Santé mentale au Québec*, Vol. 19, No. 2, pp. 7-14, ainsi que GAGNÉ, Mathieu et Danielle St-Laurent (2008), « Évolution du suicide au Québec », *Frontières*, Vol. 21, No. 1, pp.44-52.

sert à illustrer comment ces sanctions ne sont pas le fruit d'un consensus, mais plutôt d'un pouvoir étatique qui cherche à s'étendre et à s'enrichir, ce qui fait du suicide et de la tentative de suicide une construction juridique réalisée à des fins économiques et politiques. Deuxièmement, nous nous pencherons sur la détermination des verdicts de suicide par des coroners, plus précisément sur l'influence que peuvent avoir des transformations législatives et administratives dans le prononcé de ces verdicts et, conséquemment, sur les taux de suicide. Ensuite, toujours afin d'illustrer que le suicide n'est pas ce fait brut au sens Durkheimien, nous allons voir que le verdict de suicide peut être influencé par le type de formation, juridique ou médicale, que reçoivent les coroners, et que les coroners anglais semblent généralement plus prudents à émettre un verdict de suicide que leurs collègues danois. Outre la formation, juridique ou médicale, reçue par les coroners, ces derniers sont également influencés par des caractéristiques du défunt, tel que l'âge et la présence de symptômes psychiatriques, lorsque vient le temps d'énoncer un verdict de suicide. Ces facteurs de détermination de suicide nous amènent à l'idée de la construction médicale du suicide et de la tentative de suicide. À ce sujet, nous nous attarderons plus largement sur l'écrit de Szasz (1999) concernant la dominance de l'interprétation médicale du comportement suicidaire. Cette interprétation médicale semble avoir grandement influencé non seulement les coroners qui prononcent des verdicts de suicide, mais également la décriminalisation de la tentative de suicide au Canada en 1972. Ce texte sert à illustrer comment le suicide et la tentative de suicide sont presque automatiquement expliqués en termes de maladie mentale, conférant ainsi aux psychiatres le pouvoir contrôler ces individus au comportement « déviant » et même « criminel ».

3.1 Apparition et évolution des sentences contre le suicide

En Angleterre, au 14^e siècle, le suicide était considéré comme un homicide où la victime était en même temps l'agresseur (Hoffman et Webb, 1981, 373), d'où l'appellation 'homicide de

soi-même', et il s'agissait d'un véritable meurtre prémédité. L'introduction du suicide dans la catégorie de félonie ne s'est pas faite sans motifs, et ce sont ces dits motifs qui nous intéressent. C'est en tournant notre attention vers les sentences prévues, comme l'ont fait Hoffman et Webb (1981), que nous pouvons comprendre la justification derrière la criminalisation du suicide.

Ces sentences renvoient généralement à deux modes de justification en particulier. D'abord une sanction religieuse qui proscriit le suicide et le puni par l'interdiction au corps d'être enterré dans un cimetière chrétien (Hoffman et Webb, 1981, 374). À l'époque de la Nouvelle-France, cette sanction est également appliquée. Selon Bayet (1922), c'est le châtimeut infligé au cadavre qui représente l'élément essentiel de la peine. Ensuite, le droit criminel anglais sanctionnait les suicides en retirant à l'accusé (et à sa famille) la possession de ses biens et de sa terre (Hoffman et Webb, 1981, 375). Ainsi, selon Hoffman et Webb (1981, 372-373), les sanctions infligées par le droit criminel anglais sont d'abord apparues pour servir les intérêts de certains groupes de la population, soit les groupes au pouvoir. Les auteurs notent que certains châtimeuts ont même précédé les lois qui interdisent le suicide. Comme c'est le cas pour plusieurs félonies, qui apparaissent à l'époque et comme le veut la tradition de la Common law, il n'y avait pas de législation en soi interdisant la commission de ces actes, ce qui n'empêchait pas que des sanctions pouvaient être mises à exécution lorsque ces comportements étaient perpétrés (Hoffman et Webb, 1981, 374). Cette absence de loi écrite contre le suicide n'a donc pas limité les réactions pénales et sociales. Au contraire, ces châtimeuts seraient à l'origine de la législation contre le suicide apparue par la suite, servant de référence à la dite législation.

En instaurant de telles sentences, on voulait d'abord faire peur à la population pour la dissuader de se suicider. La confiscation des biens et des terres pouvait être évitée seulement si

un verdict de folie était prononcé (Hoffman et Webb, 1981, 375). Mais dans les cas où aucun pardon n'était administré, à qui donc revenait les possessions de l'accusé ? Celles-ci revenaient d'abord aux seigneurs de la terre, ce qui leur permettait d'accroître leurs revenus (Bayet, 1922), puis au roi et à l'État. Introduire le suicide dans la catégorie de crime permet d'étendre également le pouvoir étatique et les droits judiciaires de cet État (Hoffman et Webb, 1981, 376). Ainsi, non seulement la confiscation des biens et des terres étaient un moyen de dissuasion, mais également une source d'enrichissement et de pouvoir pour l'État. Ce dernier pouvait prétendre avoir un plus grand contrôle sur le comportement des individus, alors que le droit pénal avait, avec le droit canonique, la main mise sur le comportement suicidaire. À cette époque, le suicide était donc l'objet d'une prise en charge juridique et religieuse, l'État et la religion chrétienne considérant tous les deux le comportement suicidaire comme répréhensible.

L'idée selon laquelle les sanctions ont été mises en place pour étendre le pouvoir de l'État s'avère pertinente lorsqu'on s'attarde aux raisons de l'abolition en 1870 de la confiscation des biens lors de suicide (Hoffman et Webb, 1981, 380). Tout d'abord, l'État ayant acquis depuis le Moyen-âge d'autres moyens pour augmenter ses revenus, la confiscation des biens ne représentait plus une source de revenue importante (Hoffman et Webb, 1981, 380). Également, la forte résistance du public devant l'application des lois rendait de plus en plus difficile l'acquisition par l'État des biens confisqués. Selon Neeleman (1996, 252), il y avait une profonde différence entre les pratiques médico-légales et l'opinion publique qui prônaient l'indulgence, et les législations prévues pour punir les comportements suicidaires. Cette différence d'opinion a perduré pendant plusieurs années et ce n'est que plus tard, au XX^e siècle, que son effet sur la législation a été ressenti. Elle aurait en effet facilité l'entrée en matière de la médecine comme nouveau modèle d'explication du suicide basé sur le déterminisme, ce qui a favorisé l'abolition de la loi en Angleterre :

[...] the passing of the Suicide Act in 1961 represented the transition of the free-will model (suicide as a matter of free choice and hence punishable as an offence) to the deterministic model (suicide as the consequence of uncontrollable and hence excusable conditions, such as mental illness) of suicide behaviour (Neelemen, 1996, 256).

3.2 *Les changements administratifs et législatifs*

Avant l'abolition du crime de tentative de suicide en Angleterre en 1961, certaines modifications ont été apportées dans l'administration de la justice concernant le suicide. Ainsi, parmi les autres recherches qui tentent de prouver que les statistiques officielles de suicide ne sont pas sujettes à une construction juridique, Jennings et Barraclough (1980) ont fait d'intéressantes études sur les fluctuations du taux de suicide en Angleterre et le lien possible avec les changements dans les procédures légales et les décisions des tribunaux d'Appel en matière de verdict de suicide. Avant même que la législation sur le suicide ne soit modifiée en Angleterre en 1961, il y a d'abord eu des changements quant aux procédures encadrant le travail des coroners qui méritent qu'on s'y attarde.

3.2.1 L'abolition des jurys

Parmi les changements dans les procédures judiciaires en Angleterre, on note le *Coroners' Amendment Act* en 1926, qui abolit les jurys devant lesquels les coroners devaient présenter leurs dossiers. Une hypothèse soutient l'idée que les membres d'un jury étaient plus enclins à prononcer un verdict autre que le suicide, voulant ainsi épargner à la famille du défunt le stigmate qui accompagne ce prononcé. Suivant cette hypothèse, l'abolition des jurys aurait eu comme effet une augmentation du « taux » de suicide (Jennings et Barraclough, 1980, 415). Si l'on considère que plusieurs véritables suicides se retrouvent dans la catégorie de décès accidentels, la confirmation de cette hypothèse se remarquerait non seulement par une hausse du taux de suicide, mais également par une baisse du taux de décès accidentels. C'est toutefois

l'inverse qui est observé deux ans plus tard, alors que le taux de suicide diminue légèrement et que le taux de mort accidentelle augmente (Jennings et Barraclough, 1980, 415). Ce résultat incite Jennings et Barraclough (1980) à conclure que les procédures judiciaires, plus spécifiquement la présence de jurys, ne semblent pas avoir d'effets marquants sur le nombre de suicides prononcés. Suite à ces résultats, les chercheurs n'ont pu confirmer leur hypothèse voulant que les jurys soient plus réticents à prononcer des verdicts de suicide, et ils concluent que ce changement dans les procédures judiciaires n'a pas eu d'effet significatif sur les taux de suicide (Jennings et Barraclough, 1980, 415).

3.2.2 La décriminalisation de la tentative de suicide

En 1961, un autre changement législatif important eut lieu en Angleterre alors que le *Suicide Act* vient abolir la tentative de suicide comme crime. Jennings et Barraclough veulent alors tester l'hypothèse selon laquelle cette abolition du crime de tentative de suicide ferait augmenter le nombre de suicide prononcé par les coroners, notamment si l'on considère que la tentative de suicide est simplement un suicide non réussi. Toujours selon cette hypothèse, l'élimination de l'étiquette de crime auparavant associée au suicide viendrait diminuer la force du stigmatisme qui est normalement associé à l'acte. Suite à ce changement dans la loi, l'individu qui tente de se suicider n'est plus considéré comme un criminel. Conscients du changement de discours, les coroners faisant enquête sur un décès auraient possiblement moins de réticence à prononcer un verdict de suicide. Autrement dit, le relâchement dans la définition du suicide et l'élimination du stigmatisme de félonie autrefois associé aux tentatives de suicide rendrait plus acceptable la prononciation d'un tel verdict. Or, malgré cet amendement législatif important, tant les taux de suicide que ceux de décès accidentels augmentèrent. Encore une fois, les auteurs en concluent que l'abolition de la loi n'a pas d'effets notables sur les statistiques de suicide (Jennings et Barraclough, 1980, 415).

3.3 Les procédures judiciaires : les demandes d'appel

Jennings et Barraclough (1980) poussent davantage leur recherche sur les effets de l'administration de la justice sur les taux de suicide alors qu'ils se penchent sur les procédures judiciaires. Ils s'intéressent plus particulièrement aux demandes d'appel afin de déterminer si celles-ci ont des répercussions sur le prononcé final d'un verdict de suicide et, par le fait même, sur les taux officiels de suicide.

La procédure judiciaire en Angleterre veut que le verdict d'un décès puisse être porté en appel. Alors qu'ils présentent leurs dossiers devant les tribunaux, les coroners doivent mettre en évidence les preuves qu'ils ont décelées pour prononcer tel verdict et non un autre. Grâce aux interventions des juges, les coroners sont informés de ce qui constitue des preuves acceptables pour prononcer un verdict de suicide. Selon les auteurs, les jugements des Cours d'appel vont effectivement apporter certaines modifications à l'interprétation que font les coroners de la définition juridique du suicide (Jennings et Barraclough, 1980, 412). Par exemple, dans les dix cas recensés par les auteurs, les juges vont réitérer l'importance de prouver l'intention du défunt de se donner la mort (Jennings et Barraclough, 1980, 413).

Ainsi, la recherche de Jennings et Barraclough (1980, 412-413) a révélé que sur les dix cas qui se sont retrouvés devant les tribunaux de deuxième instance entre 1940 et 1975, huit d'entre eux ont vu le verdict de suicide renversé par le juge, notamment en raison du manque de preuve en ce qui concerne l'intention de mourir du défunt. Même dans certains cas où un suicide semble la meilleure explication selon le coroner, par exemple lors de la pendaison d'un étudiant en 1956, le verdict de suicide fut renversé par la Cour d'appel, qui statua qu'il n'y avait pas assez de preuves en ce sens, le jeune homme s'exerçant peut-être à une expérience (!) (Jennings et Barraclough, 1980, 412). Les auteurs en concluent qu'il existe une part de

réinterprétation de la définition légale du suicide par les tribunaux d'appel, mais que celle-ci n'est pas assez importante pour être significative et mettre en doute la validité des taux de suicide officiels (Jennings et Barraclough, 1980, 416).

En plus de mettre l'accent sur la preuve d'intention, les tribunaux rappellent aux coroners qu'un verdict de suicide ne doit pas être prononcé suite à un processus d'élimination des types de décès possibles, c'est-à-dire que la présomption doit être contre le suicide (présomption d'innocence) (Jennings et Barraclough, 1980, 413). Suite aux renversements de ces huit verdicts de suicide et aux demandes de preuves plus exigeantes de la part des tribunaux, il est possible de croire que le nombre de verdict de suicide sera affecté à la baisse. En effet, comme les coroners doivent être convaincus des fondements de leurs décisions, chaque doute devrait faire pencher en faveur d'un verdict autre que le suicide. Encore une fois, soutiennent Jennings et Barraclough (1980, c'est le contraire qui fut remarqué. Les taux officiels de suicide connurent une légère augmentation suite à deux cas en 1944 et 1956, (Jennings et Barraclough, 1980, 415). Seuls les dossiers de 1967 et 1968 furent suivi d'une baisse du taux de suicide, mais une hausse fut remarquée dès 1970 (Jennings et Barraclough, 1980, 415). Selon les chercheurs, l'explication est la suivante : « This suggest that coroners have always employed strict criteria for returning a suicide verdict » (Jennings et Barraclough, 1980, 417). Ainsi, selon eux, la procédure pour déterminer une mort par suicide était déjà assez exigeante et les commentaires des juges en Cour d'appel n'eurent pas d'effets notables sur les décisions ultérieures des coroners. En conclusion, les procédures n'auraient eu que très peu d'incidence sur les statistiques en matière de suicide, ce qui signifie que les statistiques officielles seraient fiables, tout comme les verdicts des coroners, aux dires de ces chercheurs. Ceci dit, ces recherches ont pour objet le verdict de suicide après que celui-ci soit prononcé par le coroner, et non comment on aboutit à un tel verdict. Dès lors, Atkinson (1978) et Douglas (1967, 383)

estiment qu'il est essentiel de se pencher sur l'activité quotidienne des coroners et sur les significations que peuvent avoir les usages du terme suicide pendant leurs enquêtes, car c'est sur eux qu'est réalisée la tâche de déterminer la cause d'un décès.

Nous allons donc d'abord regarder plus attentivement qui sont les coroners anglais (leur formation) et comment ils déterminent un verdict de suicide afin d'illustrer la part d'interprétation et de construction juridique (et médicale) dans ce qui constitue un suicide. Nous pouvons par la suite comparer ces analyses avec notre matériau empirique, soit les tentatives de suicide devant les tribunaux québécois.

3.4 L'impact du type de formation des coroners

En Angleterre comme au Canada d'ailleurs, il existe deux types de formation pour les coroners : juridique et médicale. Cela s'avère intéressant car nous pourrions étudier si la formation a une influence sur le verdict prononcé. C'est ce qu'ont fait Neeleman et Wessely (1997) en Angleterre, Clarke-Finnegan et Fahy (1983) en Irlande, ainsi que Pescosolido et Mendelsohn (1986) aux États-Unis.

En Irlande, selon Clarke-Finnegan et Fahy (1983), les coroners ayant une formation médicale, notamment avec une spécialisation dans la pathologie, rapportent plus de suicides que les coroners qui possèdent uniquement une formation dans le domaine légal. Cette disparité du nombre de verdicts de suicide entre les différents coroners serait due au fait que l'approche clinique se base surtout sur une analyse des probabilités, tandis que les coroners de formation légale sont dans l'obligation de présenter des preuves (Clarke-Finnegan et Fahy, 1983, 386). En d'autres termes, les médecins donnent un verdict de suicide lorsque ce dernier semble la meilleure explication du décès, alors que les autres coroners doivent être en mesure de démontrer avec certitude que le verdict est exact, ce qui a comme effet de faire augmenter le

taux de suicide lorsqu'une proportion plus élevée de coroners formés en médecine procède aux enquêtes.

En Grande-Bretagne, pour Neeleman et Wessely (1997) en Angleterre, les résultats sont différents. Parmi les résultats notables de leur étude réalisée en Angleterre, on remarque d'abord que le pourcentage de verdicts ouverts ou indéterminés prononcés en 1994 par les coroners ayant une formation médicale est beaucoup plus élevé que ceux prononcés par les coroners ayant seulement une formation juridique, ce qui est contraire aux résultats obtenus par Clarke-Finnegan et Fahy (1983). En effet, les coroners de formation médicale ont exprimé 92% de verdicts ouverts, comparativement à seulement 50% chez les coroners de formation juridique (Neeleman et Wessely, 1997, 470). Un ratio plus grand de verdicts ouverts ou indéterminés indique, selon Rockett et Smith (1995), cité par Neeleman et Wessely (1997, 467), qu'il y a une possible sous-représentation des suicides par rapport au taux réel de suicide, c'est-à-dire que selon eux, plus le ratio de verdicts ouverts-suicides est grand, plus les chances d'avoir des suicides parmi les verdicts ouverts sont élevées. Les auteurs considèrent que les coroners formés en médecine font usage d'une rigueur scientifique plus élevée dans leurs enquêtes avant d'émettre des conclusions que leurs collègues qui ont une formation légale: « An explanation is not immediately apparent but it may be that doctors, when they function in a judicial capacity, adhere, paradoxically, more strictly to the 'letter of the law' than those without medical degrees » (Neeleman et Wessely, 1997, 741). Comme la définition juridique du suicide est imprécise, il est fort possible que chaque enquêteur l'interprète à sa manière. En effet, les coroners peuvent avoir des conceptions différentes de ce qui constitue la preuve d'une intention de s'enlever la vie, notamment lorsqu'il est temps de s'interroger sur la place de la volonté de commettre l'acte (O'Donnell et Farmer, 1995).

Comme limite à cette explication, Neleman et Wessely (1997) reconnaissent que plusieurs décès accidentels peuvent également être enregistrés en tant que verdict ouvert, augmentant leur nombre. Pensons ici aux décès dont la cause reste ambiguë, par exemple lors de noyade ou d'empoisonnement (Neeleman et Wessely, 1997, 470). En fait, il semble que le verdict peut-être affecté à la fois par le type de formation du coroner ou encore par la cause du décès.

Une autre recherche faite aux États-Unis observe des résultats similaires à ceux obtenus par Neeleman et Wessely (1997). Celle-ci fut faite auprès de pathologistes et de toxicologistes. Les chercheurs ont ainsi remarqué que plus le nombre d'examineurs médicaux est important dans un comté donné, plus le taux de suicide diminue (Pescosolido et Mendelsohn, 1986, 90). Selon Pescosolido et Mendelsohn (1986), cela vient ébranler l'hypothèse de Clarke-Finnigan et Fahy (1983) voulant que les coroners formés en médecine prononcent davantage de verdicts de suicide. Malgré ces résultats, les auteurs concluent qu'il est difficile d'établir un lien entre la formation professionnelle des enquêteurs et le taux de suicide observé : « Because of these mixed findings, the results do not strongly support the expectation that local toxicologists discourage misreporting suicides while elected coroners and inquest procedures encourage misreporting » (Pescosolido et Mendelsohn, 1986, 93).

Bien que les résultats de ces recherches diffèrent, ce ne sont pas tant les conclusions qui nous intéressent ici, mais la perspective constructiviste dans laquelle les chercheurs se positionnent, c'est-à-dire que les coroners subissent l'influence de leur formation lorsqu'ils prononcent des verdicts de suicide. Alors que ces études se penchent sur les différences entre les coroners à l'intérieur d'un même pays, soit l'Irlande, l'Angleterre et les États-Unis, une

recherche va quant à elle comparer le verdict des coroners entre des pays, c'est-à-dire entre l'Angleterre et le Danemark.

3.5 Comparaison avec les coroners danois

Lors d'une étude effectuée en 1974 par l'Organisation mondiale de la santé sur la fiabilité des verdicts de suicide des coroners anglais, on a comparé le travail de ceux-ci à celui de médecins danois, les *kredslaeger*, qui remplissent sensiblement les mêmes fonctions. Dans cette recherche effectuée avec les mêmes dossiers, les coroners anglais ont classé 47% des décès en tant que suicide et 30% en tant que verdict ouvert, comparativement aux *kredslaeger* danois, qui eux ont classé 71% des cas comme suicide et 11% comme verdict ouvert (Jacobson *et al.*, 1976, 420). Bien que Jacobson *et al.* (1976, 420) reconnaissent que le travail des coroners est fiable, les auteurs admettent également qu'il existe une part d'interprétation de l'acte suicidaire par ces derniers, ce qui expliquerait la disparité des résultats entre ces pays. En raison de cette part d'interprétation des coroners, Jacobson *et al.* (1976, 421) affirment qu'il faut lire les statistiques sur le suicide avec prudence, puisque que les coroners font eux-mêmes preuve de prudence lors de leurs enquêtes. En effet, cette précaution des coroners a une incidence directe sur les taux officiels de suicide, tel que nous venons de le constater. Si le suicide est sujet à une certaine interprétation de la part des coroners, la tentative de suicide est également soumise à une part de subjectivité, non pas par les coroners mais par les acteurs sociaux des tribunaux qui doivent déterminer si ce « crime » a bel et bien eu lieu, comme lors de tous cas présentés devant un tribunal. Mais avant d'examiner notre corpus, étudions les facteurs qui influencent la détermination d'un suicide par les coroners, c'est-à-dire les caractéristiques du défunt les incitant à prononcer un verdict de suicide et non un autre verdict.

3.6 Les facteurs de détermination de suicide par les coroners

Platt *et al.* (1988) ainsi que Jacobson *et al.* (1976) sont de ceux qui se sont questionnés sur ce qui différencie un verdict de suicide d'un verdict ouvert, c'est-à-dire indéterminé. Dans leurs recherches, ils tentent de prouver que les verdicts de suicide prononcés par les coroners ne sont pas influencés par des variables sociales, démographiques et psychiatriques des défunts, telles que des symptômes dépressifs ou un passé psychiatrique. Platt *et al.* (1988, 218) vont par exemple se questionner sur le lien entre la dépression et le verdict de suicide. Des interrogations similaires furent d'ailleurs posées douze ans plus tôt par les chercheurs Jacobson *et al.* (1976). De leur côté, ceux-ci notent la présence d'une différence significative quant au nombre beaucoup moins élevé de décès déclarés « verdicts ouverts » où l'on retrouve chez les individus des symptômes d'anxiété, une prise de médicaments ou encore lorsque des notes de suicide ont été écrites (Jacobson *et al.*, 1976, 419). En d'autres mots, lorsque de telles caractéristiques sont présentes lors d'un décès, elles sont assez significatives pour les coroners afin d'émettre un verdict qui ne sera pas « ouvert ». Toutefois, là où il n'y a pas de différence significative, c'est dans la présence de symptômes de dépression. En effet, bien que la variable « intervention médicale » se retrouvait en moins grand nombre chez les décès classés « verdicts ouverts », il y avait significativement plus de cas où des symptômes psychiatriques furent notés (Jacobson *et al.*, 1976, 419). Par exemple, il était beaucoup plus probable dans les dossiers 'ouverts' de retrouver les individus qui souffraient d'alcoolisme ou qui avaient consommé de l'alcool au moment de l'acte, ce qui constituerait une raison de l'indécision des coroners (Jacobson *et al.*, 1976, 419).

