

Université de Montréal

**NATURE MULTIDIMENSIONNELLE DE LA PRATIQUE
DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX DES CLSC:
LE CAS DU SUICIDE DES JEUNES**

par

Luc Lacroix

Programme de sciences humaines appliquées
Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en sciences humaines appliquées

Août 1999

© Luc Lacroix, 1999



Université de Montréal

LE CAS DU SUICIDE DES JEUNES
DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX DES CLSC:
NATURE MULTIDIMENSIONNELLE DE LA PRATIQUE

par
Luc Lacroix

Programme de sciences humaines appliquées
Faculté des études supérieures

AC
20
154
2000
n.003

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophie Doctor (Ph.D.)
en sciences humaines appliquées

Avril 1999

© Luc Lacroix, 1999



IDENTIFICATION DU JURY

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Nature multidimensionnelle de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC : le cas du suicide des jeunes.

présenté par :

Luc Lacroix

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Monique Morval, président-rapporteur
Robert Sévigny, Directeur de recherche
Ricardo Zuniga, membre du jury
Michel Tousignant, département de psychologie (UQAM), examinateur externe
Francine Gratton, représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le : 7 décembre 1999

Sommaire

Même si les travailleurs sociaux (et autres intervenants psychosociaux de disciplines connexes) se réclament d'une approche globale, il semble qu'il leur soit difficile de garder le cap, dans leur pratique, à la fois sur l'individu et sur la société. Le but principal de cette recherche est de vérifier si les intervenants psychosociaux des CLSC parviennent à prendre en compte et à intégrer dans leur pratique professionnelle les dimensions relevant de l'individu et celles relevant de la société.

Le champ de pratique que nous avons choisi pour effectuer cette vérification est celui du problème du suicide des jeunes. L'étude de ce champ de pratique constitue l'autre but de cette recherche. Nous inspirant des travaux sur la sociologie implicite des intervenants en santé mentale de l'équipe de Sévigny (Rhéaume et Sévigny, 1988; Sévigny, 1983), nous élaborons une grille à six dimensions, qui nous sert à analyser les représentations sociales de treize intervenants psychosociaux de cinq CLSC, concernant divers aspects de leur pratique professionnelle à l'égard du suicide des jeunes: leurs représentations de ce problème, du champ d'intervention y correspondant, et de leur propre pratique dans ce champ. Notre étude présente ainsi leur savoir d'expérience sur le suicide des jeunes et le situe par rapport aux principaux courants sur le suicide dans la littérature scientifique.

En ce qui a trait à la nature multidimensionnelle de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC, deux constatations s'imposent. D'une part, les intervenants psychosociaux tiennent compte d'un grand nombre de dimensions lorsqu'ils identifient les facteurs contribuant au problème du suicide des jeunes, ce qui reflète chez eux une vision large et globale de ce problème. D'autre part, lorsqu'ils parlent de leur propre pratique professionnelle avec des jeunes suicidaires, ils accordent une place prépondérante aux dimensions psychique et relationnelle au détriment des quatre autres dimensions.

Afin de comprendre cette dichotomie, nous examinons, à partir des représentations que les intervenants psychosociaux en ont, l'impact du cadre organisationnel du CLSC sur leur pratique. Notre recherche nous amène à conclure que les contraintes organisationnelles d'un CLSC ont, sur la pratique des intervenants psychosociaux, une incidence suffisamment forte pour que sa perspective en soit pratiquement réduite aux dimensions psychique et relationnelle. Nous interprétons cette conclusion à la lumière de théories que Schön (1983, 1987) a développées sur la relation entre professionnels et organisations bureaucratiques et sur ce qu'il appelle la pratique réflexive. Nous postulons que l'adoption d'une perspective multidimensionnelle dans un établissement bureaucratique peu propice à son développement nécessite une pratique réflexive alimentée par des rencontres régulières d'intervenants intéressés à examiner leur pratique.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	iii
TABLES DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	ix
REMERCIEMENTS	x
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE: ASSISES DE LA RECHERCHE	3
CHAPITRE 1. PRÉSENTATION DE NOTRE OBJET D'ÉTUDE	4
CHAPITRE 2. CADRE CONCEPTUEL	15
2.1 La notion de représentations sociales	16
2.2 Travaux sur la sociologie implicite	19
2.3 La pratique réflexive dans un cadre bureaucra- tique	21
2.4 Présentation du schéma d'analyse multidimen- sionnelle	28
2.4.1 Définition des six dimensions d'un pro- blème social	28
2.4.2 Définition des quatre thèmes de l'analyse ...	32

CHAPITRE 3. CONTEXTE THÉORIQUE DU SUICIDE DES JEUNES	40
3.1 Définition de jeune	41
3.2 Définition du suicide	41
3.3 Théories sur le suicide	45
3.3.1 Approche sociologique	46
3.3.2 Approche psychologique	52
3.3.3 Approche phénoménologique	56
3.3.4 Approche biologique	61
3.3.5 Approche épidémiologique	63
3.4 Conclusion	67
CHAPITRE 4. CADRE MÉTHODOLOGIQUE	69
4.1 L'approche méthodologique	69
4.2 Le déroulement de la recherche	70
4.2.1 Le choix des CLSC	70
4.2.2 Le recrutement des sujets	72
4.2.3 L'entrevue	76
4.2.4 Le traitement et l'analyse des données	79

DEUXIÈME PARTIE: RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	83
INTRODUCTION À LA DEUXIÈME PARTIE	84
CHAPITRE 5. LES REPRÉSENTATIONS DES FACTEURS DES IDÉATIONS ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES DES JEUNES	86
5.1 La dimension socio-politico-économique	89
5.2 La dimension socio-politico-culturelle	92
5.3 La dimension relationnelle	104
5.4 La dimension psychique	113
5.5 La dimension biophysique	120
5.6 La dimension spirituelle	121
RÉSUMÉ/SYNTHESE	124
CHAPITRE 6. LES REPRÉSENTATIONS DES STRATÉGIES SOU- HAITABLES DANS LE CHAMP D'INTERVENTION DU SUICIDE DES JEUNES	129
6.1 La dimension socio-politico-économique	132
6.2 La dimension socio-politico-culturelle	133
6.3 La dimension relationnelle	154
6.4 La dimension psychique	158
6.5 La dimension spirituelle	160
RÉSUMÉ/SYNTHESE	160

CHAPITRE 7. LES REPRÉSENTATIONS DE LA PRATIQUE DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX DES CLSC À L'ÉGARD DU SUICIDE DES JEUNES	164
7.1 Les dossiers de jeunes suicidaires	165
7.2 Les projets particuliers de prévention	188
RÉSUMÉ/SYNTHESE	195
CHAPITRE 8. LES REPRÉSENTATIONS DE L'IMPACT DU CADRE ORGANISATIONNEL DES INTERVENANTS SUR LEUR PRATIQUE À L'ÉGARD DU SUICIDE DES JEUNES	200
8.1 Représentations de contraintes mineures du cadre organisationnel sur sa pratique	207
8.2 Représentations de contraintes moyennement importantes du cadre organisationnel sur sa pratique	214
8.3 Représentations de contraintes importantes du cadre organisationnel sur sa pratique	221
RÉSUMÉ/SYNTHESE	238
CONCLUSION	247
BIBLIOGRAPHIE	256
APPENDICE A : SCHÉMA D'ENTREVUE	263
APPENDICE B : INDICATEURS POUR LES SIX DIMENSIONS	269
APPENDICE C : TABLEAU 9	283
APPENDICE D : LES DOSSIERS DE JEUNES SUICIDAIRES	285

LISTES DES TABLEAUX

Tableau

1. Grille d'analyse multidimensionnelle	30
2. Thèmes et dimensions	35
3. Importance des dimensions dans chacun des thèmes	85
4. Synopsis du chapitre 5	88
5. Synopsis du chapitre 6	131
6. Les 26 dossiers de jeunes suicidaires	168
7. Répartition des interviewés selon leurs représentations de l'impact du cadre organisationnel sur leur pratique	204
8. Synopsis du chapitre 8	206
9. Les 26 dossiers de jeunes suicidaires avec détails additionnels.....	284

Remerciements

Je tiens à remercier:

Les intervenants psychosociaux des CLSC de l'Outaouais pour leur grande générosité à mon égard;

Mon directeur de thèse, Robert Sévigny, pour sa confiance en moi, son soutien et ses judicieux conseils;

Mes collègues de travail du département de travail social de l'UQAH, pour leur encouragement;

Elizabeth, Simon, Michel et Mathieu, pour leur présence, leur patience, leur compréhension et leur appui.

INTRODUCTION

Au début des années 80, nous avons entrepris, avec des collègues de l'université et des travailleurs sociaux de l'Outaouais, une démarche collective qui a conduit à la refonte du programme de baccalauréat en travail social de l'Université du Québec à Hull. Nous avons opté pour un programme dont l'objectif principal était de former des travailleurs sociaux qui sauraient agir dans une perspective de changement social, que ce soit à partir de problèmes personnels ou à partir de problèmes collectifs. Des travailleurs sociaux qui sauraient garder le cap dans leur pratique à la fois sur l'individu et sur la société. Était-ce utopique de croire qu'on puisse former des intervenants capables de prendre en compte et d'intégrer dans leur pratique les dimensions relevant de l'individu et celles relevant de la société? Cette question nous habite depuis ce temps. Elle est même à l'origine de cette recherche dont nous faisons rapport dans ce texte.

Ce rapport comporte deux parties: les assises de la recherche et les résultats. Dans le premier chapitre, nous tenterons de cerner l'objet de cette étude, objet que nous venons d'évoquer brièvement. La question que nous avons soulevée plus haut sera reformulée, précisée et appliquée à un type de professionnels, les intervenants psychosociaux, et à un problème social, le suicide des jeunes. Nous présenterons au deuxième chapitre les théories et concepts qui nous ont permis d'organiser et d'analyser les données de la recherche. Le troisième chapitre donnera un aperçu des grands courants de pensée qui se sont intéressés au suicide et un échantillon des principales théories qui s'y rattachent; il s'agit de dresser une toile de fond nous permettant de situer sous quelles perspectives les intervenants psychosociaux perçoivent le suicide. Le quatrième chapitre sera

consacré à la méthodologie; on y trouvera la description de la population étudiée et les méthodes de cueillette, de traitement et d'analyse des données.

La deuxième partie du rapport, comme nous l'avons déjà mentionné, porte sur les résultats de la recherche. Nous analyserons d'abord, au chapitre cinq, les représentations des facteurs des idéations et comportements suicidaires des jeunes adoptées par les intervenants psychosociaux. Au chapitre six, nous examinerons leurs représentations des stratégies souhaitables, selon eux, dans le champ d'intervention du suicide des jeunes. Le chapitre sept sera consacré aux représentations qu'ont les interviewés de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard du suicide des jeunes à partir surtout de leur propre pratique professionnelle. Au chapitre huit, nous analyserons les représentations de l'impact du cadre organisationnel des intervenants sur leur pratique à l'égard du problème du suicide des jeunes.

PREMIÈRE PARTIE

ASSISES DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 1

PRÉSENTATION DE NOTRE OBJET D'ÉTUDE

Notre expérience de praticien et de formateur dans le domaine du travail social nous a permis de constater à quel point il est habituellement difficile pour les travailleurs sociaux¹ et autres intervenants sociaux de disciplines connexes (exerçant des fonctions d'intervenants psychosociaux, d'agents de relations humaines ou d'organismes communautaires) d'intégrer plusieurs dimensions d'un problème social² dans leur réflexion comme dans leur action. Cette difficulté s'est particulièrement manifestée au cours des années 70 et au début des années 80 par une opposition et une difficile conciliation chez les professionnels du travail social de dimensions des problèmes sociaux perçues par plusieurs comme divergentes et même incompatibles, soit, d'une part, les dimensions (socio-politico-culturelle et socio-politico-économique³) auxquelles se référaient ceux qui s'identifiaient au "communautaire" et, d'autre part, les dimensions (psychique et relationnelle) auxquelles se référaient ceux qui s'identifiaient au "clinique". L'accent était donc souvent mis sur une paire de dimensions aux dépens de l'autre; ce malaise a

¹ Par *travailleurs sociaux*, dans ce texte, nous entendons les travailleurs sociaux de formation et non les membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

² Dans cette recherche, le fait d'identifier un problème comme un problème social met en évidence les facteurs sociaux du problème et la pertinence des solutions à caractère public ou communautaire à mettre en oeuvre mais n'exclut aucunement la présence de facteurs individuels ou la pertinence d'interventions personnelles. Ce point de vue est d'ailleurs illustré dans le *Traité des problèmes sociaux* (Dumont, Langlois et Martin, 1994), un impressionnant ouvrage collectif québécois, par l'analyse que développent les auteurs de problèmes tels que le suicide, l'alcoolisme, la violence conjugale, problèmes qu'ils identifient comme étant sociaux tout en reconnaissant la nature multidimensionnelle de ceux-ci.

³ Ces catégories dimensionnelles et les autres citées dans le texte seront définies au chapitre suivant.

fréquemment donné lieu à d'interminables débats sur les mérites de l'une ou l'autre paire de dimensions. Cette polarisation amena même certains tenants d'un pôle à discréditer et rejeter les dimensions auxquelles les tenants du pôle opposé accordaient leur attention. On se souvient des rengaines d'alors. Les tenants du "communautaire" reprochaient à leurs collègues du "clinique" de psychologiser les problèmes des gens, d'adoucir les effets des véritables problèmes sans s'attaquer aux causes, d'aider les gens à s'adapter à une société malade, alors que c'était la société qu'il fallait adapter aux gens. De leur côté, les tenants du "clinique" reprochaient à leurs collègues du "communautaire" de rêver en couleur, d'être des idéalistes qui s'activaient pour un avenir incertain tout en ignorant les souffrances de leurs contemporains.

La division du travail chez les travailleurs sociaux en deux sphères selon l'objet premier de leur intervention (la personne ou la communauté), c'est-à-dire la division entre, d'une part, les intervenants psychosociaux identifiés comme des agents de relations humaines ou des travailleurs sociaux en intervention clinique ou psychosociale et, d'autre part, les organisateurs communautaires a, dans certains milieux et à une certaine époque, contribué à mettre en opposition des dimensions des problèmes sociaux. Pourtant, cette division du travail chez les travailleurs sociaux nous semblait alors et nous semble toujours compréhensible et même, jusqu'à un certain point, légitime et nécessaire étant donné la complexité et le grand nombre d'habiletés spécifiques à chacune des deux sphères d'intervention. D'ailleurs, tous les programmes de formation en travail social reconnaissent encore aujourd'hui cette division du travail en offrant des cours de méthodologie, de théories et de pratiques d'intervention spécifiques à chacune de ces deux sphères d'intervention. Ce qu'il faut bien saisir, cependant, c'est qu'il y a une marge immense entre, d'une part, la division instrumentale du travail social en champs de spécialisation comme on en retrouve également dans d'autres professions et, d'autre part, la polarisation idéologique des travailleurs sociaux à laquelle nous avons fait allusion et qui a atteint son paroxysme au cours des années 70.

Selon nous, la division de la plupart des programmes de formation universitaire en travail social au Québec au cours des années 70 en deux concentrations majeures a contribué bien davantage à la polarisation des travailleurs sociaux que la division du travail dans la pratique professionnelle de ceux-ci en deux sphères d'intervention. L'exemple le plus probant de ces deux concentrations est le baccalauréat en travail social de l'UQAM, qui obligeait les étudiants, à la fin des années 70 et au début des années 80, à prendre la moitié de leurs crédits du baccalauréat dans l'une ou l'autre des deux options suivantes: "intervention auprès des individus et des groupes" ou "intervention auprès des communautés". Les deux cheminements étaient passablement étanches puisque les étudiants dans une concentration ne pouvaient prendre aucun des cours de l'autre concentration. Le décroïsonnement de ces deux sphères d'intervention s'est réalisé en deux étapes, la première étant de loin la plus importante. En 1985, chacune de ces deux concentrations est passée de 45 à 30 crédits et en 1993, chacune est passée de 30 à 21 crédits, la plupart de ces 21 crédits correspondant aux deux stages. De plus, à partir de 1985, un certain nombre de cours obligatoires ont donné à tous les étudiants l'opportunité de s'initier à l'ensemble des méthodes d'intervention. Le baccalauréat de l'Université de Sherbrooke a connu une évolution semblable. D'autres universités, comme l'Université Laval et l'UQAH, ont toujours obligé leurs étudiants à suivre au moins un cours de méthodologie dans chacune des méthodes d'intervention (individuel, communautaire et petits groupes). Elles ont quand même évolué dans le même sens, obligeant maintenant les étudiants à prendre non plus un seul mais au moins deux cours dans chacune des méthodes d'intervention. Dans l'ensemble, les programmes de formation professionnelle de base en travail social au Québec ont suivi une même tendance, allant d'une spécialisation passablement majeure dans l'une de deux options à la formation de travailleurs sociaux polyvalents avec seulement une spécialisation mineure dans l'une des méthodes d'intervention.

La polarisation du travail social des années 70 et du début des années 80 est donc surtout due, selon nous, à une sur-spécialisation des étudiants en travail social dans l'une ou l'autre des options "communautaire" ou "clinique" de leur programme de formation universitaire de base, c'est-à-dire à une spécialisation qui a largement dépassé l'appropriation d'outils et de stratégies spécifiques à chacune des deux sphères d'intervention au point où les deux groupes développaient, au sujet des problèmes auxquels s'adressait le travail social, des analyses différentes et parfois même incompatibles. C'est donc sur le plan de l'analyse ainsi que sur le plan de l'idéologie qui lui servait de base que certaines dimensions des problèmes sociaux étaient exclues ou ignorées, autant chez les tenants de la perspective dite clinique que chez les tenants de la perspective dite communautaire.

De nos jours, tous les programmes de formation universitaire de base en travail social au Québec transmettent un savoir et un savoir-être communs à l'ensemble de leurs étudiants, comme le développement d'une analyse critique des problèmes sociaux et l'acquisition de valeurs et d'attitudes fondamentales à la profession. Finie donc l'époque de la sur-spécialisation! Même dans le savoir-faire, tous les étudiants doivent au moins se familiariser avec chacune des méthodes d'intervention, que ce soit l'organisation communautaire, l'intervention psychosociale ou l'intervention de groupe. On parle dorénavant de former des praticiens polyvalents. Les étudiants acquièrent tout de même des affinités pour l'une ou l'autre méthode d'intervention ainsi qu'un outillage plus poussé dans l'une d'elles par leurs cours optionnels et par leurs projets de stage, ce qui constitue toutefois une concentration mineure, limitée à la maîtrise d'une méthodologie d'intervention.

L'époque de la sur-spécialisation dans la formation universitaire en travail social semble révolue, mais qu'en est-il de la pratique professionnelle des travailleurs sociaux? En effet, la question que nous nous posons dans cette recherche est la suivante: cette évolution dans les programmes de formation en travail social

au milieu des années 80 s'est-elle traduite dans les années subséquentes par une pratique plus large, plus globale des travailleurs sociaux, par une pratique que nous qualifierions dans cette recherche de multidimensionnelle? Les travailleurs sociaux qui ont envahi le marché du travail au cours des douze dernières années ont tous appris diverses méthodes d'intervention; tiennent-ils compte pour autant, dans leur pratique, de l'ensemble des dimensions des problèmes sociaux auxquels ils font face et ont-ils eu une influence sur leurs collègues en intervention sociale en ce sens? En d'autres mots, la polyvalence des formations universitaires de base en travail social au Québec s'est-elle traduite chez les travailleurs sociaux par une pratique multidimensionnelle? Nous espérons pouvoir apporter des éléments de réponse à cette question en vérifiant, auprès d'intervenants psychosociaux de CLSC, la nature multidimensionnelle de leur pratique, telle que nous l'indiqueraient, par exemple, une étroite collaboration de leur part avec des organisateurs communautaires ou animateurs de petits groupes, que ce soit au CLSC ou ailleurs, et une étroite collaboration avec les intervenants des ressources communautaires du milieu. Ce sont là les premières questions qui nous ont motivé à entreprendre cette recherche.

En plus de n'avoir souvent reconnu l'importance que de deux des quatre dimensions précitées, les travailleurs sociaux et autres intervenants sociaux de disciplines connexes sont également peu nombreux, nous semble-t-il, à prendre en compte dans leurs analyses et leurs pratiques d'autres dimensions que celles déjà mentionnées. Pour les fins de cette recherche, nous avons identifié deux autres dimensions pouvant, selon nous, être présentes dans la genèse, le développement, les effets et/ou la solution d'un problème social, mais que nous présumons, au début de cette recherche, être négligées par les intervenants sociaux. Nous avons circonscrit ces deux autres dimensions sous les vocables de biophysique et de spirituel. Nous donnerons des précisions sur le choix et la définition de ces deux dernières dimensions dans le chapitre suivant.

Depuis les années 80, plusieurs théoriciens du travail social et de disciplines connexes ont développé des approches qui tentent d'intégrer un bon nombre des dimensions précitées, particulièrement les quatre premières que nous avons mentionnées. Qu'on songe, par exemple, à l'approche intégrée préconisée par l'école de service social de l'Université Laval (Auclair et al., 1987; Laforest, 1987), à l'approche dite structurelle développée par les écoles de l'Université Carleton et de l'Université de Montréal (Lévesque et al., 1994; Moreau, 1979, 1982, 1987,) et à l'approche écologique ou écosystémique qu'on enseigne depuis plusieurs années dans la plupart des unités de formation universitaires en travail social (Bouchard, 1983, 1987, 1991). Également, au cours des dernières années, plusieurs CLSC ont expérimenté l'approche-milieu ou approche proactive (Guay, 1996, 1998), alors qu'un groupe de chercheurs s'est employé à "redonner à la prévention son caractère social" (Fréchette, 1996; Chamberland et al., 1996). Enfin, le concept d'empowerment, concept qui s'inscrit dans la foulée des approches globales, s'est graduellement imposé dans les activités de formation universitaire en travail social au Québec (Breton, 1999; Le Bossé, 1996; Ninacs, 1995). Ces approches d'ailleurs ne sont pas sans lien de parenté avec un courant plus large en sciences humaines, dont l'interdisciplinarité est une préoccupation majeure et dont la psychosociologie constitue un exemple probant. Malgré ces développements intéressants sur le plan théorique, nous ne savons pas si ces nouvelles approches ont réussi à s'imposer auprès d'une majorité d'intervenants psychosociaux, si elles ont réussi à imprégner leurs théories d'usage⁴ ainsi que leur pratique.

La réponse aux questions que nous avons posées jusqu'ici est, croyons-nous, loin d'être évidente. En d'autres mots, les programmes de formation en travail social ont beau enseigner des approches globales et favoriser la polyvalence, les chercheurs et les théoriciens ont beau développer des modèles d'intervention multidimensionnels,

⁴ Voir la définition de "théorie d'usage" à la page 19, chapitre 2.3.

les pratiques des intervenants psychosociaux n'en sont pas nécessairement transformées pour autant⁵. Ces formations de base et les nouveaux modèles théoriques contribuent sûrement à l'évolution des pratiques, mais d'autres facteurs influencent également la réflexion et l'action des intervenants psychosociaux. L'un de ces facteurs est évidemment le cadre organisationnel dans lequel s'inscrit la pratique des intervenants psychosociaux, ce dont il sera abondamment question dans les pages à venir. Un autre facteur est la propre réflexion des intervenants psychosociaux eux-mêmes, pas n'importe quelle réflexion, mais la réflexion suscitée par l'action professionnelle, ce que Schön appelle la "réflexion-dans-l'action" (Schön, 1983, 1987). Toute situation humaine concrète auquel est confronté un professionnel contient des éléments uniques, complexes, instables, dont il doit tenir compte et auxquels il doit réfléchir sur le champ pour être efficace, à moins qu'il conçoive son rôle comme seulement celui d'un technicien devant appliquer un protocole d'intervention mis au point par d'autres personnes. Cette réflexion chez l'intervenant s'inspire évidemment de modèles théoriques qu'il a appris, mais elle s'inspire autant, sinon plus, des réflexions accumulées au cours des actions passées et constituant au fil de l'expérience professionnelle une mine de savoir. C'est ce savoir que nous sommes intéressé à mieux connaître par cette recherche surtout, pour revenir à notre préoccupation centrale, en termes de son étendue, de sa globalité, de sa multidimensionnalité.

Somme toute, nous ne savons pas quelle place les intervenants psychosociaux accordent effectivement à chacune des dimensions possibles d'un problème social⁶ et si l'importance qu'ils accordent à

⁵ Les pratiques des organisateurs communautaires n'ont peut-être pas, non plus, évolué vers une plus grande multidimensionnalité mais, pour les fins de cette recherche, nous nous sommes limité à n'interviewer que les intervenants psychosociaux. Il serait sûrement tout aussi intéressant, dans une autre recherche, d'analyser la nature multidimensionnelle de la pratique des organisateurs communautaires.

⁶ Pour les fins de cette recherche, nous avons identifié, à l'intérieur de notre grille d'analyse, les six dimensions suivantes: socio-politico-économique, socio-

l'une ou l'autre dimension varie selon qu'ils parlent du problème lui-même, des stratégies d'intervention nécessaires pour contribuer à le résoudre ou de leur propre pratique à son égard. Nous ne savons pas non plus si le cadre organisationnel dans lequel ils travaillent et le cadre professionnel auquel ils se réfèrent sont perçus par eux comme ayant ou non un impact sur la présence ou l'absence de dimensions dans l'un ou l'autre des différents aspects d'un problème social. C'est justement pour tenter de trouver des réponses à toutes ces questions que nous avons entrepris cette recherche, nous limitant à des intervenants psychosociaux pratiquant dans un milieu institutionnel, c'est-à-dire des travailleurs sociaux ou agents de relations humaines oeuvrant dans des CLSC.

Le problème social que nous avons retenu pour cerner la réflexion et l'action professionnelles des intervenants psychosociaux est le suicide des jeunes, choix qui se justifie par l'ampleur qu'a prise ce problème⁷ dans notre société québécoise depuis quelques décennies. En effet, du début des années 50 au début des années 80, la fréquence relative des suicides aurait plus que quadruplé au Québec, passant de 3,7 à 16,5 décès par 100,000 habitants, la plus grande part de cet accroissement ayant eu lieu après 1965 (Charron, 1981). Après plusieurs années de stabilité, au cours des années 80, la tendance à la hausse a repris au tout début des années 90. En 1995, le taux a atteint 19,5 décès par 100,000 habitants (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 1998). Les hommes se suicident quatre fois plus que les femmes alors que les femmes sont plus nombreuses à tenter de mettre fin à leurs jours. De plus, le suicide est la première cause de mortalité chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans (ibid.,1998). En 1997, le Conseil permanent de la jeunesse publiait un rapport sur le suicide chez les jeunes qu'il a intitulé: "S.O.S, Jeunes en détresse".

politico-culturelle, relationnelle, psychique, biophysique et spirituelle. Ces dimensions seront définies au chapitre suivant.

⁷ Dans nos sociétés occidentales, le suicide est considéré depuis des siècles comme un problème, que ce soit un problème individuel, sociétal ou les deux.

Le taux record est détenu par les jeunes hommes âgés de 20 à 24 ans. Il est le plus élevé parmi la population québécoise et le plus élevé parmi les principaux pays occidentaux. [...] La hausse la plus préoccupante touche les garçons de 15 à 19 ans. Ces derniers sont en voie d'atteindre les taux records de leurs homologues de 20 à 24 ans. (Conseil permanent de la jeunesse, 1997 : 14).

Nombreux sont ceux qui jugent que ces chiffres sont très inquiétants pour une société comme le Québec. Il importe de préciser qu'ils ne représentent que l'aspect le plus visible, le moins dissimulable d'une réalité difficile à mesurer. En effet, il est parfois difficile de savoir s'il s'agit d'un suicide ou d'un accident; on peut toujours déguiser un suicide, par exemple, en accident de la route, en noyade, en empoisonnement par médicament. Il y a aussi la réticence des médecins et des coroners à poser un verdict de suicide puisque celui-ci "est encore l'objet d'une forte stigmatisation sociale et que personne n'a envie d'apposer à tort une telle étiquette, d'autant plus que c'est la famille du suicidé qui en souffrira" (Charron, 1981 : 18). Il y a, finalement, un nombre encore plus considérable de personnes qui songent à se donner la mort et/ou qui font des tentatives de suicide. L'estimation du ratio des tentatives de suicide par rapport aux suicides effectifs varie beaucoup d'un auteur à l'autre: dans l'ensemble, on estime que pour chaque décès par suicide, il y aurait entre 50 et 200 tentatives.

Notre recherche ne vise donc pas uniquement à vérifier le caractère uni ou multidimensionnel de la réflexion et de l'action professionnelles des intervenants psychosociaux des CLSC mais aussi à comprendre et faire connaître le savoir qu'ils ont acquis par cette "réflexion-dans-l'action" sur le suicide des jeunes. Nous partageons le postulat de Schön selon lequel les praticiens compétents en savent plus qu'ils ne peuvent exprimer par des mots (Schön, 1983). Nous ajouterions ceci: même les intervenants qui arrivent à nommer et à décrire le savoir acquis à partir de leur expérience professionnelle n'ont guère le réflexe de partager ce savoir avec l'ensemble de leurs

collègues. De plus, même lorsqu'ils tentent de présenter leur point de vue dans leur organisme pour que les décideurs puissent en bénéficier, ils sont, pensons-nous, assez rarement accueillis à bras ouverts. Nous croyons donc que de précieuses connaissances tirées de la pratique ne sont ni connues ni reconnues, et finalement se perdent. D'où la pertinence et l'importance de rendre ces connaissances explicites et accessibles pour qu'elles puissent contribuer à bonifier et enrichir nos analyses des problèmes sociaux ainsi que nos programmes et stratégies d'intervention.

Enfin, la préoccupation qui nous a incité à entreprendre cette recherche nous a amené à préciser:

trois objectifs portant sur la nature multidimensionnelle de la réflexion et de l'action des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard d'un problème social tel que le suicide des jeunes (premier volet),

et un quatrième objectif portant spécifiquement sur les représentations qu'ont les intervenants psychosociaux des CLSC du problème du suicide des jeunes (deuxième volet).

Ces objectifs sont les suivants:

Premier volet

1°) identifier l'ampleur, chez les intervenants psychosociaux des CLSC, de la nature multidimensionnelle⁸ de (1) leurs représentations d'un problème social, de (2) leurs représentations du champ d'intervention correspondant à ce problème et de (3) leurs représentations de leur pratique professionnelle s'adressant à ce problème;

⁸ Cette nature multidimensionnelle est établie en fonction des six dimensions retenues pour cette recherche, soit les dimensions socio-politico-économique, socio-politico-culturelle, relationnelle, psychique, biophysique et spirituelle.