De leur côté, Platt *et al.* (1988, 218) en arrivent à des résultats semblables alors qu'ils analysent le lien possible entre l'aide psychiatrique qu'aurait reçu un individu avant sa mort et la classification du décès. Ils ont remarqué qu'une proportion légèrement plus grande de décès

étaient classés comme suicide lorsque les individus avaient un passé psychiatrique, mais cette différence ne fut pas considérée significative. Selon eux, la détermination du verdict de suicide ne serait donc pas influencée par la présence de symptômes psychiatriques, ni par la présence d'un passé psychiatrique. C'est plutôt dans les circonstances entourant le passage à l'acte qu'il faut chercher ce qui influence les coroners à émettre leurs verdicts de suicide. À cet égard, les notes laissées par les suicidés et les moyens employés pour se donner la mort sont des variables essentielles dans la détermination d'un verdict de suicide. Par exemple, selon Platt *et al.* (1988, 219), les méthodes dites actives, telles que la pendaison, vont se retrouver beaucoup plus souvent dans la catégorie de suicide que les méthodes dites passives, telles que la noyade.

Toujours d'après Platt *et al.* (1988, 220), certaines variables auraient une influence importante dans la détermination d'un verdict de suicide, mais ces variables ne font pas référence à l'état psychologique de la personne. Il s'agirait plutôt de variables telles que l'âge du défunt, comme l'expliquent Aitken et Proudfoot (1969) et cités par Platt *et al.* (1988, 220):

The pattern of variation among males is open to interpretation in terms of the social construction hypothesis. Adolescents and young adults are less likely to be classified as suicide because investigating officials are more unwilling to accept the possibility of suicidal feelings and intentions in this age group (Taylor, 1982, 90-91). The greater reluctance to label ambiguous deaths in old age as suicide also fits in the widely held (but mistaken) belief that the elderly and senile often take an overdose by mistake or in a state of automatism (Aitken et Proudfoot, 1969).

Selon Neeleman et Wessely (1997), d'autres facteurs peuvent également avoir un impact sur le type de verdict qui sera prononcé, par exemple les circonstances entourant le décès, les caractéristiques de l'individu s'étant donné la mort ainsi que le moyen employé pour y parvenir. Par exemple, dans le cas de jeunes personnes, de femmes, et lorsque la méthode était plus 'douce' (par exemple la prise de médicaments), le ratio de verdict ouvert-suicide était plus

grand (Neeleman et Wessely, 1997, 470). Neleman et Wessely (1997, 470) expliquent le lien entre l'âge des défunts et le verdict prononcé en affirmant que les coroners sont possiblement plus réticents à prononcer un suicide lorsqu'il s'agit de jeunes personnes. Ils ne donnent pas d'explication à ce sujet, mais nous pouvons avancer l'hypothèse selon laquelle les coroners jugent que les individus ne peuvent pas être tenus responsables de leurs actes en raison de leur jeune âge, au même titre que les jeunes qui commettent des actes criminels pourront être jugés non responsables. Autrement dit, selon cette vision des choses, les jeunes personnes n'auraient pas les capacités mentales pour comprendre toute l'ampleur de leur geste, l'acte suicidaire n'étant pas considéré comme tel, mais plutôt comme un accident.

Ceci dit, la question des capacités mentales altérées chez les personnes commettant des actes suicidaires est très présente dans la littérature sur le suicide et ne concerne pas que les jeunes. Tel que mentionné précédemment, il y a un courant de pensée dominant, notamment chez les psychiatres, qui considère qu'un nombre important des suicides sont le résultat d'une maladie mentale. Cette construction médicale du suicide et de la tentative de suicide se voit notamment dans la manière dont les chercheurs ci-haut mentionnés s'interrogent sur la place des symptômes psychiatriques chez les individus dont le décès fut classé parmi les suicides. Bien que les résultats de ces recherches furent jugés non concluants, nous retenons qu'un lien est souvent fait, parfois automatiquement, entre le suicide (et la tentative de suicide) et la maladie mentale. Cette association fut en outre critiquée par Szasz (1999), lequel illustre parfaitement comment la construction médicale du suicide s'est instituée.

3.7 La dominance de l'interprétation médicale du suicide

Szasz (1999) est en effet l'un de ceux qui s'est questionné sur la légitimité de l'intervention médicale, plus particulièrement psychiatrique, sur ce que nous appelons suicide.

Selon lui, la médecine serait le dernier moyen trouvé par l'État, via les psychiatres, pour exprimer la désapprobation sociale envers le suicide, ce qui met dans l'ombre les autres interprétations possibles du phénomène, par exemple le suicide comme étant un droit humain ou un moyen d'expression artistique (Szasz, 1999).

Ce même auteur donne une bonne description de la construction du suicide comme maladie mentale. Il démontre comment on en vient à traiter des comportements tels que les suicides et les tentatives de suicide avec l'œil médical (Szasz, 1999, 18). D'abord, si plusieurs individus, tels que des médecins, croient qu'un certain comportement ou un état d'esprit est une maladie et que ce comportement ou état d'esprit peut être diagnostiqué, celui-ci devient alors une partie intégrante d'une « maladie diagnosticable » (Szasz, 1999, 18).¹⁵ C'est donc cette maladie qui est la cause du comportement ou état d'esprit de la personne en question, désormais appelée patient. Comme il fut mentionné précédemment, parler de maladie enlève toute responsabilité vis-à-vis de leurs comportements ou sentiments, lesquels sont maintenant abordés en tant que symptôme de la maladie. Finalement, ce sont les experts psychiatres, et non plus la justice, qui prennent en charge les patients, avec ou sans leur accord. Cependant, il faut garder en tête que cette interprétation des comportements en tant que « maladie diagnosticable » peut tout aussi bien se déconstruire. On peut penser ici à la tentative de suicide qui n'est plus un crime au Canada depuis 1972, ou encore à l'homosexualité qui fut retirée de la liste des maladies mentales selon l'Organisation mondiale de la santé au début des années 1990 (Corriveau, 2006, 145). En ce sens, il est important de noter qu'il n'y a pas qu'une

¹⁵ Foucault, notamment dans *La naissance de la clinique (1963) et L'histoire de la folie à l'âge classique (1964)*, s'est également intéressé à cette conception du malade comme objet de connaissance. Les médecins sont ceux qui possèdent le pouvoir de concevoir ce savoir, lequel vient à son tour confirmer le pouvoir des médecins.

seule interprétation, médicale, du phénomène suicidaire, mais bien plusieurs, ce qui implique que la signification donnée au geste peut changer au fil des années.

Selon Szasz (1999, 27), la question importante qui reste à se poser est : Cui bono ? Qui en tire les bénéfices ? Si, en effet, le suicide peut prendre n'importe quelle signification, alors pourquoi celle-ci plutôt qu'une autre ? Pourquoi un péché, ensuite un crime, puis le résultat d'une maladie mentale ? Actuellement, il n'y a pas que le domaine médical qui participe à la « construction sociale » du suicide. Le domaine juridique, par l'entremise du travail des coroners, continue lui aussi à interpréter l'acte suicidaire. Ces deux domaines (médical et juridique) ont un pouvoir de légitimation important dans la société, car leurs discours viennent légitimer une prise en charge du phénomène suicidaire. Si, par exemple, le suicide est un crime, le coupable sera puni par le droit criminel. Si le suicide est le signe par excellence de trouble mental, la personne sera prise en charge par les institutions psychiatriques afin d'être « soignée ». Toujours est-il que tant le pouvoir médical que juridique ont la capacité d'imposer un contrôle social sur les individus suicidaires, en soutenant ce contrôle par l'entremise d'un discours scientifique ou juridique.

4. Un contrôle social étatique transformé

À cet égard, la différence entre certains types de contrôle social du suicide et de la tentative de suicide s'illustre parfaitement grâce au texte de Landreville (1983), *Normes sociales et normes pénales : Notes pour une analyse socio-politique des normes*. Plus particulièrement, deux types de contrôle social étatique nous intéressent ici : le type pénal et le type thérapeutique. Dans le contrôle social de type pénal, la loi est la norme à laquelle on se réfère et c'est sur l'acte qui contrevient à la loi que se centre le contrôle social. L'individu est désigné comme un délinquant et la peine est présentée comme la solution pour y faire face (Landreville,

1983, 10). Dans le contrôle social de type thérapeutique, c'est davantage à la « normalité » qu'on se réfère pour exercer un contrôle et c'est sur la personne que ce contrôle est exercé, non plus sur l'acte comme tel, lequel se retrouve au second plan. L'individu est alors perçu comme un patient ou un client, et la solution est l'aide psychologique, possiblement avec ordonnance de médicaments (Landreville, 1983, 10). Il ne s'agit plus d'un problème de culpabilité ou de blâme comme dans le type de contrôle social pénal, mais d'un problème de besoin non-répondu chez la personne en détresse. Chaque type de contrôle social possède sa propre logique et son propre discours servant à interpréter les choses et les situations soit, dans ce cas-ci, la tentative de suicide. L'analyse de nos données devrait nous permettre justement de mettre en évidence ces deux types de contrôle social étatique qui sont présents dans les tribunaux lorsqu'il est question de tentative de suicide. Mais auparavant, nous devons expliquer la méthodologie de recherche choisie pour étudier les transformations dans les discours juridique et médical sur la tentative de suicide au moment où celle-ci était un crime au Québec et au Canada, soit entre 1892 et 1972.

CHAPITRE II
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. Une recherche qualitative

1.1 *L'assise empirique : les archives judiciaires*

L'assise empirique de cette recherche repose essentiellement sur les dossiers des procès pour tentatives de suicide qui se sont déroulés entre 1892 et 1972, soit depuis le premier Code criminel canadien jusqu'à la décriminalisation de la tentative de suicide. Il s'agit de documents officiels et ils contiennent les procès-verbaux des déroulements des procès, les témoignages de proches et d'individus appelés en tant qu'experts, des correspondances entre divers acteurs en jeu ainsi que les verdicts des juges. Ces archives judiciaires sont conservées aux Archives nationales du Québec, les procès pour tentative de suicide étant autrefois entendus par les Cours provinciales. Il s'agit donc de documents ouverts au public et aucune demande d'accès ne doit être présentée.

Les documents dont nous avons besoin pour notre recherche se retrouvent dans différents fonds d'archives, soit le fond Cour des sessions de la paix (TP12), le fond Cour de Magistrat (la cote d'archive varie selon les districts), le fond Cour du banc du roi (TP9), ainsi que le fond Cour des sessions générales de la paix (TL31). Pour chacun de ces fonds, différents districts judiciaires ou greffes existent. Au centre des Archives nationales de Québec, qui se trouve au pavillon Casault de l'Université Laval situé à Sainte-Foy, les documents des districts judiciaires suivants s'y retrouvent : Québec, Thetford Mines, Saint-Joseph-de-Beauce, La Malbaie et Montmagny. Au centre des Archives nationales de Gatineau, nous retrouvons les dossiers pour le district judiciaire de Hull. Notre échantillon s'est concentré sur ces deux régions, Québec et l'Outaouais, car ces centres d'archives contiennent des dossiers provenant des centres urbains et des campagnes environnantes, nous donnant une meilleure

diversification des dossiers. De plus, Québec et Gatineau sont parmi les plus importantes villes de la province au cours du XX^e siècle.

La recherche préliminaire dans les plunitifs avait d'abord permis de recenser un échantillon important de dossiers (plus de 200 dossiers entre 1923 et 1968 pour la greffe de Québec seulement). Cependant, l'échantillonnage aléatoire effectué par les Archives nationales du Québec et le Ministère de la Justice fait diminuer considérablement ce nombre (sur les 200 dossiers de tentative de suicide notés dans les plunitifs, seulement 5 d'entre eux sont présents dans les contenants de dossiers). C'est jusqu'à 95% des dossiers qui sont en effet parfois détruits. C'est d'ailleurs pour cette raison que la collecte des données s'est étendue à d'autres greffes et districts judiciaires dans les environs de la ville de Québec, ainsi que dans la région de l'Outaouais.

1.2 Justification de la méthodologie de recherche qualitative

Le choix de procéder à une approche qualitative s'est fait avant même de débiter la recherche. L'objet de la recherche étant les transformations dans l'interprétation et la signification de la tentative de suicide dans les tribunaux québécois de 1892 à 1972, ainsi que les réactions pénales qui s'ensuivent, l'adoption d'une méthodologie de recherche qualitative va de soi. De plus, le matériel recueilli pour l'analyse, c'est-à-dire les documents d'archives judiciaires concernant des procès pour tentative de suicide entre 1892 et 1972, est limité. En effet, ce sont une trentaine de dossiers, répartis sur 80 années, qui seront étudiés, justifiant encore une fois le choix d'une approche qualitative.

2. Le choix de technique de cueillette des données : l'analyse documentaire

Comme le matériau qui servira à l'analyse, c'est-à-dire les transcriptions de procès, est sous forme de documents écrits, nous n'avons d'autre choix que d'utiliser la recherche documentaire comme méthode de cueillette des données. Dans le cas de procès, plusieurs documents se retrouvent sous un format papier, c'est-à-dire que des témoignages et les déroulements des séances sont retranscrits dans le but d'être conservés.

Parmi les avantages de l'analyse documentaire qui s'appliquent à notre recherche, nous notons tout d'abord, tel que le mentionne Tremblay (1968) cité par Cellard (1997, 275), que « [le document] permet une coupe longitudinale qui favorise l'observation du processus de maturation ou de développement d'individus, de groupes, de concepts, de comportements, de mentalités, de pratiques, etc..., et ce, de leur genèse à nos jours ». C'est en analysant plusieurs documents sur une période de 80 ans que nous pourrions voir les transformations et l'évolution dans les discours tenus sur la tentative de suicide dans les tribunaux. Dans notre cas, une analyse historique est fortement avantagée par la recherche documentaire.

Ensuite, cette recherche se veut l'étude d'un passé plus ou moins lointain et bien qu'il serait intéressant d'aller directement aux sources, c'est-à-dire en questionnant les juges et autres acteurs des tribunaux qui ont participé à des procès pour tentative de suicide, ces gens sont difficilement accessibles, et donc la recherche documentaire est tout à fait appropriée. Un autre avantage important de la recherche documentaire à l'aide d'archives est que cette méthode de cueillette des données rend impossible le quelconque impact que pourrait avoir le chercheur sur son sujet d'étude (Cellard, 1997, 275). Ainsi, nous n'avons pas à craindre que nos interactions avec le sujet aient une influence sur les résultats que nous obtiendrons, car aucune interaction de ce genre n'est effectuée.

Malgré tout, une certaine vigilance est de mise lors de l'analyse documentaire. Premièrement, les documents, même s'ils sont parfois plus accessibles que des individus dans le cadre d'entrevues, sont sourds face aux interrogations du chercheur (Cellard, 1997, 275). Bien que de nombreuses informations puissent être extraites des dossiers, des explications seraient parfois utiles au chercheur qui ne saisit pas toujours le sens de ce qu'il lit, mais il n'obtiendra malheureusement aucune réponse de la part du document. Comme le chercheur n'a aucun contrôle sur la manière dont les documents ont été archivés et sur ce dont ils contiennent, c'est à lui de sélectionner ce qui l'intéresse et d'interpréter les matériaux pour les rendre utilisables (Grawitz, 2001, 573). Deuxièmement, la terminologie et les concepts qui peuvent se retrouver dans les documents, surtout s'ils sont anciens, doivent recevoir une attention particulière. Les mots ne représentent pas toujours la même idée, car celle-ci peut évoluer avec le temps. Ainsi, la compréhension du sens des concepts-clés d'un document est primordiale pour une compréhension générale de celui-ci, particulièrement lorsqu'il est question de documents juridiques où le langage peut paraître étranger au chercheur qui n'a pas de formation juridique. Il est fort possible que le langage du droit, avec ses termes particuliers, pose une certaine difficulté à l'analyste qui le connaît d'une manière limitée (Cellard, 1997, 276). La compréhension des mots-clés affectera la compréhension de la logique interne du texte, qui doit également recevoir une attention particulière. Il s'agit d'identifier le schéma et les différentes parties d'un texte, ainsi que la manière dont un argument sera développé (Cellard, 1997, 283). Dans la présente étude où plusieurs transcriptions de procès seront analysées, une telle attention est importante car, comme l'affirme Cellard (1997, 283), « cette précaution peut en effet s'avérer très précieuse lorsque par exemple on compare plusieurs documents de même nature ».

Le contexte social et politique dans lequel un document fut produit est un autre élément à considérer, particulièrement lorsqu'il est question d'un passé plus ou moins lointain, comme c'est le cas ici. Sans cela, le chercheur risque d'omettre des éléments qui affecteraient grandement son analyse. Comme le mentionne Cellard (1997, 280) : « Une telle étude permet de saisir les schèmes conceptuels de son ou de ses auteurs, de comprendre leur réaction, d'identifier les personnes, groupes sociaux, lieux, événements auxquels il est fait allusion, etc... cette connaissance du contexte permet de comprendre les particularités de la forme de l'organisation et surtout d'éviter d'en expliquer le contenu en fonction de valeurs modernes ». Pour éviter des erreurs d'analyse, une bonne compréhension du contexte social de l'époque étudiée est importante.

Ce dernier élément est primordial, car sans un certain recul vis-à-vis de ses valeurs modernes, il y a un grand danger d'incompréhension de la part du chercheur. Ainsi, dans le cadre de cette recherche, une contextualisation historique du Canada et du Québec de la fin du XIXe siècle jusqu'au trois quarts du XXe siècle est essentielle. L'histoire du développement de la médecine et de la psychiatrie au Québec pourra par exemple servir à créer des liens avec le raisonnement derrière les discours des juges.

La crédibilité des documents doit également être questionnée, c'est-à-dire par rapport aux auteurs, à leurs intérêts et à leurs motifs (Cellard, 1997, 280; Punch, 1998, 191). Il s'agit ici de déterminer l'exactitude des informations en s'attardant aux raisons d'être d'un document. Pour ce qui est de la présente recherche, les juges ne font pas la demande de transcription des procès. Bien qu'ils soient parmi les auteurs principaux, ces derniers n'ont pas d'intérêt en soi à ce que tout soit conservé par écrit. Il s'agit plutôt d'une règle de procédure dans le droit canadien.

La crédibilité des documents fait le lien avec deux autres éléments à considérer, soit l'authenticité et la validité des documents, car ces derniers peuvent ressentir les effets d'une faible crédibilité face aux documents. Il s'agit ici de s'assurer de la qualité de l'information, notamment en déterminant si l'auteur est un témoin direct ou indirect de l'événement qu'il décrit (Cellard, 1997, 281). Toutefois, même dans le cas de documents officiels comme les archives publiques, un doute doit être constamment conservé vis-à-vis ces éléments, et ni la crédibilité, l'authenticité ou la validité ne doivent être prises pour acquises (Punch, 1998, 191).

3. Présentation des données

Nous l'avons dit, les données recueillies qui seront consultées pour l'analyse sont réparties entre 1892 et 1972. Au total, 39 dossiers de tentative de suicide qui se rendirent devant les tribunaux furent trouvés. Parmi eux, 29 d'entre eux ont été trouvés au centre d'archive de Québec, les 10 autres provenant du centre d'archive de Gatineau. Ces dossiers concernent 30 hommes et neuf femmes. Certains d'entre eux contiennent peu d'information, par exemple seul l'acte d'accusation ou une lettre provenant d'un médecin s'y retrouve. D'autres incluent parfois plusieurs types de documents, incluant par exemple la transcription de différents témoignages. En général, les dossiers contiennent l'acte d'accusation, le procès-verbal, l'énoncé de la sentence, une fiche descriptive de l'accusé (celle-ci apparaît plus tard, la première recueillie datant de 1936), ainsi qu'un rapport d'examen mental effectué par un médecin.

4. Le choix de la méthode d'analyse : La théorisation ancrée

L'analyse des données se fera grâce à une méthode inductive, c'est-à-dire que ce sont les cas recueillis qui permettront de généraliser un raisonnement et non l'inverse. Ainsi, c'est à partir des données concrètes qu'un modèle d'explication sera modelé. Pour ce faire, la

technique d'analyse employée sera la théorisation ancrée. Celle-ci est parfois appelée « l'autre sociologie » car elle se distingue des autres techniques justement par son aspect inductif (Gratton, 2001, 312). Au lieu d'être préoccupée par la vérification de théories existantes, celle-ci tente de rétablir le lien entre la recherche théorique et la recherche empirique, d'où l'importance des matériaux empiriques comme source direct de la généralisation (Gratton, 2001, 312). Cette méthode d'analyse est particulièrement utile lorsqu'il est question d'expliquer un phénomène social en évolution, comme c'est le cas avec la tentative de suicide, qui est étudiée sur une longue période de temps (Gratton, 2001, 313; Laperrière, 1997, 313). Une telle méthode d'analyse nous aidera à comprendre et à expliquer le processus et l'évolution du lien entre le discours médical et le discours judiciaire au Québec en matière de suicide. Il n'est pas seulement question de décrire un phénomène, mais également de lui donner un sens, ce qui exige une réflexion plus approfondie (Gratton, 2001, 315). Même si quelques hypothèses de recherches sont formulées, celles-ci ne sont toutefois pas fixes et sont constamment modifiées selon ce qui est découvert dans les données. Ainsi, le raisonnement derrière la théorie est en constante évolution. Nous avons certaines idées de départ, par exemple nous croyions que plusieurs individus accusés de tentative de suicide seraient innocentés, mais celles-ci ont été transformées dès le début de la collecte des données alors que nous avons découvert que ce n'était pas le cas.