2°) identifier et analyser les différences entre ces trois thèmes, particulièrement en fonction de la prise en compte par les intervenants des six dimensions de notre grille d'analyse;

3°) vérifier quel impact sur leur pratique professionnelle à l'égard d'un problème social (comme celui du suicide des jeunes) ces intervenants attribuent au cadre organisationnel de leur CLSC et, plus spécifiquement, s'ils identifient des contraintes organisationnelles, quelle incidence restrictive sur la nature multidimensionnelle de leur pratique attribuent-ils, au moins implicitement, à ces contraintes;

Deuxième volet

4°) cerner et rendre explicites la réflexion, le savoir des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard du suicide des jeunes, et ce en fonction des six dimensions de notre grille, et ainsi acquérir une compréhension de la particularité et de l'originalité des représentations sociales que ces intervenants ont développées (1) du phénomène du suicide des jeunes, (2) de l'ensemble du champ d'intervention à l'égard du suicide des jeunes et (3) de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC dans cette problématique.

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

Étant donné la complexité du phénomène du suicide des jeunes, étant donné les nombreux écrits scientifiques reconnaissant, chacun à sa façon, la nature multidimensionnelle de ce champ d'intervention, nous avons créé une grille permettant d'identifier les différentes dimensions autant du phénomène lui-même que des actions à son endroit et, possiblement, applicable à tous les problèmes sociaux complexes. Avant de présenter cette grille d'analyse, nous examinerons les trois cadres conceptuels qui ont inspiré et alimenté notre démarche de recherche.

Dans la première partie de ce chapitre, nous définirons et situerons le concept de représentation sociale dont nous nous sommes servi pour cerner la réflexion et l'action professionnelles des sujets de notre recherche à l'égard du suicide des jeunes.

Dans la confection de notre grille d'analyse, nous nous sommes largement inspiré de la recherche sur la sociologie implicite des intervenants en santé mentale effectuée par une équipe sous la direction de Sévigny (Rhéaume et Sévigny, 1988; Sévigny, 1983). Nous présenterons donc le schéma d'analyse de cette recherche ainsi que sa pertinence pour notre recherche dans la deuxième partie de ce chapitre.

Selon Argyris et Schön (1974) et Schön (1983, 1987), de nombreux professionnels compétents acquièrent des savoirs importants et riches dans leur pratique, une pratique que ces chercheurs qualifient alors de réflexive, et ces savoirs restent plus souvent qu'autrement tacites. Ce sont ces "savoirs d'expérience" (Racine, 1997) concernant le problème du suicide des jeunes que nous avons cherché à connaître dans notre recherche en les

examinant sous l'angle de leur nature uni ou multidimensionnelle. C'est dans cette perspective que nous avons abordé les sujets de notre recherche, souhaitant que leurs représentations sociales du suicide des jeunes nous livrent le fruit d'une réflexion nourrie par une action professionnelle se situant au coeur même du problème en question. De plus, l'analyse que Schön (1983) fait des pratiques réflexives dans le cadre d'organisations bureaucratiques nous a permis d'interpréter et de mieux comprendre les écarts mis à jour par notre analyse des données entre les trois premiers thèmes de notre recherche concernant la nature multidimensionnelle des représentations sociales de nos sujets. C'est ce dont il sera question dans la troisième partie de ce chapitre.

2.1 La notion de représentation sociale

Étant donné que nous n'avions retenu aucun moyen d'avoir un accès direct à l'action des intervenants psychosociaux par l'observation de celle-ci, par exemple, ou par l'étude de dossiers ou par une forme de recherche-action, étant donné que la réflexion professionnelle est un processus cumulatif dont nous voulions recueillir le résultat plutôt que d'examiner le processus lui-même, il nous fallait un concept nous permettant de cerner et l'action et la réflexion des intervenants psychosociaux via des échanges semi-structurés.

De plus, étant donné que la réflexion dont il est question ici, comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre, est du type qui se développe dans l'action professionnelle, elle ne se limite pas à une activité mentale explicite et uniquement rationnelle. L'intervention est à la fois un art et une science. L'intervenant utilise ses capacités intuitives aussi bien que ses capacités rationnelles dans sa façon de comprendre une situation au fur et à mesure de ses interactions avec celle-ci. C'est donc pour arriver à cerner le résultat de ce processus qu'est la réflexion des intervenants psychosociaux dans leur action et sur leur action professionnelle, pour arriver à saisir les aspects implicites aussi bien qu'explicites des acquis de leur expérience

professionnelle, que nous avons fait appel à un concept développé surtout en Europe au cours des trente-cinq dernières années, celui de la représentation sociale.

La notion de représentation sociale a d'abord été introduite en sciences sociales par Durkheim, en 1898, sous le vocable de représentation collective. Il a cependant fallu attendre jusqu'en 1961 pour que Moscovici fasse valoir auprès de ses collègues de la psychosociologie et de l'ensemble des sciences humaines le riche potentiel de cette notion en publiant le résultat d'une recherche intitulée "La psychanalyse: son image et son public; étude sur la représentation sociale de la psychanalyse". Depuis lors, la notion de représentation sociale a été l'objet d'un grand nombre de recherches, d'articles et de colloques.

Qu'est-ce qu'une représentation sociale? Selon Moscovici, elle consiste en:

un processus dynamique de reconstruction du réel en même temps qu'elle en permet l'appréhension. C'est par elle que le sujet s'organise, ordonne et attribue des significations aux informations qu'il reçoit (Moscovici, 1973 : 40).

Face à un phénomène comme le suicide des jeunes, les intervenants psychosociaux n'ont d'autres choix que de lui donner un sens dans lequel pourra s'inscrire leur action. Au début de leur vie professionnelle, ce sens risque fort d'être tributaire, d'une part, du discours tenu sur la place publique, de leurs expériences de vie personnelles reliées à ce phénomène et, d'autre part, de leur formation professionnelle. Par contre, s'ils ont à intervenir fréquemment auprès de jeunes suicidaires, s'ils se laissent interpeller par leurs expériences professionnelles, s'ils partagent leurs interrogations avec leurs collègues, la pratique professionnelle peut devenir le facteur par excellence d'une reconstruction sociale du phénomène dont ils sont témoins et sur lequel ils doivent agir. La représentation sociale est à la fois le processus de recherche d'un sens et son contenu. Elle correspond donc à de l'information

recueillie de différentes sources et graduellement transformée au contact des réalités de l'intervention, à quelques images représentant schématiquement cette information plus ou moins modifiée par la réflexion dans et sur l'action, et à une attitude, alimentée par quelques émotions, vis-à-vis du phénomène en question.

La représentation est *sociale* en ce sens qu'on ne l'a pas construite dans un vacuum mais à partir de définitions et d'interprétations qu'on a empruntées principalement à son ou ses groupes d'appartenance sociale, et auxquelles on a soi-même contribué. Selon Herzlich (1973), "la représentation sociale est, pour chaque groupe, appropriation du monde extérieur, recherche d'un sens dans lequel pourra s'inscrire son action" (p.309). Concernant la représentation sociale du suicide des jeunes de nos sujets de recherche, le groupe d'appartenance le plus pertinent est sans doute constitué des collègues et des cadres de leur milieu de travail, là où s'effectuent régulièrement des contacts avec de jeunes suicidaires et des échanges sur les interventions auprès de ceux-ci. Un autre groupe d'appartenance qui peut s'avérer pertinent pour nos sujets de recherche est l'ensemble des collègues de leur profession.

Le concept de représentation sociale constituait pour nous un concept-outil nous permettant d'aborder, de comprendre et d'interpréter certains aspects du problème du suicide des jeunes à partir du sens que leur attribuaient les intervenants psychosociaux des CLSC. Notre objectif n'était nullement de contribuer à mieux connaître les représentations sociales en tant que concept, en tentant, par exemple, comme le font de nombreux chercheurs issus surtout de la psychologie sociale, de découvrir leurs mécanismes de fonctionnement, leur genèse ou leurs transformations. Il s'agissait simplement pour nous de faire appel à une notion large et complexe nous offrant la flexibilité voulue pour appréhender, organiser et relier entre eux les points de vue riches en observations et en significations exposés par chacun des intervenants que nous avons interviewés.

2.2 Travaux sur la sociologie implicite

Un des principaux objectifs de cette recherche étant d'examiner l'étendue du regard des intervenants psychosociaux dans leurs représentations du problème du suicide des jeunes, du champ d'intervention y correspondant ainsi que de leur pratique dans ce champ, il nous fallait identifier une grille reflétant la totalité du spectre possible d'un champ de vision, c'est-à-dire l'ensemble des dimensions d'un tel problème humain et social lorsqu'il est envisagé sous l'angle le plus large et le plus global possible. Pour en arriver aux six dimensions que nous avons retenues dans notre grille, c'est-à-dire les dimensions socio-politico-économique, socio-politico-culturelle, relationnelle, psychique, biophysique et spirituelle, nous nous sommes largement inspiré, comme nous l'avons mentionné plus haut, de la recherche sur la sociologie implicite des intervenants en santé mentale (Rhéaume et Sévigny, 1988; Sévigny, 1983).

Dans un document de travail publié cinq ans avant les résultats de leur recherche (Sévigny, 1983), cette équipe de recherche présentait sa définition du projet de recherche sur la sociologie implicite des intervenants en santé mentale et les premiers éléments de son cadre théorique et méthodologique. Une première tentative d'établissement d'une typologie du champ de l'intervention en santé mentale a amené les auteurs à identifier "quatre types d'intervention qui se différencient selon la place qu'on y réserve au contexte de vie de l'individu" (Sévigny, 1983 : 50). Il ne s'agit pas de dimensions comme telles mais le découpage que l'on fait à l'égard du contexte d'un individu peut facilement donner lieu à des distinctions entre des dimensions de l'existence d'un individu dans la société et même entre des dimensions d'un problème social. Cette typologie nous a semblé par contre trop collée à l'intervention et même aux modèles d'intervention pour pouvoir répondre telle quelle aux fins de notre recherche. Les quatre types d'intervention identifiés sont l'intervention psychologique, l'intervention psychosociale, l'intervention socio-politique et l'intervention socio-culturelle. Les deux premiers types correspondent d'assez près à nos dimensions psychique et

relationnelle. Les deux autres types, quoique très intéressants, comportaient deux importantes limites, selon nous. La première est que l'aspect économique n'y figuraient d'aucune façon. La deuxième est que l'aspect politique nous semblait devoir être présent autant dans l'intervention socio-culturelle que, évidemment, dans l'intervention socio-politique. Par exemple, le phénomène de marginalisation qu'on place au coeur de l'intervention socio-culturelle doit, croyons-nous, tenir compte de considérations relevant du rapport de pouvoir entre individus, groupes d'individus et société. C'est pourquoi, dans notre grille, les deux dimensions que nous avons regroupées sous le vocable de sphère publique comprennent autant l'aspect politique que social. Les aspects que nous avons retenus pour distinguer les deux dimensions de cette sphère sont l'aspect économique et l'aspect culturel, les aspects politique et social étant, selon nous, présents dans l'une et l'autre de ces deux dimensions.

Dans le premier tome de leur publication portant sur les résultats de leur recherche sur la sociologie implicite des intervenants en santé mentale (Rhéaume et Sévigny, 1988), les auteurs présentent les résultats de l'analyse des entrevues réalisées auprès des intervenants dans les pratiques dites alternatives en santé/maladie mentale. Il s'agit d'un des quatre volets de cette recherche. Le premier thème abordé dans ce volet est la conception de la santé/maladie mentale, ce qui n'est pas sans rappeler le premier thème de notre recherche, lequel porte sur les représentations sociales du phénomène du suicide des jeunes. Pour analyser les énoncés d'entrevue regroupés sous ce thème, les auteurs ont conçu un indicateur leur permettant de classifier ces énoncés: il s'agit du mode ou type d'explication qu'utilisent les interviewés dans leur conception de la santé/maladie mentale. Ces catégories nous ont également inspiré dans l'élaboration des dimensions de notre grille d'analyse.

Nous avons pu définir ainsi quatre types d'explication: l'explication *biophysique*, qui fait référence aux bases biologiques, chimiques ou physiques de l'organisme humain; l'explication *psychologique*, qui fait appel à des facteurs de

personnalité, à l'affectivité, au vécu de la personne; l'explication *sociale*, qui s'appuie sur des conditions sociales, socio-économiques, relationnelles; et enfin, l'explication *morale* et/ou *spirituelle*, qui fait référence à un "ordre supérieur" de réalité (Rhéaume et Sévigny, 1988: 36).

Trois de ces types d'explication correspondent presque entièrement aux trois dimensions de notre grille d'analyse concernant l'individu. Les termes retenus pour nommer ces catégories sont les mêmes pour deux d'entre eux, soit le biophysique et le spirituel. Nous avons, quant à nous, préféré le terme psychique à psychologique pour l'autre catégorie afin d'éviter toute confusion avec la discipline de la psychologie. Quant au quatrième type d'explication, l'explication sociale, il regroupe en tout ou en partie chacune des trois dimensions de notre grille concernant les rapports de l'individu avec la société. L'aspect politique nous a semblé, par contre, absent de ce type d'explication. De plus, cette catégorie couvrirait trop large pour les fins de notre recherche. C'est pourquoi nous avons préféré ventiler davantage ces différents aspects en distinguant trois catégories plutôt qu'une seule. De cette façon, les éléments se rapportant aux rapports entre l'individu et la société ont autant de poids que les éléments se rapportant uniquement à l'individu.

2.3 La pratique réflexive dans un cadre bureaucratique

Selon Argyris et Schön (1974) et Schön (1983, 1987), les professionnels sont souvent confrontés à des problèmes concrets présentant des aspects uniques, complexes et instables auxquels ils peuvent difficilement répondre adéquatement avec leur seule théorie de référence (*espoused theory*), c'est-à-dire la théorie apprise dans leur formation et leurs lectures, la théorie qu'ils professent pour expliquer leurs interventions; ils sont alors amenés, s'ils ne sont pas prisonniers d'une vision trop technicienne de leur rôle, à développer une théorie et des stratégies nouvelles par un processus que Schön appelle la réflexion-dans-l'action. Schön entend par réflexion-dans-l'action le processus par lequel un praticien

"reflects on the phenomena before him, and on the prior understandings which have been implicit in his behavior. He carries out an experiment which serves to generate both a new understanding of the phenomena and a change in the situation". (Schön, 1983: 68) Ce savoir, qui s'accumule au fil de son expérience professionnelle, finit par jeter un éclairage nouveau sur les problèmes auxquels s'adressent un praticien dit réflexif, sur les stratégies établies dans son milieu d'intervention et sur les programmes dans lesquels s'inscrit son action. Argyris et Schön (1974) qualifient ce savoir de théorie d'usage ou théorie pratiquée (*theory-in-use*).

Malheureusement, à moins qu'ils se limitent, via la marge de manoeuvre qu'ils se créent, à utiliser leur nouveau savoir de façon tacite dans leurs tâches régulières, les praticiens réflexifs représentent habituellement une menace ou un irritant plutôt qu'un atout pour la plupart des organisations bureaucratiques. Bien que les professionnels et les institutions bureaucratiques aient développé une dépendance mutuelle dans nos sociétés modernes et post-modernes, force nous est de reconnaître qu'une tension est inhérente à ce partenariat. On associe spontanément une certaine autonomie de pensée et d'analyse à la nature même de l'identité professionnelle, alors que, depuis qu'elles existent, les bureaucraties ont habituellement des attentes bien différentes à l'égard des professionnels en ce sens qu'elles exigent d'eux une expertise technique, c'est-à-dire l'application d'un savoir-faire bien établi, découlant d'un savoir scientifique développé ailleurs, à des problèmes récurrents. Les bureaucraties ne s'attendent donc habituellement pas à ce que les professionnels acquièrent de nouveaux savoirs à partir de leur expérience, savoirs qui pourraient leur permettre de contribuer à la définition des problèmes et à l'élaboration des objectifs et des modalités de programmes d'intervention; elles s'attendent plutôt à ce qu'ils utilisent leur bagage de théories scientifiques et de techniques acquises préalablement dans l'exécution des fonctions et des tâches spécialisées qu'on leur assigne. Ce qu'elles recherchent, toujours

selon Schön, ce sont des *experts techniciens* plutôt que des *praticiens réflexifs*.

Cet aspect de la théorie de Schön nous a servi de guide dans l'analyse de nos données sur les représentations des intervenants psychosociaux concernant l'impact du cadre organisationnel de leur institution sur leur pratique, particulièrement sur la nature multidimensionnelle de celle-ci, laquelle analyse constitue l'objet du troisième objectif et du huitième chapitre de notre recherche. Par exemple, un intervenant psychosocial qui arriverait à la conclusion qu'un programme ou une stratégie adopté par son CLSC néglige de tenir compte d'une ou deux dimensions du problème ciblé, serait-il bien accueilli s'il critiquait le programme ou la stratégie en question et s'il suggérait d'y apporter d'importantes modifications? Selon Schön, la réponse à cette question a beaucoup plus de chance d'être négative que positive.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, tant qu'il arrive à se servir du savoir qu'il acquiert par sa réflexion-dans-l'action pour augmenter son efficacité sans remettre en question les tâches qu'on lui a assignées ou les paramètres qu'on lui a fixés, tant qu'il arrive à s'accommoder d'une pratique plus ou moins silencieuse, le praticien réflexif satisfait aux attentes de l'organisation bureaucratique à son égard. St-Arnaud, auteur qui a largement contribué à la diffusion et au développement des théories de Schön en sol québécois, abonde dans le même sens :

On observe deux types de réactions lorsqu'un professionnel atteint le plafond des modèles connus : ou bien il limite ses aspirations à celles d'un bon technicien et apprend à vivre avec un taux d'échecs raisonnable; ou bien il accepte d'innover, il prend des risques, il expérimente de nouvelles façons de faire, souvent interdites par les modèles inscrits dans le «surmoi professionnel» qu'il a développé à l'école; il commence à inventer son propre modèle d'intervention. Plusieurs le font, mais ils le font en cachette (St-Arnaud, 1992: 100).

Cependant, une pratique tacite ou silencieuse a ses limites. Le praticien réflexif en arrive presque inévitablement à remettre ouvertement en question l'un ou l'autre aspect des tâches qu'il accomplit ou des balises qui l'encadrent, que ce soit les objectifs poursuivis, les valeurs qui les sous-tendent, les clientèles visées, les stratégies employées, les modes de contrôle de sa performance ou autres. Étant donné qu'une organisation bureaucratique considère la stabilité et la prévisibilité comme des éléments essentiels à sa bonne marche et au succès de ses opérations, les critiques ou suggestions de la part d'un praticien réflexif, surtout si elles sont porteuses de changements significatifs, risquent fort d'être perçues par elle comme dérangeantes et menaçantes. C'est pourquoi ce type de professionnel ne correspond pas à celui qu'une majorité d'organisations bureaucratiques recherche. Le type spontanément recherché par une organisation bureaucratique est, comme nous l'avons déjà mentionné, celui de l'expert technicien. Cette préférence de la part des bureaucraties pour ce dernier type de professionnel est supportée par l'épistémologie dominante de la pratique professionnelle que constitue le modèle positiviste que Schön nomme la Rationalité technique (*Technical Rationality*), laquelle épistémologie prévaut dans nos sociétés occidentales depuis l'avènement même du phénomène de bureaucratisation de nos organisations.

According to the model of Technical Rationality—the view of professional knowledge which has most powerfully shaped both our thinking about the professions and the institutional relations of research, education, and practice—professional activity consists in instrumental problem solving made rigorous by the application of scientific theory and technique (Schön, 1983: 21).

Schön explique comment la recherche et la pratique en sont venues à être séparées au cours du XXI^{ème} siècle, cette division du travail reflétant en plus une hiérarchie de statuts.

As one would expect from the hierarchical model of professional knowledge, research is institutionally separate

from practice, connected to it by carefully defined relationships of exchange. Researchers are supposed to provide the basic and applied science from which to derive techniques for diagnosing and solving the problems of practice. Practitioners are supposed to furnish researchers with problems for study and with tests of the utility of research results. The researcher's role is distinct from, and usually considered superior to, the role of the practitioner (ibid., 1983: 26).

Selon Schön, la source du problème ne se trouve pas dans la science comme telle mais dans la vision positiviste de la science. Selon cette vision, la science est perçue davantage après les faits, comme un corpus de propositions bien établies résultant de la recherche, plutôt qu'avant les faits, comme un processus dans lequel le scientifique doit composer avec des incertitudes et faire appel à un art d'enquêter, ce qui n'est pas sans rappeler les situations auxquelles fait face le praticien ainsi que l'aspect de la pratique qui relève de l'art.

Au modèle de la rationalité technique, Schön oppose donc le modèle de la réflexion-dans-l'action qu'il a développé. Contrairement à l'expert technicien, le praticien réflexif agit comme un chercheur en contexte de pratique. Ne séparant pas la réflexion de l'action, il ne se limite pas aux seules théories et techniques bien établies "but constructs a new theory of the unique case" (ibid., 1983: 68). Il peut donc poursuivre son action et sa réflexion dans les situations instables et uniques, les théories de référence lui procurant des mots pour construire ses descriptions et des thèmes pour développer certaines hypothèses. Toutefois, ce n'est pas d'abord et avant tout en appliquant des théories scientifiques à une situation concrète qu'il définit le problème qu'il a devant lui et bâtit un modèle qui en découle mais à partir de son propre répertoire d'exemples familiers et de thèmes. Au cœur de ce modèle se trouve l'idée que "a kind of knowing is inherent in intelligent action" (ibid., 1983: 50). Selon l'auteur, la réflexion-dans-l'action peut être très rigoureuse même si souvent ses adeptes n'arrivent pas à la justifier.

C'est ainsi que les praticiens très compétents en savent habituellement plus qu'ils ne peuvent le dire, les théories qu'ils ont développées et qui guident leur action étant en bonne partie implicites.

Les organisations bureaucratiques ont pourtant besoin, en principe du moins, de développer un savoir constamment mis à jour pour s'adapter à un environnement changeant. Ainsi, les connaissances acquises par le praticien réflexif dans une institution de services sociaux devraient, idéalement, être utiles à l'ensemble de l'organisme où il travaille en contribuant au processus plus large d'analyse des problèmes sociaux et au processus d'évaluation et de planification des programmes et stratégies d'intervention afin de rendre ceux-ci mieux adaptés aux caractéristiques et besoins changeants de la communauté desservie. Les organisations bureaucratiques devraient, pour leur propre développement, encourager les pratiques réflexives. Une façon de le faire serait d'offrir aux professionnels des occasions de se réunir régulièrement pour qu'ils puissent expliciter leurs théories implicites en échangeant et réfléchissant collectivement sur les problèmes sociaux auxquels ils sont confrontés dans leurs pratiques et en questionnant l'efficacité de leurs objectifs et de leurs stratégies d'intervention. De cette façon, les organisations bureaucratiques mettraient en valeur le savoir pratique acquis par leurs professionnels tout en profitant de leur contribution à cette tâche primordiale qui est la leur (ou qui devrait l'être), à savoir la mise à jour de leur corpus de connaissances. Toutefois, dans les faits, même si la réflexion-dans-l'action constitue une partie importante de la pratique d'un grand nombre de professionnels, elle n'est pas vraiment reconnue comme une forme légitime de connaissances professionnelles (Schön, 1983). Les questionnements et les suggestions des professionnels sont donc souvent mal accueillis ou peu considérés par les institutions bureaucratiques dans lesquelles ils oeuvrent.

Comment expliquer que la plupart des organisations bureaucratiques se privent ainsi d'occasions précieuses d'évoluer

vers des actions mieux ciblés et plus efficaces? Cette situation paradoxale est due, selon Schön, à l'ambiguïté inhérente de toute bureaucratie en ce qu'elle vise deux objectifs difficilement conciliables: la stabilité et le contrôle, d'une part, et la mise à jour de son savoir et l'adaptation aux changements continus, d'autre part. Une bureaucratie conservatrice sacrifiera le deuxième objectif pour s'assurer d'atteindre le premier. Pour résoudre ce dilemme et devenir une organisation dynamique, progressiste et viable, une bureaucratie doit trouver le moyen de gérer la tension qui accompagne inévitablement une véritable ouverture aux changements.

To the extent that an institution seeks to accommodate to the reflection-in-action of its professional members, it must meet several extraordinary conditions. In contrast to the normal bureaucratic emphasis on uniform procedures, objective measures of performance, and center/periphery systems of control, a reflective institution must place a high priority on flexible procedures, differentiated responses, qualitative appreciation of complex processes, and decentralized responsibility for judgment and action. In contrast to the normal bureaucratic emphasis on technical rationality, a reflective institution must make a place for attention to conflicting values and purposes. But these extraordinary conditions are also necessary for significant organizational learning (ibid., 1983: 338).

Parmi les sujets de notre recherche, il est possible que certains assument leurs fonctions davantage en praticiens réflexifs, alors que d'autres les assument plutôt en experts techniciens. Certains des CLSC où ils travaillent sont peut-être des organisations propices à la pratique réflexive, alors que d'autres ont tendance à confiner leurs intervenants psychosociaux dans des rôles d'experts techniciens. Toutefois, notre objectif n'est pas de classer nos sujets et leurs CLSC dans l'une ou l'autre de ces catégories. D'ailleurs, il serait probablement plus juste de concevoir ces catégories comme les extrémités de deux continuums plutôt que comme des ensembles absolus divisant professionnels et organisations en deux groupes

nettement distincts. Nous voulons plutôt comprendre la perception, la représentation que les sujets de notre recherche ont de l'impact de leur cadre organisationnel sur leur pratique, en tentant également d'explorer la question inverse, c'est-à-dire la représentation qu'ils ont de l'impact de leur savoir, nourri par leur expérience, sur l'évolution de leur organisation. Il nous paraît intéressant et important de vérifier comment ces professionnels s'accommodent d'une pratique ancrée dans un cadre organisationnel bureaucratique, particulièrement en fonction du degré d'attention accordé aux différentes dimensions des problèmes sociaux.

2.4 Présentation du schéma d'analyse multidimensionnelle

En plus de nous être inspiré des ouvrages sur la sociologie implicite des intervenants en santé mentale (voir sous-chapitre 2.2), nous nous sommes également inspiré, dans la confection de notre grille d'analyse, de notre propre expérience ou, pour reprendre à notre compte une notion de cette recherche, de notre propre pratique réflexive en tant que praticien et formateur en travail social.

2.4.1 Définition des six dimensions d'un problème social

Les dimensions d'un problème social de notre grille d'analyse, auxquelles nous avons fait allusion déjà à plusieurs reprises, constituent des catégories heuristiques regroupant, à un pôle de l'axe société-individu, des éléments de la structure de la société, porteurs d'un impact potentiel ou réel sur l'individu et, à l'autre pôle, des éléments de la vie intérieure, intime, de l'individu. Deux dimensions correspondent au premier pôle et constituent la sphère publique. Deux dimensions correspondent au deuxième pôle et constituent la sphère vitale. Deux dimensions correspondent à la jonction entre les deux pôles et constituent la sphère privée. (Voir tableau 1 à la page 30.) Ces dimensions, quoique distinctes les unes des autres, sont en interaction entre elles, s'influençant mutuellement. Elles correspondent, croyons-nous, à l'éventail des éléments constituant ce qu'on nomme habituellement dans le domaine de l'intervention

sociale une approche globale et ce que nous appelons dans cette recherche une approche multidimensionnelle.

Le tableau 1 de la page suivante représente notre grille d'analyse telle qu'appliquée aux trois premiers thèmes de notre recherche, laquelle grille sera utilisée au début de la deuxième partie de cette étude pour illustrer l'ampleur de la nature multidimensionnelle des représentations sociales des intervenants psychosociaux dans chacun des trois premiers thèmes. L'ensemble des thèmes de notre recherche sera présenté et explicité plus loin.

Tableau 1

GRILLE D'ANALYSE MULTIDIMENSIONNELLE

	LA SOCIÉTÉ (vers sa structure extérieure)		L'INDIVIDU (vers sa vie intérieure)			
	<-----< <-----<	<-----< <-----<	-----> ----->	-----> ----->		
	SPHÈRE PUBLIQUE		SPHÈRE PRIVÉE		SPHÈRE VITALE	
DIMENSIONS	1	2	3	4	5	6
THÈMES	Socio- politico- économique	Socio- politico- culturelle	Relationnelle	Psychique	Biophysique	Spirituelle
<u>PROBLÈME</u> Facteurs contribuant au problème du suicide des jeunes						
<u>CHAMP D'INTERV.</u> Stratégies souhaitables pour contrer le suicide des jeunes						
<u>PRATIQUE / CLSC</u> Pratique des CLSC à l'égard du suicide des jeunes						

Les deux dimensions de la sphère publique sont les dimensions socio-politico-économique et socio-politico-culturelle. La dimension socio-politico-économique correspond aux conditions de vie et de travail d'un individu ou d'un groupe et aux acteurs et institutions qui exercent un pouvoir de décision sur ces conditions de vie et de travail. La dimension socio-politico-culturelle correspond aux valeurs, normes et modèles des sous-groupes (classes sociales, communautés culturelles) et de la société plus large auxquels appartient un individu. Elle correspond également aux institutions porteuses de ces valeurs, normes et modèles, telles que la famille, l'école et les pouvoirs publics, aux lois et politiques sociales visant à consacrer et à opérationnaliser les valeurs, normes et modèles ralliant la majorité des individus d'une société, ainsi qu'aux ressources institutionnelles et communautaires desservant l'ensemble ou une partie de la population telles que les organismes sociaux et de santé.

Les deux dimensions de la sphère privée sont les dimensions relationnelle et psychique. La dimension relationnelle correspond aux relations personnelles qu'un individu entretient avec les membres de sa famille, avec ses amis et avec toute autre personne ayant des liens significatifs établis ou en développement avec lui. La dimension psychique correspond aux comportements, pensées, émotions et dynamiques propres à l'individu.

Les deux dimensions de la sphère vitale sont les dimensions biophysique et spirituelle. La dimension biophysique correspond à l'organisme biologique qu'est le corps d'un individu et aux processus qui contribuent à son épanouissement ou à sa détérioration. La dimension spirituelle correspond aux préoccupations fondamentales de l'existence, telles que le sens de la vie et de la mort, auxquelles fait face un individu à partir de l'être profond qu'il recèle sous ses différents personnages, aux conclusions, religieuses ou non, explicites ou non, auxquelles il arrive par rapport à ces préoccupations et aux valeurs qui découlent de ces conclusions. La spiritualité et la philosophie de vie dont il est question ici sont habituellement

perçues comme des modalités de la culture. Nous avons cru bon de les extraire de la dimension socio-politico-culturelle et d'en faire une dimension distincte parce que, selon nous, elles correspondent à des interrogations qui transcendent l'époque et la société dans lesquelles vit un individu. Il s'agit de réalités se situant au coeur de ce qu'il y a de plus intime chez l'être humain placé devant sa finitude, sa solitude, sa mort, de réalités se situant donc en bonne partie au-delà de la dimension socio-politico-culturelle.

Le lecteur pourra trouver à l'annexe B des précisions concernant chacune des dimensions, précisions qui nous ont été utiles dans les premières étapes de notre recherche. Il s'agit d'une liste non exhaustive d'exemples de considérations que les interviewés ont évoqués ou auraient pu évoquer et qui sont classés sous l'une ou l'autre dimension afin de nous permettre de mieux cerner chacune des dimensions. Ces exemples nous ont servi d'indicateurs dans la codification et l'analyse des entretiens. Ces indicateurs n'ont pas tous la même pertinence ni la même importance; aucune pondération n'a été établie puisque nous ne visons qu'à faciliter le classement des différents segments du texte en distinguant bien chacune des catégories entre elles.

2.4.2 Définition des quatre thèmes de l'analyse

Pour faciliter l'analyse de nos données, nous avons distingué quatre (4) thèmes dans lesquels nous avons classé le matériel des entretiens découpé en segments. Les segments d'entretien regroupés à l'intérieur des trois premiers thèmes étaient de nouveau découpés et classés dans les six dimensions présentées précédemment. Les segments d'entretien regroupés à l'intérieur du quatrième thème n'étaient pas classés selon les six dimensions puisque ce thème ne concernait pas le problème du suicide des jeunes mais plutôt des éléments contextuels de la pratique professionnelle des interviewés ayant pu influencer les trois premiers thèmes. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les quatre catégories de base ou thèmes nous ayant permis de faire un premier classement du matériel d'entretien

s'appuyaient sur le concept de représentations sociales. Le tableau 2 de la page 35 reproduit de nouveau la grille d'analyse avec l'ajout cette fois du quatrième thème.

Au début, nous avons prévu deux autres thèmes: un premier (le cinquième du projet initial), que nous avons mis de côté en cours d'analyse et un second (le sixième du projet initial), que nous avons écarté au tout début de l'analyse des données. Le premier portait sur les représentations de l'impact du cadre professionnel des interviewés sur leur pratique à l'égard du suicide des jeunes. Nous voulions vérifier quels éléments de leur formation disciplinaire, activités de perfectionnement, carrière professionnelle et affiliation à des groupes d'appartenance professionnelle les interviewés considéraient comme des influences significatives sur leur façon de concevoir le suicide des jeunes et d'intervenir auprès de jeunes suicidaires. Nous avons constaté que les interviewés qui avaient suivi un perfectionnement portant spécifiquement sur l'intervention auprès des personnes suicidaires reconnaissaient, pour la plupart, l'acquisition d'outils concrets précieux dans ces activités de perfectionnement. Toutefois, à cette exception près, le cadre professionnel était perçu par tous les interviewés comme ayant un impact très diffus et imprécis sur leur pratique. La formation disciplinaire, par exemple, pendant laquelle certains avaient approfondi et d'autres effleuré la problématique du suicide, pendant laquelle tous avaient fait l'apprentissage de modèles d'intervention, était à ce point intégrée à leur savoir, savoir-faire et savoir-être qu'ils distinguaient mal l'impact précis qu'elle avait sur tel ou tel aspect de leur pratique à l'égard du suicide des jeunes. D'ailleurs, la plupart des interviewés faisaient référence à une forme d'éclectisme lorsque nous tentions de leur faire préciser le ou les modèles ou théories qu'ils utilisaient dans leur pratique. Étant donné que les interviewés avaient peu d'information précise à nous transmettre sur l'impact du cadre professionnel sur leur pratique, étant donné l'abondance et la richesse des données recueillies dans les quatre premiers thèmes, nous avons décidé de ne pas développer ce thème dans notre étude et de nous concentrer plutôt sur le cadre

organisationnel, thème sur lequel plusieurs interviewés avaient beaucoup de choses à dire, des choses importantes et pertinentes par rapport aux objectifs visés par notre recherche.

Le deuxième thème mis à l'écart portait sur les représentations de l'impact des expériences personnelles des interviewés reliées au suicide (leurs propres idéations ou comportements suicidaires, et, s'il y avait lieu, les idéations ou comportements suicidaires de personnes proches d'eux) sur leur pratique à l'égard du problème du suicide des jeunes. Malgré la richesse du matériel recueilli sous ce thème, nous avons décidé de ne pas l'analyser à l'intérieur de cette étude parce que nous avons trop de données et qu'elles étaient un peu moins pertinentes que celles des autres thèmes en regard aux objectifs de notre recherche. Il nous a donc semblé que ce thème pouvait se détacher assez naturellement de l'ensemble des données recueillies dans cette recherche pour donner lieu éventuellement à une analyse subséquente.

En plus de ce cinquième et sixième thème du projet initial, quelques sous-thèmes ont également été exclus de l'analyse de notre recherche. Notre motif était toujours de réduire la trop grande quantité de matériel à analyser dans la présente étude et de nous en tenir aux données les plus utiles à l'atteinte des objectifs que nous nous étions fixés. C'est ainsi que deux sous-thèmes du premier thème et un des deux sous-thèmes du deuxième thème de la recherche ont été mis à l'écart.

Tableau 2

THÈMES ET DIMENSIONS

DIMENSIONS	INDIVIDU			SOCIÉTÉ			
	A Socio-politico-économique	B Socio-politico-culturel	C Relationnel	D Psychique	E Biophysique	F Spirituel	G Autres
THÈMES							
1 Représentations du phénomène du suicide des jeunes.							
2 Représentations du champ d'intervention du suicide des j.							
3 Représentations de la pratique des CLSC à l'égard du s.j.							
4 Représentations de l'impact du cadre organisationnel							
5 Autres							

Les cinq thèmes ont été définis de la façon suivante:

1. Les représentations du phénomène du suicide des jeunes.

Ces représentations correspondent à l'ensemble des images, croyances, opinions, attitudes, significations qu'ont évoquées les interviewés concernant le phénomène du suicide des jeunes. Ce premier thème comprend les éléments suivants:

- Importance accordée au problème du suicide des jeunes.
- Facteurs contribuant aux idéations et comportements suicidaires des jeunes.
- Reconnaissance ou non reconnaissance d'une distinction entre les jeunes qui se suicident et ceux qui font une tentative de suicide.

Comme on l'a mentionné précédemment, du matériel généré par les interviewés sur ce premier thème, nous n'avons retenu dans l'analyse de nos données que les représentations des facteurs contribuant aux idéations et comportements suicidaires des jeunes. Cette analyse constitue l'objet du chapitre 5 de ce rapport de recherche. Le troisième sous-thème, mis à l'écart, entre autres, parce que moins essentiel à l'atteinte des objectifs de cette recherche, pourra, une fois la présente recherche terminée, alimenter le contenu d'un article portant spécifiquement sur la distinction possible entre les jeunes qui se suicident et ceux qui font une tentative de suicide.

2. Les représentations du champ d'intervention du suicide des jeunes.

Ces représentations correspondent à l'ensemble des images, croyances, opinions, attitudes, significations qu'ont évoquées les interviewés concernant l'ensemble du champ d'intervention du

suicide des jeunes. Ce deuxième thème comprend les éléments suivants:

- Les stratégies existantes pour contrer le suicide des jeunes, au Québec et surtout dans notre région (ce qui se fait, que ce soit efficace ou pas, ce qui existe comme ressources, la qualité d'implication et de collaboration des professionnels et organismes dans ce champ d'intervention).
- Les stratégies souhaitables pour contrer le suicide des jeunes, au Québec et surtout dans notre région (ce qui devrait se faire, ce qui devrait exister comme ressources, la qualité d'implication et de collaboration des professionnels et organismes qui devrait exister dans ce champ d'intervention).

Comme on l'a mentionné précédemment, du matériel généré par les interviewés sur ce deuxième thème, nous n'avons retenu dans l'analyse de nos données que les représentations des stratégies souhaitables pour contrer le suicide des jeunes. Cette analyse constitue l'objet du chapitre 6 de ce rapport de recherche. Le deuxième sous-thème, l'inventaire, tel qu'il est perçu par les interviewés, de ce qui se fait déjà comme intervention au Québec et dans la région de l'Outaouais dans le champ d'intervention du suicide des jeunes, n'a pas été retenu parce que nous avons déjà trop de matériel et parce que, selon nous, il est moins nécessaire à l'atteinte des objectifs de cette recherche.

3. Les représentations de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard du suicide des jeunes.

Ces représentations correspondent à l'ensemble des images, croyances, opinions, attitudes, significations qu'ont évoquées les interviewés concernant la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard du suicide des jeunes, telles qu'elles émergent de la description et de l'analyse de leur propre pratique dans ce champ d'intervention. Ce troisième thème comprend les éléments suivants:

- Description et évaluation de jeunes usagers suicidaires et de leurs situations.
- Objectifs et stratégies d'intervention dans des dossiers de jeunes usagers suicidaires.
- Contributions d'autres professionnels et d'autres organismes et collaboration de ceux-ci avec l'interviewé dans ses dossiers de jeunes usagers suicidaires.
- Des résultats d'interventions avec de jeunes usagers suicidaires.
- Interventions autres que l'intervention individuelle du genre "casework" (exemple: mise sur pied et animation d'un programme de pairs aidants, formation d'aidants naturels, confection d'outils comme un protocole de postvention, une animation de groupe).
- Niveaux d'exigence pour l'intervenant d'une pratique dans ce champ d'intervention sur les plans professionnel et personnel.

L'analyse de ce troisième thème constitue l'objet du chapitre 7 de ce rapport de recherche.

4. Les représentations de l'impact du cadre organisationnel des interviewés sur leur pratique à l'égard du problème du suicide des jeunes.

Ces représentations correspondent à l'ensemble des images, croyances, opinions, attitudes, significations qu'ont évoquées les interviewés concernant l'impact du cadre organisationnel du CLSC sur leur pratique à l'égard du problème du suicide des jeunes. Ce quatrième thème comprend les éléments suivants:

- Impact du mandat, de l'orientation, du plan d'organisation du CLSC et, s'il y a lieu, de protocoles portant sur le suicide des jeunes.
- Impact de tout autre aspect, aidant ou contraignant, de l'ensemble du cadre organisationnel de l'intervenant.
- Impact des cadres et des collègues (encadrement, support, échanges).

L'analyse de ce quatrième thème constitue l'objet principal du chapitre 8 de ce rapport de recherche.

Les différentes catégories de notre schéma d'analyse (thèmes, sous-thèmes et dimensions) ont été précisées à la lumière de l'analyse des données, tout au long de ce travail de compréhension et d'interprétation, afin de rendre compte de la façon la plus juste possible du point de vue des personnes interviewées. Nous avons prévu l'addition d'une catégorie "autres" autant dans l'axe des thèmes que dans celui des dimensions afin de ne pas perdre des segments d'entrevue ne correspondant pas tout à fait à l'une ou l'autre des catégories d'origine.

CHAPITRE 3

CONTEXTE THÉORIQUE DU SUICIDE DES JEUNES

Même si notre recherche porte essentiellement sur la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC, particulièrement sur la nature multidimensionnelle de celle-ci, nous avons néanmoins choisi d'examiner cette pratique sous l'angle d'une problématique et d'un champ d'intervention bien précis : le suicide des jeunes. D'ailleurs, le quatrième et dernier objectif de cette recherche, établi à la fin du premier chapitre, a comme cible les représentations sociales des intervenants psychosociaux des CLSC concernant le suicide des jeunes. Donc, étant donné l'importance relative du problème du suicide des jeunes dans notre recherche, le présent chapitre ne constitue pas un cadre théorique nous procurant les outils nécessaires à l'analyse des données recueillies mais plutôt une toile de fond nous permettant de situer les représentations sociales des intervenants psychosociaux des CLSC par rapport aux principaux courants dans la littérature scientifique sur le suicide.

Nous présenterons donc une esquisse des grands courants de pensée s'étant intéressés au suicide et, à l'intérieur de chacun des courants, un échantillon des principales théories scientifiques. Nous relèverons également quelques études récentes, surtout des études québécoises, ayant identifié des facteurs contribuant au développement de conduites suicidaires. La grande majorité de ces écrits porte sur le suicide en général plutôt que sur le suicide des jeunes en particulier; nous les avons jugés pertinents, notre objectif étant de dresser un tableau général et plutôt schématique des théories et recherches sur le suicide.

Nous avons distingué cinq courants de pensée qui se sont intéressés au suicide, courants identifiés à une discipline scientifique dans trois des cinq cas, soit l'approche sociologique, l'approche

psychologique, l'approche phénoménologique, l'approche biologique et l'approche épidémiologique. Toutefois, avant d'aborder les écrits qui tentent d'expliquer ce type de conduite qu'est le suicide, il importe d'apporter quelques précisions concernant la définition même de ce phénomène, ce que nous ferons après avoir brièvement présenté ce que nous entendons par jeune.

3.1 Définition de jeune

Comme nous l'avons déjà évoqué à maintes reprises et comme nous l'avons annoncé dans le titre même du projet ainsi que dans l'énoncé des objectifs, nous nous limitons, dans cette recherche, au suicide des jeunes. Par jeune, nous entendons toute personne dont l'âge se situe entre 12 et 30 ans exclusivement. Il est possible et même probable que certaines causes du suicide varient selon l'âge. En nous limitant à un seul groupe d'âge, nous diminuons considérablement les risques que les représentations des intervenants psychosociaux portent sur des événements trop dissemblables. Toutefois, même si les 12-30 ans correspondent depuis plusieurs années déjà à une catégorie d'âge clairement identifiée comme la catégorie des jeunes par différents auteurs contemporains (Conseil permanent de la jeunesse, 1997; Gratton, 1996; Anatrella, 1988; Dumont, 1986), il est utile d'y distinguer deux sous-groupes dont les caractéristiques diffèrent suffisamment pour avoir été spontanément évoquées par plusieurs interviewés: d'une part, les adolescents dont l'âge se situe grosso modo entre 12 et 19 ans, et, d'autre part, les jeunes adultes dans la vingtaine.

3.2 Définition du suicide

Le suicide, en tant que concept, est loin d'avoir le même sens pour tous ceux qui l'utilisent. Concernant le suicide complété ou décès par suicide, nous retiendrons pour cette recherche la définition qu'en donne le Comité de la santé mentale du Québec dans son Avis sur la prévention du suicide:

Le suicide complété comprend tous les décès dans lesquels un acte délibéré, menaçant la vie et accompli par une personne contre elle-même, a causé effectivement la mort (C.S.M.Q., 1982: 3).

À moins de contester carrément la validité des statistiques comme le fait Jack Douglas (1967), la plupart des auteurs s'en remettent au verdict du coroner ou des analystes de la fonction publique pour identifier les suicides complétés. On reconnaît par contre qu'un nombre inconnu de suicides est classé dans des catégories de décès autres que le suicide. De façon générale, on s'entend pour dire que les suicides sont sous-représentés dans les statistiques. Pour les fins de cette recherche, nous adopterons cette dernière position.

En plus des suicides complétés, le concept du suicide peut également recouvrir les catégories suivantes: les tentatives de suicide et les idéations suicidaires. Bien que ces deux types de conduites suicidaires aient été exclus de la fameuse étude de Durkheim sur le suicide et des écrits d'un grand nombre de sociologues sur le sujet, il semble que l'ensemble des disciplines en sciences humaines et sociales reconnaît maintenant l'importance d'élargir la définition du suicide afin d'y inclure ces deux catégories.

Les tentatives de suicide sont particulièrement difficiles à classer. Certaines personnes, par exemple, posent des gestes suicidaires sans aucune intention de mourir. Est-il juste alors de parler de tentative de suicide? Au lieu de tenter de se tuer, ces personnes tentent plutôt, par exemple, d'attirer l'attention des autres sur leur souffrance ou leur solitude ou d'amener un proche à leur accorder ce qu'il leur refusait. Les gestes suicidaires qu'elles posent peuvent être sciemment calculés de façon à ne pas entraîner la mort ou de façon à permettre à une autre personne de les secourir à temps. Les auteurs qui font ces distinctions n'ont pas l'intention de réduire la portée de ces gestes quasi-suicidaires puisqu'ils sont auto-destructeurs, qu'ils expriment une souffrance réelle et qu'ils

pourraient provoquer la mort de façon "accidentelle". Ils cherchent plutôt à préciser le contenu de ce concept qu'est le suicide. Par ailleurs, d'autres personnes posent des gestes suicidaires avec l'intention ferme de mourir, mais manquent leur coup ou sont sauvées de façon fortuite. On peut alors parler sans ambiguïté d'une personne qui a tenté de se suicider.

Stengel (1965) a développé un point de vue selon lequel les personnes s'étant suicidées et celles ayant tenté de se suicider (selon l'entendement populaire) forment deux populations distinctes. Maris (1981) a d'ailleurs trouvé, dans une de ses recherches s'échelonnant sur une période de dix ans, que 40% des suicidés avaient déjà tenté de se tuer, alors que seulement 5% des personnes ayant fait des tentatives de suicide avaient fini par se suicider. Depuis quelque temps déjà, on retrouve dans la littérature britannique le terme parasuicide pour nommer les quasi-tentatives de suicide, c'est-à-dire les tentatives où l'intention de mourir est absente. Pour Shneidman (1985), "une tentative de suicide est un événement où le risque de mort est très élevé et la probabilité d'être sauvé est extrêmement basse" (p. 20). Les autres prétendues tentatives de suicide, c'est-à-dire la très grande majorité de celles-ci, si l'on se fie aux conclusions de Maris (1981), devraient s'appeler des parasuicides.

Quoique cette distinction entre tentative de suicide et parasuicide nous paraisse tout à fait fondée, elle nous semble difficile à établir dans la pratique puisque l'intention de la personne qui pose un geste suicidaire ou quasi-suicidaire n'est pas toujours exprimée ou évidente. Pour cette raison et parce que l'expression parasuicide est encore peu connue des intervenants psychosociaux du Québec, nous n'utiliserons, pour les fins de cette recherche, que le concept de tentative de suicide, étant conscient qu'il recouvre deux réalités bien distinctes. Encore une fois, nous emprunterons au C.S.M.Q. les principaux éléments de la définition:

La tentative de suicide, c'est la situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met sa vie en

danger, avec l'intention réelle ou simulée de causer sa propre mort, [...] mais dont l'acte suicidaire aboutit à un échec, voulu ou involontaire (C.S.M.Q., 1982: 3-4).

Étant donné que les tentatives de suicide et les suicides complétés sont assez facilement identifiables, les chercheurs leur ont accordé une plus grande attention qu'au troisième type de conduites suicidaires: les idéations suicidaires. Par contre, les intervenants psychosociaux, dans leur pratique, ont l'occasion d'entendre et d'observer des gens exprimer des idées suicidaires. Selon le C.S.M.Q., la catégorie des idées suicidaires peut être circonscrite de la façon suivante:

On inclut les comportements qui peuvent être directement observés et dont on est justifié de conclure à une intention possible de suicide, ou qui tendent vers cette intention, mais où l'acte léthal n'a pas été accompli. Le fait, par exemple, de verser dans sa main les comprimés de barbiturique d'un flacon, pourrait être considéré comme une idée suicidaire. Cependant, le fait d'avaler plusieurs comprimés dans l'intention de se suicider serait classé comme tentative de suicide (ibid., 1982: 4).

Le C.S.M.Q. précise qu'une idée suicidaire peut également être communiquée verbalement ou par écrit.

Certains auteurs adoptent une définition très large du suicide, y incluant les comportements autodestructeurs et les comportements mettant inutilement la vie en danger, ou devançant le moment de la mort. Ils considèrent des comportements comme l'abus de l'alcool ou de drogues, la conduite rapide d'une automobile sans ceinture de sécurité, la recherche d'occasion pour se quereller comme des conduites suicidaires. Menninger (1938) parle de suicides chroniques, "focalisés" et organiques, et Farberow (1980) de suicides indirects, alors que Shneidman (1985) préfère différencier ces comportements du suicide en les nommant "morts subintentionnelles". Comme Shneidman, nous n'avons pas considéré,

dans cette recherche, de tels comportements comme étant des gestes suicidaires.

3.3 Théories sur le suicide⁹

Deux hommes ont profondément marqué l'ensemble des théories explicatives du suicide au cours du xx^e siècle: Émile Durkheim et Sigmund Freud. La majorité des auteurs qui se sont depuis penchés sur le suicide ont, de façon presque inéluctable, rallié la théorie d'un de ces hommes. Il va sans dire que leurs perspectives étaient très unidisciplinaires. Il s'agit, comme on le sait, d'un des fondateurs de la sociologie, plus spécifiquement du courant positiviste de la sociologie, et du père de la psychanalyse. Durkheim accordait peu d'importance aux dynamiques individuelles, préoccupé qu'il était d'établir la légitimité et la pertinence de la sociologie, à partir de la vision positiviste qu'il avait de sa discipline. Freud, pour sa part, n'a pas considéré de façon systématique l'impact que pouvaient avoir les structures sociales sur le comportement des individus suicidaires. Les théories explicatives du suicide fondées sur celles de ces deux grands penseurs, théories dont nous présenterons quelques exemples dans les deux prochains sous-chapitres, reflètent, pour la plupart, cette caractéristique unidisciplinaire de leur théorie-mère.

La troisième courant que nous aborderons, l'approche phénoménologique ou la sociologie phénoménologique, se situe à la jonction de la phénoménologie, branche de la philosophie, et de la sociologie compréhensive de Max Weber. Le philosophe et sociologue, Alfred Schütz, est le penseur responsable du mariage de ces deux courants de pensée émergeant de deux disciplines différentes. Wallace et Wolf (1980) considèrent que le principal aspect de la théorie de Weber que Schütz a intégré dans son analyse

⁹ Pour élaborer cette section du chapitre, nous nous sommes inspiré de la classification des théories sur le suicide établie par Grégoire et Phaneuf-Perron (1979).

phénoménologique du monde social est la signification subjective, le sens, que l'activité sociale a pour l'acteur.

In his attempt to adapt Husserl's philosophy to sociology, Schütz incorporated Weber's concept of *verstehen* ("subjective understanding"). For Schütz, the meaning that the individual imparts to situations in everyday life is of prime importance; he puts the spotlight on the individual's own definition of the situation (Wallace et Wolf, 1980: 265).

Pour compléter ce tableau des principales théories explicatives du suicide nous donnerons un bref résumé du point de vue des principaux tenants de l'approche biologique ainsi qu'un survol de quelques recherches épidémiologiques sur le suicide au Québec.

3.3.1 Approche sociologique

Les théories sociologiques que nous avons regroupées dans cette catégorie sont de type nomothétique et s'inspirent de l'étude classique et incontournable de Durkheim sur le suicide, publiée pour la première fois en 1897. D'inspiration positiviste, elles sont nées d'analyses de certaines réalités sociales réalisées à l'aide de modèles et de méthodes empruntés aux sciences de la nature. Ainsi les auteurs de ces théories du suicide se sont surtout employés à établir et à expliquer les variations du taux de suicide entre différentes populations et entre différents segments d'une même population. Leurs définitions du suicide n'incluent habituellement que le suicide complété.

3.3.1.1 Durkheim

La majeure contribution de Durkheim à une meilleure compréhension du suicide est d'avoir démontré qu'un geste aussi intime et personnel que le suicide s'inscrivait à l'intérieur d'un processus social qui transcende les expériences individuelles et qui est régi par ses propres lois. "En effet", dit-il,

si, au lieu de n'y voir que des événements particuliers, isolés les uns des autres et qui demandent à être examinés chacun

à part, on considère l'ensemble des suicides commis dans une société donnée pendant une unité de temps donnée, on constate que le total ainsi obtenu n'est pas une simple somme d'unités indépendantes, un tout de collection, mais qu'il constitue par lui-même un fait nouveau et *sui generis*, qui a son unité et son individualité, sa nature propre par conséquent, et que, de plus, cette nature est éminemment sociale (Durkheim, 1930: 8).

En exposant la constance du taux de suicide dans une même population et ses variations d'une société à l'autre, il pouvait conclure que "chaque société est prédisposée à fournir un contingent déterminé de morts volontaires" (ibid., 1930: 15). C'est cette prédisposition qui allait devenir l'objet majeur de ses analyses et de ses réflexions.

Après avoir démontré qu'il n'y avait pas de rapport significatif entre le taux de suicide et la constitution organico-psychique des individus ou la nature du milieu physique, Durkheim en arrive aux causes sociales. Le motif présumé d'un suicide, c'est-à-dire les mobiles qui paraissent en avoir été la cause déterminante

marquent, peut-on dire, les points faibles de l'individu, ceux par où le courant, qui vient du dehors l'inciter à se détruire, s'insinue le plus facilement en lui. Mais elles (ces causes apparentes) ne font pas partie de ce courant lui-même et ne peuvent, par conséquent, nous aider à le comprendre (ibid., 1930: 147).

Quelle méthode utilisera Durkheim pour déterminer ces causes sociales? Il laissera de côté l'individu en tant qu'individu pour développer ses réponses à la question suivante:

quels sont les états des différents milieux sociaux (confessions religieuses, famille, société politique, groupes professionnels, etc.) en fonction desquels varie le suicide? (ibid., 1930:148).

C'est ainsi que Durkheim en arrive à identifier et développer deux concepts qui sont en fait des variables présentes dans toute structure sociale. Le premier, l'intégration sociale, est le degré de

stabilité et de durabilité des relations sociales dans un groupe, ce qui suppose des valeurs, des intérêts et des buts communs ainsi qu'une préoccupation mutuelle des membres, les uns envers les autres. Le deuxième, la régulation sociale, est le degré de contrôle qu'une société, directement ou via ses institutions, exerce sur les individus, particulièrement sur leurs besoins et leurs passions.

Aux pôles opposés de la première variable, c'est-à-dire l'intégration sociale, Durkheim place respectivement deux types de suicide: le suicide égoïste et le suicide altruiste. Aux pôles de la deuxième variable, la régulation sociale, on trouve le suicide anémique et le suicide fataliste. En d'autres mots, les suicides sont plus fréquents dans les sociétés où l'intégration sociale est faible (suicide égoïste) ou forte (suicide altruiste) et où la régulation sociale est faible (suicide anémique) ou forte (suicide fataliste). Les sociétés ayant un degré modéré d'intégration et de régulation sociales ont les taux de suicide les plus bas.

L'*égoïsme* résulte d'une individualisation démesurée, d'un excès de l'affirmation du moi personnel au détriment du moi social. La religion, la famille et les sociétés politiques ont "sur le suicide une action prophylactique" parce que, justement, elles alimentent "une vie collective d'une suffisante intensité" (ibid., 1930: 172-173). C'est justement ce qui est déficitaire lorsque se multiplient les suicides égoïstes dans une société. D'autre part, par l'*altruisme*, l'individu s'identifie à un groupe au point d'y perdre son moi personnel. Son suicide peut être, par exemple, un sacrifice religieux ou le résultat d'une allégeance politique ou militaire. L'usage du *sutti* dans l'Inde brahmanique ou du *harakiri* au Japon féodal sont des exemples d'un tel suicide.

L'*anomie* survient à la suite d'un changement important que connaît une personne, que ce soit dans ses conditions économiques ou dans son statut marital. Toute perturbation de l'ordre collectif a pour effet d'augmenter les suicides anémiques parce que la société perd temporairement une partie de son autorité sur un nombre important d'individus. Le *fatalisme* résulte d'un excès de réglementation. Le

suicide fataliste, "c'est celui que commettent les sujets dont l'avenir est impitoyablement muré, dont les passions sont violemment comprimées par une discipline oppressive" (ibid., 1930: 311).

3.3.1.2 Johnson

Johnson (1965) a tenté de démontrer que les quatre types de suicide de Durkheim pouvaient être réduits à un seul. Selon lui, les recherches sur le suicide, à partir même des données de Durkheim, ont révélé tellement peu d'incidences de suicide altruiste ou fataliste que ceux-ci devraient être éliminés de toute théorie explicative du suicide. Quant aux deux autres types de suicide, Johnson prétend qu'ils seraient identiques. Pour décrire l'égoïsme, Durkheim se réfère, entre autres, à un manque de réglementation sociale, ce qui est le propre de l'anomie. Durkheim aurait lui-même reconnu, dans ses autres écrits, que des variables qui sont semblables sur le plan empirique devraient être considérées comme étant une seule variable sur le plan conceptuel. Johnson en arrive à reformuler la théorie de Durkheim de la façon suivante: plus un groupe est intégré, plus bas sera son taux de suicide.

Plusieurs auteurs ont exprimé leur désaccord face à la position de Johnson. Lester (1972), entre autres, affirme que "si une théorie complexe peut rendre compte d'un plus grand nombre de données disponibles, alors nous devons choisir la théorie complexe au détriment de la théorie plus simple" (p. 81). Johnson lui-même admettait que sa théorie ne pouvait pas expliquer un certain nombre de suicides de la société militaire.

3.3.1.3 Gibbs et Martin

Gibbs et Martin (1964) ont critiqué la théorie de Durkheim parce qu'elle ne pouvait pas être vérifiée. Après avoir adopté la reformulation que Johnson en a fait, ils ont tenté de définir le concept d'intégration sociale de façon opérationnelle.

Leur thèse est fondée sur les cinq postulats suivants:

(1) Le taux de suicide d'une population varie inversement avec la stabilité et la durabilité des relations sociales dans cette population.

(2) La stabilité et la durabilité des relations sociales dans une population varie directement avec le degré de conformité des individus de cette population aux exigences et attentes préétablies et socialement sanctionnées des autres.

(3) Le degré de conformité des individus d'une population aux exigences et attentes préétablies et socialement sanctionnées des autres varie inversement avec la gravité des conflits de rôles auxquels sont confrontés les individus de cette même population. (Étant donné qu'un individu peut facilement occuper plusieurs statuts à la fois, il fait souvent face à un conflit entre différents rôles et doit alors décider comment il devrait se comporter.)

(4) La gravité des conflits de rôles auxquels sont confrontés les individus d'une population varie directement avec le degré d'incompatibilité des statuts des individus de cette population.

(5) Le degré d'incompatibilité des statuts des individus d'une population varie inversement avec le degré d'intégration des statuts dans cette population.

Ces cinq postulats mènent à la thèse majeure de Gibbs et Martin, qui est la suivante: le taux de suicide d'une population varie inversement avec le degré d'intégration des statuts dans cette population.

La théorie de l'intégration des statuts a été beaucoup critiquée. Toutefois, selon Lester (1972: 96), les critiques n'ont pas toujours été correctes, méritées ou pertinentes, et, selon Maris (1975: 98), plusieurs des questions soulevées ne sont pas encore résolues de façon à confirmer ou infirmer cette théorie.

3.3.1.4 Henry et Short

Henry et Short (1954) prennent leur distance par rapport à Durkheim et modifient la perspective de son analyse en incluant des concepts comme la frustration et l'agression développés en psychologie.

Henry et Short cherchent à établir un lien entre le cycle économique et le taux de suicide et d'homicide. Ils soutiennent que le taux de suicide augmente lors d'une dépression et diminue durant les périodes de prospérité, alors que les crimes de violence contre les autres augmentent durant les périodes de prospérité et diminuent lors d'une dépression. De plus, ils prédisent que la corrélation entre le taux de suicide et le cycle économique sera plus élevée chez ceux ayant un haut statut social que chez ceux d'un statut peu élevé, alors que la corrélation entre le taux d'homicide et le cycle économique sera plus élevée chez ceux ayant un statut social bas que chez ceux d'un haut statut.

Ils présument que l'agression est souvent la conséquence de frustrations, que les cycles économiques produisent des changements dans les rangs hiérarchiques des individus et des groupes, et que les frustrations sont générées par une incapacité de maintenir une position constante ou montante dans la hiérarchie des statuts sociaux.

Lorsqu'une personne est soumise à beaucoup de contrôles externes (comme c'est le cas pour plusieurs individus d'un statut social inférieur) et qu'en plus, ses contrôles internes sont peu développés, il lui est plus facile de blâmer les autres pendant les périodes de frustration. Lorsque les contrôles externes sont faibles (comme c'est le cas pour plusieurs individus d'un statut social élevé), et qu'en plus, les contrôles internes sont très développés, une personne doit alors assumer la majeure partie de la responsabilité dans l'apparition de frustrations. C'est ainsi qu'Henry et Short expliquent comment certains individus frustrés en arrivent à choisir entre le suicide et l'homicide. Cette analyse s'appuie tout autant sur des notions psychologiques que sur des concepts sociologiques.