Cette méthode d'analyse convient bien à notre objet de recherche et à notre perspective épistémologique. À l'instar des constructivistes, nous considérons que le suicide peut être socialement construit, c'est-à-dire qu'il peut être sujet à interprétation de la part des acteurs sociaux concernés. Nous cherchons à « déterminer comment ce processus de désignation et d'interprétation soutient ou transforme les façons dont les acteurs sociaux coordonnent leurs lignes d'action » (Blumer, 1969, dans Laperrière, 1997, 311). Notre intérêt

est effectivement porté vers les significations données au suicide par les acteurs sociaux au tribunal, notamment ce que la tentative de suicide signifie aux yeux de ceux qui sont interpellés pour leurs connaissances scientifiques, soit les médecins, et ceux à qui revient la tâche de décider du mode d'action à prendre vis-à-vis du comportement, c'est-à-dire les juges.

La théorisation ancrée se distingue également des autres méthodes d'analyse par le fait que l'échantillonnage effectué est théorique, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de construire un échantillon représentatif d'une population, mais plutôt de sélectionner des dossiers selon leur pertinence par rapport à l'objet de recherche pour ainsi représenter les différentes manifestations d'un même phénomène (Gratton, 2001, 314). Les dossiers de procès recueillis ne sont donc pas choisis selon des critères de représentativité tel que l'âge et le sexe des accusés, mais à partir de concepts et des dimensions et variations de ceux-ci (Corbin et Strauss, 1990, 7). Selon les hypothèses de départ formulées, des concepts sont déjà construits et c'est autour d'eux que se concentre l'échantillonnage. Par exemple, considérant l'hypothèse que l'intervention du domaine médical progresse et s'impose dans les procès car la tentative de suicide est perçue comme relevant d'un problème psychologique, nous recueillerons les rapports médicaux produits pour le tribunal.

4.1 Étapes de la théorisation ancrée

Lors du processus de l'analyse, les données sont continuellement comparées entre elles afin de déceler les similitudes et les différences, ce qui constitue un des fondements de cette méthode (Corbin et Strauss, 1990, 9). Notre analyse suit les trois étapes du processus de codification de la théorisation ancrée, soit la codification ouverte d'abord, la codification axiale ensuite, et finalement la codification sélective (Gratton, 2001, 316). Il est à noter que l'analyse débute dès la collecte des données et que ces deux phases de recherche sont inter-reliées.

Dans la première étape, la codification ouverte, nous avons analysé chaque dossier séparément dans le but d'identifier le plus de catégories conceptuelles que possible. Ces dernières ont par la suite été codifiées selon les différentes caractéristiques spécifiques, un thème général et descriptif ayant été donné à chaque cas (Gratton, 2001, 316).

Lors de la deuxième étape de l'analyse, la codification axiale, ce sont les différentes catégories conceptuelles de plusieurs dossiers qui sont comparées entre elles. L'échantillonnage devient alors plus ciblé alors que l'on commence à établir quelques relations entre les catégories et leurs dimensions identifiées lors de la codification ouverte (Gratton, 2001, 316). Plusieurs questions sont posées concernant la tentative de suicide afin de bien établir l'idée de processus dans la théorie. En effet, en s'interrogeant sur le contexte de la tentative de suicide, sur les causes, sur les stratégies d'action ainsi que sur les conséquences de ces dernières, cela permet d'étoffer les catégories tout en voyant l'objet à l'étude comme un phénomène en évolution.

La dernière étape est toutefois celle qui permet de réellement construire les relations entre les différents concepts. Lors de la codification sélective, toutes les catégories sont centrées autour d'une ou de quelques catégories centrales (Corbin et Strauss, 1990, 14). Le tout a été fait selon une méthode chronologique, ce qui permet de mieux voir l'évolution et les transformations dans la déconstruction juridique et la construction médicale de la tentative de suicide. En divisant la période étudiée en sous-périodes, nous voyons qu'il s'agit d'une transformation progressive qui ne se produit pas comme une coupure, c'est-à-dire que le changement ne se remarque pas du jour au lendemain, mais plutôt sur une période de plusieurs années.

Cette manière de procéder en est donc une qui reste ancrée dans la réalité des données, tel que le veut son nom. Il s'agit d'une méthode de découverte, c'est-à-dire que c'est en analysant et en comparant toujours les données que la théorie voit le jour, celle-ci n'étant pas imposée dès le début. On découvre les liens qui existent à l'intérieur d'un phénomène, dans ce cas-ci les liens qui unissent les différentes interprétations aux types de réaction pénale et médicale face à une tentative de suicide, ainsi que les liens entre l'expertise psychiatrique et le domaine judiciaire.

4.2 Limites de la théorisation ancrée

Cette méthode d'analyse comporte cependant des limites à mentionner dans le cadre de cette recherche. Tout d'abord, le point de saturation important à atteindre pour que les résultats soient considérés valides est difficilement atteignable dans le cadre d'une recherche comme la nôtre. En effet, alors qu'il faut normalement atteindre une saturation empirique, c'est-à-dire lorsque les informations recueillies dans les dossiers n'apprennent rien de nouveau quant au phénomène, nous croyons que cette saturation est difficile à atteindre compte tenu du temps et des ressources disponibles dans le cadre de cette étude (Gratton, 2001, 320). Malgré tout, un nombre suffisant de dossiers fut amassé pour découvrir des récurrences et se faire une idée de la transformation des discours juridique et médical sur la tentative de suicide, particulièrement lorsqu'on insère nos données dans le contexte social de la période étudiée.

5. Une analyse historique par découpage chronologique

L'analyse préliminaire de notre matériel nous a d'abord permis de constater une certaine évolution dans les discours juridique et médical. Afin de mieux illustrer les contrastes au fil des années, nous avons choisi de présenter notre analyse en trois périodes qui reflètent le mieux les différentes étapes de l'évolution de ces discours. Tout d'abord, nous voyons

comment de 1892 à 1925, la tentative de suicide est interprétée principalement comme une infraction au Code criminel canadien, l'intervention psychiatrique étant, quoique présente, minimale à cette époque. Ensuite, nous nous penchons sur les années 1926 à 1950, où nous remarquons dans cette période que la psychiatrie prend une place plus importante dans les tribunaux alors que cette science se « modernise » au Québec. Nous voyons comment la psychiatrie a comme effet de présenter des attitudes et des traits de personnalité considérés comme répréhensibles chez les prévenus, ce qui transforme la tentative de suicide en une infraction morale en plus d'être toujours une infraction criminelle. Les années 1926 à 1950 se démarquent donc par une mainmise plus importante de la psychiatrie dans les cas de tentative de suicide devant les tribunaux, même si le recours à l'incarcération demeure la réaction pénale dominante. Finalement, nous analysons les dossiers provenant des années 1951 à 1972 où, malgré la présence de sanctions pénales, qui sont maintenant d'un autre type, l'interprétation juridique de la tentative de suicide se fait ici minimale. C'est principalement durant ces années que nous voyons clairement le processus de déconstruction juridique du crime de tentative de suicide. Bien que les sanctions pénales pour la tentative de suicide connaissent un changement surtout à partir des années 1960, nous avons préféré procéder à un découpage à partir de 1951, car les années 1950 laissent présager un changement à l'horizon, du fait que l'intervention psychiatrique s'impose en force dans les tribunaux lors de tentatives de suicide. Nous remarquons en effet que l'effort d'interprétation de la tentative de suicide vient principalement de la psychiatrie, qui tente de plus en plus à s'appropriier les dossiers et à prendre en charge le contrôle de ces individus « déviants », comme ce fut par exemple le cas avec l'homosexualité (Corriveau, 2007).

Dans le but de mieux présenter notre analyse historique, nous avons aussi choisi d'introduire chaque période par une mise en contexte des années étudiées. De façon plus spécifique, cette mise en contexte était aussi nécessaire afin de mieux illustrer notre analyse et la place que prennent certains acteurs sociaux dans la société québécoise comme les psychiatres par exemple. Nous concentrons donc cette mise en contexte sur les éléments se rapportant à l'histoire de la médecine psychiatrique au Québec.

CHAPITRE III
ANALYSE DES DONNÉES

La perspective durkheimienne sur le suicide en vertu de laquelle le suicide est considéré comme un fait social dont il est possible d'établir des causes sociales est encore populaire auprès des chercheurs qui tentent de confirmer ou de réfuter la théorie du sociologue français (Lester, 1989; Skog, 1991; Chandler et Tsai, 1993). Cependant, après avoir pris connaissance des recherches ayant une perspective divergente de celle de Durkheim, nous reconnaissons que cette dernière offre une perspective moins appropriée pour l'étude de notre objet de recherche. Nous avons vu comment la définition même du suicide est une tâche ardue, notamment pour les coroners qui sont en charge de déterminer si un décès peut être attribué à un suicide, ce qui nous porte à croire que la tentative de suicide est en effet l'objet d'une construction juridique ainsi que médicale. Tout comme la folie qui devint un objet de la médecine au Québec au 18^e et au 19^e siècle (Cellard, 1991), et l'homosexualité, qui fut considérée d'abord comme un crime en Nouvelle-France ensuite comme une maladie mentale au 19^e siècle (Corriveau, 2006), les discours sur la tentative de suicide ont subi des transformations importantes au cours du 20^e siècle. On voit ainsi le discours médical s'approprier l'interprétation de la tentative de suicide dans les tribunaux. Si le discours médical est venu largement influencer le discours pénal, il ne faut pas cependant, comme le mentionne Corriveau (2007), concevoir le système de droit pénal comme « une coquille vide, qui ne demande qu'à être 'remplie' par un discours qui le transcende, qui est au-dessus de lui ». En tenant compte de ce propos, nous voulons, comme objectif principal de cette analyse, présenter l'évolution du discours juridique, qui déconstruit la tentative de suicide en tant qu'infraction criminelle, et du discours médical, également présent dans les tribunaux, qui la construit comme le résultat d'une maladie mentale, l'évolution de ces deux discours allant pour ainsi dire de pair.

L'interaction entre le droit pénal et la médecine psychiatrique ne se limite pas aux cas de tentative de suicide. Toutefois, ces cas représentent très bien le principe voulant que le droit

pénal et la médecine psychiatrique sont deux domaines qui interagissent ensemble car ils ont certaines affinités. Pour le droit pénal, l'entrée en scène de la médecine psychiatrique permet de légitimer les décisions rendues, et de réaffirmer son autonomie. En effet, nous voyons comment les tribunaux réagissent face aux discours de la médecine, c'est-à-dire qu'ils vont mettre en place ou non les recommandations émises par les médecins. Pour la psychiatrie, son recours par les tribunaux québécois sert de tremplin social alors que cette discipline sert de référence pour le droit, surtout à partir des années 1950 en ce qui a trait à la tentative de suicide au Québec, acquérant ainsi une plus grande reconnaissance en tant que science.

Le discours du droit pénal vis-à-vis de la tentative de suicide semble s'être en effet progressivement complexifié pour laisser la place à des éléments du discours scientifique. Alors qu'au début du siècle, la tentative de suicide est interprétée principalement en termes juridiques, un second discours fait son entrée dans le tribunal et offre une nouvelle interprétation du même phénomène, c'est-à-dire médicale. La tentative de suicide est alors comprise et expliquée en de nouveaux termes, qui permettent que de nouvelles actions soient prises à l'encontre du contrevenant, par exemple l'internement dans des institutions psychiatriques. Si la tentative de suicide s'apparente plus à un signe de maladie mentale qu'à un crime, la répression de ce comportement n'a toutefois pas complètement disparu. Dans les dossiers recueillis, les juges énoncent en outre des sentences et des sanctions pénales, notamment lorsque les avis des médecins penchent vers la responsabilité des individus reconnus sains d'esprit. Le juge conserve d'ailleurs son autorité et son autonomie, notamment dans les cas où il ignore les recommandations des médecins (Arthur L. en 1959¹⁶, Fernand G. en

¹⁶ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1995-03-001/206, dossier 12320, 1959.

1968¹⁷, Ginette C. en 1969¹⁸, Hector C. en 1970¹⁹, Germain H. en 1972²⁰). Autant à certains moments, la psychiatrie lui est utile pour justifier les actions qu'il entreprend, autant à d'autres moments, il peut s'en éloigner pour mieux afficher son autonomie, car la tentative de suicide est, jusqu'en 1972, le sujet d'un article de loi criminelle²¹. Comme Corriveau (2007) l'affirmait pour les cas d'homosexualité, ces exemples attestent que le système de droit pénal, ici en matière de suicide, n'est pas seulement « rempli » par le discours médical, car celui-ci est parfois ignoré des juges.

Malgré ces revers que les psychiatres rencontrent au tribunal, le discours médical continue de prendre une place de plus en plus importante dans les tribunaux québécois au fil des années, la psychiatrie cherchant à étendre ses services, entre autres, de classement et de surveillance (Laplante, 1989, 166). Dès les années 1960, les examens mentaux se font par exemple plus fréquemment (dans plus de la moitié des dossiers recueillis entre 1959 et 1972, soit 10 dossiers sur un total de 17, les prévenus subissent un examen mental) et ce sont les experts en psychiatrie qui sont interpellés. Cet usage du discours médical par le droit pénal va légitimer le développement de la psychiatrie à cette époque. C'est également à partir des années 1950 que les psychiatres font davantage de recommandations concernant des suivis psychiatriques et des internements. En dépit du fait que les tribunaux du Québec ne vont pas toujours appliquer leurs conseils, les psychiatres ne s'empêchent pas de prononcer ces recommandations. Dès lors, on note que la psychiatrie s'élève petit à petit au rang de science

¹⁷ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1999-05-001/3, dossier 1460, 1968.

¹⁸ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1005-05-004/58, dossier 2230, 1969

¹⁹ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2001-05-002/19, dossier 1653, 1970.

²⁰ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

²¹ Code criminel, L.R.C. 1972, c. C-46 l'art. 213.

lorsque des psychiatres sont appelés en tant qu'experts par les tribunaux à émettre des jugements sur les prévenus. Cette légitimation institutionnelle apparaît évidente non seulement lorsque les juges font appel aux experts, mais également lorsque les recommandations de ces derniers sont écoutées et mises en place par les magistrats.

Malgré tout, il apparaît que l'intervention du discours médical dans les cas de tentative de suicide semble souvent rester en surface, c'est-à-dire qu'on semble s'interroger seulement sur l'aptitude de la personne à subir son procès. Comme plusieurs des accusés plaident coupables, à quelques reprises seulement va-t-on pousser plus loin les évaluations psychiatriques et questionner les motifs derrière les tentatives de suicide. Le discours scientifique apporte cependant une nouveauté, c'est-à-dire que le point de vue médical devant ce comportement suicidaire ouvre la porte à une réaction alternative à celle du droit pénal répressif. Il devient en effet difficile de justifier une peine si un individu souffre d'une maladie mentale grave, donc s'il n'est pas responsable de son comportement. Contrairement au discours pénal en place au début du XX^e siècle, qui suggère une sanction répressive, le discours médical mène à une intervention thérapeutique, laquelle devient une option à considérer par le juge. Avant d'exposer plus en détails cette transformation dans les discours, nous allons débiter par la présentation un bref aperçu historique de ce début du XX^e siècle afin de contextualiser nos propos.

1. 1892 à 1925 : Un aperçu historique

Au début du siècle au Québec, la sphère médicale s'illustre par une intervention minimale de l'État dans les soins de santé, alors que le gouvernement provincial consacre moins de 10% de son budget annuel à la santé (Laporte et Lefebvre, 1995, p. 148). Ce sont les communautés religieuses qui sont propriétaires et en charge des hôpitaux alors que la majorité des ressources

financières proviennent de la charité publique et d'organismes de charité. La situation est semblable pour les asiles : catholiques et protestants ont chacun leur système asilaire respectif. Celui des catholiques est orienté vers l'hébergement et la prière comme le moyen ultime pour obtenir le salut, tandis que les protestants reçoivent les traitements les plus modernes (Boudreau, 1984, 42). Les besoins en santé demeurent toutefois criants durant cette période : des épidémies de fièvre en 1909 et de grippe espagnole en 1918 font respectivement 300 morts à Montréal et 14 000 morts dans la province de Québec (Laporte et Lefebvre, 1995, p. 148). Enfin, le gouvernement libéral d'Alexandre Taschereau décide d'investir plus de ressources financières dans les soins de santé, au moyen de la Loi de l'assistance publique de 1921. Dès ce moment, la construction d'une vingtaine d'hôpitaux, d'orphelinats et d'hospices s'entreprind dans la province.

L'année 1925 marque la création de la Loi concernant l'établissement d'un asile pour les détenus aliénés. Pour la première fois au Québec, un établissement fait officiellement l'amalgame entre l'aliénation mentale et la criminalité. Il n'y a toutefois pas que dans la sphère médicale que la place des communautés religieuses est importante. Le clergé catholique joue le rôle de régulateur social dans plusieurs sphères sociales telles que l'éducation, la famille et l'assistance sociale. La religion catholique fait effectivement partie intégrante de tous les aspects de la vie quotidienne, ce qui transparait dans certains des dossiers recueillis. Compte tenu du fait que le catholicisme considère tout suicide comme un péché, il n'est pas étonnant qu'il soit, dans une société fortement influencée par cette religion, également répréhensible au moyen du droit pénal.

1.1 *L'interprétation juridique de la tentative de suicide de 1892 à 1925 : d'abord et avant tout un acte criminel*

En ce début de XX^e siècle, certaines circonstances mises en évidence dans les dossiers pour tentative de suicide nous font penser que celle-ci est principalement considérée comme une infraction criminelle par les acteurs sociaux des tribunaux du Québec. Nous notons par exemple le recours nécessaire d'un policier sur les lieux d'une tentative, ainsi que la recherche d'éléments pouvant prouver la *mens rea* et l'*actus reus*, la présence de ces derniers pouvant être démontrée lors de la présentation de l'arme utilisée.

1.1.1 La présence essentielle d'un agent de police

Avant même d'être entendus au tribunal, certains crimes font l'objet d'une enquête préliminaire. Ce fut le cas de la tentative de suicide de Félix B. en 1925. L'intervention du Dr. Melançon appelé sur les lieux est des plus révélatrices pour notre propos. En fait, c'est son réflexe premier d'exiger la présence d'un officier de la loi, ce qui a comme conséquence de retarder son intervention médicale auprès de la victime, qui est significatif :

[...] Monsieur Savard m'a appelé à mon bureau; il m'a fait part qu'il y avait un homme de blesser à son hôtel, je m'y suis rendu immédiatement. Là on m'a dit qu'il y avait un homme qui avait essayé de se suicider; je n'ai pas monté droit immédiatement, je me suis dit je vais appeler le chef de police. J'ai téléphoné au chef de police, il s'est rendu sur les lieux et on est monté dans la chambre. Là j'ai vu monsieur... l'accusé, sur une chaise avec une entaille à la gorge et il saignait abondamment.²²

Pourquoi le médecin attendrait-il l'arrivée du chef de police pour porter secours à l'individu en besoin si ce n'est que selon lui, la tentative de suicide relève d'abord du domaine judiciaire? Ne voulant pas compromettre ce que pourrait être de futures preuves admises en

²² BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/208, dossier 241427, 1925.

Cour, il attend l'autorisation du représentant de la loi, le chef de police, avant d'intervenir. Il est à noter que ce médecin est un jeune homme de 25 ans, possiblement nouveau dans sa profession. Ainsi, il est possible que son manque d'expérience affecte sa manière d'intervenir, et qu'il préfère se soumettre aux règles de loi plutôt que d'entraver celles-ci en prodiguant des soins. Celui-ci admettra d'ailleurs plus tard que, sans une intervention médicale adéquate, la blessure aurait pu être fatale :

Q. Maintenant si l'accusé n'avait pas été secouru en temps, ou si personne ne l'avait vu dans cet état-là, est-ce que la nature de la blessure pouvait avoir des conséquences funestes?

R. Bien, il s'était formé des caillots dans le temps : elle aurait pu certainement être mortelle, s'il avait passé une nuit seul.

Q. S'il n'avait pas eu les soins voulus, c'était dangereux?

R. Certainement.²³

Par ailleurs, il est à noter que ce ne sont pas tous les témoins de cette enquête préliminaire qui partagent l'avis du Dr. Melançon. On peut penser ici à l'employé de l'hôtel, Adjutor H., qui a instinctivement eu le réflexe de faire appel à un médecin, et non à un policier. L'urgence de la situation est ressentie par ce témoin, ainsi qu'une certaine frustration face à la lenteur de l'intervention du médecin :

[...] La-dessus, j'ai dit, votre couteau laissez-le la, je vous défend d'y toucher, je vais aller chercher le médecin. J'ai descendu, j'ai dit à M. Savard, [B.] est monté en haut, il s'est estropié, d'envoyer au médecin au plus vite. Le médecin est arrivé, *ça pris une secousse ça*, puis il fallait qu'il ait le chef de police ici avant de monter; *on a attendu encore une demi heure... (sic)*²⁴ (notre souligné)

²³ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/208, dossier 241427, 1925.

²⁴ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/208, dossier 241427, 1925.

Bref, le fait de penser initialement à faire appel à la police lors d'une situation de tentative de suicide montre comment, en ce début de siècle et pour certains individus, dont ce médecin, il s'agit d'abord d'un acte criminel, et qu'il faut réagir en ce sens face à un tel incident. Pour ce jeune professionnel de la santé, cette loi a été parfaitement intériorisée, à un point tel où il n'ose pas monter à l'étage pour évaluer la situation du blessé de peur de mettre en péril une éventuelle enquête policière.

1.1.2 Les deux composantes d'un acte criminel : l'*actus reus* et la *mens rea*

En droit canadien, un acte criminel est composé de deux éléments juridiques qui doivent être présents pour constituer un crime. Il s'agit de l'élément matériel (*actus reus*) et de l'élément mental (la *mens rea*). La première composante fait référence à l'acte lui-même, c'est-à-dire que pour qu'une tentative de suicide²⁵ soit reconnue comme une infraction criminelle, la personne doit avoir commis sur elle-même un acte (positif ou négatif) qui aurait comme conséquence potentielle de causer sa mort.

Le deuxième élément renvoie à la volonté de l'individu de perpétrer l'acte en question, c'est-à-dire qu'il a l'intention de vouloir poser cet acte qui pourrait mettre fin à sa vie, qu'il désire la conséquence mortelle de son geste. Sans la présence de ces deux éléments, la preuve juridique ne peut pas être établie pour en arriver à un verdict de culpabilité. L'inquisition faite autour de ces deux éléments permet également d'illustrer comment la tentative de suicide est surtout comprise et présentée comme une infraction criminelle.

Cette recherche de la preuve est présente à plusieurs reprises dans les dossiers recueillis. En effet, dans une enquête préliminaire datant de 1896, un médecin, le Dr. Brochu,

²⁵ Le Code criminel de 1892 interdit la tentative de suicide à l'article 238 : « Tentative de suicide. Celui qui tente de se suicider est coupable d'un acte criminel et passible de deux ans d'emprisonnement ». Code criminel, L.R.C. 1892, c. C-29, article 238.

est appelé sur les lieux d'une tentative de suicide par une tenancière de maison de débauche. Il relate son intervention lors d'une comparution devant un juge des Sessions de la Paix. Le médecin fait part de ses doutes quant à la véritable quantité de poison absorbée par l'accusée. Comme le poison qu'elle a absorbé est reconnu pour être extrêmement virulent, il soupçonne qu'elle n'en a pas pris autant qu'elle ne l'affirme. Ceci remet en doute la *mens rea*, du fait que la véritable quantité de poison absorbé ne semblerait pas suffisante pour causer la mort : « Je n'étais pas tout à fait convaincu par les symptômes que j'observais que la dose du poison fût aussi concentrée qu'on me le disait car il n'y avait pas de signes du côté de la bouche qui indiquât l'action d'un poison aussi irritant que le bi-chlorure de mercure »²⁶. Pour cette même raison, il est possible de soupçonner que la prévenue n'avait pas véritablement la volonté de mettre fin à ses jours. En effet, peut-être que l'intention de cette jeune femme n'était pas de s'enlever la vie, mais qu'elle avait d'autres motifs cachés, tels que d'attirer l'attention de ses proches, effrayer un amoureux ou ressentir les effets de la drogue. C'est le sens donné à sa tentative de suicide qui est questionné ici. Comme le disait Halbwachs (1930) : Avait-elle comme fin de se tuer ou était-ce un moyen pour atteindre un autre objectif? Dans le second cas de figure, il est alors peut-être inexact de parler de tentative de suicide chez cette jeune femme, car l'intention de se tuer n'était possiblement pas présente, laquelle est une composante essentielle pour déterminer juridiquement une tentative de suicide (Halbwachs, 1930; Douglas, 1967; Atkinson, 1978).

1.1.3 La recherche et la présentation de l'arme du crime

À cet égard, la présentation en cour de l'arme utilisée est parfois essentielle pour démontrer qu'un crime a bel et bien eu lieu, car cela peut permettre d'expliquer de quelle

²⁶ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions générales de la paix, contenant 1960-01-357/160, dossier 156784, 1896.

manière l'incident s'est produit, comme dans la cause de Clovis D. en 1894, qui a tenté de s'infliger une incision fatale au cou:

[...] Une demie heure ou trois quarts d'heure après le fils de Narcisse Deschamps fils de l'accusé est venu me montrer un rasoir qui était couvert de sang & il a dit qu'après des recherches il l'avait trouvé dans le faux d'un coffre fermé à clef - sous les habits de l'accusé. Le père [D.] nous a toujours dit qu'il s'était fait cela avec son couteau, nous avons cherché le couteau ne l'avons pas trouvé. [...] L'accusé admet devant moi avoir fait cette blessure avec son rasoir qu'il avait pris dans son coffre & qu'il l'avait remis dans son coffre (*sic*).²⁷

Cet extrait montre que la recherche de l'arme du crime est importante pour accuser un individu de cette infraction criminelle, sans quoi, la preuve devient difficile à établir. Une situation semblable se produit lors de l'intervention du chef de police suite à la tentative de suicide de Félix B. Sachant que l'accusé a tenté de se couper la gorge avec un couteau, les témoins refusent de croire à un accident, et l'hypothèse du suicide devient de plus en plus probable :

[...] j'ai vu du sang sur son doigt, j'ai dit que vous vous êtes coupé un doigt. Il a dit non mon homme, il s'est levé, et il m'a montré ça (Montrent la gorge) J'ai resté surpris. J'ai dit comment que c'est que vous vous êtes estropié comme ça. Il a dit, mon couteau était ouvert, j'ai tombé dessus. Là il a levé le matelas et il m'a montré le couteau. La-dessus, j'ai dit, votre couteau laissez-le la, je vous défend d'y toucher, [...] Il m'a dit qu'il avait tombé sur son couteau, ça n'a pas de bon sens. [...] Non, c'est impossible qu'il se soit coupé comme ça en tombant sur son couteau (*sic*) ». ²⁸

L'accusé est possiblement conscient que la présence du couteau ensanglanté représente une lourde preuve contre lui et il tente d'expliquer son geste par d'autres interprétations envisageables, notamment en affirmant être tombé sur le couteau par accident. Cependant, lui-

²⁷ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour du banc du roi, contenant 1960-01-359/2, 1894.

²⁸ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/208, dossier 241427, 1925.

même finit par reconnaître que l'hypothèse de l'accident présente des lacunes, tel qu'un témoin le laisse entendre : « Il m'a dit après ça que ça pouvait être lui qui s'était coupé comme ça de peine ». ²⁹

La présence d'une arme ou d'un poison peut servir à confirmer la présence de l'élément mental de l'infraction, c'est-à-dire l'intention, ce qui permet ensuite de prouver qu'un comportement suicidaire s'est bien produit. Par exemple, la présentation au tribunal d'un revolver, qui a servi à la tentative de suicide dans le cas d'Otto L. en l'an 1909 atteste de l'intention de se tuer de celui qui en a fait usage : « Le nommé Otto L. a tenté de commettre le crime de suicide en se tirant trois coups de revolver chargé à balles. [...] Je produis maintenant comme exhibit un revolver No. 38 à six coups, six cartouches dont quatre vides [...], et quatre autres cartouches sur la personne et un canif. » ³⁰ De la même manière que de faire feu à plusieurs reprises avec un revolver, le choix d'un poison particulièrement toxique à défaut d'une drogue plus douce peut témoigner d'une intention plus tenace de s'enlever la vie. Pour Halbwachs (1930), il est clair que le mode choisi pour mettre fin à ses jours révèle à quel point ce désir était important chez la victime : « [...] la plupart des moyens choisis par ceux qui veulent se tuer sont tels qu'on ne peut se tromper sur le sens de leur acte. Non seulement ils savaient qu'ils allaient à la mort, mais, de plus, ils voulaient y aller ». Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, d'autres chercheurs, tel que Douglas (1967), considèrent que le mode choisi n'est pas un bon indicateur de la volonté de la personne et que cette hypothèse n'a jamais été prouvée empiriquement.

²⁹ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/208, dossier 241427, 1925.

³⁰ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/190, dossier 207227, 1909.

1.2 La réponse des tribunaux en matière de tentative de suicide

Suivant l'analyse de l'interprétation juridique de la tentative de suicide, il est également important de se pencher sur les réactions qu'ont les tribunaux québécois devant ce comportement, celles-ci pouvant s'avérer révélatrices sur la signification que prend ce crime à l'intérieur même du cadre juridique.

1.2.1 La détermination de la peine : des circonstances notables

Lors de l'analyse des 39 dossiers d'archives, nous avons trouvé intéressants et révélateurs certains éléments dans les propos des juges en ce qui a trait à ce qu'ils considèrent important dans la tâche de détermination de la peine, notamment entre 1892 et 1925. Parmi eux, nous notons la nature du crime de tentative de suicide, la présence de soutien familial et cléricale ainsi que le repentir de l'individu comme des facteurs pris en considération par le juge lorsqu'un tel crime a lieu.

1.2.1.1 La nature distincte du crime de tentative de suicide

Par la manière dont les prévenus et les circonstances de leur passage à l'acte sont décrits par les tribunaux, il apparaît que la tentative de suicide revêt une signification de crime particulier et différent. Dans un cas, celui de William W. datant de 1920, le juge qualifie de « pauvre malheureux »³¹ ce détenu reconnu coupable de tentative de suicide. Il est clair pour ce juge que cet individu est premièrement une « victime ». Ce même juge réclame la libération du prisonnier, il écrit au gouverneur de la prison de Québec et plaide alors en faveur du détenu. Parmi les arguments avancés, il mentionne qu'« il n'appert pas qu'aucunes procédures puissent

³¹ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/209, dossier 243652, 1920.

être prises contre lui [le détenu] *sous les circonstances* » (notre souligné).³² Les circonstances dont il est question sont en lien avec l'opinion du juge affirmant que la tentative de suicide est survenue durant un moment d'aliénation mentale et il s'avère important pour le magistrat de le mentionner. Ainsi, par le lien souvent fait avec l'aliénation mentale, le crime de tentative de suicide sera perçu différemment déjà à cette époque. En qualifiant le détenu de « pauvre malheureux », le juge semble penser que cet homme est réellement une victime de sa maladie et donc qu'il ne peut être tenu totalement responsable de ses actes. Il semble ressentir de la pitié et de l'empathie pour le détenu car ce dernier n'a aucun contrôle sur cette maladie. En effet, déjà en 1920, on note que le discours médical a une certaine influence sur la perception qu'ont certains juges de la tentative de suicide.

1.2.1.2 Le soutien familial et clérical

La présence d'un soutien de la part de la famille et du curé de la paroisse paraît également importante pour un juge qui doit émettre une sentence contre une tentative de suicide. Dans deux situations différentes, le juge mentionne ces facteurs pour justifier une peine appropriée, ici la libération des détenus. C'est le cas de William W. où le juge l'ayant pourtant d'abord condamné à la prison revient sur sa décision en affirmant : « Depuis, je suis informé par les autorités, et par sa femme, et par le curé de sa paroisse qu'il est bien mieux, mais qu'il serait encore mieux soigné s'il était dans sa famille. [...] Alors, vous voudrez bien, si sa femme et le curé de la paroisse vont le chercher, le leur livrer [...] ». ³³ Le juge considère que dans un cas comme celui-ci, la meilleure place pour ce type de « délinquant » est dans sa famille, lorsque celle-ci est apte à s'en occuper. Sa femme ayant l'appui du curé, cela ne fait que

³² BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/209, dossier 243652, 1920.

³³ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/209, dossier 243652, 1920.

renforcer son argument comme quoi le meilleur endroit pour cet homme est auprès des siens. De manière similaire, un juge utilise le statut privilégié du prêtre de la paroisse pour justifier son choix dans le prononcé de la sentence concernant Adolbert B., en 1925 : « [...] as his parish priest has advised the court that the said accused is sorry for his act & that he is satisfied that he will do better [...]. »³⁴

Le juge montre ici du respect pour ce prêtre en s'appuyant sur ses dires pour faire le choix d'une peine appropriée. Rappelons-nous qu'à cette époque, le clergé catholique joue un rôle fondamental dans la régulation sociale de la société québécoise. Les prêtres, figures importantes, sont des individus respectés possédant un pouvoir dans les sphères sociales et, comme ces cas l'attestent, dans la sphère juridique également. Particulièrement dans les campagnes, la religion catholique permet de réguler et de contrôler les mœurs des habitants. Ainsi, c'est le prêtre qui est appelé à la rescousse lors de comportements suicidaires et lors d'autres comportements marginaux, comme l'homosexualité (Corriveau, 2006, 100) et la maladie mentale.

1.2.1.3 Individu repentant

Finalement, le dernier élément mentionné par les juges qui semble avoir une importance lors du choix d'une sentence, est la présence de remords chez l'accusé. Le juge fait référence à la volonté de ce dernier de vouloir mieux se comporter dans l'avenir. C'est le cas notamment d'Adolbert B. en 1925. La seconde partie du discours du juge se lit comme suit : «[...] as the respondent is in a weak condition & promises to quit drinking & to do better & [...]

³⁴ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour de magistrat pour le district de Hull, contenant 1984-07-001/27, dossier 1478, 1925.

that the said accused is sorry for his act [...]”.³⁵ La présence de sentiment de regret semble être une source d’argument pour le choix de la peine, ici la libération du détenu.

En fait, les trois considérations mentionnées précédemment semblent favoriser les accusés, c’est-à-dire que la nature particulière du crime de tentative de suicide, l’appui de la famille et du curé de la paroisse ou encore la présence de remords chez l’individu sont des éléments qui encouragent l’indulgence du juge.

1.2.2 Le choix d’une sentence : le renvoi dans le pays d’origine

De 1892 à 1925, deux dossiers retiennent notre attention du fait que les réactions des autorités judiciaires sont directement liées au statut d’étranger des individus. Ces deux cas concernent des hommes de pays inconnus, Stanley N. et William S., et se déroulent respectivement en 1908 et 1923. Les dossiers sont muets quant aux raisons qui ont poussé ces hommes à venir au Canada et quant à leurs motifs pour essayer de s’enlever la vie. Les instances judiciaires ne se préoccupent pas de ces détails alors que leur seule (et première) réaction est le renvoi de ces étrangers vers leur pays natal, comme l’indique le dossier de Stanley N.: « Le présumé qui est un immigré récemment arrivé d’Europe [...] devrait être rapatrié »³⁶. Il en va de même pour le second dossier : Malgré un début de phrase indéchiffrable, le reste des propos est on ne peut plus clair, le juge condamnant le prévenu à « être retourné dans son pays ».³⁷

³⁵ BANQ, Centre d’archives de l’Outaouais, Fond Cour de magistrat pour le district de Hull, contenant 1984-07-001/27, 1925.

³⁶ BANQ, Centre d’archives de Québec, Fonds Cour des sessions générales de la paix du district de Québec, contenant 1960-01-357/192, dossier 211373, 1908.

³⁷ BANQ, Centre d’archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/198, dossier 223153, 1923.

Ces dossiers concordent avec des découvertes faites par les professeurs André Cellard et Patrice Corriveau dans le cadre de leur recherche sur la sociologie historique du suicide au Québec de 1800 à 2000. Ceux-ci ont en effet découvert qu'au début du siècle dernier, un nombre important d'étrangers provenant de l'Europe, des États-Unis et d'un peu partout dans le monde venaient à Montréal et à Québec pour mettre fin à leurs jours, pour des motifs qui restent encore à expliquer. Parmi ces suicides d'étrangers en sol québécois, il y a assurément un certain nombre qui n'ont pas réussi dans leur tentative de s'enlever la vie. Ainsi, ils se sont vus accusés du crime de tentative de suicide, comme ce fut le cas pour Stanley N. et William S. Pour notre part, ce que nous retenons quant à ces deux étrangers qui ont tenté de s'enlever la vie, c'est qu'aucune question n'est soulevée quant aux circonstances entourant le passage à l'acte : ni la *mens rea* ni l'*actus reus* ne font l'objet d'une enquête. Également, on ne s'interroge pas sur les conditions de vie des étrangers au Québec, et aucun témoin ne vient plaider en faveur des accusés. Tout ceci ne semble pas relevé du tribunal, qui a déjà trouvé la solution : le renvoi dans le pays d'origine.

1.3 La tentative de suicide comme expression de la maladie mentale : une explication en surface

Des années 1892 à 1925, nous l'avons souligné, l'aliénation mentale s'imisce dans l'explication du passage à l'acte de certaines tentatives de suicide, mais encore de façon embryonnaire. En effet, à cette époque, on ne fait encore que mentionner au tribunal la possibilité de la maladie mentale chez les individus, sans approfondir les évaluations psychologiques. Ce constat se manifeste notamment dans le cas d'Antonio C. en 1912. Celui-ci est d'abord condamné à la prison avant d'être transféré à l'asile de Beauport. La croyance soutenant qu'une tentative de mettre fin à ses jours relève du domaine de la santé mentale est donc présente. Le surintendant de l'institution déclare effectivement « [...] je suis convaincu

que cette tentative de suicide qu'il a commise n'était que la conséquence de la maladie d'esprit dont il a souffert et qui était alors à ses débuts ». ³⁸ Sans donner de précision quant au type de maladie mentale dont souffre le patient, le professionnel demeure persuadé qu'une aliénation mentale est responsable du passage à l'acte d'Antonio C., ce qui l'incite même à recommander une libération. Ainsi, la maladie mentale dont souffrait l'homme sert de justification et d'excuse à son acte, qui ne sera plus vu comme un simple crime, mais comme le produit d'une maladie mentale. L'apport du médecin demeure toutefois superficiel et aucune explication exhaustive n'est proposée, ce qui témoigne de l'état encore en développement de la médecine psychiatrique au Québec à cette époque.

Dans un deuxième exemple, il est intéressant de noter que la maladie mentale est présentée en tant qu'explication de manière presque instinctive face à une tentative de suicide, c'est-à-dire que cela paraît être un réflexe naturel. Dans ce dossier de 1920 concernant William W., ce détenu est décrit par le juge l'ayant condamné à la prison comme: « [...] ce pauvre malheureux avait *évidemment* essayé de se trancher la gorge dans un moment d'aliénation mentale » (notre souligné). ³⁹ Selon ce juge, il n'y a aucun doute que l'inculpé a souffert d'aliénation mentale lorsqu'il a posé son geste, car il n'y a aucune autre explication plausible qui puisse justifier qu'un homme porte atteinte à sa vie. En le décrivant comme un « pauvre malheureux », il considère l'homme comme une victime de sa maladie passagère, c'est-à-dire qu'il n'était pas en contrôle de lui-même et que c'est sa maladie qui le dominait. Le juge considère que la maladie mentale, bien que momentanée, est une excuse justifiée pour

³⁸ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/211, dossier 247948, 1912

³⁹ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/209, dossier 243652, 1920.

l'innocenter. C'est ainsi que la libération du condamné est demandée ici par le juge, comme ce fut le cas d'Antonio C., où là c'est le médecin qui en fait la recommandation.

1.3.1 La dépression comme cause du suicide

Si nous devons préciser quelle maladie mentale incite au suicide, la dépression serait certainement la première des réponses avancées en ce début de siècle. Dans les dossiers d'archive recueillis, ce seront souvent les témoins qui mettront en lumière cet état d'âme chez les accusés et qui le présenteront comme un facteur explicatif de la tentative de suicide. En effet, lorsque des signes de dépression ou de mélancolie sont remarqués dans le passé de l'individu, ceux-ci sont notés par les témoins, notamment les médecins, qui les indiquent au dossier. Par exemple, voici ce que dit le médecin d'une jeune femme, Florence de V., qui tente de s'empoisonner en 1896 :

[...] La malade était sous mes soins depuis quinze jours ou trois semaines auparavant. Elle m'avait paru présenter durant cette période une dépression mentale inaccoutumée, indifférence, incoordination dans ses manières et le reste. Comme je lui demandais qui l'avait poussé à prendre ce poison elle a d'abord dit qu'elle ne savait pourquoi, qu'elle se trouvait si mal, qu'elle avait eu tant de peine qu'elle avait pris ses tablettes sous sa main [...].⁴⁰

Ce docteur, qui est le médecin habituel de l'accusée, a remarqué un changement dans l'humeur et la personnalité de l'accusée, ainsi qu'un changement dans la manière de se mouvoir. Ces transformations étaient dues, selon lui, à cette « grande dépression d'esprit »⁴¹ qui l'accablait. Lorsqu'il l'interroge sur les motifs de son empoisonnement, elle répond que c'est sa peine qui l'a poussée à agir de la sorte, c'est-à-dire sa tristesse et sa mélancolie. C'est donc pendant un moment de « dépression mentale » que sa tentative de suicide a eu lieu et c'est à

⁴⁰ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions générales de la paix du district de Québec, contenant 1960-01-357/160, dossier 156784, 1896.

⁴¹ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions générales de la paix du district de Québec, contenant 1960-01-357/160, dossier 156784, 1896.

travers elle que le médecin explique le geste posé à la justice. L'interprétation de la tentative de suicide comme étant une conséquence d'une dépression permet de mieux comprendre les circonstances du passage à l'acte, même si, au bout du compte, le geste n'est pas excusé par la cour. Ce constat est également vrai pour ce qui est d'alcool trouvé sur les lieux lors d'une tentative de suicide.

1.3.2 L'alcool : un ennemi social

Dans le Québec des années 1920, l'intempérance est pointée du doigt pour une foule de maux sociaux et l'alcool est l'ennemi social numéro un. Plus encore, il est le bouc émissaire par excellence pour toute situation répréhensible, ce qui fait qu'on se questionne sur sa présence, on le cherche. Il n'est donc pas étonnant que lorsque l'alcool est en jeu lors d'une tentative de suicide, cet élément est mentionné. La mention de l'alcool permet d'offrir une meilleure explication du passage à l'acte de l'accusé, c'est-à-dire d'expliquer pourquoi l'accusé a agit d'une manière qui, à première vue, peut sembler insensée aux yeux de l'entourage. C'est ainsi que, marqué par ce contexte social de prohibition, l'acte d'accusation d'Eugène G., en 1925, rapporte l'ivresse de l'accusé au moment de sa tentative de suicide : « Ivre et vouloir s'ôter la vie ».⁴² Le geste conserve son aspect criminel mais on ajoute un élément qui donne une plus grande signification à la tentative de suicide. Cela offre également la possibilité à une maladie d'être diagnostiquée, et au malade la chance d'être soigné. Bien que répréhensible en cette période de prohibition, l'ivresse semble présentée comme une circonstance atténuante dans ce cas de tentative de suicide, ce qui nous est toutefois impossible de confirmer à partir du dossier qui est incomplet.

⁴² BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/203, dossier 232045, 1925.

1.4 La réponse médicale : l'asile

Entre 1892 et 1925, l'intervention psychiatrique se limite à un seul type : l'internement à l'asile. En ce début de siècle, l'enfermement apparaît effectivement comme étant la solution idéale pour une foule d'individus « malades » dont les familles ne sont plus en mesure de garder la charge (Cellard, 2007, 228). Ces personnes peuvent être considérées comme dangereuses pour les autres et pour elles-mêmes, comme ces individus qui tentent de mettre fin à leurs jours (Cellard, 2007, 229-231). L'envoi de prévenus à l'Asile St-Michel Archange (Asile de Beauport) a été constaté à quatre reprises dans les 39 dossiers d'archive (un des cas datant toutefois de 1927). Les détails concernant ce recours à l'asile sont limités, et parfois une simple référence est faite au dossier, comme dans le cas de Dimitri N. en 1912 où seule la mention que « Sent to Beauport Asylum »⁴³ apparaît. Dans d'autres situations, nous en savons un peu plus sur l'intervention psychiatrique avant que l'internement soit ensuite perçu comme une solution plus ou moins temporaire. Par exemple, lors du procès de Félix B. en 1925, celui-ci subira un examen mental alors qu'il est à la prison de Québec. Il semble que ce soit suite à cet examen, effectué notamment par un médecin de l'Asile St-Michel Archange, qu'il sera conduit à cet endroit, comme le laisse penser une lettre écrite au surintendant de l'asile en question : « Mais le juge Choquette nous a demandé de vous prier de bien vouloir faire un examen mental de ce détenu à la prison de Québec, et de lui faire connaître le résultat de vos observations avant la date du procès ».⁴⁴ Malheureusement, le rapport contenant les résultats de cette évaluation est absent du dossier, c'est pourquoi nous ne pouvons que spéculer que c'est suivant cet examen que l'individu sera finalement envoyé à l'asile, c'est-à-dire suite aux conclusions du médecin.

⁴³ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/210, dossier 247596, 1912.

⁴⁴ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/208, dossier 241427, 1925.