3.3.2 Approche psychologique

Il n'y a pas de véritables théories psychologiques du suicide qui puissent se comparer aux théories sociologiques du suicide. Il n'y a pas de théories psychologiques du comportement suicidaire se fondant sur un certain nombre de postulats desquels découleraient un certain nombre de prédictions. Dans la grande majorité des cas, ce qu'on trouve en psychologie, ce sont de "simples hypothèses d'un facteur important dans le développement de tendances suicidaires ou la suggestion qu'une corrélation puisse exister entre une variable particulière et des tendances suicidaires" (Lester, 1972: 208). En ce qui concerne les théories générales de la personnalité et du comportement humain, la psychanalyse est la seule à avoir incorporé le suicide.

Nous avons donc choisi de présenter les théories psychanalytiques reliées au suicide dans la première partie de ce sous-chapitre et trois des théories psychologiques qui, même si elles sont incomplètes, nous ont semblé intéressantes dans la deuxième partie. Quant aux psychologues qui font des recherches sur des facteurs associés au suicide, nous les retrouverons dans le sous-chapitre 3.3.5 consacré à l'approche épidémiologique.

3.3.2.1 La psychanalyse

3.3.2.1.1 Freud

Freud n'a pas produit d'écrit portant spécifiquement sur le suicide. On ne peut donc pas retrouver dans son oeuvre une synthèse de ses idées sur le sujet. Par contre, il a fait référence au suicide dans plusieurs écrits, en particulier dans "Deuil et mélancolie" (1917). De plus, certains de ses textes, sans en parler directement, ont contribué au développement des théories psychanalytiques du suicide. C'est le cas notamment d'"Au-delà du principe de plaisir" (1920). En fait, on peut associer deux interprétations différentes du suicide à son nom.

Dans "Deuil et mélancolie", Freud compare, d'un côté, la réaction normale à la perte d'une personne aimée ou d'un rêve choyé et, de l'autre, la mélancolie pathologique. Dans le deuil, le monde est perçu comme appauvri, triste; la douleur diminue graduellement puisque le temps guérit de telles douleurs. Par contre, dans la mélancolie, la perte de l'objet aimé provoque une réaction différente. Ce n'est pas le monde qui semble vide mais le moi. La personne en arrive à se mépriser elle-même, à se haïr. En d'autres mots, elle retourne contre elle-même la colère ressentie vis-à-vis de la personne qui l'abandonne. Le suicide serait la forme ultime que prendrait un tel état dépressif. Ce serait donc en quelque sorte le désir refoulé de tuer une autre personne.

Une telle situation ne peut arriver, selon Freud, que si la personne a nourri un attachement extrêmement intense à la personne aimée et que si elle a une personnalité fortement narcissique. Dans de telles circonstances, l'autre est valorisé non pas pour ce qu'il est en tant qu'individu indépendant mais plutôt comme substitut pour ses propres lacunes. Étant donné qu'un individu narcissique considère que nul autre n'existe que lui, la colère qu'il ressent à la suite de frustrations doit éventuellement être retournée sur lui-même. En d'autres mots, en détruisant en lui-même la représentation de l'objet auquel il s'est identifié, l'individu narcissique se détruit lui-même.

Dans "Au-delà du principe de plaisir" (1920), Freud apporte sa deuxième contribution aux théories du suicide en psychanalyse. Il émet le postulat de l'existence d'une pulsion de mort, appelée *thanatos*, constituant une force potentiellement aussi grande que la pulsion de vie, appelée *eros*. La raison d'être de cette pulsion de mort est de ramener l'organisme à un état de tranquillité où la quantité d'énergie est minimale. Pour que la vie soit maintenue, *eros* doit prédominer sur *thanatos*. Toutefois, il est dans la nature des choses qu'avec le processus de vieillissement, *thanatos* l'emporte sur *eros*. On pourrait donc considérer le suicide comme étant une victoire précoce de la pulsion de mort.

Peu de psychanalystes ont accepté ce concept de pulsion de mort. L'impact de celui-ci sur la recherche et l'intervention a été peu significatif. Par contre, la notion du suicide comme étant la conséquence d'une colère retournée contre soi-même a alimenté le développement de recherches, de théories et de modèles d'intervention.

Même si plusieurs auteurs ont élaboré et raffiné le point de vue de Freud sur le suicide, nous n'en présenterons brièvement qu'un seul à titre d'exemple.

3.3.2.1.2 Menninger

Menninger, dans son célèbre livre "Man Against Himself" (1938), décrit les nombreux gestes auto-destructeurs auxquels se prêtent les êtres humains et établit les liens entre ces gestes et le suicide. S'appuyant sur le concept de pulsion de mort, il attribue trois motifs au geste suicidaire: (a) le désir de tuer, (b) le désir d'être tué et (c) le désir de mourir. Selon lui, une très grande colère et une hostilité contre elle-même et les autres habitent la personne suicidaire.

3.3.2.2 La psychologie

3.3.2.2.1 Leonard

Leonard (1967) considère que les tendances suicidaires se développent chez l'enfant à l'âge de 2 et 3 ans, alors que celui-ci lutte pour devenir autonome face à sa mère et pour développer sa propre identité. Étant donné qu'à cet âge il est toujours dépendant de sa mère, cette tâche s'avère extrêmement difficile pour lui. Si l'enfant n'arrive pas à résoudre les conflits engendrés, d'une part, par son besoin d'autonomie et, d'autre part, par la crainte de s'aliéner sa mère, il pourra développer des tendances suicidaires selon un des scénarios suivants:

(1) L'enfant n'arrive pas à développer son identité propre et développe une fusion d'identité avec les autres. Retourner son

agression vers soi devient donc équivalent pour lui à s'attaquer à l'objet externe, source de frustration.

(2) Sa croissance en tant qu'individu étant bloquée, l'enfant n'apprend pas à contrôler ses impulsions et se fie plutôt à des contrôles externes.

(3) L'enfant adopte un mode d'adaptation unique et rigide et manque de flexibilité pour s'ajuster à des situations différentes.

Selon Lester (1972), le point de vue de Leonard recèle une difficulté importante. Selon ce modèle, un enfant qui aurait résolu les conflits inhérents à la phase du développement de l'autonomie aurait, à toutes fins pratiques, développé une immunité contre les tendances suicidaires. Si tel était le cas, la prévention du suicide serait de beaucoup simplifiée. "Toutefois", nous dit Lester (1972), "on se doute bien que le développement de tendances suicidaires ne doit pas être aussi simple" (p. 61).

3.3.2.2.2 Jacobs

Jacobs (1971) se dit convaincu qu'il existe un dénominateur commun aux situations de vie des suicidaires. Il voudrait contribuer à la découverte des "caractéristiques essentielles" du suicide. Il croit pouvoir esquisser ces caractéristiques en identifiant les "aspects formels" d'un processus commun à tous les suicidaires. C'est par le moyen d'histoires de cas, de notes suicidaires, de journaux intimes, etc. qu'il tente d'identifier ce qu'il appelle le dénominateur commun du suicide chez un groupe d'adolescents suicidaires.

Selon Jacobs, le processus commun aux adolescents ayant tenté de se suicider comprend les cinq (5) expériences ou caractéristiques suivantes:

- (1) une longue histoire de problèmes depuis la petite enfance;
- (2) une escalade de problèmes durant l'adolescence dépassant celle qu'on associe habituellement à l'adolescence;

(3) l'échec progressif des modes d'adaptation laissant l'adolescent de plus en plus isolé;

(4) une chaîne de dissolutions des relations sociales significatives durant les jours et semaines précédant la tentative, laissant l'adolescent avec le sentiment qu'il a atteint la fin de tout espoir;

(5) le processus interne par lequel l'adolescent arrive à se sentir justifié de passer à l'acte, de poser le geste suicidaire.

Jacobs rapporte que l'adolescent suicidaire est soumis à une plus grande variété de techniques disciplinaires que l'adolescent non-suicidaire; en particulier, ses parents ont davantage tendance à critiquer, à crier et à utiliser le fouet. En retour, l'adolescent suicidaire semble se sentir traité injustement et rejeté. Les parents se sentant, pour leur part, frustrés, le résultat final est une situation d'aliénation entre parents et adolescent.

3.3.3 Approche phénoménologique

Quelques théoriciens, inspirés par la phénoménologie et la sociologie compréhensive, ont tenté d'analyser le phénomène du suicide à partir du sens subjectif que les acteurs sociaux eux-mêmes lui donnent. Ce faisant, ils ont réussi à établir des ponts entre des facteurs d'ordre psychologique, social, économique, culturel, philosophique et même, pour certains, des facteurs d'ordre biologique.

3.3.3.1 Douglas

Douglas (1967), un sociologue, rejette la validité et la fiabilité des statistiques officielles sur le suicide ainsi que l'approche hypothético-déductive. Il est très critique à l'égard de la grande majorité des sociologues qui ont étudié le suicide parce que, à date, ils ont fondé leurs théories sur des données inadéquates. Selon lui, le suicide a plusieurs sens et la façon d'arriver à les cerner est

d'observer, décrire et analyser les énoncés et les comportements des personnes suicidaires elles-mêmes.

Il identifie trois dimensions générales des sens du phénomène du suicide. Il s'agit des dimensions suivantes: (a) les gestes suicidaires ont un sens, (b) les gestes suicidaires indiquent qu'il y a quelque chose de fondamentalement mauvais dans la situation de l'acteur et (c) les gestes suicidaires recèlent quelque chose de fondamental au sujet de l'acteur. Il poursuit en décrivant, à partir de la littérature, les sens les plus communs qu'auraient, selon lui, construits des individus suicidaires.

Lester (1972) considère que la théorie de Douglas est finalement aussi subjective et arbitraire que celles des autres sociologues qu'il critique. Il affirme même que les idées de Douglas ne peuvent pas prétendre au statut de théorie. Elles ne forment, selon lui, rien de plus que des catégories descriptives. Baechler, pour sa part, a accueilli favorablement la contribution de Douglas puisqu'il s'est en partie appuyé sur lui pour développer, entre autres, sa propre critique de la valeur des statistiques concernant le suicide.

3.3.3.2 Baechler

Comme Douglas, Baechler (1975), un philosophe français, se situe carrément à l'intérieur du courant antidurkheimiste. Comme Douglas, il est convaincu que l'étude du suicide doit partir non des corrélations statistiques mais de l'analyse des cas individuels. Pour lui, "il n'y a pas et il ne peut y avoir de courant suicidogène lié à une quelconque pulsion de mort, ni de maladie spécifique dont l'issue obligée serait le suicide" (p. 118). Sa thèse fondamentale est que tout suicide est une solution à un problème. Afin de répondre à la question "Pourquoi se suicide-t-on?", il se réfère aux écrits de Schütz pour faire une distinction très nette entre un mobile ou *Weil-Motiv* en allemand (les réponses commençant par "parce que") et un motif ou *Um-zu-Motiv* en allemand (les réponses commençant par "en vue de"). Il considère qu'un acte suicidaire est toujours entrepris *en vue*

de résoudre en un certain sens une situation. Voici d'ailleurs la définition qu'il donne du suicide: "Le suicide désigne tout comportement qui cherche et trouve la solution d'un problème existentiel dans le fait d'attenter à la vie du sujet" (ibid., 1975: 77). Il énumère et décrit par la suite un certain nombre de sens typiques, c'est-à-dire de *Um-zu-Motive* du suicide. Sa classification comporte quatre genres (suicides escapistes, agressifs, oblatifs et ludiques) et onze espèces (fuite, deuil ou châtement pour le premier genre; crime, vengeance, chantage et appel pour le deuxième; sacrifice et passage pour le troisième; ordalie et jeu pour le quatrième).

La deuxième étape de sa démarche consiste à identifier les *Weil-Motive* ou les "parce que", c'est-à-dire les facteurs qui ont entraîné telle personne à choisir le suicide comme solution à tel problème. Deux considérations guident cette partie de sa recherche: la constitution du suicidaire et les circonstances qui l'ont amené au suicide. Il pousse alors la théorisation aussi loin que possible, comme il le dit lui-même, en élaborant une série de propositions et en n'introduisant des faits "que dans la mesure où ils sont disponibles et où ils illustrent la théorie" (ibid., 1975: 273). Concernant la constitution du suicidaire ou les facteurs personnels, il se penche sur les contextes physiologique (l'hérédité et la génétique), psychiatrique, familial, social ainsi que sur l'âge et le sexe. Concernant les circonstances ou les facteurs externes, il scrute les mentalités, les toxicomanies, la jeunesse, la laïcisation de la charité, le pluralisme, l'agressivité bloquée, le goût de l'aventure, l'alambic, le climat ainsi que les influences de la guerre et de la politique. Baechler semble persuadé que les gens qui se suicident constituent une population à part.

Il y a une très forte probabilité, disons-le tout de suite, pour que les suicidants ne soient pas n'importe qui, mais représentent une fraction de la population, dont le plan de vie est ainsi dessiné qu'il rende l'issue suicidaire plus probable" (ibid., 1975: 277).

Les facteurs personnels sont donc plus importants pour Baechler que les facteurs externes. Il évoque même la possibilité

qu'on découvre un jour un chromosome suicidogène (ibid., 1975:91) et se dit convaincu qu'"on hérite non du suicide, mais d'une disposition éventuelle" (ibid., 1975: 281).

3.3.3.3 Shneidman

Shneidman (1985) considère qu'aucune des classifications du suicide à date n'a été très utile pour les intervenants. S'appuyant en partie sur la théorie des systèmes, il propose dix caractéristiques communes du suicide qui représentent, selon lui, les dimensions les plus fréquentes et les plus pertinentes de presque tous les suicides. Ces caractéristiques communes sont les suivantes:

(1) Le stimulus commun dans un suicide est une douleur psychologique insupportable.

(2) Le stress commun dans un suicide provient des besoins psychologiques frustrés.

(3) Le sens commun d'un suicide est de chercher une solution.

(4) Le but commun d'un suicide est la cessation de la conscience.

(5) L'émotion commune dans un suicide est le désespoir-impuissance.

(6) L'attitude intérieure commune vis-à-vis du suicide est l'ambivalence.

(7) L'état cognitif commun dans un suicide est la constriction de l'affect et de l'intellect.

(8) L'acte interpersonnel commun dans un suicide est la communication d'intention.

(9) L'action commune dans un suicide est de partir ou fuir.

(10) La consistance commune dans un suicide est le recours à des modes adaptifs propres à son histoire de vie.

Pour Sneidman, tout suicide contient des éléments biologiques, culturels, sociologiques, interpersonnels, intrapsychiques, logiques, conscients et inconscients, ainsi que philosophiques. Par contre, étant donné que tout suicide se produit dans la tête d'un individu unique, l'élément essentiel est, pour lui, l'élément psychologique. Il en arrive donc à la définition du suicide suivante:

Présentement, dans le monde occidental, le suicide est un acte conscient d'auto-annihilation, mieux compris comme étant un malaise multidimensionnel vécu par un individu en état de besoins, qui définit un problème pour lequel le suicide est perçu comme la meilleure solution (Shneidman, 1985: 203).

3.3.3.4 Gratton

Gratton (1996), s'inspirant de Weber et appliquant les principes de l'individualisme méthodologique de Boudon, a analysé l'histoire de vie de cinq jeunes suicidés à l'aide de documents personnels et de témoignages de leurs proches. Son objectif était de tenter de découvrir le sens de ces gestes suicidaires pour ces jeunes.

Elle s'est basée sur deux concepts clefs: valeurs et ressources. Le premier se divise en valeurs personnelles, celles que le jeune s'est données, et en valeurs empruntées, celles qu'il subit. Le deuxième se divise en ressources abondantes et en ressources limitées. Elle a construit, à partir de ces concepts, une typologie du suicide des jeunes aboutissant à quatre idéaltypes. Le premier est le suicide de l'outrance des valeurs personnelles ou de l'idéaliste. Le deuxième, le suicide de l'insuffisance des valeurs empruntées ou du blasé. Le troisième, celui de l'impuissance des ressources limitées ou de l'épuisé, ou encore, du nostalgique. Le dernier, celui de la dépendance des ressources limitées ou de la jeune déshéritée. La rupture entre ses valeurs et ses ressources crée, chez un jeune, un "vide d'être" à l'intérieur de lui-même. Selon Gratton, tous ces suicides sont donc des suicides d'"être", des gestes de jeunes qui n'ont pas réussi à donner un sens à leur vie.

3.3.4 Approche biologique

Il n'y a pas de théorie explicative du suicide émanant de la biologie. Au cours des quatre dernières décennies, par contre, on a, dans cette discipline, multiplié les recherches tentant d'établir des corrélations entre le suicide et certains facteurs biologiques. La majorité de ces recherches découle de la recherche en psychobiologie de la dépression. Étant donné que suicide et dépression ne sont pas synonymes, la possibilité que les chercheurs confondent ces deux phénomènes est un aspect à surveiller. Toutefois, il faut porter une attention particulière au fait que de récentes recherches ont établi comme étant de plus en plus plausibles certaines corrélations entre, d'une part, le comportement suicidaire et, d'autre part, quelques variables associées surtout à la physiologie.

Plusieurs chercheurs ont établi une relation entre le suicide et des variables associées à certaines fonctions neuro-endocriniennes, particulièrement la sécrétion de cortisol. Ces chercheurs rapportent que des patients qui se sont suicidés ou qui ont fait une sérieuse tentative de suicide avaient sécrété une quantité de métabolites de cortisol inhabituellement élevée avant de poser le geste (Asberg et al., 1986). Toutefois, les résultats les plus étonnants dans cette discipline concernent une déficience de sérotonine dans le cerveau.

En effet, durant les années 60, on a émis l'hypothèse que deux médiateurs chimiques, la noradrénaline et la sérotonine, seraient reliés à la dépression. Une quantité réduite de ces médiateurs dans certains récepteurs neuroniques du système nerveux central serait associée à un état dépressif. En vue de vérifier cette hypothèse, plusieurs recherches ont été menées sous forme d'autopsies de personnes s'étant suicidées. On présumait souvent alors que les suicidés étaient des personnes dépressives au moment de leur mort, alors que ce n'est pas tout à fait le cas. Dans la plupart de ces recherches, les victimes du suicide avaient une concentration de sérotonine dans une partie du cerveau plus basse que les membres

des groupes de contrôle. Un grand nombre de recherches portant sur la présence, dans le liquide céphalo-rachidien, d'un dérivé de la sérotonine, la 5-hydroxyindolacétique (5-HIA) a confirmé que la concentration moyenne de 5-HIA chez les patients déprimés était réduite à 78% de celle des membres des groupes de contrôle.

En voulant comparer des patients déprimés ayant une concentration réduite de 5-HIA à des patients ayant une concentration normale de 5-HIA, Asberg (1976) a découvert de façon imprévisible une incidence élevée de suicides dans le premier groupe. 40% des patients ayant un taux réduit de 5-HIA avaient tenté de se suicider pendant leur maladie, alors que seulement 15% des patients ayant un taux normal de 5-HIA l'avaient fait. De plus, les tentatives de suicide du premier groupe avaient été commises avec plus de détermination et avec des moyens plus actifs et violents que celles du deuxième groupe. Plusieurs recherches subséquentes à celle d'Asberg ont confirmé ces résultats.

Étant donné qu'on ne pourrait attribuer un diagnostic de dépression qu'à environ la moitié des gens qui se suicident, des chercheurs ont tenté d'établir une relation entre le comportement suicidaire et le taux de 5-HIA chez des sujets non déprimés, des schizophrènes et des alcooliques. Dans toutes ces catégories, la relation entre une concentration réduite de 5-HIA et les tentatives de suicide s'est avérée étonnamment solide.

Comme nous l'avons déjà mentionné, il a été établi que ceux qui tentent de se suicider et ceux qui se suicident diffèrent les uns des autres de façon significative, même s'il existe une légère superposition de ces deux populations. Deux recherches ont démontré que parmi des patients qui ont tenté de se suicider, ceux ayant un taux réduit de 5-HIA ont dix (10) fois plus de chances que les autres de se suicider pendant l'année qui suit la tentative.

On a découvert qu'un certain nombre de personnes en santé mentale n'ayant jamais souffert de dépression avaient également une concentration réduite de 5-HIA. On a donc émis l'hypothèse qu'un

taux réduit de 5-HIA était un indicateur de vulnérabilité. Pour la plupart des individus ayant un taux réduit de 5-HIA, la vulnérabilité ne se traduira jamais par une tentative de suicide. Même en étant vulnérable, il faut habituellement qu'un individu se trouve dans une situation qu'il considère désespérée pour décider d'attenter à sa vie. Une telle condition de vulnérabilité peut avoir une base génétique comme elle peut avoir été acquise. Il est également concevable qu'une telle condition puisse avoir d'autres façons de se manifester que par les tendances suicidaires. Le caractère impulsif et violent d'un grand nombre de tentatives de suicide chez des patients ayant un taux réduit de 5-HIA suggère que ceux-ci pourraient bien avoir de la difficulté à contrôler leurs impulsions, et particulièrement peut-être leurs impulsions d'agressivité. Certaines recherches ont démontré que la sérotonine était impliquée dans le contrôle du comportement agressif des animaux et que le traitement avec des inhibiteurs de synthèse de sérotonine pouvait provoquer une rage incontrôlable chez le chat domestique et amener une mère rat à mordre à mort ses petits (Asberg et al., 1986).

Dans la foulée des recherches précitées, Kety (1986) estime possible que, parmi tous les individus soumis à beaucoup de stress de leur environnement et/ou à la dépression et/ou à une maladie mentale, ceux qui se suicident soient ceux qui ont une prédisposition génétique à le faire et que cette prédisposition corresponde à une tendance à agir impulsivement. En d'autres mots, le suicide serait l'exemple par excellence d'un facteur génétique caractérisé par une inhabileté à contrôler un comportement impulsif.

3.3.5 Approche épidémiologique

Sont classés dans l'approche épidémiologique les écrits des chercheurs n'ayant pas la prétention de développer des théories sur le suicide mais visant plutôt à cerner l'ampleur du problème du suicide et à identifier des facteurs liés au comportement suicidaire. Les études québécoises sur le suicide s'inscrivent presque toutes dans cette perspective. Dans cette dernière catégorie des écrits sur le

suicide, nous évoquerons quelques études québécoises portant spécifiquement sur le suicide des jeunes et considérées comme des contributions importantes à la compréhension de ce problème.

Selon Tousignant (1994), un des chercheurs québécois les plus prolifiques en matière de suicide, on exige aujourd'hui des chercheurs qu'ils aillent au-delà des enquêtes macrosociales que faisait Durkheim et qu'ils prennent en compte les caractéristiques des personnes suicidaires elles-mêmes. Il décrit l'apport de ce qu'il appelle le modèle épidémiologique de la façon suivante:

La recherche contemporaine s'intéresse plus à l'interaction entre des facteurs individuels et des facteurs sociaux. Le modèle épidémiologique essaie d'identifier les facteurs de risque qui appartiennent à la biographie des victimes. Parmi ces facteurs, on peut encore distinguer entre les agents précipitants et les traits de vulnérabilité. Les facteurs de vulnérabilité ne sont pas des causes directes; ils augmentent la probabilité du suicide lorsque des circonstances adverses se présentent (p. 766).

Les chercheurs s'entendent sur le fait que le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel. D'ailleurs, une multitude de recherches a été effectuée au cours des dernières décennies sur une grande variété de facteurs relevant de l'une ou l'autre des dimensions de ce phénomène. Selon le Groupe d'étude sur le suicide au Canada (1994),

Le suicide est le triste aboutissement d'une réalité individuelle déterminée par des facteurs neurobiologiques, psychologiques, culturels et sociaux. Chacun de ces facteurs pèse différemment dans la balance, et aucun pris isolément ne s'est révélé une cause nécessaire ou suffisante de suicide (p.13).

Si aucune théorie du suicide n'a réussi à s'imposer dans les milieux scientifiques et s'il semble presque impossible de démêler et de cerner tous les liens qui existent entre les nombreux facteurs de ce phénomène immensément complexe, les auteurs de la Stratégie

québécoise d'action face au suicide (1998) font tout de même la constatation suivante:

Par contre, la majorité des chercheurs s'entendent sur le fait qu'on est capable de cibler un nombre de facteurs importants associés au risque de suicide et de comportements suicidaires. Ces facteurs ne sont ni indépendants, ni exclusifs (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 1998: 21).

Nous avons sélectionné quelques recherches québécoises que nous présentons sommairement; il s'agit de recherches ayant réussi à identifier l'ampleur du problème du suicide des jeunes et surtout quelques-uns des facteurs importants liés aux idéations ou comportements suicidaires des jeunes. À la suite de cet échantillon de recherches québécoises sur le suicide des jeunes, nous énumérerons d'autres facteurs qui nous semblent importants et qui ont également fait l'objet de recherches.

Une recherche effectuée par Tousignant, Hanigan et Bergeron (1984) auprès des étudiants des CEGEP de Montréal a révélé que plus d'un cégépien sur cinq (21,2%) avait déjà eu des idéations suicidaires sérieuses au cours de sa vie et que près d'un cégépien sur huit (12,2%) en avait eu au cours des douze derniers mois précédant cette enquête. Par ailleurs, près d'un cégépien sur douze (8,1%) avait déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie et un sur vingt-huit (3,6%) au cours des douze derniers mois. La séparation des parents et une mauvaise santé ont été identifiées comme les deux facteurs de risque les plus importants.

Dans la foulée de cette enquête, ces mêmes chercheurs ont interviewé vingt-cinq cégépiens ayant des idéations suicidaires sérieuses et un groupe contrôle de vingt-cinq cégépiens non-suicidaires. L'analyse de ces entrevues semi-dirigées les a amenés à conclure que "ce n'est pas tant la séparation d'avec un ou deux des parents que le climat familial qui est déterminant dans l'étiologie de l'état suicidaire chez les jeunes adultes" et que "ce n'est pas tant le

choc de la séparation que le climat qui existait antérieurement ou qui persistait plusieurs années après la séparation, qui réduit la résistance psychologique de l'enfant" (Tousignant et al., 1986, Annexe 2: 24). Ils concluent également, en reprenant la distinction déjà faite par Shneidman (1985), que ces jeunes suicidaires ne sont pas seuls, mais qu'ils se sentent seuls, qu'ils croient que personne ne peut les aider. Ils ne sont donc pas isolés socialement mais ils s'isolent émotivement en n'étant pas réceptifs au soutien des autres, qu'ils considèrent impuissants à les aider. Ils auraient appris de leurs expériences dans le milieu familial à ne "compter que sur eux-mêmes pour traverser les difficultés rencontrées" (Tousignant et al., 1986, Annexe 3: 23). L'équipe de chercheurs de Tousignant apporte donc des nuances importantes concernant l'un des deux facteurs identifiés dans la première partie de sa recherche.

Une recherche semblable à la première phase de la recherche de Tousignant et al. a été effectuée par Morval et Bouchard (1987) auprès des étudiants de l'Université de Montréal et a révélé que près d'un étudiant universitaire sur cinq (19,2%) avait déjà pensé sérieusement à se suicider au cours de sa vie et qu'un étudiant sur douze (8,3%) y avait pensé au cours des douze mois précédant l'enquête. D'autre part, près d'un étudiant universitaire sur quinze (6,9%) a déclaré avoir déjà tenté de se suicider au cours de sa vie et un sur quarante (2,5%) au cours des douze derniers mois. Ces pourcentages ne sont que légèrement inférieurs à ceux de l'enquête de Tousignant et al. (1984). L'analyse des réponses aux questionnaires amènent Morval et Bouchard (1987) à constater que "l'étudiant suicidaire souffre significativement plus de solitude que les autres" (p.40). En effet, sur dix-sept énoncés portant sur le milieu de vie à l'université, visant à recueillir la perception des répondants au questionnaire, les étudiants suicidaires ne se distinguent statistiquement que sur quatre d'entre eux, trois de ceux-ci étant étroitement liés à l'isolement social ou émotif.

Les étudiants à tendance suicidaire se montrent moins satisfaits des échanges et des discussions avec les étudiants

qu'ils fréquentent et perçoivent moins d'unité, de cohésion, d'entraide et de soutien au sein de leur entourage (p. 40).

L'enquête de Morval et Bouchard (1987) rapporte également que, du groupe d'étudiants ayant des idéations suicidaires, "seulement 54,8% déclarent s'en être ouverts à quelqu'un" (p.25). La grande majorité de ceux-ci (74,3%) adresse cette confiance à un-e ami-e plutôt qu'à un membre de la famille ou à quelque autre personne. Tousignant et al. (1984) avaient identifié une proportion similaire (70,4%) de confidences adressées à des pairs chez les cégépiens suicidaires de leur enquête; plus de quatre sur cinq avaient alors déclaré avoir confié leurs pensées suicidaires à leur entourage. Ces observations sont précieuses pour quiconque veut établir des stratégies d'intervention auprès de jeunes ayant des idéations suicidaires.

D'autres facteurs importants associés au suicide des jeunes et ayant été relevés dans plusieurs recherches effectuées au Québec ou ailleurs sont le chômage (Platt, 1984; Leenaars et Lester, 1995; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 1988), l'acceptabilité sociale du suicide (Kienhorst et al., 1992), l'imitation du suicide d'autres jeunes (Brent et al., 1988), la toxicomanie (Tousignant et Payette, 1997), la maladie mentale (Lesage et al., 1994), les problèmes de santé physique (Morval et al., 1990).

3.4 Conclusion

Dans l'ensemble, il faut bien reconnaître qu'aucune théorie, dans quelque discipline que ce soit, ne peut rendre compte de façon complète du phénomène complexe qu'est le suicide. Plusieurs d'entre elles offrent des pistes intéressantes autant pour la recherche que pour l'intervention. Par contre, plusieurs se contredisent. Par ailleurs, de nombreuses recherches ont réussi à établir une association entre différents facteurs et le risque de suicide et de conduites suicidaires. Cependant, "il faut bien reconnaître que beaucoup reste à faire afin de bien comprendre quelle est la nature

des liens qui unissent ces différents facteurs" (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 1998: 22). Pourtant, les professionnels, comme les intervenants psychosociaux des CLSC, confrontés au problème du suicide des jeunes dans leur pratique quotidienne, doivent intervenir et ne peuvent pas attendre que les théoriciens et les chercheurs aient établi un corpus de connaissances plus satisfaisant sur le suicide. Ce phénomène reste donc un véritable défi pour les professionnels et les chercheurs de toutes disciplines.

CHAPITRE 4

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

4.1 L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Notre recherche se situe dans le courant de l'approche idiographique, laquelle se distingue nettement de l'approche nomothétique en ce sens qu'elle ne recherche pas de lois universelles pour expliquer le monde social, mais cherche plutôt à comprendre comment les individus construisent, interprètent et modifient le monde dans lequel ils vivent. L'approche idiographique, selon Burrell et Morgan,

is based on the view that one can only understand the social world by obtaining first hand knowledge of the subject under investigation (Burrell et Morgan, 1979: 6).

Plus spécifiquement, notre recherche se situe à l'intérieur de ce que Burrell et Morgan identifient comme étant le paradigme interprétatif. Celui-ci, selon ces auteurs,

is informed by a concern to understand the world as it is, to understand the fundamental nature of the social world at the level of subjective experience. It seeks explanation within the realm of individual consciousness and subjectivity, within the frame of reference of the participant as opposed to the observer of action (Burrell et Morgan, 1979: 28).

Il s'agit donc, dans ce paradigme, de comprendre les activités ou événements sociaux qui intéressent le chercheur à partir du point de vue des acteurs impliqués eux-mêmes, personnellement, d'une façon ou d'une autre, dans ces activités ou événements. Dans notre recherche, nous avons cherché, d'une part, à comprendre la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard d'un problème social, particulièrement l'ampleur de la nature multidimensionnelle

de cette pratique et ce, à travers leurs représentations sociales d'un problème, d'un champ d'intervention et de leur action professionnelle et, d'autre part, à comprendre le problème spécifique du suicide des jeunes, encore une fois à partir du point de vue de ces mêmes intervenants psychosociaux impliqués dans ce problème, point de vue forgé en bonne partie par les expériences et la réflexion professionnelles.

L'approche méthodologique retenue fait appel principalement à des entrevues semi-dirigées et à une analyse qualitative de contenu. Pour arriver à cerner les représentations sociales des intervenants psychosociaux, il a effectivement fallu utiliser une méthode permettant leur émergence, c'est-à-dire facilitant un climat de confiance et incitant les intervenants psychosociaux à dépasser le discours rationnel et officiel et à exprimer librement leurs perceptions, leurs croyances, leurs conceptions concernant le suicide des jeunes, les stratégies d'intervention qu'on devrait idéalement mettre en place pour le contrer ainsi que leur propre pratique à son égard.

4.2 LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

4.2.1 LE CHOIX DES CLSC

Le but de cette recherche n'était pas de comparer les représentations des intervenants de différents organismes, mais plutôt de les comprendre; c'est pourquoi il ne nous a pas paru utile de varier les types d'organisation auxquels appartenaient les intervenants. Au contraire, en utilisant un même type de cadre organisationnel, les CLSC, il a été possible d'analyser à quel point celui-ci, quoique objectivement le même pour tous, pouvait être perçu par différents intervenants comme ayant un impact différent. Dans le but de réduire les disparités entre les CLSC, nous n'avons retenu que les cinq CLSC urbains ou semi-urbains de l'Outaouais métropolitain. Toutefois, étant donné que les intervenants interviewés provenaient tout de même de cinq différents CLSC,

lesquels n'avaient pas exactement le même plan d'organisation ou structure d'encadrement, et que cinq d'entre eux travaillaient la plupart du temps dans un environnement autre que le siège social du CLSC, c'est-à-dire dans une école secondaire, il y avait tout de même certaines variations à l'intérieur du cadre organisationnel. Nous en avons tenu compte dans la mesure du possible et lorsqu'il était utile de le faire.

Le choix des CLSC se justifie par les raisons suivantes:

1. Selon le mandat et les objectifs des CLSC, ceux-ci doivent servir de porte d'entrée aux services de santé et aux services sociaux courants pour l'ensemble de la population desservie. Les intervenants psychosociaux des CLSC sont donc très bien placés pour dépister les personnes suicidaires, assurer un suivi auprès d'elles ou les orienter vers d'autres services.

2. L'Outaouais a été la première région du Québec à être dotée d'un réseau complet de CLSC. Il y a depuis près de trente ans, dans cette région, neuf (9) CLSC qui desservent les populations rurales autant qu'urbaines¹⁰.

3. Il n'existe pas dans l'Outaouais de Centre de prévention du suicide comme on en trouve dans la plupart des régions du Québec. Il y a bien le Centre d'aide 24/7, qui répond à des urgences en santé mentale, dont les crises suicidaires, mais le suicide n'est qu'un des nombreux problèmes auxquels il s'adresse et de plus il ne dessert que les 18 ans et plus.

4. Les écoles secondaires (ou polyvalentes), milieu de vie important d'une partie des jeunes dont il est question dans cette recherche, sont desservis en matière de services sociaux par des praticiens sociaux des CLSC.

¹⁰ Depuis 1998, deux de ces CLSC se sont fusionnés (les deux CLSC de Gatineau) réduisant ainsi le nombre total de CLSC dans l'Outaouais à huit.

5. Le gouvernement du Québec, qui a institué les CLSC en 1971, a, au moins dans son discours, longtemps préconisé une approche prenant en compte différentes dimensions des problèmes sociaux. Dans un document rédigé conjointement par la Fédération des CLSC du Québec et le Ministère des Affaires sociales (1978), entériné officiellement par le ministre des Affaires sociales, cette vision du CLSC est clairement énoncée:

Le CLSC vise, par une approche globale (multidisciplinaire) et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté, et vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution. C'est d'abord à lui qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés particulièrement sur la prévention, qui s'adressent à la communauté (p.1).

4.2.2 LE RECRUTEMENT DES SUJETS

Étant donné les objectifs de cette recherche, nous avons jugé qu'il n'était pas nécessaire de constituer un échantillon statistiquement représentatif de l'ensemble des intervenants psychosociaux de l'Outaouais québécois. Nous avons cherché plutôt à constituer un échantillon d'intervenants psychosociaux ayant été confrontés dans leur travail au problème du suicide des jeunes et ayant eu à intervenir à plusieurs reprises dans ce problème. C'est donc la pertinence de l'expérience des sujets par rapport aux objectifs de la recherche plutôt que leur représentativité qui a motivé le choix des intervenants.

Comme nous l'avons mentionné à maintes reprises dans ce texte, ce sont les intervenants psychosociaux des CLSC qui sont visés par notre recherche et non l'ensemble des intervenants sociaux. Ces derniers constituent une catégorie plus large qui comprend non seulement les intervenants psychosociaux mais aussi les organisateurs communautaires. Il serait sûrement très intéressant

d'examiner la nature multidimensionnelle de la pratique des organisateurs communautaires des CLSC, mais nous avons choisi de nous en tenir pour cette recherche aux intervenants psychosociaux afin de ne pas complexifier davantage une démarche qui nous semblait déjà suffisamment ambitieuse. De toute façon, les intervenants psychosociaux sont les intervenants sociaux des CLSC les plus touchés, du moins directement, par le problème du suicide des jeunes.

La pertinence des intervenants psychosociaux retenus a été établie par les critères de sélection suivants:

1. Occuper un poste de travailleur social ou d'agent de relations humaines offrant des services psychosociaux dans un des cinq (5) CLSC urbains ou semi-urbains de l'Outaouais métropolitain depuis au moins un (1) an. Il nous a paru important que les candidats soient assez familiers avec le cadre organisationnel de leur CLSC pour en avoir développé une conception suffisamment précise et en avoir intégré les principaux éléments.

2. Posséder une expérience de l'intervention psychosociale d'au moins trois (3) ans à temps complet. Une période de trois années d'expérience nous a paru, plutôt intuitivement, un minimum pour qu'une personne acquière une véritable identité d'intervenant psychosocial et se fasse une conception de l'intervention qui soit le résultat de l'expérience, de la réflexion dans et sur l'action professionnelle autant que des théories apprises durant sa formation.

3. Avoir été engagé au CLSC, en tant qu'intervenant principal, dans au moins cinq (5) situations de tentative de suicide ou d'idéations suicidaires sérieuses chez des jeunes de 12 à 30 ans ou dans un (1) dossier de prévention du suicide des jeunes pour autant que ce dossier ait fourni l'occasion d'établir des relations significatives avec au moins cinq (5) jeunes suicidaires de 12 à 30 ans. Nous n'avons pas retenu les situations de suicide qui n'ont pas été précédées soit d'idéations suicidaires sérieuses, soit d'une tentative

de suicide ayant fait l'objet d'une intervention. En d'autres mots, l'intervenant doit avoir travaillé directement avec des jeunes au moment où ils étaient suicidaires; il n'est pas suffisant d'être intervenu auprès de personnes endeuillées par le suicide d'un ami ou d'un membre de la famille.

Une fois ce profil établi, nous avons rencontré le directeur général de chacun des CLSC retenus afin de lui faire connaître notre projet de recherche et d'obtenir la liste des employés susceptibles de correspondre aux sujets recherchés ainsi que son autorisation à communiquer avec eux et à solliciter la participation de certains d'entre eux. Un contact téléphonique avec trente-deux (32) intervenants désignés par les directeurs généraux et leurs cadres intermédiaires a été établi afin d'obtenir de l'information précise sur l'ampleur, la nature et la durée de leur engagement avec des jeunes suicidaires. À partir de cette première liste de trente-deux intervenants, nous avons dressé une deuxième liste correspondant aux intervenants ayant eu, dans leur CLSC, le plus de contacts pertinents avec de jeunes suicidaires. Treize (13) intervenants psychosociaux ont été ainsi retenus comme sujets de notre recherche.

Au cours de cette opération, nous avons constaté que les intervenants psychosociaux des CLSC qui intervenaient le plus auprès de jeunes suicidaires étaient ceux qui travaillaient à l'accueil social et ceux qui travaillaient au moins trois ou quatre jours par semaine dans une école secondaire. Les intervenants psychosociaux à qui on confiait de nombreux dossiers associés à la santé mentale étaient également susceptibles d'intervenir auprès d'un grand nombre de jeunes adultes suicidaires. Ainsi nous en sommes arrivé à interviewer cinq (5) intervenants psychosociaux affectés à une école secondaire, un par CLSC, et cinq (5) intervenants psychosociaux affectés à l'accueil social, toujours un par CLSC. Les trois autres sujets de notre recherche provenaient de trois CLSC différents et constituaient en quelque sorte des cas particuliers. Il s'agissait d'une intervenante partageant son temps de travail entre l'accueil social et le programme de santé mentale de son CLSC, d'une autre affectée aux

Services psychosociaux tout en assumant, à l'instar de quelques collègues de son CLSC, un certain nombre de dossiers identifiés comme des cas de santé mentale, et d'une troisième affectée à un point de service en milieu rural. Cette dernière, tout en travaillant pour un CLSC de l'Outaouais métropolitain, était la seule intervenante de son point de service à la périphérie de la ville desservie par son CLSC et était intervenue auprès d'un grand nombre de jeunes suicidaires en milieu rural.

Nous n'avons pas tenté d'assurer, dans notre échantillon, une représentation des personnes par sexe ou par âge. Le type de formation des sujets n'a pas non plus été retenu comme critère de sélection. La majorité des personnes retenues ont été des femmes (9 femmes et 4 hommes), ce qui était prévisible compte tenu du fait que celles-ci occupent traditionnellement un nombre supérieur de postes d'intervenant psychosocial. Quant au type de formation, nous nous attendions à ce qu'il soit assez varié, d'un intervenant à l'autre, étant donné les politiques d'embauche des CLSC concernant les postes liés à l'intervention psychosociale. Nous nous attendions toutefois à ce que le travail social soit le type de formation prédominant, les travailleurs sociaux ayant traditionnellement occupé ce type de poste. De fait, dix des personnes interviewées possédaient un baccalauréat en travail social, dont une avait également complété une maîtrise en sociologie et une autre une maîtrise en psychologie. Une de ces dix personnes avait obtenu un DEC en assistance sociale avant son baccalauréat en travail social. Les trois autres personnes interviewées détenaient un baccalauréat et une maîtrise en psychologie.

Au moment de débiter les entrevues, la moyenne d'années de travail professionnel dans un CLSC était, pour l'ensemble des treize interviewés, de 8,7. La moyenne d'années de pratique professionnelle était de 12. Les deux interviewées ayant le moins d'ancienneté dans leur CLSC comptaient quand même 5 années chacune de service à l'emploi de cette institution, alors que celle qui avait le plus d'ancienneté en comptait 15. Les deux interviewés qui

avaient la plus longue expérience de pratique professionnelle avaient chacun 20 ans à leur actif, alors que l'interviewée la moins expérimentée intervenait quand même depuis 5 ans.

En moyenne, les interviewés intervenaient auprès de 20 jeunes suicidaires par année, dont 12 adolescents et 8 jeunes adultes, les deux tiers étant des jeunes ayant des idéations suicidaires, l'autre tiers, des jeunes ayant tenté de se suicider. Ils passaient en moyenne 15% de leur temps de travail sur ces dossiers. Les intervenants psychosociaux dans les polyvalentes ne voyaient évidemment que des *adolescents* suicidaires et en voyaient en moyenne 25 par année, les jeunes ayant tenté de se suicider étant aussi nombreux que ceux ayant eu seulement des idéations suicidaires. Seuls deux interviewés ont rapporté intervenir auprès d'un plus grand nombre de jeunes ayant tenté de se suicider que de jeunes ayant eu des idéations suicidaires; ce sont des intervenants d'une école secondaire. Les interviewés à l'accueil social voyaient en moyenne deux fois plus de jeunes adultes suicidaires que d'adolescents suicidaires et six fois plus de jeunes ayant des idéations suicidaires que de jeunes ayant tenté de se suicider.

4.2.3 L'ENTREVUE

La méthode de cueillette de données a été celle de l'entrevue semi-dirigée. L'entrevue est semi-dirigée en ce sens que le chercheur lui impose une structure minimale qui correspond à l'objet de la recherche et aux thèmes qu'il veut couvrir pendant l'entretien. Par contre, à l'intérieur de ce cadre plutôt large, il laisse à l'interviewé la plus grande liberté d'expression possible. Il emprunte aux approches du courant existentiel-humaniste en intervention clinique les attitudes d'empathie, d'authenticité et d'acceptation inconditionnelle de l'autre. Il privilégie comme intervention la reformulation et utilise la question pour lancer un thème, pour aborder un aspect qui n'a pas encore été abordé spontanément par l'interviewé ou pour obtenir certains renseignements factuels.

Pour être en mesure de déterminer si un intervenant avait développé une conception uni- ou multidimensionnelle du suicide des jeunes, nous devions saisir le mieux possible sa pensée profonde dans son contenu socio-affectif et ses complexités. Pour favoriser l'émergence de la pensée d'une personne dans toutes ses subtilités, ses nuances, sa richesse, nous ne pouvions nous en tenir à une série de questions bâties entièrement à partir de nos préoccupations, de notre logique, de notre cadre de référence. Nous devions plutôt inviter l'intervenant à parler d'un thème assez large que nous avons choisi et intervenir par la suite de façon à l'aider à approfondir et préciser ses propres préoccupations, sa propre logique, son propre cadre de référence en mettant l'accent sur la composante affective de ce qu'il exprimait autant que sur sa composante intellectuelle. Michelat a déjà depuis quelque temps reconnu et établi la grande utilité de l'entretien de type non-directif en recherche, en affirmant que:

son apport nous semble essentiel chaque fois que l'on cherche à appréhender et à rendre compte des systèmes de valeurs, de normes, de représentations, de symboles propres à une culture ou à une sous-culture (Michelat, 1975: 230).

Étant donné notre relativement longue expérience en relation d'aide et attendu l'importance des habiletés d'intervention et du climat de confiance nécessaires à la réussite de telles entrevues, nous avons réalisé nous-même la conduite de toutes les entrevues. Les sujets retenus ont été interviewés à deux reprises dans une période n'excédant pas quatre semaines. Deux de ceux-ci ont dû être interviewés trois fois. La durée approximative de chacune des entrevues était d'une heure et trente minutes. Le nombre total d'heures d'entrevue s'élève à environ quarante-cinq. Deux intervenants ont été interviewés en mai et juin de l'année 1993. L'expérience de ces entrevues nous a permis d'apporter quelques ajustements au schéma d'entrevue et à l'ordre dans lequel les thèmes étaient abordés. Les onze autres intervenants ont été interviewés entre les mois de mars et novembre de l'année 1994.

Il s'est donc agi pour nous d'utiliser autant que possible une approche non directive dans un cadre général nous assurant de recueillir le matériel nécessaire à la recherche. Ce cadre a pris la forme concrète d'un schéma d'entrevue comprenant l'étape de la prise de contact et six (6) thèmes à couvrir durant l'entrevue. Au cours de la prise de contact, nous avons précisé nos attentes concernant l'entrevue et nous avons assuré les intervenants du respect des règles habituelles de déontologie en recherche sociale. Pour élaborer ce schéma d'entrevue, nous nous sommes inspiré de celui qu'a utilisé Sévigny (1983) dans son étude sur la sociologie implicite des intervenants en santé mentale.

Les thèmes du schéma d'entrevue étaient les suivants:

- 1° Description et analyse d'interventions mises en oeuvre en réponse aux problèmes de jeunes ayant tenté de se suicider ou ayant sérieusement envisagé le suicide.
- 2° Conception du phénomène du suicide des jeunes.
- 3° Conception du champ d'intervention du suicide des jeunes dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec.
- 4° Cadre organisationnel.
- 5° Cadre professionnel.
- 6° Expériences personnelles de l'intervenant liées au suicide.

(Voir le schéma d'entrevue à l'annexe A.)

Plusieurs des questions du schéma ont été abordées d'emblée par les intervenants sans que nous ayons à les poser. Celles-ci constituaient des points de repère, nous servaient de guide durant

une entrevue et nous permettaient ainsi d'éviter l'oubli d'un thème ou sous-thème important.

4.2.4 LE TRAITEMENT ET L'ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse du contenu des entrevues a été qualitative. La démarche de traitement et d'analyse des données s'est effectuée en dix étapes.

1. La première étape a consisté à bâtir une première version de la grille d'analyse constituée, au début de la recherche, de six thèmes, de vingt sous-thèmes et, pour les trois premiers thèmes, des six dimensions de la problématique du suicide des jeunes. Ce schéma d'analyse a déjà été présenté en détail au sous-chapitre 2.4 de ce rapport, à la page 28. Les définitions des thèmes, sous-thèmes et dimensions se sont précisées et enrichies considérablement à la lumière de la première phase de l'analyse du contenu des entrevues.

2. La deuxième étape a consisté à transcrire intégralement les entrevues enregistrées au magnétophone sur un traitement de texte. Les transcriptions ont compté au total 727 pages ou 44,684 lignes.

3. La troisième étape a consisté à lire très attentivement les entrevues et à faire, pour les entrevues de chacun des treize intervenants, un résumé d'une quinzaine de pages. Chaque résumé a été à son tour condensé en un texte de deux pages contenant les éléments essentiels recueillis. Cette étape nous a permis de nous familiariser avec l'ensemble du matériel que nous avons recueilli.

4. La quatrième étape a constitué l'amorce de la réorganisation des données. Il s'est agi de découper le contenu des entrevues en segments selon les thèmes et sous-thèmes. De plus, les segments des trois premiers thèmes se sont subdivisés de nouveau en six (6) sous-catégories correspondant aux six (6) dimensions. Ces segments ont été identifiés à même les textes originaux, par l'assignation de codes. L'application de six couleurs représentant respectivement chacune

des dimensions a facilité l'identification des dimensions auxquelles se rattachaient les segments de texte des trois premiers thèmes. Cette opération nous a permis, entre autres, de développer et d'ajouter de nouveaux sous-thèmes, d'en fusionner certains autres pour qu'ils soient plus représentatifs des véritables représentations sociales des intervenants.

5. La cinquième étape a consisté à reproduire nos catégories et sous-catégories dans le logiciel d'analyse qualitative de données NUD•IST afin d'y introduire et d'y regrouper tous les segments codifiés préalablement. Il s'est agi ensuite d'imprimer ce que nous avons classé sous chacune des catégories et sous-catégories du logiciel pour en faire des dossiers distincts.

6. La sixième étape a consisté à analyser, par sous-catégories correspondant à chacune des six dimensions de notre grille, les segments d'entrevue des deux premiers thèmes (facteurs du problème du suicide des jeunes et stratégies souhaitables pour le contrer). Nous avons pu ainsi rapprocher et comparer les propos des intervenants entre eux dans une même dimension en tentant de cerner les points de vue communs à plusieurs intervenants et en identifiant les points de vue particuliers spécifiques à seulement un ou deux d'entre eux. Nous avons donc analysé le discours des treize intervenants collectivement et non individuellement. Notre intérêt était de connaître les représentations sociales et collectives des intervenants psychosociaux des CLSC dans chacune des dimensions d'un thème ou sous-thème. Par contre, les éléments particuliers relevés par seulement un ou deux intervenants pouvaient être d'un intérêt considérable et étaient également consignés. Ils pouvaient, par exemple, nous révéler des pistes d'analyse ou d'intervention peu fréquentées par l'ensemble des intervenants psychosociaux mais méritant de l'être davantage.

7. La septième étape a consisté à analyser la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC en scrutant les 26 dossiers de jeunes suicidaires (récits d'intervention) présentés par les

intervenants en entrevue. Nous avons analysé un à un chacun d'eux et distingué l'évaluation du jeune suicidaire, d'une part, et les actions entreprises par l'intervenant, d'autre part, le tout en fonction des six dimensions de notre grille d'analyse. Cette méthode d'analyse et de présentation de ces données s'est imposée, car une analyse par dimension pour l'ensemble des 26 dossiers, comme nous l'avions fait dans les deux premiers thèmes, aurait créé énormément de confusion, les informations sur chacun des dossiers étant parsemées ici et là, par dimension, tout au long du chapitre. Notre méthode d'analyse et de présentation nous a donc permis de bien saisir la nature de chacun des dossiers des jeunes suicidaires, telle qu'elle était perçue par l'intervenant, tout en tenant compte des six dimensions de notre grille d'analyse.

8. La huitième étape a consisté à établir le degré d'importance des dimensions dans chacun des trois premiers thèmes. Le degré d'importance des dimensions était déterminé non seulement par le nombre plus ou moins élevé d'intervenants ayant relevé un ou des éléments correspondant à une dimension particulière, non seulement par le nombre d'éléments relevés par chacun des intervenants, mais aussi par le poids (la signification, l'emphase, l'insistance) accordé par l'ensemble des intervenants aux éléments correspondant à cette dimension. En d'autres mots, l'aspect quantitatif, c'est-à-dire le nombre d'intervenants ayant relevé un ou plusieurs éléments correspondant à une dimension particulière, et le nombre d'éléments relevés par chacun des intervenants, ont eu un impact certain dans la détermination du degré d'importance d'une dimension, mais, par contre, l'aspect qualitatif, c'est-à-dire le poids attribué par les intervenants aux éléments relevés, est resté, en fin d'analyse, l'aspect le plus déterminant.

9. La neuvième étape a consisté à vérifier s'il y avait concordance ou discordance, dans l'importance accordée par les intervenants aux différentes dimensions de notre grille d'analyse, entre les trois premiers thèmes, c'est-à-dire entre la conception du problème du suicide des jeunes, la vision du champ d'intervention y

correspondant et la description et analyse de la pratique en CLSC à l'égard de ce problème. Cette vérification de la concordance du poids accordé aux dimensions d'un thème à l'autre n'a fait appel à aucun modèle normatif.

10. La dixième étape a consisté à analyser le dernier thème, c'est-à-dire à identifier l'impact des contraintes du cadre organisationnel des intervenants sur leur pratique, tel que perçu par eux, afin de tenter de jeter un éclairage sur les discordances observées entre les trois premiers thèmes de la recherche concernant la nature multidimensionnelle des représentations des intervenants. Pour interpréter nos observations, nous nous sommes servi des théories de Schön (1983, 1987) sur la relation entre professionnels et organisations bureaucratiques et sur ce qu'il appelle la pratique réflexive.

DEUXIÈME PARTIE

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION À LA DEUXIÈME PARTIE

En guise d'entrée en matière de la deuxième partie de ce rapport, laquelle porte sur les résultats de la recherche, nous présentons un tableau qui résume notre interprétation des données des chapitres cinq, six et sept et qui servira de référence à la lecture de l'analyse des données du chapitre huit. Ainsi, le tableau 3 de la page suivante donne une vue schématique du degré d'importance accordée à chacune des six dimensions de notre grille d'analyse par l'ensemble des intervenants dans chacun des trois premiers thèmes de la recherche. Comme nous l'avons expliqué au chapitre précédent, le degré d'importance d'une dimension reflète davantage l'emphase mise par les intervenants sur cette dimension que la fréquence et la longueur des segments d'entrevue classés sous celle-ci.

Dans cette seconde partie de notre étude, nous analyserons d'abord, au chapitre cinq, les représentations des facteurs des idéations et comportements suicidaires des jeunes adoptées par les intervenants psychosociaux. Au chapitre six, nous examinerons leurs représentations des stratégies souhaitables, selon eux, dans le champ d'intervention du suicide des jeunes. Le chapitre sept sera consacré aux représentations qu'ont les interviewés de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard du suicide des jeunes à partir surtout de leur propre pratique professionnelle. Au chapitre huit, nous analyserons les représentations de l'impact du cadre organisationnel des intervenants sur leur pratique à l'égard du problème du suicide des jeunes.

IMPORTANCE DES DIMENSIONS DANS CHACUN DES THÈMES

DIMENSIONS THÈMES	LA SOCIÉTÉ (vers sa structure extérieure)		L'INDIVIDU (vers sa vie intérieure)		SPHÈRE VITALE
	<-----< <-----<	<-----< <-----<	-----> ----->	-----> ----->	
	SPHÈRE PUBLIQUE		SPHÈRE PRIVÉE		
	1 Socio- politico- économique	2 Socio- politico- culturelle	3 Relationnelle	4 Psychique	5 Biophysique
<u>PHÉNOMÈNE</u> Facteurs contribuant au problème du suicide des jeunes	* * *	* * * *	* * *	* * *	* * *
<u>CHAMP D'INTERV.</u> Stratégies souhaitables pour contrer le suicide des jeunes	* *	* * * *	* * *	* *	*
<u>PRATIQUE/ CLSC</u> Pratique des CLSC à l'égard du suicide des jeunes	* *	* *	* * * *	* * * *	*

* = très peu importante
* * = peu importante

* * * = importante
* * * * = très importante

* * * * * = extrêmement importante

CHAPITRE 5

LES REPRÉSENTATIONS DES FACTEURS DES IDÉATIONS ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES DES JEUNES

En entreprenant cette recherche, nous nous demandions, entre autres, si les représentations des intervenants psychosociaux concernant les facteurs des idéations et comportements suicidaires des jeunes, caractéristique du problème du suicide des jeunes sur laquelle nous nous sommes arrêté dans ce premier thème de notre recherche, étaient nettement multidimensionnelles, un peu multidimensionnelles ou pas du tout. Nous nous demandions si ces représentations étaient davantage multidimensionnelles ou moins multidimensionnelles que celles portant sur le champ d'intervention du suicide des jeunes ou celles portant sur la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard du suicide des jeunes. Nous souhaitions également arriver à cerner la particularité et l'originalité du point de vue des intervenants psychosociaux des CLSC sur le problème du suicide des jeunes dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec.

Dans leur discours sur les facteurs contribuant au problème du suicide des jeunes, les intervenants accordent une place importante à quatre des six dimensions de notre grille, soit la dimension socio-politico-culturelle, la dimension relationnelle, la dimension socio-politico-économique et la dimension psychique; ils portent aussi une certaine attention, quoique mineure, à la dimension spirituelle. La dimension biophysique est pratiquement ignorée par la grande majorité des intervenants. Par rapport à l'ensemble des résultats de cette recherche, c'est dans ce thème que le discours des intervenants est le plus ouvert, quatre dimensions étant présentes dans leur discours de façon importante. Contrairement aux représentations des stratégies jugées souhaitables dans l'ensemble du champ d'intervention du suicide des jeunes (thème 2) et aux représentations

de la pratique professionnelle en CLSC dans ce champ (thème 3), ce que nous verrons dans les chapitres subséquents, le caractère franchement multidimensionnel des représentations des intervenants dans ce premier thème reflète une vision large et globale du suicide des jeunes en tant que problème social abordé sans référence à l'intervention.

Les facteurs des idéations et comportements suicidaires des jeunes identifiés par les intervenants sont classés dans ce chapitre par dimensions, chacune des six dimensions constituant les sous-chapitres. À l'intérieur des sous-chapitres, les idées semblables émises par deux, trois ou plusieurs intervenants sont regroupées en, ce que nous avons nommé, des "facteurs-synthèse". Le lecteur pourra obtenir un aperçu de l'ensemble des "facteurs-synthèse" identifiés par les intervenants en consultant le tableau 4 de la page suivante puisqu'il présente une synopsis du chapitre.

SYNOPSIS DU CHAPITRE 5

LES REPRÉSENTATIONS DES FACTEURS DES IDÉATIONS ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES DES JEUNES

5.1	<u>La dimension socio-politico-économique</u>	p.89
	5.1.1 Le peu d'espoir de trouver une place dans notre société et de maintenir son niveau de qualité de vie	
	5.1.2 L'endettement et la pauvreté	
5.2	<u>La dimension socio-politico-culturelle</u>	p.92
	5.2.1 L'absence de valeurs solides dans un monde matérialiste	
	5.2.2 La transition de l'adolescence au monde adulte devenue plus difficile	
	5.2.3 La survalorisation de la performance académique à l'école	
	5.2.4 L'approche répressive de nos institutions	
	5.2.5 La vision pessimiste de l'avenir chez les jeunes	
	5.2.6 La disponibilité socio-culturelle du suicide	
5.3	<u>La dimension relationnelle</u>	p.104
	5.3.1 L'isolement social des jeunes suicidaires	
	5.3.2 La faiblesse du réseau de relations avec les amis	
	5.3.3 La faiblesse du réseau de relations avec la famille	
	5.3.4 La faiblesse du réseau de relations avec les adultes de l'école	
5.4	<u>La dimension psychique</u>	p.113
	5.4.1 L'intensité de la détresse et du désespoir chez les jeunes	
	5.4.2 L'impulsivité en tant que trait caractéristique de l'adolescence	
	5.4.3 Une faible estime de soi	
	5.4.4 Les séquelles d'expériences antérieures négatives	
	5.4.5 Les problèmes de santé mentale chez certains jeunes suicidaires	
	5.4.6 L'effet des drogues sur le comportement des jeunes suicidaires	
5.5	<u>La dimension biophysique</u>	p.120
5.6	<u>La dimension spirituelle</u>	p.121

5.1 La dimension socio-politico-économique

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 2, la dimension socio-politico-économique correspond aux conditions de vie et de travail d'un individu ou d'un groupe, et aux acteurs et institutions qui exercent un pouvoir de décision sur ces conditions de vie et de travail. Les éléments identifiés par les intervenants comme pouvant contribuer à des idéations ou conduites suicidaires chez les jeunes et appartenant à la dimension socio-politico-économique ont été regroupés sous deux (2) "facteurs-synthèse".

5.1.1 Le peu d'espoir de trouver une place dans notre société et de maintenir son niveau de qualité de vie

L'intervenante #4, à l'instar d'une majorité d'interviewés, met beaucoup d'emphase sur le peu d'espoir qu'ont les jeunes de trouver un emploi et, conséquemment, d'avoir une place dans notre société. Elle affirme carrément que le suicide des jeunes est "le symptôme d'une société qui ne donne pas beaucoup de place à ses jeunes". (#4)

Comme plusieurs autres, **l'intervenante #11** perçoit avec beaucoup d'acuité l'absence d'espoir, de projet chez bon nombre de jeunes.