Les dossiers mentionnés ci-haut nous montrent avec plus ou moins de détails comment les condamnés se sont retrouvés dans des instituts psychiatriques. Nous ignorons toutefois en quoi constitue leur traitement, si traitement il y a, car les soins thérapeutiques de l'époque étaient limités sinon inexistants (Cellard, 2007, 292). On ignore aussi combien de temps ils y sont restés avant leur sortie éventuelle. À deux occasions, nous avons certaines précisions entourant les circonstances de la sortie de l'institution, sans toutefois connaître les circonstances de leur entrée. Nous savons par exemple que le surintendant de l'asile est la personne qui recommande la sortie des patients, tel que dans le cas d'Antonio C. en 1912. Une lettre écrite par le surintendant de l'Asile St-Michel Archange et destinée, pensons-nous, à un juge de paix, se lit ainsi : « le soussigné surintendant de l'Asile d'aliénés de Beauport, certifie que Antonio [C.], condamné à la prison de Québec et transféré à la suite, à l'Asile de Beauport, pour cause d'aliénation mentalement est maintenant suffisamment rétabli dans ses facultés intellectuelles pour être remis en liberté [...] ». ⁴⁵ Ainsi, dans ce cas, la médecine, qui avait pris en charge l'individu en remplacement du système pénal, souhaite libérer ce dernier. L'histoire ne dit pas si la requête du surintendant fut accordée, mais il demeure intéressant de constater que le médecin conseille la libération du patient, et non le renvoi en prison. Une telle recommandation aurait été possible, considérant qu'elle se présente dans le cas de Gérard P. en 1927. Ce dernier est en effet interné depuis plus de trois mois lorsque l'assistant procureur général suppléant affirme que « Le surintendant médical de l'asile St-Michel-Archange nous déclare que Gérard [P.] a recouvré la santé et qu'il peut être libéré. Il y a donc lieu de faire exécuter le mandat émis contre lui et faire suivre à la loi son cours ordinaire ». ⁴⁶ Le patient

⁴⁵ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/211, dossier 247948, 1912.

⁴⁶ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/226, dossier 277382, 1927.

serait donc libéré seulement afin de subir son procès, ce qui illustre encore une fois que la tentative de suicide demeure d’abord et avant tout un crime en ce début de 20^e siècle.

2. 1926 à 1950 : Un aperçu historique

La crise économique de 1929 montre à quel point le réseau de santé québécois demeure fragile alors qu’il demeure sous la responsabilité des communautés religieuses et toujours largement basé sur les notions de charité (Laporte et Lefebvre, 1995, 149). Si l’absentéisme de l’État persiste, c’est notamment parce que le Premier ministre Maurice Duplessis est opposé à toute prise en charge du gouvernement dans les affaires sociales, l’Église accomplissant selon lui un travail satisfaisant. Dans la sphère de la psychiatrie, la situation est similaire alors que les communautés religieuses catholiques conservent le monopole sur les asiles psychiatriques au Québec. Les religieuses occupent des postes importants au sein des institutions, tandis que, par exemple à l’Asile Saint-Michel-Archange en 1947, les surintendants, qui sont les dirigeants officiels, ne siégeaient pas au conseil d’administration (Boudreau, 1984, 53). C’est dire, comme l’affirme la Commission Bédard à ce sujet 15 ans plus tard, à quel point que les psychiatres ne remplissaient pas leurs véritables fonctions et n’étaient « que de simples concierges » (Bédard, 1962, 25). Considérant le rôle important joué par les religieuses dans les asiles, il n’est pas étonnant que le discours scientifique de l’époque soit teinté de moralité, tel que nous l’avons constaté dans nos dossiers.

2.1 L’interprétation juridique du crime de tentative de suicide de 1926 à 1950

Durant le second quart du 20^e siècle, la tentative de suicide fait toujours partie du Code criminel canadien⁴⁷ et elle sera encore considérée ainsi par les tribunaux qui continuent, à

⁴⁷ Le Code criminel de 1927, qui a subi plusieurs modifications, conserve intégralement l’article sur la tentative de suicide, en le renommant l’article 270 : [Tentative de suicide. Celui qui tente de se suicider

l'instar du premier quart de siècle, à s'interroger sur les deux composantes juridiques de l'infraction criminelle, la *mens rea* et l'*actus reus*.

2.1.1 La préméditation comme indicateur de la *mens rea*

Un moyen pour les avocats de questionner l'intention d'un individu ayant commis un crime est de vérifier s'il y a présence de préméditation. L'absence de préméditation ne signifie toutefois pas qu'il y a absence de la *mens rea* et la personne pourra être inculpée malgré tout. Cette situation se présente dans le cas d'une femme, Marie-Jeanne G., en 1936. Le juge traite cette affaire d'abord comme un acte criminel et, comme la préméditation est absente dans ce cas, il se sert de cet élément, parmi d'autres, pour déterminer la sentence : « [...] Considérant l'absence de préméditation résultant vraisemblablement de la preuve; [...] Considérant qu'il me paraît, d'après la preuve, y avoir lieu d'être clément, je condamne l'accusée à un mois de détention dans la prison de ce district. »⁴⁸

Dans les cas où la préméditation est présente, l'intention est évidemment présente également, ce qui aide à confirmer la *mens rea*. Par exemple en 1949, Fernand T. a tenté de mettre fin à ses jours en absorbant un poison. Avant de poser son geste, il a écrit une lettre de quatre pages où il demande « [...] que personne ne soit blâmé pour ma mort ».⁴⁹ Cette note, comme la plupart des notes laissées par des suicidés, laisse place à peu de doute sur l'intention de cet homme de mettre fin à ses jours. Cette note constitue donc une preuve évidente de la *mens rea* pour le tribunal, comme c'est également le cas pour les coroners lorsqu'ils se prononcent sur le verdict d'un suicide (Jacobson *et al.*, 1976, 419).

est coupable d'un acte criminel et passible de deux ans d'emprisonnement]. Code criminel, L.R.C. 1927, c. C-29, article 270.

⁴⁸ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1980-09-039/20, dossier 13060, 1936.

⁴⁹ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1994-01-005/243, dossier 36350, 1949.

2.1.2 *L'examen approfondi de l'arme du crime*

Tout comme au premier quart du 20^e siècle, la recherche et l'examen de l'arme du crime servent à prouver qu'une tentative de suicide a bel et bien eu lieu, et c'est pourquoi on s'attarde toujours à cette tâche durant le second quart du siècle, tel qu'en témoigne le dossier de Marie-Jeanne G. en 1936 : « une bouteille de bichlorure de mercure [...] sera à produire dans la présente cause [...] ».⁵⁰ Il en va de même pour Fernand T. en 1949, où le service de police a fait parvenir à un laboratoire un échantillon de ce qu'il soupçonne être un poison afin que ce dernier en analyse le contenu. Il fait ensuite parvenir ses résultats à la cour : « L'échantillon que vous nous avez soumis (quelques centimètres cubes d'un liquide blanchâtre dans une bouteille) contient de l'alumino-fluorure d'ammonium en suspension dans une huile volatile de la série des huiles du pétrole. L'alumino fluorure d'ammonium est souvent employé pour les préparations de nettoyage ».⁵¹ Ce faisant, le procureur détient une preuve que le liquide ingéré peut effectivement agir à titre de poison et il peut s'en servir pour prouver que le prévenu en a fait usage pour essayer de mettre fin à ses jours. La présence d'un poison sur les lieux d'une tentative de suicide et absorbé par l'accusé atteste qu'il y a *actus reus*, c'est-à-dire qu'il y a eu un acte qui, lorsque jumelé avec l'intention, constitue une infraction criminelle.

2.2 *La réponse pénale de 1926 à 1950*

À cet égard, il faut noter que même si la tentative de suicide est toujours traitée, du moins en partie, comme un crime par les tribunaux du Québec, cela ne signifie pas nécessairement que la réaction des tribunaux en cette matière soit toujours répressive.

⁵⁰ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1980-09-039/20, dossier 13060, 1936.

⁵¹ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1994-01-005/243, dossier 36350, 1949.

Examinons le processus judiciaire et les sentences prononcées par la cour afin de déterminer la nature de ces dernières.

2.2.1 L'attente du prévenu

Il arrive que certaines causes devant les tribunaux québécois prennent un certain temps avant d'être closes. C'est notamment le cas de Eva B. qui, malgré un plaidoyer de culpabilité, est demeurée en détention préventive durant 37 jours avant de recevoir une peine d'incarcération. Celle-ci étant déjà purgée, elle fut remise en liberté. Ce dossier semble témoigner d'une certaine indifférence de la part du juge vis-à-vis ce type d'offense. En effet, à deux reprises, ce dernier ne daigne pas se présenter lors des audiences, et lors de la troisième convocation, il ajourne une nouvelle fois le prononcé de la sentence. Finalement, au terme de ces aléas, qui devaient être exaspérants pour l'accusée, le juge semble en tenir compte et montre une certaine clémence en condamnant la jeune femme au temps qu'elle a déjà purgé en détention préventive. Dans ce cas-ci, la durée d'incarcération préventive a possiblement joué un rôle dans la détermination de la peine. D'autres éléments peuvent également être retenus par le juge pour déterminer la sentence, comme ce fut le cas dans la période précédente.

2.3 *La détermination de la peine : des circonstances notables*

2.3.1 La nature du crime

Encore ici, on peut se demander si le crime de tentative de suicide est en soi différent des autres crimes aux yeux des juges. On pourrait le croire, notamment si on s'attarde à un cas particulier où le juge laisse entendre que la tentative de suicide n'est pas un crime ordinaire et ne doit pas être traité comme tel. Dans ce dossier datant de 1936 et mettant en scène Marie-Jeanne G., âgée de 20 ans, le juge énumère les éléments qui l'ont incité à prononcer une sentence d'incarcération d'un mois. Parmi ces éléments, la « nature des faits révélés par le

témoignage de l'accusée relativement à la sentence à imposer »⁵² nous apparaît intéressante. Ce passage est très révélateur quant à la signification de la tentative de suicide comme acte criminel pour ce juge. Le magistrat n'explique pas ce qu'il entend par la « nature des faits », mais il est possible d'émettre certaines hypothèses d'un point de vue sociologique

Comme la prostitution et la consommation de stupéfiants, la tentative de suicide est un crime « sans victime », ou plutôt un acte criminel où l'accusé et la victime sont la même personne. Il est alors plus complexe de punir l'accusé, car la victime est punie du même coup. Ce lien entre la victime et l'accusé peut ainsi rendre la nature du crime de tentative de suicide différente des crimes ordinaires, comme le vol et le meurtre par exemple.

La « nature des faits » peut également renvoyer aux circonstances entourant le passage à l'acte de cette accusée/victime. Était-ce un moment de désespoir? Suite à une rupture amoureuse par exemple? Ou encore dans un moment de folie passagère? Tout comme au début du 20^e siècle, on continue de faire le lien entre la tentative de suicide et l'aliénation mentale. Ce faisant, la nature du crime de tentative de suicide apparaît différente.

2.3.2 L'individu repentant

Dans un autre dossier concernant une jeune femme, cette fois datant de 1939, c'est le repentir de l'individu qui est retenu, non pas par le juge ni le curé, mais par le médecin, qui exécute un examen mental de l'accusée. Celle-ci affirme au médecin avoir commis une erreur en ayant tenté de s'enlever la vie: « She professes that she has done wrong that it will never occur again [...] ».⁵³ Bien que ce médecin puisse douter de la véracité des propos de la jeune femme, c'est au magistrat que revient la tâche de juger de son honnêteté. Sachant que

⁵² BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1980-09-039/20, dossier 13060, 1936.

⁵³ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour de magistrat pour le district de Hull, contenant 1984-07-001/12, dossier 1088, 1939.

l'accusée regrette son comportement criminel, le juge peut se permettre de prononcer une peine plus clément.

2.4 Le choix d'une sentence

2.4.1 L'incarcération comme peine de choix

Malgré ces éléments retenus par les juges (ou le psychiatre), qui somme toute sous-tendent une certaine indulgence envers l'accusé, c'est d'abord l'exclusion, c'est-à-dire l'incarcération, qui semble être la peine privilégiée par les juges depuis les années 1920 jusqu'à la fin des années 1950. Les peines de prison vont varier en durée, soit d'une seule journée d'incarcération à six mois de détention. Les juges semblent également enclins à prononcer des sentences d'incarcération qui égalent le temps fait en détention préventive, comme ce fut le cas d'Eva B. en 1941 mentionné précédemment. Ainsi, aux yeux des magistrats, la tentative de suicide conserve son aspect d'infraction criminelle lors du prononcé de la sentence, ce qui justifie une peine répressive. Les sentences peuvent toutefois différer lorsque la cause concerne un étranger, ou encore lorsque la personne est perçue comme une « cause perdue », c'est-à-dire que la personne n'en est pas à son premier délit et que l'incarcération est apparue comme une réponse inefficace.

2.4.2 Le renvoi des étrangers

Comme nous l'avons vu, au début du siècle, le renvoi dans le pays d'origine des étrangers était présent dans les jugements de la Cour. En 1939, l'exclusion par la « déportation » semble être la seule option envisageable pour Shirley M, une ontarienne jugée par un tribunal québécois. La jeune femme a voulu se jeter du haut d'un pont interprovincial entre les villes d'Ottawa et de Hull et s'est retrouvée face à un juge du Québec (nous ignorons

cependant pourquoi le choix s'arrêta à un tribunal québécois à défaut d'un tribunal ontarien, d'où la jeune femme est originaire).

Contrairement aux dossiers des deux étrangers provenant du début du 20^e siècle, Shirley M. fera l'objet d'un examen mental exécuté par un médecin de l'Ontario. L'histoire de vie de cette jeune femme incite le médecin à la considérer comme une cause perdue alors que tout traitement serait d'une efficacité douteuse, tel qu'il l'affirme dans son rapport : « There does not seem to be any particular reason to expect improvement if this girl goes back to her home and keeps on with the same companions [...] », ainsi que « Frankly, however, I believe that there is a definite psychopathic condition in this girl's case which would make any treatment of doubtful value ».⁵⁴

Suite au rapport du médecin et au plaidoyer de culpabilité de la femme, le juge doit faire le choix d'une sentence. Ce dernier décide alors de simplement suspendre la sentence tout en la bannissant du Québec : « [...] et l'accusée devra retourner à Ottawa et ne plus se représenter en cette province de Québec en la cité de Hull ».⁵⁵ Malgré sa nationalité canadienne, le juge a traité celle-ci comme une étrangère qu'il faut renvoyer à son point d'origine à défaut de toute autre intervention médicale ou pénale. En effet, il était question dans le rapport du médecin de placer Shirley M. dans un établissement qui pourrait l'accueillir, soit le Mercer Reformatory. Comme elle avait déjà été détenue pour la période maximale autorisée dans cette institution carcérale pour femmes située à Toronto, et que peu de résultats notables avaient été remarqués, cette option ne fut pas retenue par le juge.

⁵⁴ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour du magistrat pour le district de Hull, contenant 1984-07-001/12, dossier 1088, 1939.

⁵⁵ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour de magistrat pour le district de Hull, contenant 1984-07-001/12, dossier 1088, 1939.

2.5 La construction médicale de la tentative de suicide : La psychiatrie se développe au sein du système pénal

Ce dossier concernant Shirley M. en 1939 est intéressant pour différentes raisons. Il s'agit du premier parmi les 39 dossiers recueillis dans lequel on retrouve un rapport d'examen médical approfondi de l'accusé. Celui-ci nous donne un très bon exemple de la « construction médicale » de la tentative de suicide, qui s'érige à cette époque, notamment par l'entremise d'un vocabulaire scientifique légitimant, et c'est pourquoi nous nous y attardons plus en profondeur.

2.5.1 Un discours scientifique légitimant

Le statut de scientifique des psychiatres, qui leur permet d'être appelés par les tribunaux du Québec en tant qu'experts pour ensuite émettre des recommandations, leur est conféré non seulement par leur titre, mais également par leurs connaissances mises en valeur par un vocabulaire spécifique et légitimant. Le discours scientifique, composé de termes techniques dont parfois seuls les psychiatres connaissent la signification, a un poids au tribunal. Ainsi, dans son rapport concernant Shirley M., le médecin fait l'usage de tels termes pour décrire la jeune femme. La tentative de suicide n'est plus expliquée seulement comme étant le résultat d'une aliénation mentale. Les explications sont en effet plus approfondies, les connaissances psychiatriques s'étant développées. L'emploi de certains mots se veut un moyen de légitimer les conclusions que le médecin tire au sujet de l'accusée. C'est ainsi qu'il affirme qu' « Intellectually I would judge that she belongs in the Dull Normal group. » ainsi que “In England she might be classed as a “moral imbecile” ». ⁵⁶ Cette référence à la psychiatrie pratiquée en Angleterre laisse penser qu'il veut donner plus de poids à ses dires. Il confirme en

⁵⁶ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour du magistrat pour le district de Hull, contenant 1984-07-001/12, dossier 1088, 1939.

outre que ses conclusions, c'est-à-dire les classifications utilisées, ne sont pas le fruit de son imagination, mais qu'elles sont reconnues par des pairs dans son domaine. Dès lors, il est fort probable de croire qu'un juge ayant des connaissances limitées sur le sujet pourra difficilement contredire les conclusions du psychiatre.

Il en va de même dans le cas de Fernand T. en 1949, où la *mens rea* est partiellement confirmée par des preuves circonstancielles, notamment une note d'adieu laissée par le prévenu. C'est toutefois l'assistant surintendant médical de Saint-Michel-Archange qui, sollicité par le juge, procède à une évaluation psychologique permettant de s'assurer que l'individu est non seulement apte à répondre à l'accusation contre lui, mais qu'il était également lucide au moment de son passage à l'acte. Le médecin ne fera pas que mentionner que le prévenu était conscient de son geste, il appuie ses dires avec un vocabulaire légitimant provenant de la psychiatrie :

Au moment où je l'ai examiné, [T.] ne manifestait aucun signe de troubles mentaux, aucune *idée d'ordre mélancolique* ni aucun désir de s'enlever la vie. Il prétend n'avoir aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant une certaine période de temps et ne pas se rappeler avoir écrit une note qui aurait été trouvée dans l'automobile. Je doute fort qu'il dise la vérité à ce sujet et je suis porté à croire qu'il y a une grande part de *simulation consciente* dans toute cette mise en scène. À tout événement, je puis déclarer qu'à l'heure actuelle, Tremblay est absolument « compos mentis », et qu'il est en mesure de rendre compte de ses actes.⁵⁷ (notre souligné)

Ajouté au statut de scientifique du médecin, ce vocabulaire permet de légitimer les conclusions qu'il tire sur l'accusé. Comme dans le cas de Shirley M., il devient plus facile pour le juge de respecter l'opinion du médecin lorsque celle-ci se présente dans des termes scientifiques. Ce constat est également vrai lorsque les médecins émettent des prévisions quant à l'avenir des prévenus.

⁵⁷ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1994-01-005/243, dossier 36350, 1949.

2.5.2 Prédications du futur

Dans leurs rapports, les psychiatres ne font pas qu'évaluer l'état psychologique de l'accusé. Ils vont parfois émettre des opinions quant à leur avenir, plus précisément quant au succès qu'aurait une éventuelle intervention psychiatrique sur l'accusé. Ces prédictions ne sont pas le fruit de clairvoyance ou de présage, mais d'examen dont la validité serait attestée par des chercheurs, ainsi que de la plus ou moins longue expérience du psychiatre. C'est ainsi que ce dernier peut se prononcer sur les chances de succès d'un traitement ou d'une intervention psychiatrique plus approfondie. Les psychiatres sont tout à fait confiants dans leurs diagnostics lorsqu'ils affirment, dans le cas de Shirley M. tel que vu précédemment: "There does not seem to be any particular reason to expect improvement if this girl goes back to her home and keeps on with the same companions [...]", et "Frankly, however, I believe that there is a definite psychopathic condition in this girl's case which would make any treatment of doubtful value".⁵⁸ Grâce à un vocabulaire scientifique, le médecin peut s'exprimer avec un sentiment de confiance et d'assurance. Cependant, malgré ce nouveau vocabulaire scientifique décrivant les accusés de tentative de suicide, il ne faut pas perdre de vue que la psychiatrie au Québec est également influencée par des valeurs morales traditionnelles en place, notamment celles qui découlent de la religion catholique (Corriveau, 2006, 98). Ainsi, bien qu'il paraisse scientifique et objectif, le discours médical de cette époque est également un discours de la moralité.

2.5.3 La moralité dans la psychiatrie

Le suicide étant lui-même un sujet de prédilection de la morale et de la religion, il n'est pas étonnant de retrouver des descriptions à caractère moral concernant les prévenus.

⁵⁸ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour du magistrat pour le district de Hull, contenant 1984-07-001/12, dossier 1088, 1939.

Rappelons-nous de Durkheim (1897) qui, même s'il considère le suicide comme étant un « phénomène social normal », estime néanmoins qu'il s'agit d'un geste immoral. Selon Foucault (1999), c'est également l'intervention psychiatrique en milieu pénal qui a comme effet, par ce qu'il appelle le dédoublement du délit, de transformer une infraction pénale, par exemple la tentative de suicide, en une infraction morale et éthique. Par ses évaluations, le psychiatre met l'accent sur autre chose que le délit en soi, mais qui y est lié, c'est-à-dire la cause, l'origine ou la motivation derrière le passage à l'acte. Ce ne serait plus le crime de tentative de suicide qui serait jugé, mais plutôt les conduites irrégulières qui l'ont engendré. Comme l'explique Foucault (1999, 16) : « [...] aucune loi n'empêche d'être déséquilibré affectivement, aucune loi n'empêche d'avoir des perturbations émotionnelles [...]. Ce sont des qualifications morales [...]. Ce sont des règles éthiques ». En ce sens, la tentative de suicide prend une autre signification. En plus d'être une expression d'aliénation mentale et une infraction à la loi criminelle, elle peut également représenter une infraction à des lois morales et éthiques.

Lorsque des spécialistes en psychiatrie sont appelés pour effectuer un examen psychologique d'un accusé, ils vont chercher dans la personnalité de l'individu ce qui peut être la cause ou l'origine d'un comportement suicidaire. Bien que ce soit la tentative de suicide qui soit considérée comme un crime jusqu'en 1972, ce sont les éléments qui ont poussé l'individu à passer à l'acte qui sont pointés du doigt, que ce soit par exemple des traits de personnalité ou des états émotifs. Ceux-ci, sans être des actes criminels en eux-mêmes, sont répréhensibles à un autre niveau, soit au niveau de la morale et de l'éthique. C'est ainsi que, de manière inconsciente, des psychiatres vont émettre, dans leurs rapports, des jugements sur la moralité des individus.