Nous autres, en tout cas, il me semble qu'on regardait plus loin. Eux autres, non. Tu ne regardes pas plus loin parce qu'il n'y a rien qui t'attend. (#11)

Au lieu de reconnaître honnêtement le manque d'emploi et le sort inévitable d'un nombre élevé de jeunes laissés pour compte, la société en général s'acharne, toujours selon la plupart des interviewés, à considérer les jeunes sans emploi comme responsables de leur désœuvrement. Une interviewée parle de "société élitiste" (#10), un autre de "course à l'excellence" (#9), et une autre enfin de "compétition" (#7) dans un système économique qui ne peut intégrer qu'une partie de sa jeunesse. **L'intervenante #4** reconnaît que

certains jeunes arrivent malgré tout à se trouver des emplois convenables ou même intéressants, mais que cette chance n'est réservée qu'à une minorité de jeunes.

Il y en a un certain nombre qui réussit à se créer des places mais ce sont les plus audacieux et les plus soutenus parmi les jeunes qui ont des capacités personnelles plus élevées pour survivre à tous ces phénomènes-là. (#4)

La pénurie d'emplois, de places a un profond impact chez les jeunes. Deux interviewées parlent de "défaitisme" (#11 et 13), une autre d'"image négative de la vie" (#7), d'autres encore de situation "anxiogène" (#6) et de "désespoir" (#9), comme autant de conséquences bien réelles de la conjoncture économique chez beaucoup de jeunes. **L'intervenante #11** identifie clairement le phénomène d'exclusion dont les jeunes sont victimes.

Ils ne voient pas de façon de faire partie de la société. Ils se voient toujours en marge parce que du moment où tu n'es pas capable d'avoir du travail, c'est comme si tu as l'impression de ne pas en faire partie. (#11).

Plusieurs jeunes, comme le relève, entre autres, **l'intervenante #13**, ont connu avec leurs parents une qualité de vie qu'ils sont convaincus ne pas pouvoir retrouver dans leur propre vie d'adulte.

Nous autres, on leur a tout mis ça beau, on les a élevés assez à l'aise... Tout à coup, quand c'est eux autres qui doivent subvenir à leurs besoins, ils ont de la misère à se trouver autant d'argent pour rouler comme ils ont été habitués de rouler. (#13)

Cette même intervenante relève également l'incompréhension de plusieurs adultes de la génération des parents face à la conjoncture économique des jeunes.

Pis en plus de ça, comme parents, on peut être baveux un peu: "Ben, travaille donc un peu plus fort!" pis "Fais tes

preuves." Ben, ils savent ben trop que même s'ils travaillent plus fort, qu'ils font leur preuve, ils n'auront pas nécessairement un débouché comme nous autres dans notre temps. (#13)

5.1.2 L'endettement et la pauvreté

Selon l'intervenant #9, l'endettement est l'autre facette du chômage et de la précarité d'emploi chez les jeunes.

Il y a de la pauvreté accrue, des possibilités d'emploi moindres. Il y a un chômage chronique chez les 25 ans et moins... Pis on est endetté, on entend rien que ça: "On est endetté, on est endetté, on est endetté." (#9)

L'intervenant #11 identifie l'endettement des parents autant que celui des jeunes eux-mêmes comme sources de souffrance pour les jeunes.

Moi, je vois tellement de personnes qui sont prises dans cet engrenage-là d'avoir des biens, de consommer, pis tout ça, mais qui sont malades. Il y a des problèmes d'anxiété comme j'en ai jamais vus il y a 10 ou 20 ans... Les gens te disent: "Je le sais que je suis en train de me brûler, mais je ne suis plus capable d'arrêter parce que si j'arrête, ça ne marchera plus, ma machine", t'sais. On a besoin d'argent et il faut que l'argent rentre... Puis souvent ils ajoutent: "Nos enfants, on ne peut plus les tolérer". Ça fait que, la génération des adolescents, est-ce que c'est ça qu'ils ont reçu comme message, qu'ils sont de trop, qu'ils dérangent le processus, que ça coûte cher, qu'on n'a pas de temps pour eux autres, pis qu'il faut aller travailler, pis... c'est tu tout ça? (#11)

Et les jeunes prennent le relais:

Les jeunes couples sont endettés parce qu'au départ, on veut tout avoir. Ils se donnent des exigences. T'sais, c'est comme si il faut avoir la maison, il faut avoir la *Van* pour partir en vacances, il faut avoir la piscine... Tu te dis "c'est quoi, cette affaire-là?" Mais en même temps, ils ne sont pas heureux. (#11)

Pour l'intervenant #1, le chômage et la pauvreté endémiques, qui sont le lot d'un nombre important de familles habitant le territoire du CLSC, mais n'utilisant à peu près pas ses services, ont un effet insidieux sur leurs jeunes en ce sens que les adultes de ces familles leur offrent des modèles de "fuite", d'"évasion" tels que la toxicomanie, la dépendance sur les médicaments et la dépression accompagnée d'idéations suicidaires.

Conclusion

L'intervenant #3 est le seul qui ait douté que la condition socio-économique d'un jeune soit un facteur important contribuant au problème du suicide des jeunes. Il voit l'emploi plutôt comme une "soupape pour les jeunes" lorsque ceux-ci sont confrontés aux problèmes pouvant susciter des comportements suicidaires, lesquels problèmes appartiennent, selon lui, surtout à la dimension relationnelle. Il faut dire que cet intervenant travaille avec des adolescents plutôt qu'avec de jeunes adultes, et qu'à l'adolescence, l'emploi n'est pas encore devenu une nécessité pour la plupart des jeunes de cet âge.

Quand ça va mal, ben au moins ils ont une job, pis ils peuvent se trouver des moyens de sortir de la situation. (#3)

L'intervenante #12, pour sa part, est la seule à ne relever aucun facteur socio-politico-économique. À deux exceptions près, on voit donc que la dimension socio-politico-économique est pertinente pour l'ensemble des interviewés.

5.2 La dimension socio-politico-culturelle

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 2, la dimension socio-politico-culturelle correspond aux valeurs, normes et modèles des sous-groupes (classes sociales, communautés culturelles) et de la société plus large auxquels appartient un individu. Elle correspond également aux institutions porteuses de ces valeurs, normes et

modèles, telles que la famille, l'école et les pouvoirs publics, aux lois et politiques sociales visant à consacrer et à opérationnaliser les valeurs, normes, et modèles ralliant la majorité des individus d'une société ainsi qu'aux ressources institutionnelles et communautaires desservant l'ensemble ou une partie de la population telles que les organismes sociaux et de santé. Les éléments identifiés par les intervenants comme pouvant contribuer à des idéations ou conduites suicidaires chez les jeunes et appartenant à la dimension socio-politico-culturelle ont été regroupés sous six (6) "facteurs-synthèse".

5.2.1 L'absence de valeurs solides dans un monde matérialiste

L'intervenante #10 considère qu'un facteur important contribuant au problème du suicide des jeunes dans notre société actuelle est la "perte des valeurs", "un manque profond de sens", "un manque de repère au niveau des valeurs". Selon elle, ce dont les jeunes auraient besoin, c'est d'"une société plus stable avec des valeurs moins diversifiées, éparpillées", sur lesquelles ils pourraient "s'appuyer" pour "donner une orientation" à leur vie.

Beaucoup d'éducateurs, de parents ne savent plus trop, trop quoi transmettre comme valeurs, de sorte qu'ils n'en transmettent à peu près pas. (#10)

L'intervenante #12 se défend bien de vouloir revenir au passé, mais reconnaît également que les jeunes n'ont pas grand-chose de solide pour préparer leur transition dans le monde adulte, que "le monde est beaucoup plus complexe", imprévisible qu'il ne l'était.

Je pense pas que c'était le bon vieux temps rose, avant. Non. Je pense qu'il y a eu beaucoup de souffrance, là aussi. Mais peut-être que... c'est ça, peut-être qu'il y avait des communautés plus fortes ou des valeurs peut-être bien contraignantes par bout, mais en tout cas, à 11 heures, le dimanche, t'étais à la messe puis, tu te posais pas de question. C'était réglé pour toi d'avance, ça. Là, maintenant, y a pas grand-chose de réglé d'avance. (#12)

Selon **l'intervenant #9**, les jeunes sont à "la recherche de valeurs qui leur sont propres". Il en relève une qui caractérise les adolescents et qui pourrait servir de base à un système plus élaboré.

Ils sont profondément fidèles, les jeunes, aussi. Fidèles entre eux. C'est comme... ils cherchent quelque chose à quoi s'accrocher, une valeur qui correspond à eux, pis qui leur donnerait de l'espoir, pis qui ne serait pas reliée à des structures, mais beaucoup à de l'appartenance, à de l'identification. Y en a pas beaucoup qui leur sont proposées présentement. (#9)

Pour **l'intervenante #11**, les adultes d'aujourd'hui lèguent aux jeunes "un monde plus superficiel qu'auparavant, axé beaucoup sur la consommation", un monde où "le bonheur vient avec ce que tu es capable d'acheter".

Ce que j'entends beaucoup, moi, chez les jeunes que je côtoie, c'est avoir quelque chose, t'sais, faire un voyage, pis m'acheter une belle voiture, pis des vêtements, pis ainsi de suite. C'est plus ça que j'entends... C'est comme si on a bâti une génération plus égoïste, beaucoup centrée sur leurs besoins immédiats. Pis, je me dis il me semble que tu ne peux pas être heureux comme ça. (#11)

Qui plus est, l'ironie du sort a fait en sorte que les jeunes ont hérité d'aspirations mal accordées aux réalités économiques de leur époque et, pour plusieurs d'entre eux, cruellement inaccessibles.

Pour moi, ça touche aux valeurs, pis à l'espoir, t'sais, parce qu'il faut que tu changes tes valeurs à ce moment-là et que tu ailles chercher tes satisfactions dans d'autres choses que la permanence d'emploi, pis ben de l'argent dans tes poches, pis l'achat d'une maison, pis d'une auto, pis ainsi de suite. (#11)

L'intervenante #4 note également les valeurs de la société de consommation et leur attribue le phénomène de la prolongation de la période de dépendance de plusieurs jeunes sur leurs parents.

Les jeunes de 18, 20 ans, tout ce qu'ils voulaient faire, il y a 20, 30 ans, c'était d'essayer d'aller vivre ailleurs, alors que les jeunes actuellement, leur objectif premier n'est pas d'acquérir l'autonomie, l'indépendance, la liberté totale, de diriger leur vie ou des choses comme ça. Ils choisissent... bon, ils sont très influencés par notre société d'acquisition de biens, dans ce sens-là, donc parfois ils vont faire l'option d'avoir une automobile, par exemple, plutôt que d'aller payer un appartement. Pis ils ont un certain confort à la maison, qu'ils ne sont pas nécessairement prêts à quitter. (#4)

Cette intervenante reconnaît qu'évidemment "ce ne sont pas tous les jeunes qui ont cette possibilité-là". Plusieurs autres "jeunes de 18, 19 ans se retrouvent peu scolarisés avec des emplois précaires ou sous l'Aide sociale". Pour ces jeunes-là, "se créer une vie, c'est encore plus ardu". Toutefois, "le fait pour un certain nombre d'être soutenu plus longtemps par leurs parents ne leur donne pas plus, à eux, leur place réelle dans notre société". (#4)

5.2.2 La transition de l'adolescence au monde adulte devenue plus difficile

La transition du monde de l'adolescence au monde adulte est perçue par l'intervenante #5 comme étant plus difficile dans les sociétés occidentales et un source importante des problèmes des jeunes dans ces sociétés, y incluant le suicide.

Toutes les tâches liées au stade de développement de l'adolescence, particulièrement celle de se distancier de ses parents, sont plus difficiles à accomplir dans notre société occidentale que dans d'autres sociétés plus traditionnelles où ils ont des rites de passage, d'initiation au monde adulte... Chez nous, en plus de commencer plus tôt, l'adolescence dure plus longtemps à cause de la dépendance économique. Les adolescents restent de plus en plus longtemps chez leurs parents pour des raisons économiques... Y a même certains jeunes qui vivent en couple chez leurs parents. (#5)

En plus de la dépendance économique, deux autres facteurs rendent la transition au monde adulte difficile: l'absence de modèle d'adultes heureux, stables, et l'absence de support de la famille.

Déjà, les parents étaient présents, ils servaient de modèles; mais aujourd'hui, ils n'ont pas beaucoup de modèles, les jeunes... Et quand ils regardent les adultes se démener pour leurs jobs, pour tout, je te dis que ce n'est pas réjouissant... Ils n'ont pas beaucoup de modèles de stabilité, de joie de vivre. (#5)

Cette absence de modèle est donc étroitement liée au peu de présence des parents, mais aussi à l'effritement de la famille élargie, laquelle n'est souvent plus là pour leur procurer le support nécessaire à un bon départ dans la vie adulte.

Pis, les réseaux, la parenté (on appelait ça la parenté déjà), mais les gens, les réseaux... on vit tellement d'une façon isolée, au fond. On n'a pas beaucoup d'entraide. Notre société québécoise est une société capitaliste, qui a des valeurs capitalistes: c'est *que le meilleur gagne*. (#5)

La difficulté de plusieurs jeunes de passer de l'adolescent dépendant de ses parents à l'adulte prenant sa vie en main s'explique, selon **l'intervenant #1**, par ce qu'il appelle "le style d'éducation" des enfants dans nos familles contemporaines.

Les jeunes aujourd'hui ne sont pas préparés à faire face aux échecs, aux difficultés et aux obstacles parce que je crois qu'on vit dans une société où les parents, ayant moins d'enfants, ayant moins de temps à consacrer aux enfants de par le travail, ont tendance à beaucoup couvrir les enfants matériellement et, je pense, d'une certaine façon, à retarder l'autonomie des enfants... Je pense aussi qu'il y a toute une catégorie de familles comme, par exemple, les familles monoparentales, où très souvent les parents se blâment pour ce qu'ils font vivre à leurs enfants et pour les séparations qu'ils ont vécues et ont tendance à trop en faire, à surprotéger leurs enfants... Ils ont tendance à infantiliser les

enfants et à ne pas leur permettre de vivre des expériences, de développer leur autonomie. (#1)

Un même son de cloche de la part de **l'intervenante #11**.

Moi, j'ai l'impression qu'on choie plus nos enfants, qu'on est plus autour, qu'on les gâte plus, pis qu'ils sont peut-être mal préparés aux réalités pis aux coups durs de la vie, quand se présentent comme des déceptions, des mauvaises nouvelles ou des échecs, qu'ils ont de la difficulté à faire face à ça, que ça devient énorme, que ça devient dramatique, pis c'est comme si ils ne sont pas équipés personnellement, en termes de ressources intérieures, pour faire face à ces difficultés-là. (#11)

Cette intervenante se réfère, entre autres, à ses expériences avec de jeunes parents qui "trouvent ça épouvantable, un enfant", qui "trouvent ça exigeant, un bébé qui pleure"... "au point de dire: "je ne suis pas capable de tolérer ça, j'en n'aurai jamais un autre; je peux même pas aller en vacances""... Elle en conclut: "Quand on a été gâté, on est plus habitué à recevoir et moins habitué à donner". (#11)

5.2.3 La survalorisation de la performance académique à l'école

En plus d'être moins présents qu'avant, plusieurs parents, selon **l'intervenant #9**, s'attendent à ce que leurs enfants excellent à l'école afin d'être le plus compétitifs possible à leur arrivée sur le marché du travail. Inquiets, ces parents reprochent à leurs enfants "leur absence d'esprit de sacrifice" et ne tiennent aucunement compte du fait que ceux-ci font partie de la "génération du pitonnage, du zapeur, du repas prêt en 30 secondes".

Ça fait qu'ils (les jeunes) reçoivent rien que des reproches, des blâmes, avec des exigences d'excellence pires que celles que j'ai jamais eues, moi. Et lorsqu'un parent exige trop de son enfant sans le supporter, l'enfant se dit: "je ne suis pas bon, je ne serai jamais capable, je ne vau rien". Donc, là, il s'interroge sur son existence et sa raison d'être. (#9)

Selon cet intervenant, il n'est pas uniquement question ici de jeunes qui ont des difficultés scolaires. Il y a aussi les "super-perfectionnistes".

Les plus dangereux, que je vois à risque de le compléter [le suicide], ce sont ceux qui réussissent socialement parlant, pis qui se poussent, pis qui se poussent. La crème de l'école. Ils ne se nourrissent pas, ce monde-là au niveau affectif et au niveau de la santé. Et ceux-là, quand ils le font, ils ne se manquent pas... Si les résultats de l'un d'eux baissent de 95 à 89%, il a un problème. "Hé! c'est pas ton rendement, ça", pis il va se faire dire ça par ses chums, par ses profs et par ses parents. (#9)

L'intervenante #7 relève également l'importance démesurée accordée présentement à la performance.

Les valeurs, aujourd'hui, c'est vraiment de performer, d'être compétitif et d'avoir un emploi. J'ai pas l'impression que si on recule dans les années antérieures, c'était aussi fort, ce type de valeur-là.... La performance, les jeunes ne la veulent pas nécessairement, mais en ressentent la pression de leurs parents, de la société en général. (#7)

Cette intervenante critique également l'absence de programmes adaptés aux jeunes moins doués pour les matières académiques et offrant à ceux-ci la possibilité d'apprendre un métier dès le début de leurs études secondaires.

Il y a aussi la matière: tout est enligné pour des élèves qui ont une capacité d'abstraction. Pour les gens manuels et concrets, il n'y a pas rien aujourd'hui. Avant, tu avais le Professionnel court. Il n'y a plus de ça maintenant; ça a été enlevé. Moi, je trouve ça une erreur fondamentale. Ceux qui sont plus concrets s'en vont dans un programme qu'on appelle Cheminement particulier, qui dure 5 ans... On leur fait faire des stages à l'emploi, mais ça ne leur apprend pas un métier. Ça leur prend au moins un secondaire 3 régulier pour avoir accès à un métier. Un exemple: coiffeuse, ça prend un secondaire 3. Peut-être que tu pourrais être une

excellente coiffeuse sans ça, mais, à moins d'avoir un secondaire 3 et d'être référée, la seule autre solution est de te payer le cours dans une école privée. Il y a beaucoup de cours comme ça: mécanique, etc.. Moi, j'ai beaucoup de jeunes qui sont des manuels et oh! drame! ils ne fonctionnent pas ici. Bien entendu, on n'a rien à leur offrir. (#7)

L'intervenante #10 croit également qu'on a fait une erreur, au Québec, en imposant une scolarisation académique à tous les jeunes et en ne prévoyant pas d'alternatives pour ceux qui n'ont pas les compétences ou l'intérêt pour compléter des études secondaires. Elle est préoccupée par le sort qu'on réserve aux jeunes qui ont des difficultés scolaires.

Moi, je pense que les jeunes ne sont pas tous des candidats à la scolarisation... mais on veut absolument qu'ils soient tous scolarisés. C'est un rêve utopique, non réaliste... L'on s'entête dans une solution qui n'en est pas une... Dans notre société, il n'y a donc pas de place pour les non scolarisés... Et ceux qui vivent des problèmes scolaires, c'est pas croyable, la dévalorisation qu'ils subissent dans nos écoles. (#10)

L'intervenante #2 parle de la performance en termes de réussite sociale et de perfectionnisme.

C'est souvent ça que je sens chez les gens, qu'ils n'ont pas le droit d'être faibles, qu'il n'ont pas le droit de se tromper, qu'ils n'ont pas le droit de faire des erreurs, qu'ils n'ont pas le droit d'être autre chose que parfaits... C'est une pression sociale qui est très forte... C'est comme, si tu n'as pas une belle auto, une belle maison, de beaux enfants, une piscine dans ta cour... L'exigence est très forte: "Performe, performe, performe!" (#2)

5.2.4 L'approche répressive de nos institutions

Ce qui, selon **l'intervenant #3**, a contribué à aggraver le suicide des jeunes au cours des dernières années, c'est que notre société et ses institutions ont modifié leur approche face à ceux qui ont des difficultés. D'une approche de type compréhensif et éducatif,

des institutions comme l'école et les services sociaux sont passées à une approche de type répressif. Un bon exemple de cela est la façon dont on a abordé le décrochage scolaire.

On s'est mis à regarder ça comme un problème d'encadrement. On s'est dit: "Le jeune, pour réussir, il a besoin d'être plus encadré". Pis "plus encadré", ça veut dire plus discipliné. Quand on parle d'encadrement à l'école, il ne faut pas se faire d'illusions, on parle de discipline. Puis le jeune, souvent, ce dont il a besoin, c'est beaucoup plus d'être rejoint. Il a des difficultés personnelles, il a besoin d'être compris, d'être saisi dans son unicité, dans la façon unique qu'il a de vivre sa situation et c'est pour ça qu'une approche de type répressif, de type disciplinaire, de type encadrant, de contrôle, si tu veux, à mon sens, moi, ça contribue à accentuer le problème au lieu de le résoudre. (#3)

L'intervenante #7, dans une autre polyvalente de la région, en arrive à la même conclusion.

On a la suspension facile aujourd'hui. On remet beaucoup le problème aux parents si l'enfant ne fonctionne pas ici. On le retire; on n'essaie pas de comprendre ce qui se passe... On fait beaucoup de discipline, énormément. On a moins de tolérance. Je ne me souviens pas, moi, d'avoir vu ça, à une certaine époque, d'avoir vu des gens complètement exclus de l'école. On avait peut-être des copies, je ne sais pas, il y avait des choses que l'élève devait faire en classe. Là, c'est la façon facile de "Va-t'en à la maison!". Ça fait que, finalement, c'est le parent qui est puni du comportement de son enfant. Pis l'école ne règle pas le problème, ce qui appartient à l'école, non plus. (#7)

Ce changement d'attitude des autorités dans nos institutions scolaires et sociales et même d'un bon nombre de parents, **l'intervenant #3** l'associe au virage à droite des sociétés occidentales au cours des dernières années et l'attribue, de façon plus spécifique, à la recherche de "résultats très rapides".

Les parents qui consultent, par exemple, qui veulent de l'aide pour contrôler davantage leurs jeunes, ils veulent un résultat immédiat à un problème qui a pris des années à se construire. Pis à l'école, c'est la même chose. Ils voudraient qu'on règle tout de suite le problème de ce jeune-là. Et si le jeune a des difficultés scolaires ou de comportement, c'est par mauvaise volonté... Alors qu'une approche plus éducative, plus compréhensive, prend beaucoup plus de temps. Ça a des résultats beaucoup plus durables, mais ça prend plus de temps avant qu'on voie les résultats. (#3)

L'argument que les autorités scolaires invoquent pour justifier l'approche adoptée est la protection du groupe, l'exemple à donner aux autres. Toutefois, cet intervenant croit qu'avec des mesures comme la suspension et l'expulsion, "on est porté beaucoup plus à régler le problème de l'école que le problème du jeune". (#3)

Dans un système répressif, le jeune "s'isole parce qu'il ne se sent pas compris; il pense que personne ne peut le rejoindre, le comprendre". Les autorités scolaires "utilisent souvent le travailleur social comme une menace: "On va t'envoyer voir le travailleur social!". "La référence à la DPJ" n'est pas non plus "présentée comme une aide"; "dans la section des renseignements de l'agenda de l'étudiant, elle est vue comme une punition pour le jeune, comme une sanction à laquelle il s'expose". (#3)

5.2.5 La vision pessimiste de l'avenir chez les jeunes

L'intervenante #10 identifie comme facteur "l'absence d'espoir que la vie peut être bonne". Elle croit que peu de jeunes ont "des parents qui leur donnent une image de gens heureux".

On pense qu'on est un modèle pour le reste du monde, mais, en tout cas, à mes yeux à moi, non. On n'est pas un modèle. On est une société très dure, où les gens sont très malheureux actuellement... Je pense que les jeunes ont cette image-là comme quoi la vie, c'est pas quelque chose de bon... Je sais que les jeunes attachent de l'importance aussi au discours

très pessimiste au niveau de la planète: la pollution, les guerres, les maladies, le non emploi, le chômage. (#10)

L'intervenante #12 remarque que les jeunes lui parlent souvent de "l'univers dans son ensemble, du fait que ça va mal" et qu'ils sont "très inquiets" parce qu'"eux autres, ils ont leur futur à bâtir".

Bon, je pense pas qu'on se suicide parce que c'est affreux au Rwanda, là, mais ça peut peut-être créer une baisse de tonus. Y a pas d'espoir. Parce que tu sais comment on se sort un peu de la déprime? C'est en posant des actions qui vont résoudre, en tout cas, une partie du problème, là. Mais quand on se sent impuissant... (#12)

L'avènement, grâce aux médias et aux technologies modernes, du "village global" contribue à rendre les jeunes conscients de ce qui ne tourne pas rond aux quatre coins de la planète sans pour autant leur offrir des pistes d'action possibles.

5.2.6 La disponibilité socio-culturelle du suicide

Plusieurs intervenants identifient ce que **l'intervenant #3** appellent "la disponibilité idéologique du produit" comme un facteur important de l'augmentation du taux de suicide.

Actuellement, on en parle beaucoup plus qu'avant et, à mon sens, c'est un peu le même phénomène que la drogue: plus le produit est disponible, plus les gens en consomment. Avant, ce n'était pas disponible idéologiquement, le suicide; maintenant, ça l'est beaucoup plus. Il y a des modèles; les jeunes ont beaucoup plus d'exemples de ça.... Ça devient comme plus une stratégie parmi d'autres. (#3)

Croit-il qu'on devrait en parler moins du suicide?

Je pense qu'il faut en parler et le traiter un peu comme la drogue. C'est inévitable, ça, à cause des médias: c'est planétaire. Alors on ne peut pas éviter que l'offre existe, comme pour la coke.... Si on travaille au niveau éducatif, à

aider les gens à ne pas avoir besoin de ce produit-là, alors, à ce moment-là, l'offre va diminuer parce qu'il va y avoir moins de demande. (#3)

L'intervenante #9 a un point de vue différent sur la médiatisation du suicide.

Les gestes suicidaires sont publicisés actuellement, et je n'ai pas l'impression que ça aide. (#9)

Et, dans une deuxième entrevue, il aborde de nouveau le sujet.

Je ne suis pas sûr qu'il faille trop en parler. Moi, en tout cas, je m'interroge sur les campagnes de sensibilisation suicidaire à l'école parce que c'est comme si on le consacrait. (#9)

Par contre, cet intervenant est d'accord avec le précédent sur la disponibilité du moyen et donne à celui-ci une signification symbolique de réaction des jeunes au type de société qu'on a instauré.

Ça devient une issue possible en terme de mentalité présentement plutôt qu'une exception... C'est très symptomatique en tout cas de fermeture et de désespoir profond... Pour moi, c'est un phénomène social actuellement... C'est devenu quasiment un mode de contestation. (#9)

L'intervenant #1 considère également que le suicide est devenu très accessible aux jeunes.

C'est devenu très inquiétant parce que c'est perçu comme une alternative à la souffrance, parce que la plupart des jeunes connaissent quelqu'un dans leur entourage qui s'est enlevé la vie: un ami, un parent, un oncle, un professeur... C'est perçu comme un moyen d'enlever la souffrance, de régler le problème. D'ailleurs, combien de jeunes m'ont dit que ça prenait du courage, qu'ils le feraient s'ils avaient plus de courage. Le mythe qu'il faut être courageux pour se suicider est très répandu. (#1)

Les intervenants #6 et 9 font référence de façon plus explicite à "l'effet d'entraînement" d'un suicide sur d'autres personnes, phénomène connu aussi sous le vocable de mimétisme ou d'effet de contagion, provoqué, entre autres, par la médiatisation d'un suicide. Il s'agit là d'une manifestation dramatique de ce facteur.

Quand les médias publicisent largement un suicide, souvent ça va entraîner d'autres personnes dans un comportement suicidaire. (#6)

5.3 La dimension relationnelle

Comme nous l'avions indiqué au chapitre 2, la dimension relationnelle correspond aux relations personnelles qu'un individu entretient avec les membres de sa famille, avec ses amis et avec toute autre personne ayant des liens significatifs établis ou en développement avec lui. Les éléments identifiés par les intervenants comme pouvant contribuer à des idéations ou conduites suicidaires chez les jeunes et appartenant à la dimension relationnelle ont été regroupés sous quatre (4) "facteurs-synthèse".

5.3.1 L'isolement social des jeunes suicidaires

Un facteur du suicide des jeunes signalé par une bonne majorité d'interviewés est l'absence de relations ou de liens significatifs dans la vie des jeunes suicidaires, ce qui constitue l'essence même de l'isolement social. **L'intervenant #3** en fait même un facteur clef.

Ce sont des jeunes qui vivent un espèce de vide relationnel, qui ont de la misère à se relier aux autres d'une façon nourrissante... Il y a beaucoup de solitude là-dedans... En fait, c'est une solitude qui se construit aussi à mesure que le jeune pense qu'il ne peut pas s'en sortir; il est porté à s'isoler en se disant: "Ben, personne ne me comprend; de toute façon, ça donnera rien; même si j'en parle, ça donnera rien". (#3)

Plus loin, il lie suicide et isolement chez le jeune suicidaire de façon encore plus explicite.

Il veut se suicider parce qu'il se sent isolé... Il s'isole parce qu'il se sent pas compris; il pense que personne peut le rejoindre, le comprendre. (#3)

Interrogé sur ce qui, d'après lui, explique que certains jeunes ayant de gros problèmes se tournent vers le suicide, alors que d'autres ne le font pas, **l'intervenant #9** répond sans hésiter:

Le réseau. "Y a-t-il quelqu'un qui me donne encore espoir? Y a-t-il quelqu'un qui croit encore en moi, qui est attaché à moi? Y a-t-il quelqu'un à qui, au dernier moment, je vais penser et je vais me dire: "Non, je peux pas lui faire ça, à lui""... Le facteur *lien*. Le lien, perçu comme un espèce d'acceptation inconditionnelle: "Lui, il me trouve pas si désespéré que ça même si moi, je me trouve de même", est le dernier arrêt possible d'agir. (#9)

Il reprendra, ailleurs dans l'entrevue, son point de vue en accordant la même importance à *l'absence* de ces éléments clefs que sont le réseau, le lien.

L'isolement est le plus haut facteur de risque de passage à l'acte. (#9)

L'intervenante #4 abonde dans le même sens.

Je pense que les jeunes qui réussissent à se suicider, c'est que leurs liens sociaux sont rompus... Ce sont ceux qui, graduellement, se sont retrouvés plus isolés... L'absence de liens réels, d'avoir quelqu'un qui reconnaît soit le désespoir, soit la difficulté... qui va initier soit des demandes d'aide ou encourager à aller chercher de l'aide par rapport à ça. (#4)

Pour **l'intervenante #2**, c'est "la qualité de l'entraide" qui a beaucoup diminué dans notre société. Pour elle, "le moyen jadis utilisé d'avoir recours à un réseau naturel" est moins présent, et c'est dû en bonne partie à l'affaiblissement des groupes d'appartenance.

Le contexte de dislocation de la famille nucléaire, des réseaux familiaux, des réseaux d'entraide naturelle puis toute la philosophie générale du *chacun pour soi* de notre société, qui est très, très forte, favorisent l'isolement et sont des éléments très importants de la dépression et du suicide. (#2)

Pour l'intervenante #11, "il y a une déficience au niveau de communiquer, pis de parler des vraies affaires".

L'intervenant #9 estime que la majorité des gestes suicidaires sont des "appels à l'aide" de jeunes qui se sentent coupés des autres.

Il y a 4, 5 ans, ils [les adolescents] disaient: "Je vais m'en aller de chez nous" ou " Je t'aime pus", mais maintenant, c'est: "Je vais me suicider". C'est comme la façon de dire: "Hé! là, vous allez vous occuper de moi, là; vous n'aurez pas le choix, là". Puis ils sont conscients du pouvoir qu'il y a dans le geste... Ça arrête tout ce qui tournait avant. Et ce qui tournait avant, pour la majorité, moi, ce que j'entends le plus, là, qui n'est pas nécessairement dit, mais qui ressort tout le temps, c'est: "On m'écoute pus, on fait pus attention à moi; ça fait qu'il faut que je trouve un moyen dur de "Wo! arrêtez et regardez-moi", de me mettre au centre". Ça peut être vis-à-vis de l'amoureux qui n'en veut plus, ça peut être vis-à-vis des amis qui le négligent, parce qu'il y a autant de gestes posés vis-à-vis des chicanes d'amis que des chicanes de famille. (#9)

C'est en comparant les jeunes qui font une ou des tentatives de suicide à ceux qui mènent à terme un suicide que l'intervenant #1 en arrive à la même constatation que le précédent.

Selon mon expérience, les jeunes qui font des tentatives, en général, ceux que j'ai vus, moi, sont plus extravertis. Ils ne font pas que des tentatives; ils ont des problèmes de comportement, ils ont de l'agressivité, ils cherchent des moyens pour sensibiliser leur entourage à ce qu'ils vivent. Ce sont des appels à l'aide. (#1)

5.3.2 La faiblesse du réseau de relations avec les amis

Trois réseaux de relations interpersonnelles sont identifiés comme étant dysfonctionnels chez les jeunes suicidaires, certains intervenants insistant davantage sur l'un ou sur l'autre. Il s'agit du réseau de relations avec les amis, du réseau de relations avec la famille et du réseau de relations avec les adultes de l'école. Le réseau des amis a une importance capitale à l'adolescence.

Un jeune, moi, qui n'a pas d'amis, ça, ça m'inquiète beaucoup, beaucoup... S'il a un bon réseau, pis tu trouves qu'il a des amis significatifs, ben même s'il a un coup dur à un moment donné, il va être capable d'aller chercher le support. Les autres vont être là pour mieux aider à canaliser tout ça. (#11)

L'intervenant #6 souligne également l'importance des amis par le biais de la *gang*.

Le fait de ne pas avoir de *gang* à l'adolescence, déjà, ça les marginalise. Parce qu'habituellement le jeune qui, en fin de compte, suit un développement qu'on peut dire à la limite sain a généralement sa *gang*, son réseau d'amis pis il est actif. Pis d'autres jeunes qui n'ont pas cette *gang*-là pour différentes raisons, bon, ils vont avoir de la difficulté à s'affirmer, vont avoir de la difficulté à faire leur place, vont avoir aussi la caractéristique de s'isoler, d'être timide. Donc, à ce moment-là, nécessairement, ce ne sont pas des jeunes qui vont aller vers les autres et vont dire: "Hé! ça va pas; j'ai besoin d'un coup de pouce". Ils vont être portés de plus en plus à se retirer... L'isolement, c'est un indice qu'il y a de quoi qui ne va pas. Ça veut pas dire que le jeune est suicidaire, mais c'est un indice. (#6)

L'envers de la médaille, pour cet intervenant, est que la *gang* est également à l'origine des pactes de suicide chez les adolescents. "S'associer à des personnes" et "élaborer un plan ensemble" ont un grand attrait pour les adolescents. C'est parce que "la *gang* devient très significative" durant ce stade de développement et que "le processus d'identification à ses pairs est bien présent dans cette

étape-là" que les adolescents sont plus vulnérables au suicide collectif.

L'ami de coeur peut prendre une place extrêmement signifiante et précieuse pour un jeune au point même où sa perte prend parfois des allures de drame. La peine d'amour comme élément déclencheur d'un comportement suicidaire chez les jeunes est ainsi mentionnée par plusieurs intervenants.

Les ruptures amoureuses sont très significatives, et je pense que les jeunes s'investissent beaucoup dans leur rupture amoureuse. C'est peut-être pas ça, la source première, mais souvent, c'est un déclencheur. (#4)

Même son de cloche de la part d'une autre intervenante.

Comme la peine d'amour, c'est comment ça peut être tragique, dans le sens que l'univers s'écroule complètement quand l'être aimé est plus là. (#12)

5.3.3 La faiblesse du réseau de relations avec la famille

Même si les amis occupent une place prépondérante dans la vie des adolescents et malgré les apparences, la qualité des rapports de ceux-ci avec leur famille demeure, pour les interviewés, d'une importance fondamentale. Selon l'intervenant # 3, les adolescents qui "viennent demander comment réussir à sortir de chez eux" sont de plus en plus nombreux et de plus en plus jeunes.

Je pense qu'ils ont beaucoup moins de support dans la famille.... Plusieurs sont en conflit ouvert avec la famille... Ils vont arriver à la maison pis ils vont se faire crier après... C'est un milieu harassant... Alors quand il y a des crises, qui est-ce qui va les supporter pour s'organiser, pour se faire un avenir, ces jeunes-là? Ils se sentent seuls à la maison, seuls dans la rue, seuls à l'école. (#3)

Cet intervenant a une conception du phénomène de distanciation des adolescents à l'égard de leurs parents qu'il a développée et

approfondie durant ses études de maîtrise, une conception qui l'amène à insister sur le maintien de la qualité des rapports entre les adolescents et leur famille.

Le jeune, à l'adolescence, sa tâche, c'est de se détacher de ses parents tout en maintenant un lien plus profond d'appartenance... Des fois, le parent a l'impression que le jeune le rejette, mais c'est pour revenir après, et il va continuer à avoir besoin des parents et pas juste financièrement; c'est émotivement aussi... Le parent reste un facteur de valorisation important pour le jeune, même quand il a 16, 17, 18 ans ou 20 ans et qu'il est parti de la maison. Et pis il retourne à la maison et il se sent "backé" par ses parents. (#3)

Est-ce à dire qu'il ne doit pas y avoir une véritable rupture entre l'adolescent et ses parents?

Il faut qu'il y ait une rupture affective, là, qu'il se fasse un transfert vers les jeunes de son âge, mais en même temps, qu'il [le jeune] se sente appuyé par ses parents dans ce mouvement-là, qu'il se sente même encouragé par ses parents à établir des bonnes relations, pis des relations plus intimes avec l'extérieur. (#3)

L'intervenant #11 exprime un point de vue semblable:

Quand les jeunes ont 14, 15, 16 ans, là, comme parent, c'est plus toi qui a l'impact; c'est beaucoup le réseau d'amis. Pis en même temps, on a besoin quand même d'être là comme parent pour être capable de les amener à relativiser ce qui se passe, pis les recevoir dans leur peine, leur souffrance, leur déception. (#11)

De plus, comme l'intervenant # 3, elle déplore la piètre qualité d'un grand nombre de relations parents-adolescents.

Pis tu sais, c'est des bons parents que je rencontre. C'est des parents qui ont du potentiel, pis qui ont toutes les qualités, pis tout ça, mais qui sont vraiment pris dans d'autres problèmes qui deviennent urgents... Plus tu as des

obligations, plus il faut que tu travailles, pis le travail, ben, c'est stressant... C'est ce qu'on entend dire de plus en plus, que c'est stressant, parce que c'est *coupure par dessus coupure*, pis c'est *faire plus avec moins*... Ça fait que quand tu vis ça tout le temps pis qu'en plus tu es mal pris financièrement, ben, il me semble que les difficultés de tes enfants, tu dois pus avoir d'énergie à un moment donné. On a des limites comme personne, on ne peut pas se donner à 100% partout, tu sais... Les parents, ce qu'ils te disent, c'est: "On est brûlé, on n'est pus capable; nos enfants, on ne peut pus les tolérer". (#11)

L'intervenant #5 insiste sur la solitude des jeunes dans leur milieu familial.

Quand on les entend parler de leurs parents, de la course folle... ils se sentent très seuls... On n'a plus de grosses familles. Je ne veux pas dire que dans les grandes familles, il n'y avait pas de solitude qui pouvait se vivre, mais t'avais plus de chance de pas en vivre que l'inverse, là. (#5)

En plus de la solitude, les petites familles, selon **l'intervenante #7**, ne favorisent pas l'apprentissage de certaines habiletés sociales.

Ils ont moins d'autres enfants dans la famille, des fois ils sont 1 ou 2; ils apprennent moins jeunes à composer avec toutes les petites choses de la vie et à partager. Dans une famille de 6 ou 7 enfants, on apprenait jeune à négocier, ne serait-ce que pour regarder un programme de télévision. Il fallait que tu apprennes à négocier tes besoins et à comprendre ceux des autres. (#7)

Il n'y a pas que la taille des familles actuelles qui a un impact négatif sur les compétences interpersonnelles des enfants, il y a aussi le style de vie des parents.

Les jeunes sont peu habitués à communiquer, à parler de leurs difficultés et ça, c'est peut-être la faute de notre mode de vie, les adultes. On a peu de temps, on est très pressé, on partage moins aujourd'hui probablement qu'autrefois. Avec

la télévision, on communique moins les belles choses, les histoires, notre passé. Tu sais, on le sait en théorie qu'il faut le faire, mais en pratique, je pense que ça se fait peu, que les gens prennent peu le temps de s'asseoir avec leurs jeunes, de leur expliquer qu'eux autres, ils ont trouvé ça dur, par exemple, tel âge ou tel âge, ce qui leur est arrivé pour de vrai. Parce que des fois on cache... Si on a eu des comportements marginaux, on le dit pas nécessairement à nos enfants, hen?... La télévision prend beaucoup, beaucoup de place, pis il y a moins de temps pour la communication. Aussi, il y a moins d'habileté chez les jeunes à échanger, ne serait-ce que sur ses inquiétudes; il y a peu de facilité à communiquer ses besoins. (#7)

L'impact sur les jeunes des problèmes des parents en tant que couples est relevé par **l'intervenant #6**.

Les jeunes, à la limite, l'image, c'est un peu comme une éponge qui absorbe ce qui se passe dans la famille, les tensions y compris... Le jeune, lui, il est dépendant pour sa survie de sa famille; il n'a pas beaucoup d'autonomie... Ce jeune-là subit le contexte. S'il est sain, ben, tant mieux, et si c'est poqué, bouleversé, le jeune aussi est bouleversé. (#6)

La rupture d'un couple pourrait avoir un impact majeur dans certains cas chez certains jeunes, selon cet intervenant. Il se réfère à une étude de Caplan qui concluait "qu'il y avait plus de suicides de jeunes dans les familles divorcées".

Par contre, il y a certains milieux familiaux où il y a eu divorce puis les parents ont su bien transiger avec la situation; le jeune est capable de gérer efficacement ce que ça lui amène comme stress, il est capable de l'exprimer. Tandis que dans d'autres familles, c'est la guerre, c'est l'enfant ping-pong, l'enfant facteur..., où les parents se garrochent des couteaux par le biais de l'enfant. (#6)

L'intervenante #4 identifie également les séparations de couples comme une source de "grande solitude".

Dans les ruptures familiales, les jeunes se retrouvent beaucoup en coupure de liens et se sentent seuls dans ce qu'ils vivent. (#4)

5.3.4 La faiblesse du réseau de relations avec les adultes de l'école

Un endroit où les adolescents passent une partie importante de leur vie est l'école. Les occasions de développer et d'approfondir des relations interpersonnelles significatives sont multiples. Toutefois, plusieurs interviewés déplorent une détérioration des rapports entre les adultes et les jeunes dans nos polyvalentes. **L'intervenant #9** en donne quelques raisons.

Moi, je pense qu'il y a moins de services scolaires qu'avant. Il y a des coupures sérieuses. Il y a du vieillissement des enseignants; il n'y a plus de jeunes enseignants qui rentrent, qui ont du temps à donner. Ça fait plein d'oreilles de moins, ça, parce que la santé est moins bonne, on est plus fatigué, avec plus de charge de travail. (#9)

L'intervenant #3 confirme les dires de son collègue.

Je trouve que les professeurs ont de moins en moins de temps à consacrer pour ces jeunes-là. Ils ont moins de temps pour être supportants pour les jeunes. On avait eu, à un moment donné, un système de tutorat où le jeune pouvait rencontrer tel professeur en particulier pour tel groupe. Maintenant, les professeurs essaient juste de survivre, de surnager. (#3)

Cet intervenant s'étonne qu'on ait des attentes si peu élevées face au rôle que pourraient et devraient jouer les adultes dans la vie des jeunes à l'école.

Ici, j'ai un dépliant qui avait été fait par la Régie régionale sur les jeunes de l'Outaouais, suite à un sondage auprès de 2,500 jeunes, où on présente quasiment comme une bonne nouvelle que "plus de la moitié des jeunes considèrent que leurs professeurs leur donnent le goût d'apprendre". Moi, je

dis, c'est dramatique qu'il y en ait pas 90% plutôt que 50%, pis quand je vois que des représentants du réseau voient ça comme une bonne nouvelle, je dis "Wo!" (#3)

5.4 La dimension psychique

Comme nous l'avions indiqué au chapitre 2, la dimension psychique correspond aux comportements, pensées, émotions et dynamiques propres à l'individu. Les éléments identifiés par les intervenants comme pouvant contribuer à des idéations ou conduites suicidaires chez les jeunes et appartenant à la dimension psychique ont été regroupés sous six (6) "facteurs-synthèse".

5.4.1 L'intensité de la détresse et du désespoir chez les jeunes

La moitié des interviewés ont souligné l'intensité de la souffrance ou de la détresse vécue par les jeunes suicidaires. **L'intervenante #2** croit que celle-ci va en s'accroissant.

J'ai jamais entendu autant de détresse dans la voix des jeunes qui viennent me rencontrer ou dans la voix des parents qui ont affaire à des troubles de comportement chez leurs jeunes et qui me rapportent des éléments qui ont trait à des idéations suicidaires. (#2)

Toutefois, cette souffrance n'est pas toujours évidente pour l'entourage, selon **l'intervenant #1**.

Ce qui amène d'abord l'idée de suicide chez quelqu'un, malgré tous les facteurs qu'on peut nommer, c'est d'abord la souffrance interne que la personne vit... Quand j'entends parler d'un jeune qui s'est suicidé, la première chose qui me vient, c'est: il a dû avoir beaucoup de souffrances qui n'étaient pas connues ou pas comprises. (#1)

Pour **l'intervenant #3**, cette souffrance s'accompagne d'un sentiment d'impuissance à trouver une solution aux problèmes qui se posent.

Ceux qui pensent au suicide vivent comme un vide affectif. Ils se disent: "Ça donne quoi de continuer à vivre, dans ces conditions-là, en étant malheureux et tout ça". Il y a une sorte de mal de l'âme... Ce sont des jeunes qui souffrent énormément et qui ne voient pas d'issue à leur souffrance. C'est essentiellement ça. (#3)

Le suicide d'un jeune étonne souvent les gens, croit **l'intervenante #12**, plus que le suicide de personnes âgées ou de personnes d'âge mûr parce que la jeunesse est spontanément perçue comme l'âge de la force, de l'enthousiasme, de l'avenir. Pourtant, la réalité est souvent bien différente de l'image qu'on s'en fait.

Moi, je pense pas qu'être jeune, c'est pas nécessairement le fun. Tant mieux quand ça l'est, là, mais ce que je veux dire, c'est que la souffrance n'a pas d'âge... Le niveau de souffrance peut être même plus fort, je pense, chez des jeunes parce que, quand on a toute une vie devant soi, mais qu'on sait pas comment on va la gérer, c'est très paniquant. Alors que, quand on est plus vieux, disons, d'une certaine façon, on en a vu d'autres; on se dit: "Peut-être que c'est pas drôle mais ça va aller mieux demain"... Puis bon, eux, des fois, y ont aussi des attentes très grandes... La patience, on n'a pas nécessairement ça, à vingt ans. (#12)

Se donner la mort n'est pas perçu par plusieurs interviewés, dont **l'intervenante #5**, comme l'objectif visé par la plupart des jeunes qui posent un geste suicidaire.

Moi, je vois le suicide d'abord comme ils veulent mettre fin à la souffrance qu'ils vivent, pas nécessairement qu'ils veulent mourir; ils sont tannés de souffrir. (#5)

L'intervenante #11 identifie un élément de cette souffrance. Elle considère que, si les gens d'âge mûr souffrent d'anxiété comme jamais auparavant, s'ils vivent "un niveau de stress qui les rend malades", les jeunes n'en sont sûrement pas exempts.

Nos jeunes doivent la vivre cette anxiété-là. Regarde les problèmes d'anxiété chez les adolescents. Avant, on entendait très, très peu parler de ça; aujourd'hui, les jeunes viennent consulter parce qu'ils sont trop anxieux. (#11)

5.4.2 L'impulsivité en tant que trait caractéristique de l'adolescence

L'impulsivité est la caractéristique la plus mentionnée par les intervenants comme trait typique dans les suicides d'adolescents. Quand je demande à **l'intervenant #6** ce que veut dire pour lui de travailler avec des jeunes suicidaires, il nomme spontanément l'impulsivité.

Je fais référence automatiquement à une difficulté importante avec les jeunes, contrairement aux adultes, d'une façon générale: c'est l'impulsivité chez le jeune..., la difficulté d'évaluer le niveau d'impulsivité chez le jeune. Parce qu'on sait que chez les adolescents, c'est assez rare qu'il y a une planification du suicide qui a été élaborée puis qui est détaillée. Souvent, entre la perte et la tentative, y a un délai très, très court. (#6)

Étant donné la rapidité avec laquelle certains adolescents réagissent à un problème en posant un geste suicidaire, **l'intervenante #12** conclut que ceux-ci ne se sont probablement même pas donnés la chance de réfléchir à leur problème ou au geste qu'ils s'apprêtaient à poser.

À 13, 14 ans, y a beaucoup d'impulsivité puis ça, c'est normal, compte tenu de l'âge. Quand ça va mal, ça va mal, t'sais; bon, on a de la misère des fois à les ramener dans une perspective, là... Un jeune de cet âge-là n'a pas la même capacité d'écouter ce qui se passe en dedans de lui puis un peu de s'auto-calmer, que quelqu'un qui a vingt-cinq ans... T'sais, des fois, on se pose bien des questions, là. Voulait-il vraiment le faire, avait-il pensé aux conséquences, se rendait-il compte que demain, il serait au cimetière? (#12)

L'intervenant #9 ajoute qu'après une tentative de suicide, plusieurs adolescents s'étonnent eux-mêmes d'avoir posé le geste.

C'est un geste impulsif où lui-même est surpris du geste; en tout cas, il est surpris de la portée du geste, surtout ceux qui sont hospitalisés et qui se magangent. Ou c'est comme allé trop vite, trop loin; un peu comme une overdose de drogue. Ils s'étonnent de s'être fait mal dans ce geste-là. (#9)

L'intervenante #10 se demande même si les adolescents qui posent un geste suicidaire saisissent bien l'aspect définitif et sans retour d'un tel geste.

Je pense qu'il y a des facteurs carrément psychologiques aussi, au niveau de la pensée magique. T'sais, on sait que le petit enfant qui pense à mourir, il pense qu'il va revenir, hen?... Je me demande si l'adolescent, il lui reste pas un peu de ça, cette espèce de pensée magique-là... Une espèce d'immatunité. Je me pose des questions sur son choix réel là-dedans... Je me demande s'il mesure l'impact de son geste comme un adulte va le réaliser. (#10)

5.4.3 Une faible estime de soi

Trois interviewés identifient une faible estime de soi comme un facteur important chez le jeune suicidaire. Pour l'un d'eux, **l'intervenante #10**, il s'agit d'un élément présent chez tous les jeunes suicidaires.

C'est sûr que ce à quoi on a accès, quand on rencontre la personne, c'est le manque de confiance en soi et le manque d'estime de soi; c'est généralisé et c'est tout le temps là; en tout cas, dans ce que moi, je connais... La mauvaise estime de soi qui fait qu'on a l'impression qu'on s'en sortira pas, qu'on n'est pas à la hauteur des attentes de ceux qui nous entourent, que ce soit la famille, les amis, l'école ou la société en général, qu'on n'est pas bon dans ci ou qu'on n'est pas bon dans ça, qu'on s'en sortira pas, finalement. (#10)

Plus loin, elle prend l'exemple du décrochage scolaire dont le taux est très élevé: "36% de décrochage, ça fait pas mal de jeunes".

Ils vivent des choses difficiles, les jeunes qui vivent des difficultés scolaires... C'est un lent cauchemar pendant des années... C'est très, très difficile, dévalorisant. C'est très difficile de sauvegarder une bonne image de soi quand on est un enfant qui a des difficultés scolaires. Et je trouve que l'école n'est pas aidante non plus. (#10)

L'intervenant #9 fait le lien entre la faible estime de soi d'un jeune, d'une part, et "le parent qui exige trop de son enfant sans le supporter", d'autre part.

L'enfant se dit: "Je ne suis pas bon, je ne serai jamais capable, je ne vauds rien; quoi que je fasse, ça donne rien". Donc là, il s'interroge sur son existence et sa raison d'être. Là, arrive l'idée de suicide, pis elle s'impose par les échecs répétés. Mais ce ne sont pas des échecs; c'est un rendement qui est relativement correct par rapport à ce qu'il est, avec le potentiel qu'il a, avec le bagage qu'il a et le support qu'il a. Mais c'est pas correct, ça! (#9)

L'intervenant #3 fait ressortir l'importance, pour l'estime de soi d'un jeune, de "réussir dans quelque chose, dans n'importe quoi, mais de réussir dans quelque chose".

Réussir dans leurs relations avec leurs pairs, réussir à la maison aussi. Se faire apprécier. C'est incroyable, les jeunes...; je demande à ces jeunes-là: "C'est quoi, tes points forts?" Ils ne sont pas capables d'en donner. Si je leur demande: "C'est quoi, tes défauts?", là, ils sont capables, par exemple; ça, ils en connaissent parce que c'est ça qu'ils se font dire. (#3)

5.4.4 Les séquelles d'expériences antérieures négatives

La moitié des intervenants a évoqué des difficultés vécues antérieurement par les jeunes comme contribuant de façon significative aux comportements suicidaires de plusieurs d'entre eux.

L'intervenant #6 identifie la principale séquelle que laisse, selon lui, une difficulté ou un manque subi par le jeune dans ses années de croissance.

Une carence affective, par exemple, il [le jeune] n'est pas venu au monde avec. Puis l'impact émotif que crée une perte comme la séparation des parents est beaucoup plus important et les réactions sont généralement plus vives et plus impulsives lorsqu'il y a une carence affective. (#6)

L'intervenante #12 fait remarquer que les antécédents psychosociaux des jeunes suicidaires sont souvent peu évidents même pour ceux qui les fréquentent.

Y en a là-dedans qui ont des antécédents de vie difficiles, comme des abus physiques, des abus sexuels. Puis des fois, ça, ça n'a jamais été dit; les gens autour le savent pas nécessairement. (#12)

L'intervenante #4 croit que les jeunes qui ont envisagé le suicide traînent la plupart du temps en eux des séquelles d'événements négatifs ayant marqué leur passé, mais que la majorité d'entre eux a appris à composer avec celles-ci.

C'est rare, les jeunes qui ont pensé au suicide, pis qui n'ont pas une histoire de vie chargée: des antécédents de violence dans la famille, d'histoire d'abus, de grande pauvreté ou de grande pauvreté affective. De la pauvreté économique, mais de la pauvreté affective aussi... Je pense que le désir de vivre malgré tout est fort; y en endurent, des fois, des affaires. Le seuil de tolérance, des fois, y est élevé. (#4)

5.4.5 Les problèmes de santé mentale chez certains jeunes suicidaires

Aucun interviewé n'associe systématiquement l'idéation ou le comportement suicidaire d'un jeune à un problème de santé mentale. Par contre, **l'intervenante #12** laisse sous-entendre qu'un jeune

qui se suicide souffrirait au moins de façon latente d'un problème psychique.

Je comprends que le jeune est plus impulsif, mais j'ai de la misère à intégrer que quelqu'un filait bien un mardi puis se suicide un mercredi, à moins d'un de ces chocs extraordinaires, là... Je pense que, quand on se sent bien dans sa peau, on pense pas à se suicider. Mais je pense pas qu'ils sont nécessairement psychotiques non plus. Mais il faut quand même pas banaliser ça, là; ça serait dangereux, je pense. J'ai bien, bien peine à croire qu'un jeune se suicide comme à peu près du jour au lendemain, à moins qu'il ait été intoxiqué (alcool, drogue); des fois, ça intervient quand même là-dedans. (#12)

Un autre intervenant ayant fait allusion à l'association maladie mentale et suicide des jeunes, **l'intervenant #6**, situe ce phénomène en marge de l'ensemble des comportements suicidaires des jeunes.

Dans les familles où il y a des problèmes de santé mentale importants comme la schizophrénie, on sait que, de par les recherches, il y a plus de suicides chez les personnes qui sont schizophrènes. Mais, en général, ceux qui se tuent ne sont pas des schizophrènes pour autant. (#6)

L'intervenante #2 associe de façon explicite le suicide à la dépression, une condition qu'on retrouve régulièrement dans le domaine de la santé/maladie mentale, et ce sans toutefois préciser la fréquence de ce problème chez les suicidaires.

Le suicide est souvent une porte de sortie que se donnent des personnes déprimées. (#2)

5.4.6 L'effet des drogues sur le comportement des jeunes suicidaires

Le rôle de la drogue et de l'alcool dans les comportements suicidaires est mentionné par plusieurs interviewés, mais sans qu'on s'y attarde longuement. **L'intervenante #5** apporte des précisions,

par contre, en reconnaissant l'importance des drogues et de l'alcool surtout comme désinhibiteurs d'idées négatives ou de comportements autodestructeurs latents.

Moi, je pense qu'il y a beaucoup d'accidents là-dedans, style état d'ébriété ou drogue légale ou illégale, mais une drogue, qui fait que les inhibitions sont plus là et qu'ils [les jeunes] vont poser des gestes qu'ils ne poseraient pas normalement. Beaucoup d'accidents à cause des conduites dangereuses; ils mènent une vie dangereuse souvent liée à la drogue, à l'alcool. (#5)

5.5 La dimension biophysique

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 2, la dimension biophysique correspond à l'organisme biologique qu'est le corps d'un individu et aux processus qui contribuent à son épanouissement ou à sa détérioration.

Seul, l'intervenant #9 a spontanément identifié un facteur relevant de la dimension biophysique. Même si ce facteur a une importance peu significative relativement à l'ensemble des facteurs identifiés dans ce thème, nous le mentionnons par souci d'être systématique. Il s'agit de lacunes au plan du sommeil et de l'alimentation qui pourraient favoriser l'émergence d'idéations et de comportements suicidaires.

Un autre facteur... Moi, je regarde la durée de travail des adolescents. À partir du secondaire 2, 3, ça travaille toute à temps partiel. Selon une enquête qu'on a faite, y a pas longtemps, ils mettaient en moyenne 12 heures de travail/semaine, les 16 ans, en plus de leurs études et de leurs sorties et de leurs chums. Il y a de l'épuisement physique parce que ce sont des jeunes en croissance qui ont besoin de sommeil. Ça fait que leur alimentation, elle prend le bord aussi. Ça fait qu'il y a un épuisement physique. (#9)

Deux autres intervenants ont abordé cette dimension, mais à la suite d'une question explicite de notre part. **L'intervenant #3** a abordé la question de l'hérédité.

Est-ce que c'est génétique? Je ne l'ai jamais cru... Ben, au début, quand j'ai commencé à étudier l'affaire du suicide... (#3)

L'intervenant #6, interrogé sur la possible présence de facteurs biophysiques, a soulevé l'hypothèse de la difficulté pour un jeune d'assumer une perte de son intégrité physique.

Un exemple au niveau biologique... C'est certain que si la personne est atteinte d'une maladie (parce que, pour un enfant, un adolescent, la santé, c'est un acquis, ça; il va de soi que tu es en santé), donc une personne qui fonctionnait pis qui se ramasse handicapée ou avec une maladie importante, bon, elle vit une perte et peut réagir d'une façon suicidaire à cette perte-là. Donc là, l'aspect biologique peut entrer en ligne de compte. (#6)

5.6 La dimension spirituelle

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 2, la dimension spirituelle correspond aux préoccupations fondamentales de l'existence, telles que le sens de la vie et de la mort, auxquelles fait face un individu à partir de l'être profond qu'il recèle sous ses différents personnages, aux conclusions, religieuses ou non, explicites ou non, auxquelles il arrive par rapport à ces préoccupations et aux valeurs qui découlent de ces conclusions. La spiritualité et la philosophie de vie dont il est question ici sont habituellement perçues comme des modalités de la culture. Nous avons cru bon de les distinguer de la dimension socio-politico-culturelle et de les examiner à part parce que, selon nous, elles correspondent à des interrogations qui transcendent l'époque et la société dans lesquelles vit un individu. Il s'agit de réalités se situant au coeur de ce qu'il y a de plus intime chez l'être humain placé devant sa finitude, sa solitude, sa mort, de réalités se situant donc en bonne partie au-delà

de la dimension socio-politico-culturelle. Les éléments identifiés par les intervenants comme pouvant contribuer à des idéations ou conduites suicidaires chez les jeunes et appartenant à la dimension spirituelle n'ont été évoqués que rapidement par quelques interviewés et sont trop disparates pour être regroupés sous un "facteur-synthèse".

La moitié des interviewés a identifié, quoique brièvement, un facteur d'ordre spirituel, transcendantal ou religieux. Pour **l'intervenant #3**, les jeunes qui ont des comportements suicidaires sont des "jeunes qui ne trouvent plus de sens à leur vie... qui se cherchent des raisons de vivre". **L'intervenante #10** parle aussi de "perte de sens" et de "manque profond de sens". Ils ont de la difficulté à être plus spécifiques. On perçoit, par exemple, chez **l'intervenante #11**, un effort pour préciser ce manque, cette recherche chez les jeunes.

Mais c'est probablement plus complexe que ça. C'est probablement tout un sens à la vie, pis un sens, hen, ce n'est pas juste le matériel, hen? c'est d'autres choses. Ça fait qu'en même temps que moi, je dis ça, je suis ben consciente que c'est probablement beaucoup plus profond que ça, le problème, c'est plus... C'est, à un moment donné, être capable de trouver ta place, trouver un sens à ta vie à toi, te trouver un sens comme personne. (#11)

Plus loin, elle tente de définir ce manque en se référant à ses expériences religieuses passées.

Autrefois, il y avait la religion, qui pour beaucoup a représenté quelque chose. T'sais, moi, je suis de la génération où on allait encore à la messe toutes les semaines pis tout ça. La spiritualité aujourd'hui est pus beaucoup là. Le temps que tu allais là, y avait... Moi, je ne suis pas super croyante mais il se passait quelque chose quand même. C'était un temps d'arrêt dans ta semaine où tu réfléchissais, il y avait un bilan, il y avait le contact avec les personnes en sortant de l'église et tout ça. Un lieu de rassemblement. Il y a peut-être ça qui manque aussi maintenant. (#11)

Plusieurs interviewés, comme l'intervenante #12, soulignent les solutions que les jeunes cherchent pour tenter de répondre au vide qu'ils ressentent.