Ce dédoublement du délit se remarque aussi dans le cas de Shirley M. en 1939. Dans son rapport d'examen mental, le médecin émet les constatations suivantes: «She is not able to plan her actions in such a way that she will reap the benefit of them in the future but has always lived simply for the present. [...] She lacks the essential stability to say “no” to anyone ».⁵⁹ Il s'agit ici du manque de projection qui pose un problème d'ordre moral. Le futur semble être un sujet sérieux pour le psychiatre, et le fait que l'accusée ne soit pas intéressée à améliorer celui-ci semble l'embêter. D'ailleurs, lorsque le psychiatre demande à Shirley M. « [...] where she expected to find herself ten years from now, she replied with a toss of her head, “Oh, hell, I'll be dead long before that.” »⁶⁰ Ainsi, autant la tentative de suicide est le sujet de réprobation juridique, les attitudes qui entourent le passage à l'acte sont également sujettes à une réprobation morale. C'est par l'intervention du psychiatre qu'est mise en évidence la « double culpabilité » de la personne (le dédoublement du délit), c'est-à-dire qu'elle est non seulement coupable d'un acte criminel, mais également d'une attitude et un comportement immoral.

2.6 La réponse médicale subordonnée au droit pénal

Malgré ce double délit qui apparaît suite à l'intervention psychiatrique qui se développe et se « perfectionne » de plus en plus, c'est le pénal qui est préconisé pour intervenir sur les tentatives de suicide. Dans le cas de Shirley M. par exemple, aucune intervention psychiatrique n'est imposée à la jeune femme pour tenter de rectifier ses habitudes immorales. Un second cas, celui de Gérard P. en 1927, illustre également comment le droit pénal est, au final, celui qui prévaut dans la prise en charge. Après avoir été interné à l'asile Saint-Michel-Archange en

⁵⁹ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour du magistrat pour le district de Hull, contenant 1984-07-001/12, dossier 1088, 1939.

⁶⁰ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour de magistrat pour le district de Hull, contenant 1984-07-001/12, dossier 1088, 1939.

raison d'une tentative de suicide, le prévenu sera enfin livré aux mains de la justice, tel qu'en atteste une lettre de l'assistant-procureur général adressée à un certain A. Fitzpatrick (possiblement le surintendant de l'établissement), et datée du 17 novembre 1927. Celle-ci se lit comme suit :

Nous vous transmettons, sous ce plis, plainte et mandat contre Gérard [P.], sur accusation de tentative de suicide. Gérard [P.] a été interné à l'asile des aliénés à St-Michel-Archange, le 8 août 1927, et un ordre de l'honorable Secrétaire de la province a confirmé cet internement. Le surintendant médical de l'asile St-Michel-Archange nous déclare que Gérard [P.] a *recouvré la santé* et qu'il peut être libéré. *Il y a donc lieu de faire exécuter le mandat émis* contre lui et faire suivre à la loi son cours ordinaire.⁶¹ (notre souligné)

L'internement à l'asile était possiblement le moyen de corriger l'individu, c'est-à-dire de modifier ses attitudes et ses comportements qui contrevenaient à des règles morales, sociales et juridiques. Après plus de deux mois d'internement, l'homme serait ainsi « guéri » de ses infractions morales. Cependant, l'infraction criminelle ne fut pas encore abordée et l'assistant-procureur général est insatisfait, c'est pourquoi il demande que l'accusé se présente en cour pour que la tentative de suicide soit jugée en tant que crime. Cet exemple illustre bien comment la psychiatrie n'a pas le contrôle total sur la tentative de suicide.

3. 1951 à 1972 : Aperçu historique

Suite à quelques signes précurseurs dans les années 1950, par exemple l'érection d'une nouvelle élite professionnelle offrant une vision moderne de la psychiatrie, les années 1960 marquent le début d'une nouvelle ère pour la psychiatrie au Québec, qu'on qualifie même d'âge d'or, tandis que les communautés religieuses laissent finalement la place aux professionnels de la santé (Boudreau, 1984, 86). Le psychiatre est finalement reconnu comme le spécialiste de

⁶¹ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/226, dossier 277382, 1927.

l'aliénation mentale, tel que l'Association des psychiatres du Québec le décrit en 1965 : « Le psychiatre est un médecin, un spécialiste médical qui traite ces maladies dites « mentales » comme relevant de sa plus haute autorité et de son rôle. Jusqu'à maintenant, il a détenu dans ce domaine l'autorité suprême et un premier rôle incontesté » (Boudreau, 1984, 143). Depuis ce jour au Québec, le psychiatre détient officiellement la position de tête quand vient le temps de diagnostiquer des maladies, prescrire des modes de traitement, décider un internement, et prédire un comportement chez des personnes dangereuses.

Les années 1960 ont complètement changé l'image de la maladie mentale et de la psychiatrie au Québec. Elles peuvent se résumer comme suit : « Le système psychiatrique, au cours des années soixante, a desservi un plus grand nombre et une plus grande variété de clients. Plus les services et les accès sont diversifiés, plus il y a de gens qui désirent en bénéficier. Le système s'élargit et étend ses tentacules en définissant davantage de comportements comme étant problématique. » (Boudreau, 1984, 145). Ceci étant dit, il faut se questionner sur le rôle qu'a pu jouer la psychiatrie dans la création de la maladie mentale pour répondre à ses propres intérêts.

En matière de suicide, rappelons que la législation du Code criminel sur la tentative de suicide est modifiée en 1953, passant d'un statut d'acte criminel au statut d'infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire⁶². C'est dire que vingt ans avant la décriminalisation au Canada, la gravité du crime diminuait déjà. À la même époque, plus précisément en 1961, la tentative de suicide est décriminalisée en Angleterre. Compte tenu de l'origine anglo-saxonne du droit canadien, nous considérons important de mentionner ce fait.

⁶² En 1955, la tentative de suicide concerne maintenant l'article 213 et a été modifié pour apparaître ainsi : « Tentative de suicide. Quiconque tente de se suicider est coupable d'une infraction punissable sur déclaration sommaire de culpabilité ». Code criminel, L.R.C. 1955, c. C-51, article 213.

3.1 Le crime de tentative de suicide de 1951 à 1972 : l'interprétation juridique abrégée

À partir des années 1950 au Québec, les enquêtes menant à des procès pour tentatives de suicide présentent moins de détails concernant le passage à l'acte de l'accusé. On ne semble plus s'intéresser aux moyens utilisés pour essayer de se suicider ou aux motifs derrière le passage à l'acte. Sur dix-neuf dossiers recueillis entre 1951 et 1972, seulement deux d'entre eux mentionnent le moyen par lequel les prévenus ont tenté de mettre fin à leurs jours. Si un acte criminel a eu lieu, on ne ressent pas le besoin d'expliquer comment l'individu a commis son geste. D'ailleurs, dans un dossier particulier se déroulant en 1962, une jeune femme du nom de Rita M. qui a plaidé non-coupable à une accusation de tentative de suicide voit la plainte contre elle être retirée. Au Canada, la démonstration de la preuve revient au procureur de la Couronne qui, dans ce cas, finit par abandonner la poursuite. Il avise la Cour qu'il lui « est impossible de faire la preuve de tentative de suicide contre l'accusée et demande le retrait de la plainte »⁶³, ce qui est accordé. Le procureur ne pousse pas plus loin l'enquête si l'*actus reus* ou la *mens rea*, ou les deux éléments, n'ont pu être mis en évidence par l'avocat, lequel n'a d'autre choix que de retirer sa plainte. Bien que la tentative de suicide soit toujours classée parmi les crimes dans le Code criminel canadien, ce comportement ne sera plus systématiquement sujet à une interprétation juridique comme c'était le cas au début du siècle jusqu'en 1950 où on questionnait surtout comment le crime avait été perpétré (en recherchant les armes du crime) et si la personne avait l'intention de commettre le délit. C'est également à partir des années 1950 qu'on rencontre pour la première fois des défenses et excuses pouvant justifier le comportement devant un tribunal, ce qui résulte en un acquittement. Ces défenses et excuses illustrent que la tentative de suicide est de moins en moins considérée comme un crime en soi.

⁶³ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1994-01-005/273, dossier 87070, 1962.

3.2 Défenses et excuses autorisées par le tribunal : Le plaidoyer de folie et la maladie physique grave

Avant de condamner un individu, la loi prévoit que le tribunal doit s'assurer de l'état mental de ce dernier, ce pour quoi des examens mentaux des prévenus sont exigés. Dans les cas où l'accusé souffre d'une aliénation mentale, la Cour se voit dans l'obligation d'arrêter les procédures judiciaires. Le plaidoyer de folie au moment de l'acte est donc une des défenses parmi d'autres qu'un avocat peut présenter à la Cour, laquelle, pourrait-on penser, est fréquemment utilisée dans les cas de tentative de suicide. En réalité, un seul des 39 dossiers recueillis en archives fait référence à un tel plaidoyer. Ce dossier de 1955 au nom de Lazare O. indique que le plaidoyer de folie au moment de l'acte a été accepté par le tribunal, c'est-à-dire que la plainte fut renvoyée et le prévenu acquitté. C'est toutefois la correspondance entre cet individu et un greffier de la paix suite à l'acquittement du prévenu qui est à noter. Si rien n'est inscrit quant au déroulement du procès et à la raison pour laquelle ce plaidoyer fut accepté par la Cour, la confusion affichée par l'individu acquitté laisse penser qu'il s'agit véritablement d'une personne souffrant de maladie mentale, ce que la Cour a certainement pu constater en prononçant l'acquittement.

Près de quatre mois après son acquittement, Lazare O. écrit une lettre adressée au Tribunal qui l'a jugé et qui se lit comme suit : « [...] Pour dissiper certaines malentendus avec mes patrons, je vous prie de bien vouloir m'envoyer un document contenant les points suivants : 1- La cause et la date de mon arrestation. 2- De l'ordre de qui j'ai été arrêté. 3- Quand a eu lieu mon jugement, sous quelle accusation et quelle sentence j'ai reçue. 4- Le

numéro du dossier. [...] (*sic*) ». ⁶⁴ Devant une telle réquisition, l'étonnement du greffier de la paix est évident et il répond à Lazare O. de la manière suivante :

Monsieur, je serais surpris si la lettre que je reçois en date du 7 juillet, si j'apprenais qu'elle avait été rédigée et signée par vous-même. À tout événement il me faut bien vous dire que le 18 février 1955, vous avez été ici, à La Malbaie, accusé de tentative de suicide, la plaine a été, le 15 mars 1955, la plainte dis-je a été renvoyée et l'Honorable juge Louis Philippe Girard vous a honorablement acquitté; c'est dire que vous n'avez ici aucun dossier. ⁶⁵

Ainsi, le renvoi de la plainte pour cause de folie semble tout indiqué dans le cas de cet individu. Sa confusion vis-à-vis de son acquittement est la preuve supplémentaire qu'il ne peut pas être reconnu coupable d'un acte criminel. Même si une tentative de suicide a bel et bien eu lieu, il sera acquitté, pour les mêmes raisons qu'un coroner doit prononcer un verdict de suicide *non compos mentis* au 19^e siècle, c'est-à-dire lorsque le geste a eu lieu dans un moment de folie. Dans les deux cas, un tel verdict épargne la victime, ainsi que ses proches, des répercussions judiciaires et sociales qui suivent normalement une tentative de suicide ou un suicide réussi. Cependant, la maladie mentale n'est pas la seule défense possible et d'autres excuses sont valables aux yeux du tribunal pour acquitter un prévenu. Nous notons parmi celles-ci la maladie physique grave.

Dans un cas datant de 1954, la maladie physique du prévenu, Delphis A., apparaît non seulement comme le motif de sa tentative de suicide, mais également comme la défense qui le fera acquitter. Suite à un examen mental exercé par un médecin, la plainte sera effectivement retirée. L'évaluation psychologique du médecin est certainement ce qui fait pencher le verdict

⁶⁴ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1995-03-001/189, dossier 5428, 1955.

⁶⁵ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1995-03-001/189, dossier 5428, 1955.

en faveur de l'accusé. Le médecin en vient à la conclusion que le prévenu est « [...] un grand malade souffrant de néoplasme (cancer) de l'estomac avec métastases. Sa maladie peut le faire agir [...] quelques fois, mais il ne souffre pas d'aliénation mentale ». ⁶⁶ Ce n'est donc pas la maladie mentale qui est en cause pour cette tentative de suicide, mais bien le cancer de l'accusé qui le « fait agir », c'est-à-dire que sa maladie le fait à ce point souffrir qu'il désire mettre fin à ses jours, ce qu'il ne ferait probablement pas en d'autres circonstances.

Pour le juge, le cancer est une maladie suffisamment grave pour être considérée comme une excuse valable pour un acquittement. Toujours selon lui, Delphis A. ne peut pas être tenu responsable de ce qu'il a fait, car c'est en raison de son cancer, et seulement en raison de celui-ci, qu'il a tenté de passer à l'acte. La maladie est ici une souffrance suffisante et il est inutile d'y ajouter une sanction judiciaire, particulièrement si le cancer est incurable et que l'individu est proche du moment de sa mort.

Les motifs derrière une tentative de suicide vont donc affecter l'interprétation juridique du geste, et par le fait même, la réaction juridique également. Le cancer dont souffre Delphis A. rend la tentative de suicide plus compréhensible aux yeux du juge, ce qui illustre comment chaque tentative de suicide peut être interprétée de manières différentes selon les circonstances. Lorsqu'il s'agit d'un homme malade, la tentative de suicide prendrait une signification différente et apparaîtrait comme une infraction moins grave aux yeux de ce juge; elle serait acceptable. Ces deux situations ne sont pas les seules qui nous incitent à croire que l'interprétation juridique de la tentative de suicide s'est transformée au début des années 1950. La réaction des tribunaux vient également renforcer l'idée que la tentative de suicide a plus que jamais un lien avec la maladie mentale.

⁶⁶ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1984-07-001/22, dossier 293, 1954.

3.3 La réponse pénale

3.3.1 L'intensification du recours aux experts

En effet, à partir des années 1950 au Québec, le recours par les tribunaux aux psychiatres pour effectuer des examens mentaux des prévenus apparaît plus fréquemment, au point de devenir quasi-automatique. Bien entendu, cette pratique s'exerçait déjà depuis le début du siècle, notamment car le Code criminel la commande dans les cas où des doutes existent quant à l'état mental de l'accusé. Cependant, elle apparaît beaucoup plus répandue dès les années 1950 : de nos 39 dossiers recueillis, 13 demandes d'examens mentaux furent recensés de 1892 à 1972, et 11 d'entre eux se retrouvent entre 1950 et 1972. Il est possible que ces demandes d'examens mentaux témoignent d'une volonté pour un meilleur respect de la loi et des droits des accusés. Cependant, considérant que les années 1950 et 1960 sont des décennies où la psychiatrie se développe au Québec en tant qu'institution scientifique gérée par des spécialistes, nous nous permettons d'en douter. C'est plutôt la place qu'on y accorde qui, elle, reflète cette plus grande part de la psychiatrie au sein du pénal.

3.3.2 La durée des procédures : Des réponses instantanées

Bien que plus fréquents, les examens mentaux ne sont pas toujours exigés par les juges. Dans la situation où un psychiatre doit exécuter un examen mental chez l'accusé, la durée des procédures judiciaires s'en trouve inmanquablement prolongée pour laisser le temps nécessaire au spécialiste de faire une évaluation adéquate. Toutefois, dans les cas où la tentative de suicide n'est pas considérée comme le résultat d'une maladie mentale sous-jacente chez l'accusé, il est intéressant de constater que les procédures judiciaires s'exécutent de manière expéditive. Comparativement aux années antérieures où les procédures pouvaient

varier entre neuf jours (Clovis D. en 1894⁶⁷) et plus de 30 jours (Eva B. en 1941⁶⁸), et ce même lorsqu'aucun examen mental n'était exigé, la durée des procédures fut considérablement réduite à partir des années 1950.

Parmi les dossiers de tentative de suicide recueillis, un certain nombre d'entre eux voient les accusés recevoir leur sentence dans un délai de quelques jours seulement. On note par exemple la sentence rendue trois jours après la tentative de suicide de L. Thibodeau, et deux jours après celle de Marc B. Dans certains cas, soit ceux de Delphis A., Roger G., Jean G. et Gilles M., les quatre hommes reçoivent leur sentence le lendemain même de leur tentative de suicide. Dans tous ces dossiers, il n'est question que de sentence, car il s'agit d'individus qui plaident coupables à l'accusation de tentative de suicide, ce qui accélère évidemment les procédures judiciaires.

Cette durée relativement courte des procédures judiciaires en matière de tentative de suicide, revêt une signification particulière. Il est en effet possible de conclure que la tentative de suicide n'est pas considérée comme un crime grave, du moins durant les années 1960, alors que les procédures judiciaires ne s'étendent parfois que sur quelques jours. Il s'agit d'un crime qui semble requérir une attention minime de la part des tribunaux, possiblement afin d'éviter de publiciser ces conduites ainsi que pour laisser la place à des cas plus sérieux exigeant plus d'attention. Il pourrait s'agir également d'un reflet du changement effectué dans le Code criminel en 1953 et modifiant le statut de ce crime en diminuant son niveau de gravité. Cette diminution de la gravité de la tentative de suicide en tant que crime se présente également dans le nouveau type de sentence prononcé durant cette période.

⁶⁷ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour du banc du roi, contenant 1960-01-359/2, 1894.

⁶⁸ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1980-09-039/32, dossier 20340, 1941.

3.3.3 La préférence pour les sentences communautaires

Jusqu'aux années 1950, peu importe la durée, qui semble somme toute généralement courte, la peine de prison paraît être un choix évident pour les juges québécois. Les choses changent dès le début des années 1960. C'est en 1963 qu'apparaissent en grande majorité les sentences en communauté pour le crime de tentative de suicide. En fait, à partir de cette année 1963, la sentence de prison disparaît complètement parmi nos dossiers d'archive. Celle-ci est remplacée par la peine d'ordonnance de probation et la sentence suspendue. La durée de ces peines va également varier de six mois à deux ans. Cette préférence pour ce nouveau type de sentence est très significative. Il semble maintenant que la tentative de suicide devient un crime encore moins grave qu'il ne l'était auparavant aux yeux du tribunal. Le fait de choisir de replacer ces individus dans la communauté laisse entendre qu'ils ont justement besoin de créer des liens avec cette dernière. Les magistrats semblent comprendre que la collectivité est un meilleur endroit que l'isolement de la prison, cet isolement étant un élément incitatif à la dépression, laquelle est elle-même liée au suicide. À partir des années 1960, le fait de promouvoir des sentences dans la communauté pour ce type de crime a possiblement permis de renforcer cette idée que les individus suicidaires ont d'avantage besoin d'intégration plutôt que d'exclusion. Un traitement se met d'ailleurs déjà en place par le biais des sentences communautaires, le rapport présentenciel pouvant par exemple être construit autour de l'idéologie du traitement (Laplante, 1985, 143). La décriminalisation de la tentative de suicide en 1972 viendra en quelque sorte confirmer ce changement de philosophie face au phénomène suicidaire.

3.4 La construction médicale de la tentative de suicide

Si la prise en charge juridique du crime de tentative de suicide semble progressivement disparaître à partir de la deuxième moitié du 20^e siècle, c'est-à-dire que la tentative de suicide devient une infraction criminelle moins sérieuse pour les tribunaux, la construction médicale de la tentative de suicide, elle, atteint un nouveau sommet pendant cette même période. La psychiatrie est maintenant reconnue en tant que science par l'État québécois, qui se détache des communautés religieuses autrefois en charge des soins de santé. La psychiatrie peut dès lors développer ses connaissances et ses pratiques, notamment par rapport à la tentative de suicide, laquelle est un sujet parfait pour mettre ces dites connaissances et pratiques en application.

3.4.1 La dépression et l'alcoolisme comme facteurs incitatifs à la tentative de suicide

La psychiatrie, ainsi que les recherches sur le suicide, s'est longtemps intéressée à la mélancolie et à son lien avec le suicide. Bien que certaines recherches ne reconnaissent pas le lien entre la présence de symptômes psychiatriques chez des individus décédés et le verdict de suicide prononcé par le coroner (Jacobson *et al.*, 1976), nous remarquons que les psychiatres vont quant à eux porter un intérêt particulier, souvent en termes de dépression et de mélancolie, aux individus qui portent atteinte à leur vie. Par exemple, un examen mental complété en 1972 décrit le prévenu, Germain H., comme suit : « D'après les renseignements obtenus, Germain [H.] est sujet périodiquement à des phases dépressives pour lesquelles il a été suivi dans des cliniques psychiatriques de la région de Hull. Récemment, lors d'une phase

dépressive, il aurait absorbé une quantité importante de médicaments et ceci en serait à sa deuxième (2^e) tentative de suicide ». ⁶⁹

Bien que la dépression soit amenée pour mieux expliquer et comprendre le sens du passage à l'acte, elle ne peut pas cependant servir d'excuse ou de défense pour acquitter le prévenu, comparativement à Lazare O. qui est acquitté pour cause d'aliénation mentale. Il semblerait que dans le cas de Germain H., la dépression ne soit toutefois pas une maladie mentale assez sérieuse pour permettre un acquittement.

Tout comme les signes de la dépression mentale qui sont présents chez les accusés et relatés par les psychiatres, la consommation d'alcool semble également mise de l'avant par les médecins. Un lien se dessine en outre entre l'abus de boissons alcoolisées et la tentative de suicide. Les deux exemples suivants illustrent comment une personne sous l'influence de l'alcool peut agir différemment, ce qui permettrait de mieux comprendre son passage à l'acte :

Hercule F., 1966 : « Aurait commencé à boire (boissons alcooliques) vers l'âge de 16 ans. Depuis cette date il en prend assez régulièrement. Ceci serait une cause de mésentente conjugale occasionnelle. Ne se rappelle pas de l'incident pour lequel on l'accuse. Dit qu'il était probablement trop en boisson ». ⁷⁰

Fernand G., 1968 : « D'après les renseignements obtenus, Fernand [G.] fait des abus de boisson alcoolique depuis plusieurs années et occasionnellement, lorsque sous l'influence de l'alcool, il manifeste certains troubles du caractère et du comportement ». ⁷¹

⁶⁹ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

⁷⁰ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1998-07-003/14, dossier 25420, 1966.

⁷¹ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1999-05-001/3, dossier 1460, 1968.

Pour les médecins qui ont rendu ces évaluations, l'abus de boissons alcoolisées semble être la source de problèmes personnels, dont des problèmes psychologiques menant au suicide. L'alcoolisme n'est pas présenté comme une maladie, mais plutôt comme un incitatif à la tentative de suicide. Dans un cas pourtant, la dépendance à l'alcool d'un accusé est traitée en termes de trouble requérant des soins médicaux, le médecin soulignant que : « [...] c'est un alcoolique qui devrait être placé dans une institution appropriée pour recevoir les traitements requis ». ⁷² Une tentative de suicide prend donc un autre sens lorsque l'alcool entre en jeu. Cela permet de mieux comprendre le passage à l'acte de l'accusé, c'est-à-dire pourquoi il a agit d'une manière qui, à première vue, peut paraître insensée aux yeux de l'entourage. Si la dépression et l'alcoolisme peuvent être présentés comme des incitatifs à la tentative de suicide, c'est notamment grâce à un vocabulaire qui s'est construit autour de ces sujets. La dépression n'est plus seulement un état d'âme telle qu'elle l'était en 1896 (Florence de V. ⁷³), mais elle est maintenant une maladie 'diagnosticable' et dont le terme revêt à présent un sens et une « valeur scientifique ».

3.4.2 Le discours scientifique légitimant

Le vocabulaire scientifique, déjà présent depuis le deuxième quart du 20^e siècle, continue de légitimer les diagnostics et les recommandations des psychiatres. Il est par exemple plus compréhensible de recommander la prise en charge par la justice d'un individu qualifié d'anti-social, comme dans le cas de Germain H., car il s'agit d'une condition difficilement traitable. Des termes tels que « [...] bien orienté, en bon contact et aucun délire, hallucination,

⁷² BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2001-05-002/18, dossier 710, 1708.

⁷³ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions générales de la paix, contenant 1960-01-357/160, dossier 156784, 1896.

idée de persécution ou symptôme dépressif majeur [...]. Son quotient intellectuel [...]. »⁷⁴ ont également des significations particulières pour les psychiatres. Il s'agit d'un discours pouvant être parfois peu compréhensible pour un homme de loi tel qu'un juge, mais ce dernier voit en ce discours une vérité à laquelle il peut, selon son jugement, accorder sa confiance. Les mots ont un pouvoir, et ces mots prononcés par des gens ayant un statut élevé dans la société québécoise, tel que des médecins et psychiatres, semblent être écoutés avec considération. Là où la tâche devient difficile pour un juge, c'est lorsque plusieurs psychiatres sont appelés à se prononcer sur un sujet, et que leurs conclusions diffèrent.

3.4.3 Débats « d'experts »

L'évaluation de l'état mental d'un accusé n'est pas une opération facile, ce qui fait en sorte que même les meilleurs spécialistes peuvent rencontrer certaines difficultés liées au diagnostic. Ainsi, il arrive que plusieurs psychiatres sont interpellés pour faire l'évaluation d'un individu, et que cela occasionne des évaluations différentes, voire contradictoires. Dans un cas en particulier, celui de Germain H., on demande même l'avis de trois médecins différents. Le premier médecin, qui n'est pas spécialisé en psychiatrie, recommande, « [...] vu ses antécédents, de subir un examen psychiatrique dans les plus brefs délais ».⁷⁵ Cette recommandation est appliquée par le juge, qui fait lui-même une interprétation de la conduite de l'accusé en ajoutant « [...] que le comportement de l'accusé semble anormal ».⁷⁶

Le second, appelé lui aussi pour une évaluation psychiatrique de l'accusé, est un psychiatre, le Dr. Niquette, et il pose comme premier diagnostic celui de la « personnalité anti-

⁷⁴ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

⁷⁵ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

⁷⁶ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

sociale ». ⁷⁷ Il conclut qu'une intervention accrue du domaine médical serait vaine et inefficace. Il affirme: « Nous ne voyons pas comment nous pourrions aider Germain par une hospitalisation soit à l'hôpital général ou soit à Pierre Janet, hospitalisation que d'ailleurs vraisemblablement il refuserait, c'est pourquoi, nous croyons que si Germain a commis des actes anti-sociaux il serait préférable que la justice s'occupe de ses délits ». ⁷⁸ Le fait de conseiller le recours à la justice à défaut de l'intervention en institution psychiatrique est intéressant, mais c'est surtout le fait que ce psychiatre ignore la possibilité même d'un suivi psychiatrique en communauté qui est davantage surprenant. Il n'évoque pas non plus l'idée de poursuivre un traitement en prison, si telle était la sentence prononcée.

On fait alors appel à un troisième avis médical, un second psychiatre, Dr. Daoust, pour venir confirmer ou infirmer les dires des deux précédents médecins. L'évaluation de ce dernier vient s'opposer aux déclarations antérieures de son collègue. D'une part, il contredit l'opinion du juge suite au premier examen médical, c'est-à-dire qu'il admet que l'accusé a un « [...] comportement [qui] est considéré comme normal. » ⁷⁹ D'autre part, il pose un diagnostic, non pas de personnalité anti-sociale tel que prononcé par le Dr. Niquette, mais bien de « [...] personnalité névrotique et [des] tendances aux dépressions [...]. Le Dr. Daoust apporte donc un élément nouveau, qui ne fut jamais abordé par le Dr. Niquette, soit celui des « phases dépressives » de l'accusé qui l'ont poussé à « absorbé une quantité importante de médicaments (*sic*) ». Finalement, les conseils de ce psychiatre quant aux mesures à prendre à l'égard de l'accusé vont également à l'encontre de ceux suggérés par le Dr. Niquette alors qu'il « [...]

⁷⁷ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

⁷⁸ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

⁷⁹ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

recommande qu'il [l'accusé] soit suivi par un psychiatre de la clinique Pierre Janet », ⁸⁰ sans préciser si ce suivi doit être fait en institution ou en communauté. Ces divergences d'opinion entre les psychiatres sont intéressantes considérant qu'il s'agit d'experts appelés par le tribunal justement en raison de leurs connaissances « scientifiques », qui auraient valeur de « vérité ». Or, ces spécialistes ne semblent pas s'entendre sur ce qu'est cette vérité. Malgré cela, les tribunaux poursuivent leurs fréquents recours aux services des psychiatres, ceux-ci demeurant à leurs yeux les plus compétents pour accomplir les examens mentaux. Certains tribunaux vont d'ailleurs recourir plusieurs fois à l'expertise d'un même psychiatre dont les services semblent convenir à leurs besoins.

3.4.4 Les rapports d'évaluation : La préférence d'un modèle

Les rapports qui paraissent suite à un examen mental vont également varier en contenu et profondeur d'analyse. Bien qu'une évaluation approfondie, c'est-à-dire s'étalant sur le passé de l'individu, son éducation, ses relations familiales et sociales, soit utile lors de la détermination de la peine, une évaluation concise, affirmant simplement si l'individu est sain d'esprit ou non, semble tout aussi appréciée par les cours de justice. Il s'agit du minimum d'information dont le tribunal a besoin pour déterminer s'il peut poursuivre les procédures. En ce sens, le Dr. Daoust semble être un psychiatre tenu en estime par le tribunal de Gatineau, car on fait plusieurs fois appel à son expertise. Ce dernier semble avoir compris ce que désire la Cour : ses rapports d'évaluation sont, à quelques différences près, identiques les uns aux autres (Fernand G., Hector C. et Germain H.). Les trois rapports produits par ce psychiatre débutent mot pour mot de la même manière : « À l'examen, [nom du prévenu] est bien orienté, en bon contact et ne manifeste aucune évidence de psychose. Son quotient intellectuel se situe cliniquement au

⁸⁰ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

niveau de la moyenne. Depuis son admission au Centre d'Observation, son comportement a toujours été considéré comme normal [...] ».⁸¹ Le gabarit sur lequel se base le docteur est court et précis, ce qui semble plaire à la Cour, laquelle n'est pas en mesure de faire les évaluations elle-même et préfère les conclusions claires des experts. Au fil des années, les conclusions des experts deviennent de plus en plus précises, alors que le vocabulaire psychiatrique connaît une évolution terminologique.

3.4.5 L'évolution terminologique en psychiatrie

En effet, le vocabulaire scientifique de la psychiatrie n'est pas statique et il existe une évolution terminologique quant aux symptômes et aux diagnostics des maladies mentales. La psychiatrie se spécialise et précise de plus en plus son objet. Les tentatives de suicide sont par exemple expliquées en des termes tels que « [...] le sujet de sa peine était une déception d'amour »⁸² en 1896 et « [...] c'était la crainte, la peur, le découragement qui m'a fait faire ça [...] »⁸³ en 1925. Au début du siècle, il était surtout question des états d'âmes des individus, souvent en lien avec la mélancolie. Puis, en 1972, de nouveaux termes sont utilisés pour décrire des situations similaires. Cette nouvelle terminologie se base désormais sur un savoir dit scientifique et qui interprète maintenant l'état, ici dépressif de la personne en tant que maladie mentale. Par exemple, les psychiatres relatent les causes de la tentative de suicide en des termes tels que « [...] lors d'une phase dépressive [...] »⁸⁴ ainsi que « [...] symptôme dépressif

⁸¹ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1999-05-001/3, dossier 1460, 1968 ; contenant 2001-5-002/19, dossier 1653, 1970 ; contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

⁸² BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions générales de la paix du district de Québec, contenant 1960-01-357/160, dossier 156784, 1896.

⁸³ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 1960-01-357/208, dossier 241427, 1925.

⁸⁴ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

[...]. »⁸⁵ Avec les années, les médecins cessent parfois complètement l'utilisation de certains termes alors que les noms donnés à des classifications de maladies mentales se modifient. Le qualificatif « moral imbecile »⁸⁶ vu en 1939 est un bon exemple de l'évolution terminologique. Quel psychiatre de nos jours qualifierait un patient de telle manière?

Les psychiatres sont d'ailleurs eux mêmes conscients de l'évolution terminologique par rapports aux diagnostics émis, comme le montre la citation suivante : « Au tout début nous avons diagnostiqué Germain comme : étant une personnalité hystérique mais maintenant après l'avoir connu pendant quelques 4 à 5 mois, nous le diagnostiquons comme : personnalité anti-sociale, ce qu'autre fois nous classifions comme étant psychopathe ».⁸⁷ Un bon psychiatre se doit assurément d'être à l'affut de tout changement qui a lieu quant aux connaissances sur le psyché humain, notamment lorsqu'un tribunal demande ses services en tant qu'expert. C'est grâce à ce discours d'expert que les psychiatres se permettent d'émettre des conseils et des recommandations qui, la plupart du temps, se traduisent par un désir d'appropriation des dossiers, soit par un internement psychiatrique plus ou moins provisoire, soit par un suivi psychiatrique.

3.5 La réponse médicale : un apparent désir d'appropriation

Dans certains cas, le discours des psychiatres recommande clairement que les dossiers de tentatives de suicide des tribunaux soient relégués au domaine médical, lequel serait plus apte à répondre aux besoins des prévenus. Parfois, les médecins dénotent une trace d'aliénation mentale chez l'individu, ce qui permet de justifier la recommandation pour un suivi

⁸⁵ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

⁸⁶ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

⁸⁷ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

psychiatrique. Cependant, ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, dans le cas de Robert M. en 1970, le médecin déclare : « Il est sain d'esprit mais c'est un alcoolique qui devrait être placé dans une institution appropriée pour recevoir les traitements requis ».⁸⁸ Ainsi, même si l'homme est sain d'esprit, le médecin peut justifier une intervention psychiatrique par d'autres moyens. Par ces recommandations conseillant « [...] qu'elle soit traitée dans un milieu spécialisé »⁸⁹ ou encore un « [...] suivi par un psychiatre de la clinique Pierre Janet »⁹⁰, on sent l'envie des psychiatres de s'appropriier les cas de tentatives de suicide. À leurs yeux, il s'agit d'un comportement qui relève plus de la psychiatrie que du droit pénal. Cet apparent désir qu'a la médecine de prendre en charge les dossiers de tentatives de suicide aura possiblement des conséquences sur la manière dont l'image du suicide se transformera au Québec, particulièrement à partir des années 1950, en passant par la décriminalisation de la tentative de suicide en 1972, et encore de nos jours.

⁸⁸ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2001-05-002/18, dossier 710, 1970.

⁸⁹ BANQ, Centre d'archives de Québec, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2005-05-004/58, dossier 2230, 1969.

⁹⁰ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour des sessions de la paix, contenant 2004-03-002/1, dossier 610, 1972.

SYNTHÈSE ET CONCLUSION :
VERS UNE DÉCRIMINALISATION COMPLÈTE DU SUICIDE ?

Notre analyse a permis de montrer comment, durant les trois premiers quarts du XX^e siècle au Québec, le discours médical sur la tentative de suicide a pris une place de plus en plus importante dans les tribunaux. Il devenait évident que ce crime n'en serait bientôt plus un du point de vue du droit criminel. Avec des taux de suicide au Québec qui augmentaient dramatiquement dans les années 1960⁹¹, il aurait été difficile de justifier des poursuites légales envers ce nombre toujours croissant d'individus, lesquels apparaissent désormais dans les tribunaux comme des victimes de troubles psychologiques ou sociaux. Nous nous doutons également que cette interprétation médicale du problème suicidaire circulait hors des tribunaux, soit dans la société québécoise en général.⁹² Aujourd'hui, l'idée de punir par le droit pénal un tel individu dans le besoin paraît absurde. Il faut soutenir la personne et non la blâmer, l'aider et non l'abandonner au système pénal. Cependant, l'apparition d'un tel discours sur la tentative de suicide dans les tribunaux ne s'est pas faite du jour au lendemain, tel qu'en témoigne notre analyse.

Notre recherche montre effet que la tentative de suicide est un objet d'interprétation par les discours juridique et médical dans les tribunaux québécois, et que ces interprétations évoluent au fil des années. Tel que notre objet de recherche était défini, nous avons pu observer la nature de l'évolution de ces discours en matière de tentative de suicide du début du siècle dernier jusqu'en 1972. Ces transformations dans les discours juridique et médical

⁹¹ Morissette et Bourbeau, 1983, p. 13.

⁹² Dans un article du journal *L'Artisan* en 1968, un journaliste s'insurge entre autre contre la loi interdisant la tentative de suicide : « Notre code est encore assez stupide pour traduire devant un tribunal celui qui a raté une tentative de suicide et j'affirme que ceci tient du délire. Celui qui se suicide est mort (!) et la justice ne s'occupe certainement pas de lui. Celui qui rate sa mort se retrouve, les menottes par-dessus les pansements, face à une accusation formelle. Si l'on supprimait cet article du code, il s'en trouverait sans doute pour affirmer que le ministre de la Justice encourage les gens à se suicider... Malheureusement, nous ne faisons pas suffisamment de différence entre la dépénalisation d'un acte et l'encouragement au comportement inverse. [...] dépénaliser le suicide ou l'homosexualité ne devrait pas ressembler à un encouragement vers la dépression ou le troisième sexe. » LAPLANTE, Laurent (13 janvier 1968), « Les sursauts excessifs », *L'Artisan*, 61^e année, no. 18 166, p. 4.

témoignent d'un changement dans le type de contrôle social étatique : on passe d'un contrôle social étatique de type pénal à une forme de contrôle de type thérapeutique.

Au début du siècle, c'est le passage à l'acte de la tentative de suicide qui est interrogé, c'est-à-dire qu'on tente de prouver la présence de la *mens rea* et de l'*actus reus*, par exemple en cherchant l'arme du crime. Également, la présence d'un agent de police comme intervenant essentiel lors d'une tentative de suicide illustre clairement qu'il s'agit d'abord d'une infraction criminelle. Considérant qu'au début du siècle au Québec, la religion catholique est un puissant régulateur social voyant le péché dans les comportements suicidaires, il n'est pas étonnant que la tentative de suicide suscite une forte réprobation et soit d'abord interprétée comme un crime. De l'autre côté, la place de l'interprétation médicale de la tentative de suicide demeure minime au début du siècle. Mis à part l'envoi à l'asile de certains accusés (c'est à l'époque un endroit privilégié pour toutes sortes de « déviants »), l'intervention et l'explication psychiatrique reste superficielle, les examens mentaux étant rares à cette époque.

Peu à peu, vers les années 1920 et 1930, l'apport de la médecine psychiatrique se fait plus grand : elle apparaît comme étant au service de la moralité alors qu'on accorde plus d'attention à l'individu. La psychiatrie au Québec se développe, tel que nous le voyons par le discours scientifique qui apparaît dans les dossiers de tentative de suicide. Ce discours présent dans les tribunaux est teinté d'éléments discursifs à caractère moralisateur, ce qui illustre encore une fois l'importance de la religion catholique en cette période. Le catholicisme sert effectivement de référence pour toute question morale, incluant le suicide. Ceci dit, malgré une plus grande présence d'un discours scientifique, l'interprétation juridique de la tentative de suicide en tant qu'infraction criminelle demeure fondamentale. On tente effectivement toujours de prouver la présence de la *mens rea* et de l'*actus reus*, par exemple en questionnant

la préméditation du passage à l'acte et en analysant les poisons employés par les accusés pour mettre fin à leurs jours. L'interprétation juridique de ce comportement s'observe également par la réponse pénale privilégiée des années 1920 à la fin des années 1940, soit le recours à l'incarcération, illustrant encore une fois que la tentative de suicide est toujours perçue comme un crime par les tribunaux québécois à cette époque.

Les choses changent à partir des années 1950 et 1960, où la tentative de suicide apparaît de moins en moins comme une offense criminelle sérieuse. Dans les cas où l'accusé reconnaît sa culpabilité, non seulement le temps passé devant les tribunaux est beaucoup plus court qu'au début du siècle (les causes sont parfois réglées en vingt-quatre heures seulement), mais les sentences sont maintenant d'un autre ordre : elles sont purgées en communauté. À la même époque, les tribunaux ont désormais le réflexe quasi-automatique de faire appel à des témoins-experts, les psychiatres. D'ailleurs, pour la première fois depuis le début du siècle, des prévenus sont innocentés pour raison de maladie mentale et de maladie physique grave, lesquelles sont des défenses et des excuses jugées valables pour un acquittement par le tribunal. Durant cette période, le discours juridique sur la tentative de suicide est manifestement plus imprégné d'un discours médical. Ce dernier s'étant développé et précisé, on s'interroge davantage sur les antécédents psychologiques, familiaux et sociaux de l'individu. La dépression et l'alcoolisme sont par exemple présentés comme des troubles psychologiques pouvant mener à la tentative de suicide. C'est pourquoi, même dans le cas où le psychiatre reconnaît que le prévenu est sain d'esprit, il affirme toutefois que l'individu aurait besoin d'une intervention psychiatrique prolongée afin de régler un problème lié à l'alcool. Ce désir d'appropriation médical est présent à plusieurs reprises lorsque les psychiatres recommandent la prise en charge des prévenus par l'institution psychiatrique.

Cette place plus importante de la psychiatrie dans les tribunaux concorde avec le fait que cette science s'est énormément développée au Québec durant ces années qualifiées d'ailleurs « d'âge d'or », avant que l'ère de la désinstitutionalisation n'apparaisse (Boudreau, 1984, 85). À partir des années 1950 et 1960, la psychiatrie est en effet bien implantée dans le système pénal : elle veut traiter les délinquants. Si au départ il était particulièrement question des jeunes contrevenants, les adultes deviennent également des cibles pour le traitement des délinquants (Laplante, 1989, 161). Il s'agit d'un enjeu important à l'époque, ce qui transparaît dans les divers rapports gouvernementaux sur le système de justice pénale (Commissions Archambault, Fauteux et Ouimet) (Laplante, 1989, 163). Bien que les opinions émises dans ces commissions d'enquête diffèrent, l'idée que le « criminel » est un « malade » à guérir persiste dans le droit pénal, tout comme celle de l'enfermement comme solution à la criminalité (Laplante, 1989, 163). Tel que vu dans les dossiers d'archives judiciaires sur la tentative de suicide au Québec, il est devenu évident que les accusés étaient des « malades » à guérir.

En somme, en nous inspirant de la typologie des différentes formes de contrôle social tel que présenté par Landreville (1983, 10), nous voyons que le contrôle social étatique de type pénal concernant la tentative de suicide, et tel qu'il est présent au Québec du début du siècle jusqu'aux années 1950 environ, s'illustre par la manière dont les tribunaux se concentrent sur le passage à l'acte, la loi servant de modèle à suivre. L'accusé est un délinquant et la peine, ici l'incarcération, apparaît comme la solution devant sa culpabilité. Peu à peu, le contrôle social étatique de type thérapeutique prend sa place. L'attention n'est plus tant centrée autour du passage à l'acte, mais plutôt sur la personne à laquelle on fait passer des examens mentaux. Le problème de cette dernière n'est plus décrit en termes de culpabilité, il est plutôt question de besoins non-répondus. Également, bien que la loi interdisant la tentative de suicide soit toujours existante, c'est la normalité qui sert de modèle à suivre (à plusieurs reprises, les

psychiatres vont se questionner sur le comportement des prévenus, le qualifiant de normal ou d'anormal). Finalement, le suivi psychiatrique est désormais présenté comme étant la meilleure solution, en remplacement d'une peine d'incarcération. Selon Laplante (1985, 142), les psychiatres n'associent pas le traitement à une forme de sanction, même si, dans le cas de la tentative de suicide, il fait partie intégrante de la mesure pénale.

Ces transformations dans le type de contrôle social autour de la tentative de suicide se sont faites progressivement plutôt que soudainement. Tel que mentionné plutôt, il s'agit effectivement d'un glissement, et non d'une coupure. Par exemple, dès les années 1930, nous voyons qu'une attention plus accrue est déjà portée sur l'individu, notamment dans le cas de Shirley M.⁹³ où l'on s'interroge sur son passé. De plus, le discours scientifique connaît déjà une évolution terminologique à cette époque.

Nous croyons que ce glissement de l'interprétation de la tentative de suicide, du domaine juridique à un domaine médical, a servi les intérêts des deux institutions. Celles-ci ont des affinités électives qui ont permis une telle collaboration (Corriveau, 2007). En étant appelé par les tribunaux, la psychiatrie a la chance d'étendre son pouvoir, au sens où Michel Foucault (1999) l'entend, c'est-à-dire un pouvoir créateur de savoirs. De l'autre côté, l'institution juridique a également utilisé un discours psychiatrique pour légitimer son intervention auprès des accusés de tentative de suicide. En faisant appel à des individus ayant un statut scientifique et dont les paroles sont prises en tant que « vérités », les tribunaux démontrent que leur intervention est légitime et qu'elle traite de ces causes pénales de manière sérieuse, objective et professionnelle. Bref, le recours à des scientifiques rehausse son image d'autorité et permet de justifier une intervention qui conserve son aspect pénal, c'est-à-dire qu'elle impose des

⁹³ BANQ, Centre d'archives de l'Outaouais, Fonds Cour de magistrat pour le district de Hull, contenant 1984-07-001/12, dossier 1088, 1939.

peines, tandis que la psychiatrie présente un modèle d'intervention différent lors de tentative de suicide, et auquel on accorde une reconnaissance scientifique.

Grâce à cette analyse, nous avons mis en évidence la manière par laquelle les discours juridique et médical sur la tentative de suicide se sont transformés dans les tribunaux québécois au cours du XX^e siècle, ce qui nous donne également une idée de comment et pourquoi la décriminalisation de cet acte a eu lieu en 1972. À ce sujet, il est possible de se questionner sur les mécanismes sociaux complexes qui amènent nos gouvernements à prendre des décisions. Dans le cas d'un fonctionnement « normal » d'une démocratie, et tel que le modèle sociologique l'explique, le changement étatique est le résultat de pressions environnantes, lesquelles proviendraient de l'opinion publique. Selon cette logique, avant toute criminalisation ou décriminalisation, il y aurait d'abord un changement de point de vue dans la population. Or, dans le cas des tentatives de suicide, l'opinion publique n'est pas le seul environnement à être pertinent pour le système juridique ; l'environnement médical semble l'être également. Serait-il possible alors que le changement étatique survienne avant les transformations dans l'opinion publique, et non après ? Les tentatives de suicide devant les tribunaux québécois ne seraient d'ailleurs pas le seul exemple de ce type de voie de décriminalisation. En effet, le Premier ministre Pierre-Elliott Trudeau n'avait que peu de soutien de la population lorsqu'il a décriminalisé l'homosexualité en 1969. Comme il fut le cas avec le crime de tentative de suicide, assisterons-nous à une décriminalisation de l'euthanasie et du suicide-assisté suite à des pressions d'un environnement médico-scientifique ? Il faudrait voir ici si les transformations dans les interprétations concernant la tentative de suicide ne pourraient pas s'extrapoler à l'euthanasie et au suicide-assisté, car il ne faut pas oublier que ces deux comportements en lien avec le suicide sont aujourd'hui toujours interdits par le Code criminel canadien.

Cette interrogation mériterait d'être approfondie grâce une future recherche, ce qui n'a pu être fait ici, préférant nous concentrer sur l'interprétation de la tentative de suicide devant les tribunaux du Québec durant la période du début du XX^e siècle à l'abolition de la loi interdisant ce comportement en 1972⁹⁴. Une autre recherche pourrait par exemple s'interroger sur les effets de cette décriminalisation sur le point de vue du droit et de l'opinion publique sur ces comportements que sont l'euthanasie et l'aide au suicide. Le juge québécois Guy Guérin avait d'ailleurs vu ce changement dans le Code criminel canadien comme le premier pas vers une décriminalisation complète des comportements liés au suicide, notamment l'euthanasie: « On peut voir se dessiner certaines tendances. On peut vraiment s'interroger à savoir si dans un avenir prochain le suicide sera reconnu comme un droit, un droit de la personne. Je pense que oui. Je pense qu'il y a des tendances qui se dessinent et si le droit au suicide doit entrer dans notre droit ce sera par le biais de l'euthanasie »⁹⁵. L'histoire et le droit en ont déterminé autrement lors de l'affaire Sue Rodriguez en 1993 devant la Cour suprême du Canada, réaffirmant la constitutionnalité de la loi interdisant le suicide-assisté.

Aujourd'hui, en 2010, le débat semble une fois de plus ouvert au Québec. D'ici quelques décennies, les personnes âgées vont représenter une proportion importante de la population québécoise, entraînant une foule de conséquences au plan social, par exemple un débordement encore plus alarmant dans les hôpitaux. En conséquence, la question de mourir dans la dignité refait surface sous la forme d'une Commission spéciale mise en place par le gouvernement du Québec en décembre 2009. Cette Commission spéciale qui, en plus de mettre en place des consultations publiques, fait appel à des médecins afin d'obtenir leur opinion de professionnels,

⁹⁴ Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46 à l'art. 213.

⁹⁵ RADIO-CANADA, La vie quotidienne, « La décriminalisation du suicide au Canada », 1981, <http://archives.radio-canada.ca/emissions/379-6386/page/1/> (page consultée le 5 octobre 2010)

ce qui n'est pas sans rappeler le recours aux experts dans les cas de tentative de suicide devant les tribunaux québécois. Celle-ci peut-elle nous laisser présager un changement à l'horizon ? Aurons-nous éventuellement un droit au suicide, comme le pensait le juge Guy Guérin ? Un premier pas dans cette direction serait d'abord la décriminalisation de l'euthanasie et du suicide-assisté, cependant décriminaliser un comportement ne signifie pas en faire un droit. Mais si le suicide complété et la tentative de suicide ne sont plus des crimes, pourquoi continuer d'interdire l'euthanasie et le suicide-assisté ? Dans les sociétés qui tentent de nier la mort, ou du moins de la repousser le plus possible, il est difficile de concevoir l'existence parallèle d'une pratique de l'euthanasie. Il serait en effet paradoxal que règnent conjointement la possibilité de choisir le moment pour mettre fin à ses jours d'un côté, et de l'autre, un développement technologique continu pour offrir aux humains une plus grande longévité. Cependant, n'est-il pas tout aussi illogique, voire discriminatoire, de criminaliser l'euthanasie et l'aide au suicide, mais pas la tentative et le suicide réussi ?

BIBLIOGRAPHIE

I - ARCHIVES

Archives nationales du Québec, centre d'archives de Québec :

Fond Conseil souverain (TP1)

Dossier P8491/1708, Internet :

http://pistard.banq.qc.ca/unite_chercheurs/Anq_Afficher_image?p_page=1&p_anqid=201103241302151537&P_cote=TP1,S28,P8491&P_codedepo=03Q&P_numunide=832938&p_hauteur=635&p_largeur=1350

Dossier P17211/1730, Internet :

http://pistard.banq.qc.ca/unite_chercheurs/Anq_Afficher_image?p_page=1&p_anqid=201103241302151537&P_cote=TP1,S28,P17211&P_codedepo=03Q&P_numunide=818063&p_hauteur=635&p_largeur=1350

Fond Cour du banc du roi (TP9) :

Contenant 1960-01-359/2, Clovis Deschamps, 1894.

Fond Cour du magistrat (TL191) :

Contenant 1960-01-359/5, dossier 506/1927.

Fond Cour des sessions générales de la paix (TL31) :

Contenant 1960-01-357/160, dossier 156784/1896.

Contenant 1960-01-357/192, dossier 211373/1908.

Fond Cour des sessions de la paix (TP12) :

Contenant 1960-01-357/190, dossier 207227/1909.

Contenant 1960-01-357/210, dossier 247596/1912.

Contenant 1960-01-357/211, dossier 247948/1912.

Contenant 1960-01-357/209, dossier 243652/1920.

Contenant 1960-01-357/198, dossier 223153/1923.

Contenant 1960-01-357/203, dossiers 23045/1925 et 234113/1925.

Contenant 1960-01-357/208, dossiers 241427/1925 et 243496/1926.

Contenant 1960-01-357/226, dossier 277382/1927.

Contenant 1980-09-039/3, dossier 1910/1929.

Contenant 1980-09-039/20, dossier 13060/1936

Contenant 1980-09-039/32, dossier 20340/1941.
Contenant 1994-01-005/243, dossier 36350/1949.
Contenant 1995-03-001/189, dossier 5428/1955.
Contenant 1995-03-001/206, dossier 12320/1959.
Contenant 1994-01-005/273, dossier 87070/1962.
Contenant 1994-01-005/278, dossiers 95690/1963 et 95570/1963.
Contenant 1998-07-003/14, dossier 25420/1966.
Contenant 1998-09-002/54, dossier 129279/1967.
Contenant 2005-05-004/58, dossier 2230/1969.
Contenant 2005-05-004/59, dossier 2530/1969.
Contenant 2005-05-004/56, dossier 6670/1969.
Contenant 2005-05-004/64, dossier 2430/1970.

Archives nationales du Québec, centre d'archives de Gatineau :

Fond Cour de magistrat (TL172) :

Contenant 1984-07-001/27, dossier 1478/1925.
Contenant 1984-07-001/12, dossier 1088/1939.

Fond Cour des sessions de la paix (TP12) :

Contenant 1984-07-001/20, dossier 640/1952.
Contenant 1984-07-001/22, dossier 293/1954.
Contenant 1999-05-001/3, dossier 1460/1968.
Contenant 2001-05-002/18, dossiers 171/1970, 710/1970 et 730/1970
Contenant 2001-05-002/19, dossier 1653/1970.
Contenant 2004-03-002/1, dossier 610/1972.

II – ÉTUDES ET SOURCES IMPRIMÉES

- ARCAN, Nelly (2004), *Folle*, Paris: Éditions du Seuil, 208 pp.
- ATKINSON, John Maxwell (1978), *Discovering Suicide, Studies in the Social Organization of Sudden Death*, Londres: The Macmillian Press Ltd, 225 pp.
- BAYET, Albert (2007), *Le suicide et la morale*, volumes I et II [1922], Paris : L'Harmattan.
- BÉDARD, Dominique, Denis Lazure et Charles Robert (1962), *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Ministère de la Santé du Québec.
- BLUMER, Herbert (1969), *Symbolic Interactionism, Perspective and Method*, New Jersey: Prentice-Hall, 208 pp.
- BOUDREAU, Françoise (1984), *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : Histoire et institutions*, Montréal : Éditions Saint-Martin, 274 pp.
- CELLARD, André (1991), *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850*, Québec : Les Éditions du Boréal, 280 pp.
- CELLARD, André (1997), « L'analyse documentaire », *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, ss la dir. de Poupart et al., Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, p. 275-296.
- CELLARD, André (2007), *Une toupie sur la tête. Visages de la folie à St-Jean-de-Dieu*, Québec : Boréal, 336 pp.
- CHANDLER, Charles et Yung-Mei Tsai (Septembre 1993), « Suicide in Japan and in the West: Evidence for Durkheim's Theory », *International Journal of Comparative Sociology*, Vol. 34, no. 3-4, p. 244-259.
- CLAIN, Olivier (2007), « Fonder le symbolique ? Sur la mort et la Loi », dans Markos Zafirooulos et Paul-Laurent Assoun (eds), *Actualité du symbolique*, Paris : Anthropos/Economica, p. 31-50.
- CLARK-FINNIGAN, Mary et T. J. FAHY (1983), « Suicide rates in Ireland », *Psychological Medicine*, Vol. 13, p. 385-391.
- CANADA (1892), *Code criminel, 55-56 Victoria, Chap. 29*, Ottawa : Samuel Edward Dawson, 421 pp.
- CANADA (1927), *Code criminel et autres lois du Canada*, Ottawa : F.A. Acland, imprimeur du roi, 787 pp.
- CANADA (1954), *Code criminel: chapitre 51, 2-3 Elizabeth II, 1953-54, et loi connexes*, Ottawa : Imprimeur de la Reine, 608 pp.

- CORBIN, Juliet et Anselm Strauss (1990), « Grounded Theory Research : Procedures, Canons, and Evaluative Criteria », *Qualitative Sociology*, Vol. 13, No. 1, p. 3-20.
- CORRIVEAU, Patrice (2006), *La répression des homosexuels au Québec et en France. Du bûcher à la mairie*, Sillery : Septentrion, 236 pp.
- CORRIVEAU, Patrice (2007), « Discours religieux et médical au coeur du processus de légitimation du droit pénal. La gestion des moeurs homoérotiques au Québec (1892-1969) », *Champ pénal / Penal field, nouvelle revue internationale de criminologie* [En ligne], Vol. IV, mis en ligne le 18 septembre 2007. URL : <http://champpenal.revues.org/2282>
- CÔTÉ-HARPER, Gisèle, Pierre Rainville et Jean Turgeon (1998), *Traité de droit pénal canadien, 4^e édition*, Cowansville : Éditions Yvon Blais, 1458 pp.
- DÉBATS DE LA CHAMBRE DES COMMUNES, Quatrième session, Vingt-huitième législature, 2, 27 avril 1972, p. 1699-1708.
- DIU, Bernard (2008), *La constellation de la Vierge. Autobiographie d'un savant aux prises avec la vie*, Paris : Hermann Éditeurs, «Littérature», p. 171-180.
- DOUGLAS, Jack D. (1967), *The Social Meanings of Suicide*, New Jersey: Princeton University Press, 398 pp.
- DURKHEIM, Émile (1969), « Deux lois de l'évolution pénale » [1899-1900], dans *Année Sociologique*, Vol. IV, Paris : PUF, p. 65-95.
- DURKHEIM, Émile (1979), *Le suicide, étude de sociologie [1897]*, Paris : PUF, 463 pp.
- DURKHEIM, Émile (1988), *Les règles de la méthode sociologique [1894]*, Saint-Flamand, France : Champs Flammarion, 254 pp.
- DURKHEIM, Émile (1960), *De la division du travail social [1893]*, Paris : PUF, 416 pp.
- DURKHEIM, Émile (1975), « Origine de l'idée du droit » [1893], reproduit in *Émile Durkheim, Texte 1, Éléments d'une théorie sociale*, Paris : Éditions de Minuit, p. 290-296.
- ESQUIROL, Étienne (1838), *Des maladies mentales : considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris : J.B. Baillière.
- FARBEROW, Norman (1975), « Cultural History of Suicide, dans *Suicide in Different Cultures* », Maryland: University Park Press, p. 1-15.
- FOUCAULT, Michel (2007), *La naissance de la clinique [1963]*, Paris : PUF, 214 pp.
- FOUCAULT, Michel (1999), *Les anormaux : Cours au Collège de France (1974-1975)*, Édition établie sous la direction de François Ewald, Paris : Gallimard : Le Seuil, 351 pp.

- FOUCAULT, Michel (1995), *Maladie mentale et psychologie* [1954], Paris : PUF, 104 pp.
- FOUCAULT, Michel (1988), *Madness and Civilization. A History of Insanity at the Age of Reason* [1961], New York: Vintage Books, 299 pp.
- GAGNÉ, Mathieu et Danielle St-Laurent (2008), « Évolution du suicide au Québec », *Frontières*, Vol. 21, No. 1, p. 44-52.
- GRANGER, Gilles G. (1982), « Modèles qualitatifs, modèles quantitatifs dans la connaissance scientifique », *Sociologie et sociétés*, vol. 14, no. 1, p. 5-12.
- GOULET, Denis et André Paradis (1992), *Trois siècles d'histoire médicale au Québec. Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939)*, Montréal : VLB Éditeur, 527 pp.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1998), Ministère de la santé et des services sociaux, *La politique de la santé et du bien-être*, Internet, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf (page consultée le 10 octobre 2010)
- GRATTON, Francine (2001), « La théorisation ancrée pour proposer une explication du suicide des jeunes », dans *Problèmes sociaux Tome 1. Théories et méthodologies*, ss la dir. de Henri Dorvil et Robert Mayer, Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 305-334.
- GRAWITZ, Madeleine (2001), *Méthodes des sciences sociales*, 11^e édition, Paris : Dalloz, 1019 pp.
- GROULX, Lionel-Henri (1997), « Contribution de la recherche qualitative à la recherche sociale », *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, ss la dir. de Poupart et al., Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, p. 76-104.
- HALBWACHS, Maurice (2002), *Les causes du suicide* [1930], Paris : PUF, 386 pp.
- HOFFMAN, Dennis E. et Vincent J. Webb (1981), « Suicide as Murder at Common Law. Another Chapter in the Falsification of Consensus Theory », *Criminology*, vol. 19, no. 3, p. 372-384.
- IGA, M. et K. TATAI (1975), « Characteristics of Suicides and Attitudes Toward Suicide in Japan », dans *Suicide in Different Cultures*, Maryland: University Park Press, p. 255-280.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2004), « L'épidémiologie du suicide au Québec : Que savons-nous de la situation récente », <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/283-FeuilletEpidemioSuicide.pdf> (consulté le 4 octobre 2010)
- JACOBSON, Solomon, Christopher Bagley, et Ann Rehin (1976), « Clinical and Social Variables which Differentiate Suicide, Open and Accident Verdicts », *Psychological Medicine*, vol. 6, p. 417-421.

- JENNINGS, C. et BARRACLOUGH, B. (1980), « Legal and Administrative Influences on the English Suicide Rate since 1900 », *Psychological Medicine*, vol. 10, p. 407-418.
- LANDREVILLE, Pierre (1983), *Normes sociales et normes pénales : notes pour une analyse socio-politique des normes*. Montréal : Les cahiers de l'école de criminologie, Université de Montréal.
- LANGLOIS, Stéphanie et Peter Morrison. (janvier 2002), « Suicides et tentatives de suicide », *Rapports sur la santé*, Statistiques Canada, vol. 13, no. 2.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2002002/article/6349-fra.pdf> (page consultée le 4 octobre 2010)
- LAPERRIÈRE, Anne (1997), « La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées », *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, ss la dir. de Poupart et al., Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, p. 309-340.
- LAPLANTE, Jacques (1989), *Prison et ordre social au Québec*, Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa, 211 pp.
- LAPLANTE, Laurent (13 janvier 1968), « Les sursauts excessifs », *L'Artisan*, 61^e année, no. 18 166, p. 4.
- LAPORTE, Gilles et Luc Lefebvre (1995), *Fondements historiques du Québec*, Montréal: Les éditions de la Chenelière inc., 323 pp.
- L'ÉCUYER, René (1987), « L'analyse de contenu : notion et étapes », dans Deslauriers, J.-P. (Éd.), *Les Méthodes de la recherche qualitative*, Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 49-65.
- LESAGE, Alain (1994), « Troubles mentaux et suicide », *Santé mentale au Québec*, Vol. 19. no. 2, p. 7-14.
- LESTER, David (Janvier 1989), « A Test of Durkheim's Theory of Suicide using Data from Modern Nations », *International Journal of Comparative Sociology*, vol. 30 , no. 3-4, p. 235-238.
- MARTEL, Joane (2002), *Le suicide assisté. Héraut des moralités changeantes*, Ottawa : Les presses de l'Université d'Ottawa, 221 pp.
- MAXIEFIELD, Michael G. et Earl Babbie (2006), *Basics of Research Methods for Criminal Justice and Criminology*, Belmont (Californie): Thomson Wadsworth, 361 pp.
- MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS, République française (21 décembre 2009), *Quand le divorce était interdit (1816-1884)*, Internet : <http://www.justice.gouv.fr/memoire-et-histoire-10050/dossiers-thématiques-10296/quand-le-divorce-etait-interdit-1816-1884-12108.html>, (consulté le 6 octobre 2010).

- MINOIS, Georges (1995), *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, France : Éditions Fayard, 421 pp.
- MORISSETTE, Denis et Robert R. Bourbeau (1983), « Le suicide et l'âge au Québec : analyse transversale et longitudinale », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 12, no. 1, p. 7-28.
- NEELEMANN, Jan (1996), « Suicide as a crime in the UK : Legal History, International Comparisons and Present Implications », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 94, p. 252, 257.
- NEELEMANN, Jan et Simon Wessely (1997), « Changes in Classification of Suicide in England and Wales : Time Trends and Associations with Coroner's Professional Background », *Psychological Medicine*, vol. 27, p. 467-472.
- O'DONNELL, I. et R. Farmer (1995), « The limitations of official suicide statistics », *British Journal of Psychiatry*, vol. 166, p. 458-461.
- PARENT, Hugues (2003), *Traité de droit criminel, Tome second, La culpabilité (actus reus et mens rea)*, Montréal : Les Éditions Thémis, 582 pp.
- PESCOSOLIDO, Bernice A. et Robert Mendelsohn (1986), « Social Causation or Social Construction of Suicide? An Investigation into the Social Organization of Official Rates », *American Sociological Review*, vol. 51, no. 1, p. 80-100.
- PIRES, Alvaro (1982), « La méthode qualitative en Amérique du Nord : un débat manqué (1918-1960) », *Sociologie et sociétés*, vol. 14, no. 1, p. 16-29.
- PIRES, Alvaro (1987), « Deux thèses erronées sur les lettres et les chiffres », *Cahiers de recherche sociologique*, vol. 5, no. 2, p. 85-105.
- PIRES, Alvaro (1997), « De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales », *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, ss la dir. de Poupart *et al.*, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, p. 3-54.
- PIRES, Alvaro (1998), « La formation de la rationalité pénale moderne au XVIIIe siècle », Première partie, in Debuyst, C., Digneffe, F., Pires, A. P., *Histoire des savoir sur le crime & la peine*, Montréal, Ottawa, Bruxelles, PUM, PUO et De Boeck Université, p. 1-220.
- PESCOSOLIDO Bernice. A. et Robert Mendelsohn (1986), « Social Causation or Social Construction of Suicide ? An Investigation into the Social Organization of Official Rates », *American Sociological review*, vol. 51, no. 1, p. 80-100.
- PLATT, Stephen, Simon Backett et Norman Kreitman (1988), « Social Construction or Causal Ascription : Distinguishing suicide from undetermined deaths », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 23, no. 4, p. 217-221.

- PUNCH, Keith F. (1998), *Introduction to Social Research. Quantitative & Qualitative Approaches*, Grande-Bretagne: The Cromwell Press Ltd., 319 pp.
- RADIO-CANADA, La vie quotidienne, « La décriminalisation du suicide au Canada », 1981, <http://archives.radio-canada.ca/emissions/379-6386/page/1/> (page consultée le 5 octobre 2010)
- ROCKETT, I. R. H. & Smith, G. S. (1995), « Suicide misclassification in an international context », dans *Proceedings of the International Collaborative Effort on Injury Statistics, vol. 1*, pp. 26.1-26.18.
- SKOG, Ole-Jorgen (Janvier 1991), « Alcohol and Suicide - Durkheim Revisited » *Acta Sociologica*, Vol. 34, no. 3, pp. 193-206.
- STATISTIQUE CANADA (28 juillet 2010), *Principales causes de décès, selon le sexe (les deux sexes)*, 2006, <http://www40.statcan.gc.ca/l02/cst01/hlth36a-fra.htm>, page consultée le 18 novembre 2010.
- STENGEL, Erwin (1965), *Suicide and Attempted Suicide*, Grande-Bretagne : MacGibbon & Kee, 140 pp.
- SZASZ, Thomas (1999), *Fatal Freedom, The Ethics and Politics of Suicide*, Connecticut : Praeger Publishers, 177 pp.
- TAYLOR, Steve (1982), *Durkheim and the study of suicide*, London: Macmillan, 249 pp.
- TREMBLAY, Marc-Adélar (1968), *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*, Montréal, McGraw-Hill, 425 pp.
- TREMBLAY, Maurice (1953), « Orientations de la pensée sociale », dans Jean-Charles Falardeau (dir.), *Essais sur le Québec contemporain*, Québec : Presses de l'Université Laval, p. 193-208.
- VOLANT, Éric (1990), *Adieu, la vie... Étude des derniers messages laissés par des suicidés*, Québec : Les Éditions Bellarmin, 334 pp.
- WEBER, Max (2000), *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme [1904-1905]*, Paris : Plon, 340 pp.