Je pense que les jeunes sont beaucoup à la recherche de valeurs ou quelque chose qui pourrait les ancrer, là, dans les moments difficiles. C'est pas pour rien, moi, je trouve, qu'il y a un retour à différentes formes d'expression religieuse, là. Bon! ça peut aller dans le sens de la secte, mais t'as différentes autres formes de spiritualité, parce qu'ils cherchent quelque chose qui est comme solide quand tout..., quand y a un tourbillon autour. (#12)

L'intervenante #5 relate des observations semblables.

Pis par rapport à la vie spirituelle, tout ce qu'on a vu éclater, et tout ce qu'on voit comme retour. Au fond, on regarde les jeunes, pis c'est vraiment le mouvement du pendule: ils veulent se remarier, ils veulent pratiquer. Pourquoi c'est si populaire toutes les affaires spirituelles? Les jeunes adorent ces affaires-là, de médium, pis de cinquante-six affaires, parce que ça touche à quelque chose, qu'il y a comme un grand vide. (#5)

L'intervenant #9 insiste davantage sur les dangers auxquels cette recherche de sens expose les jeunes. Il lie également cette recherche de sens à une recherche d'appartenance.

Moi, je pense qu'il y a une absence de spiritualité. Une absence d'identification de masse. Autant il y a des petites gangs, autant il y a plein de petites religions. À Gatineau, c'est épouvantable le nombre de petites sectes, repliées et exploitantes, où le plus vieux leader a habituellement 20, 22 ans puis il vient d'inventer je ne sais pas trop quel... C'est le besoin d'appartenance. Pis ceux-là sont à risque de suicide de secte, de pacte. Style: si tu es exclu d'eux autres, tu n'as plus rien. Du lavage de cerveau. (#9)

Selon cet intervenant, le retour des jeunes à la religion de leurs parents est souvent exclu à cause de l'image négative qu'on leur a présentée de cette religion.

Il y a une absence de foi en terme de spiritualité chez les jeunes. Ils sont désabusés: il y a toutes sortes de scandales sur les religions de leurs parents. Il y a tout le temps des mauvaises nouvelles ou des nouvelles d'atrocités. Il y a rarement des messages d'espoir spirituels qui te permettent de dépasser le quotidien et le matériel. C'est le retour aux groupes. Ils sont en train de se raccrocher aux groupes qu'on a connus dans notre temps, du "flower power", mais où, avec le "flower power", il y avait le pouvoir du nombre. Ça fait que là itou, y sont en train de se faire illusionner. (#9)

L'intervenant #6 n'a abordé la dimension spirituelle que d'une façon intellectuelle et à la suite d'une question directe de notre part sur le sujet.

À ce niveau-là, il y a des recherches américaines qui ont clairement identifié que plus la personne croit, plus la personne pratique et moins le suicide est élevé... Puis un chercheur a identifié qu'effectivement, une personne qui a une croyance va passer au travers de certains événements avec un taux de stress moins élevé. (#6)

RÉSUMÉ/SYNTÈSE

Comme nous le disions au début de ce chapitre, en identifiant les facteurs qui contribuent aux idéations et comportements suicidaires des jeunes, les intervenants tiennent un discours passablement multidimensionnel et révèlent ainsi une vision large et globale du phénomène du suicide des jeunes, même si les dimensions spirituelle et biophysique sont peu prises en considération. En effet, la presque totalité des interviewés ayant considéré de façon importante quatre des six dimensions du problème scruté en entrevue, nous croyons admissible et légitime de conclure que leurs

représentations sociales du problème du suicide des jeunes sont multidimensionnelles.

En examinant de près les facteurs du suicide des jeunes identifiés par les intervenants dans chacune des dimensions, nous constatons qu'un grand nombre de ces facteurs sont des caractéristiques appartenant à l'ensemble des jeunes de la société plutôt que des caractéristiques propres uniquement aux jeunes suicidaires eux-mêmes. C'est comme si plus souvent qu'autrement la situation des jeunes suicidaires étaient perçues comme révélatrice de l'ensemble de la situation des jeunes de notre société. Par exemple, lorsque les intervenants parlent d'absence de valeurs solides dans un monde matérialiste ou du peu d'espoir de se trouver une place dans notre société, ils parlent alors de la jeunesse de notre société sans distinguer les jeunes suicidaires de l'ensemble de la jeunesse de chez nous. Par contre, lorsque les intervenants parlent de la faible estime de soi ou de l'isolement social des jeunes suicidaires, ils identifient alors des difficultés qui sont propres aux jeunes suicidaires plutôt que des difficultés caractéristiques des jeunes de notre société et de notre temps. Ces difficultés peuvent évidemment être également le lot d'autres jeunes non suicidaires, mais les intervenants ne les présentent pas comme des difficultés typiques de l'ensemble de nos jeunes.

Lorsqu'on considère les caractéristiques que les intervenants ont attribuées à l'ensemble de nos jeunes, force nous est de constater qu'ils brossent un tableau sombre de la situation de la jeunesse actuelle. Il est vrai par contre, étant donné qu'il était question d'idéations et de comportements suicidaires dans les entrevues, que les questions posées les amenaient à parler de caractéristiques négatives et ne les incitaient aucunement à faire ressortir des caractéristiques positives des jeunes et de leur situation. Néanmoins, la généralisation qu'ils font en parlant souvent de l'ensemble de la situation des jeunes pour identifier les facteurs contribuant aux idéations et comportements suicidaires de certains jeunes, révèle la vision qu'ils ont de la jeunesse actuelle. La toile de fond socio-

politico-économique est décrite par eux comme un fossoyeur d'espoir, comme un frein à la réalisation et même à l'émergence de rêves chez un grand nombre de jeunes. Sur le plan socio-politico-culturel, les intervenants décrivent une société exigeante et peu supportante, offrant peu de valeurs, de points d'ancrage, de modèles aux jeunes. Concernant la dimension relationnelle, les intervenants soulignent la faiblesse des réseaux de support de plusieurs jeunes, particulièrement les réseaux impliquant des adultes, que ce soit dans la famille ou à l'école. Sur le plan psychologique, le niveau d'anxiété et de détresse aurait, selon eux, augmenté chez l'ensemble des jeunes et aurait ainsi atteint, au cours des dernières décennies, le seuil de l'intolérable chez un nombre croissant de jeunes, nommément les plus vulnérables.

Tout en étant extérieure à notre objet de recherche, une question s'est imposée à nous. Nous nous sommes interrogé sur la justesse de ce tableau. En effet, il nous semble tout à fait possible que l'expérience professionnelle quotidienne des intervenants psychosociaux les mettant en contact avec une partie seulement des jeunes d'aujourd'hui, c'est-à-dire ceux qui ont des difficultés, les empêche d'avoir un portrait d'ensemble des jeunes et teinte de façon significative les représentations qu'ils se font de la situation des jeunes. Toutefois, nous pouvons aussi présumer que le taux de suicide d'une population déterminée reflète une difficulté ou un malaise généralisé au sein de l'ensemble de cette population. C'est comme si le taux de suicide servait de thermomètre indiquant la gravité du mal être de l'ensemble d'une population. Nous postulons donc que les facteurs identifiés par les intervenants affectent l'ensemble des jeunes Québécois, mais à des degrés divers. Lorsque ces facteurs gagnent en intensité, ce sont chez les plus vulnérables que l'on peut percevoir les conséquences les plus manifestes de ces facteurs, le comportement suicidaire étant la plus évidente et la plus tragique de toutes.

La dimension spirituelle dans laquelle huit des treize interviewés ont identifié des facteurs du suicide des jeunes a été

jugée "peu importante" parce qu'il s'agit, pour la plupart de ces huit interviewés, de facteurs qu'ils ont mentionnés sans trop s'y attarder, sans les développer. Comment interpréter le peu d'importance accordé à cette dimension? Une hypothèse est que les intervenants psychosociaux ont traditionnellement exclu cette dimension de leur champ d'analyse et d'intervention. La spiritualité serait associée dans l'esprit des intervenants psychosociaux à la religion ou à l'ésotérisme, deux domaines relevant de la vie privée et intime de l'individu et incompatibles avec les sciences humaines résolument laïques et positivistes, particulièrement en sol québécois contemporain. De plus, plusieurs intervenants psychosociaux, à l'instar d'un grand nombre de leurs concitoyens, ont évacué de leur vie la religion et, avec elle, les valeurs relevant du domaine de la spiritualité. Les intervenants psychosociaux, donc, dans l'analyse de problèmes sociaux et dans l'intervention, n'oseraient pas aborder les questions d'ordre spirituel ou n'auraient tout simplement pas pris l'habitude de le faire parce que, d'une part, ils désirent respecter les convictions personnelles et intimes de leurs clients concernant l'âme et le sens de la vie, et parce que, d'autre part, ayant écarté ce cadre de référence et ce type de valeurs dans leur propre vie, ils n'en voient pas la pertinence dans les problèmes auxquels ils s'adressent.

Quant à la dimension biophysique, nous l'avons cotée "très peu importante" parce que seulement trois interviewés s'y sont référés. Deux facteurs intéressants ont tout de même été avancés: les effets sur un jeune de la négligence de conditions essentielles à une bonne santé physique, comme l'alimentation et le sommeil, et les effets sur un jeune d'une perte de son intégrité physique ou d'une atteinte grave à son état de santé. Aucun interviewé n'a relevé, par contre, un facteur biophysique qu'on retrouve dans la littérature, soit les déséquilibres biochimiques de l'organisme, en particulier l'insuffisance de sérotonine dans le fonctionnement du cerveau. Cette constatation soulève plusieurs questions. Se pourrait-il que, même au CLSC où ils côtoient quotidiennement des infirmières et des médecins, les intervenants psychosociaux connaissent peu cette dimension? La quasi-absence de facteurs biochimiques dans les

représentations des intervenants aurait-elle comme conséquence l'absence, dans leur répertoire, d'interventions auprès de médecins ou de psychiatres visant à alléger la souffrance des jeunes suicidaires au moyen de médicaments comme des anti-dépresseurs? Les réponses des intervenants aux questions des deux prochains thèmes de la recherche semblent au contraire refléter un désir d'une plus grande collaboration des intervenants psychosociaux avec les médecins et les psychiatres. Les intervenants psychosociaux auraient-ils recours alors aux médecins et aux psychiatres pour alléger certains symptômes des jeunes suicidaires sans pour autant les croire capables de résoudre leurs véritables problèmes? L'absence de facteurs biochimiques parmi les facteurs contribuant aux idéations et comportements suicidaires dans les représentations sociales des intervenants nous porte à répondre à cette dernière question par l'affirmative.

CHAPITRE 6

LES REPRÉSENTATIONS DES STRATÉGIES SOUHAITABLES DANS LE CHAMP D'INTERVENTION DU SUICIDE DES JEUNES

Ce sixième chapitre présente, par dimensions, le point de vue des intervenants psychosociaux des CLSC sur l'ensemble du champ d'intervention du suicide des jeunes, plus spécifiquement sur ce qui devrait se faire de plus au Québec, particulièrement dans la région de l'Outaouais, dans l'ensemble de ce champ d'intervention. Comme dans le chapitre précédent, nous examinons si les représentations des intervenants psychosociaux concernant le champ d'intervention du suicide des jeunes sont nettement, un peu ou pas du tout multidimensionnelles. Nous comparons également la nature multidimensionnelle des représentations des intervenants dans ce thème-ci avec celle des deux autres thèmes portant sur le suicide des jeunes.

Dans leurs recommandations concernant les types d'intervention qu'ils jugent souhaitables d'ajouter à ce qui se fait déjà pour contrer le problème du suicide des jeunes dans la région de l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec, les intervenants accordent beaucoup de place à la dimension socio-politico-culturelle. (Voir le tableau 3 de la page 85.) La deuxième dimension en importance dans ce thème, quoique loin derrière la première, est la dimension relationnelle, suivie, avec un écart encore plus important, des dimensions psychique et socio-politico-économique. La dimension spirituelle n'est effleurée que par une interviewée, alors que la dimension biophysique ne fait l'objet d'aucune recommandation. Les intervenants sont invités ici à décrire les interventions (services directs, ressources, prévention, promotion) qu'ils jugent les plus utiles et efficaces à ajouter à l'arsenal actuel sans tenir compte de contraintes ou limites de budget. Il s'agit de l'intervention idéale, rêvée, pour ce problème. Étant donné que la question posée en

entrevue les incitait à parler de ce qui pourrait se faire de plus concernant le problème du suicide des jeunes, les personnes interviewées ont tenté d'envisager des améliorations au système déjà en place, prenant pour acquis que les interventions déjà existantes seraient maintenues. Ne relevant que ce qui serait complémentaire à l'arsenal actuel, ils ont suggéré peu d'interventions nouvelles liées à la dimension psychique, ce qui semble indiquer qu'ils sont relativement satisfaits de ce qui est déjà offert. Quelques-uns ont même exprimé ce point de vue de façon explicite. Somme toute, ils souhaiteraient surtout qu'on intervienne de façon à bonifier et enrichir le tissu social des jeunes gens, jugeant celui-ci plutôt peu stimulant.

Les stratégies jugées souhaitables par les intervenants pour lutter contre le suicide des jeunes sont classées dans ce chapitre par dimensions, chacune des six dimensions constituant les sous-chapitres. À l'intérieur des sous-chapitres, les idées semblables émises par deux, trois ou plusieurs intervenants sont regroupées en, ce que nous avons nommé, "stratégies-synthèse". Le lecteur pourra obtenir un aperçu de l'ensemble des "stratégies-synthèse" identifiées par les intervenants en consultant le tableau 5 de la page suivante puisqu'il présente une synopsis du chapitre.

SYNOPSIS DU CHAPITRE 6

LES REPRÉSENTATIONS DES STRATÉGIES SOUHAITABLES
DANS LE CHAMP D'INTERVENTION DU SUICIDE DES JEUNES

6.1	<u>La dimension socio-politico-économique</u>	p.132
	6.1.1 La création d'emplois pour les jeunes et des services d'aide pour les sans emploi	
6.2	<u>La dimension socio-politico-culturelle</u>	p.133
	6.2.1 Une meilleure concertation entre les organismes sociaux et de santé	
	6.2.2 Un centre de crise 24/7 pour jeunes	
	6.2.3 Des maisons de jeunes	
	6.2.4 Des gîtes pour jeunes sans abri	
	6.2.5 Des services psychiatriques ouverts sur la communauté	
	6.2.6 Des interventions dans les milieux fréquentés par les jeunes	
	6.2.7 Des Cliniques jeunesse plus accessibles	
	6.2.8 De l'aide aux parents	
	6.2.9 Du perfectionnement pour l'ensemble des intervenants	
	6.2.10 L'étude du suicide dans la formation de base des professions d'aide	
	6.2.11 Une sensibilisation judicieuse de l'ensemble de la population	
	6.2.12 Un mouvement de jeunes	
	6.2.13 Un rôle accru pour l'Association québécoise de suicidologie	
6.3	<u>La dimension relationnelle</u>	p.154
	6.3.1 Une intervention favorisant l'implication de la famille	
	6.3.2 Une intervention favorisant l'intégration des jeunes à des réseaux d'amis	
	6.3.3 Une intervention favorisant le développement de liens entre jeunes et adultes	
	6.3.4 Une formation expérientielle en relations humaines pour les jeunes à l'école	
6.4	<u>La dimension psychique</u>	p.158
	6.4.1 Une formation, à l'école et dans la famille, en gestion de problèmes	
	6.4.2 Des lieux d'écoute ou même de croissance pour les jeunes	
6.5	<u>La dimension spirituelle</u>	p.160
	6.5.1 Des échanges entre adolescents sur le sens de la vie	

6.1 La dimension socio-politico-économique

Dans le champ d'intervention du suicide des jeunes, les stratégies jugées souhaitables par des intervenants et appartenant à la dimension socio-politico-économique ont été regroupées sous la "stratégie-synthèse" suivante.

6.1.1 La création d'emplois pour les jeunes et des services d'aide pour les sans emploi

Appelées à se prononcer sur ce qu'on devrait faire de plus dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec concernant le suicide des jeunes, deux interviewées ont un discours semblable en ce sens qu'elles recommandent d'améliorer les conditions socio-économiques des jeunes plutôt que d'entreprendre directement la prévention du suicide. Selon **l'intervenante #13**, il faudrait "développer de l'espoir" pour les jeunes en créant des emplois et en leur procurant une aide concrète pouvant faciliter leur insertion ou leur retour sur le marché du travail.

Offrir un meilleur espoir à nos jeunes en terme de débouchés, là, sur l'avenir. Donner un espoir dans le sens, là, de création d'emplois... même si ça n'était plus des emplois, là, comme style fonctionnaire, comme nous autres, là... Créer de l'espoir, comme pour les jeunes adultes avec un enfant à la maison, pis que le conjoint les a laissés, pis que le désespoir s'installe. Souvent c'est relié aussi au fait que "j'ai même pas de moyen de transport, je ne peux même pas aller m'habiller pour chercher un emploi". Aller sur le marché du travail, ça veut dire m'endetter pour avoir une auto, m'endetter même pour m'acheter du linge.... Et en plus de ça, tu veux aller faire un emprunt à la banque, tu es sur l'Aide sociale, comment tu fais pour avoir un emprunt? Ils ne veulent pas t'endosser. T'sais, elles me disent: "Pour m'en sortir, il faut que j'aie une job, sinon je suis pris dans la maison à regarder les 4 murs, pis je déprime, pis je me dis que je vau plus rien". (#13)

L'intervenante #4 a également comme priorité en matière de prévention du suicide pour les jeunes la création d'emplois pour les

jeunes. De plus, elle souhaite que les sans emploi aient des services plus respectueux, plus humains et plus efficaces.

Je miserais davantage sur offrir, comme société, des lieux de travail réels, sur aider les jeunes à sortir de la précarité d'emploi. Je supporterais des organisations de type plus communautaire, de concertation, des lieux de solidarité de jeunes, de familles, des services de soutien aux jeunes parents. T'sais, il y en a ben des parents de 25-30 ans qui ont des difficultés à arriver, à joindre les deux bouts. Il y a des lieux de désespoir où les gens se retrouvent, par rapport au chômage, à attendre 6 à 8 semaines. Ils n'ont pas d'argent pour payer le loyer. Il y a des structures comme ça qui pourraient être plus efficaces. Je ne comprends pas, moi, qu'à l'Assurance chômage, ça prenne encore 6 à 8 semaines avant d'avoir le 1er chèque... Ça fait qu'il y a certaines structures d'aide qui sont très, très rigides, très déshumanisées. Pis en même temps, l'accès à l'emploi, dans certains endroits, c'est très humiliant; comme aller se trouver un emploi, c'est quasiment comme quêter. (#4)

6.2 La dimension socio-politico-culturelle

Dans le champ d'intervention du suicide des jeunes, les stratégies jugées souhaitables par les intervenants et appartenant à la dimension socio-politico-culturelle ont été regroupées sous treize (13) "stratégies-synthèse".

6.2.1 Une meilleure concertation entre les organismes sociaux et de santé

Concernant la dimension socio-politico-culturelle, la préoccupation du plus grand nombre d'interviewés semble être une meilleure concertation entre tous les organismes, publics ou communautaires, touchés de près ou de loin par le problème du suicide des jeunes. Pour l'intervenante #11, il faut d'abord briser l'isolement entre les intervenants d'un même organisme, comme le sien, et ensuite entre ceux-ci et les intervenants des autres organismes interpellés par le problème du suicide des jeunes.

Au niveau de l'intervention, j'ai l'impression que tout le monde fait son bout, pis son effort, qu'on intervient beaucoup sans nécessairement avoir tout le temps du recul non plus... On travaille trop seul face à cette problématique-là. Je compare la pratique à ce qu'elle était il y a 10 ans, en tout cas, je regarde ici, pis c'est devenu quasiment comme de la pratique privée, pis je pense pas que c'est une réponse. Il faut vraiment travailler plus en équipe multidisciplinaire, travailler ensemble, se rencontrer, se concerter, se parler, discuter... Pis qu'on travaille plus dans le sens de l'approche communautaire: sortir de nos bureaux, travailler avec d'autres, comme, par exemple, les policiers... Pour moi, c'est très clair que travailler seul, ça marche pas, parce que les intervenants se brûlent, se vident. Pis tu n'as pas toutes les solutions non plus. Quand tu travailles ensemble, en équipe, c'est beaucoup plus riche, plus vaste, pis, à un moment donné, tu trouves d'autres façons aussi. (#11)

Cette intervenante souhaite qu'une meilleure concertation puisse corriger deux erreurs de planification qu'elle a observées à date: la tendance à faire des études ne débouchant pas sur des actions bien articulées et la tendance à planifier des actions sans la participation des jeunes.

On aurait besoin d'une concertation de tout le monde par rapport à cette problématique-là, pis de vraiment articuler des choses en termes pratico-pratiques, t'sais, dans le milieu... Ayons des jeunes aussi sur ces comités-là, parce qu'eux autres sont très bien placés aussi pour nous donner du feedback. Puis bâtissons quelque chose de concret, là, pis dans le milieu. (#11)

En plus de citer les policiers comme un des groupes par excellence d'intervenants avec lesquels une collaboration plus étroite s'impose, l'intervenante #11 croit que les médecins de pratique générale constituent également un autre groupe incontournable.

Il y a peut-être 60% des problèmes de santé mentale qui aboutissent d'abord dans des bureaux de médecins parce qu'il y a des gens qui vont y aller pas nécessairement parce qu'ils ont un plan suicidaire, mais pour d'autres malaises.

Pour ces gens-là, le premier contact, c'est là qu'il va se faire, pas au CLSC. (#11)

L'intervenant #6 identifie l'appât du pouvoir, le manque de désintéressement comme principal obstacle à la collaboration entre les organismes sociaux et les intervenants sociaux. Il renvoie les intervenants sociaux et les gestionnaires d'organismes sociaux aux valeurs qui servent de fondement et de raison d'être aux professions d'aide, leur rappelant que l'objectif doit être de répondre le plus efficacement possible aux besoins des personnes malheureuses et non d'agrandir leur organisme.

Le plus possible, ils doivent collaborer avec les acteurs du milieu, avec le réseau de la personne, puis s'entendre, oublier un peu l'aspect où *je veux prendre de l'expansion et je veux avoir des argents*, pis collaborer beaucoup plus à une cause où on s'entraide au lieu de commencer à tirer chacun de son côté. (#6)

Il critique également certains gestionnaires d'organismes sociaux qui posent des gestes largement insuffisants, visant davantage à doré l'image publique de leur organisme qu'à contribuer de façon significative et durable à la prévention d'un problème social comme le suicide des jeunes.

Moi, je trouve épouvantable qu'on se donne belle figure en mettant de l'avant des programmes de prévention qui sont, à mon point de vue, le minimum du minimum du minimum... Par exemple, il ne faut pas se dire qu'on s'est équipé dans la région en matière de suicide parce qu'on a offert une journée de formation aux intervenants. (#6)

L'intervenante #5 déplore le retard des établissements institutionnels par rapport aux organismes communautaires en matière de concertation.

On est à l'état embryonnaire; on a de la difficulté à élargir nos réseaux. On commence à être partenaire, puis à explorer ça, t'sais, mais... Tout le monde fait du bon travail de façon

isolée mais, mon dieu que l'on a de la misère à... Moi, en tout cas, par rapport aux stratégies, je mettrais de l'emphase sur l'arrimage de ce monde-là. (#5)

Elle considère qu'une véritable concertation entre les établissements publics et entre ceux-ci et les organismes communautaires ne pourra s'établir dans la région que si la Régie de la santé et des services sociaux en fait une priorité et joue un rôle de leader dans un tel dossier.

Il faudrait que la Régie se prononce par rapport à ça. Je me dis que c'est quand même des décideurs. On parle de pouvoir et d'argent; c'est eux autres qui ont ces mandats-là. Qu'elle décide qui s'occupe de quoi, quand et comment... Nous autres, dans chacun de nos milieux, on fait nos jobs, on est toute dans un contexte de surcharge. Où émerge-t-elle, l'initiative d'aller cogner aux portes des partenaires pour dire: "Écoutez, les amis, on devrait s'asseoir puis travailler ensemble"? On n'a pas ça. (#5)

Elle craint, par contre, que la Régie développe une approche et une structure trop lourdes et peu fonctionnelles. Ses craintes sont fondées sur l'annonce récente par la Régie de la mise sur pied d'un gros comité de concertation concernant une problématique autre que le suicide des jeunes.

Quand tu réunis ce monde-là trois fois par année et que ça fait des réunions de cinquante personnes, tu peux pas... Moi, je crois aux petits comités de travail qui impliquent au maximum dix personnes pour établir des protocoles, prendre des décisions fermes... (#5)

Là où le manque de concertation se fait sentir de façon pressante, c'est à la suite d'un suicide.

Quand arrive un suicide, on dit: "Mon dieu! qu'on devrait avoir des procédures en cas d'urgence"... Quand on a eu le suicide d'un petit gars à une école primaire, il s'est fait des interventions tout croches, là, moi, je trouve... Il nous

faudrait des façons d'intervenir plus rapidement, pis un peu plus adéquatement. (#5)

L'intervenante #4 considère qu'on doit accroître les occasions de réunir tous les intervenants psychosociaux des différents organismes; cela favoriserait la concertation, les intervenants se connaissant mieux.

Je pense que, d'une part, ça prend des tables de concertation... mais ça prend aussi des lieux de concertation pour les intervenants. Qu'on se connaisse. Ça peut être, par exemple, des colloques. (#4)

L'intervenante #7 croit tellement à l'importance de resserrer les liens entre des intervenants sociaux de différents organismes oeuvrant dans un même champ d'intervention qu'elle a tenté, quoique sans succès, d'obtenir des fonds pour établir une collaboration continue plus étroite entre son CLSC et des organismes communautaires de son territoire.

On est tellement débordé qu'on n'entretient plus ou peu de relations avec les organismes du milieu. Nous, on voulait contacter les maisons de jeunes sur notre territoire pour savoir de façon plus spécifique ce qu'ils peuvent offrir et ce que nous autres, on peut aller faire dans le milieu. L'objectif était, suite à une étude préalable, de développer des alliances, t'sais, pis des mécanismes de référence réciproques. On donne souvent leurs coordonnées aux jeunes qu'on rencontre, mais c'est tout. Et eux, ils repèrent des jeunes qu'on ne voit pas nécessairement. Alors, on s'est dit: "Si on pouvait se compléter..." (#7)

Comme l'intervenant #6, cette intervenante conclut que les "besoins politiques" des établissements ont souvent une influence déterminante sur les décisions concernant les nouveaux projets à implanter et les approches à privilégier.

Il n'y a pas beaucoup de collaboration entre établissements non plus, de projets communs... À mon sens, à un moment

donné, il va falloir qu'on s'assoie pour regarder..., pour partir des besoins des jeunes au lieu de partir des besoins des établissements. (#7)

L'intervenante #13 souhaite, quant à elle, une meilleure concertation "entre les organismes de 1ère ligne et ceux de 2ième ligne", ce qui signifie surtout pour elle une plus grande accessibilité des services publics de 2ième ligne. Elle souhaiterait, en fait, que les intervenants de 2ième ligne accordent une plus grande crédibilité aux évaluations des intervenants de 1ère ligne lorsque ces derniers leur présentent des dossiers.

Il me semble qu'il faut attendre que la situation soit tellement lourde pour que... S'il y avait un peu plus de concertation, on n'attendrait pas que les problèmes se détériorent, pis deviennent trop gros avant qu'ils soient vus en 2ième ligne, pis on éviterait peut-être une forme de détresse aiguë. (#13)

L'intervenant #6 formule une critique semblable à celle de l'interviewée précédente, mais uniquement en fonction d'un établissement de 2ième ligne et en y apportant plus de précision.

Le seul problème que je trouve déplorable, c'est avec Pierre-Janet: l'urgence psychiatrique passe par le CHRO et c'est l'enfer. C'est un omnipraticien qui évalue la pertinence d'une évaluation psychiatrique et souvent il n'a pas les compétences pour le faire ou encore, le client, quand il le rencontre, ne lui dit pas tout. La solution serait qu'on reconnaisse les compétences de d'autres disciplines à évaluer la pertinence d'un examen psychiatrique et aussi que Pierre-Janet ait sa propre urgence et qu'elle gère ça. (#6)

6.2.2 Un centre de crise 24/7 pour jeunes

L'intervenante #5 recommande un centre de crise 24/7 pour les 18 ans et moins basé sur le modèle du centre 24/7 déjà en place pour les adultes.

Si j'avais de l'argent à consacrer au phénomène du suicide des jeunes, je mettrais sur pied un centre de crise adapté pour les adolescents, un peu comme le 24/7. On n'a pas besoin de réinventer tout le temps la roue. Il y a un système qui marche pour les adultes, alors pourquoi pas avoir l'équivalent pour les adolescents. Un centre où ils peuvent être hébergés, où on peut se déplacer pour aller leur parler, les évaluer. Ouvert, t'sais, où ils peuvent téléphoner en pleine nuit. Pis vraiment adapté pour les jeunes. Pis avec des protocoles: qu'est-ce qu'on fait par rapport aux parents, par rapport à la confidentialité, par rapport à un paquet d'affaires. (#5)

Elle ne croit pas qu'il serait sage d'ouvrir le Centre 24/7 pour adultes de façon à y inclure les adolescents. Elle donne en exemple le succès très mitigé d'une tentative d'intégration des adolescents aux adultes du Pavillon Jellinek, un centre de traitement pour toxicomanes. D'ailleurs, ce centre a depuis créé, comme l'intervenante #5 le fait remarquer, des programmes d'intervention spécifiques aux adolescents.

De plus, cette intervenante grefferait à un Centre 24/7 pour jeunes un service d'écoute téléphonique anonyme et confidentiel spécifiquement pour jeunes. Il existe déjà dans la région un centre d'aide téléphonique pour tous les âges, Tel-Aide Outaouais, et, pour les jeunes de tout le Québec, un centre d'aide téléphonique situé à Montréal, Tel-Jeunes.

Je verrais aussi une ligne d'aide téléphonique, mais adaptée pour les adolescents, parce qu'un adolescent qui appelle Tel-Aide, là, il ne rappelle pas. Il y a aussi un numéro S.O.S. pour les jeunes du Québec. Pis ça marche, ils appellent là, mais Québec ou Montréal, c'est loin. (#5)

Ce dont rêve cette intervenante concernant un tel service, c'est l'implantation "d'une formule S.O.S.-J'écoute dans chacune des écoles", c'est-à-dire un numéro propre à chaque école relié à l'équipe du Centre 24/7 pour jeunes. Il y aurait dans chaque école un "poteau" ou personne contact, probablement le travailleur social, pour assurer

rapidement le suivi au besoin. Selon elle, "plus c'est petit, pour les adolescents, mieux c'est". (#5)

L'intervenante #12 arrive aux mêmes conclusions que la précédente concernant le besoin d'un Centre 24/7 pour adolescents.

Y a pas, pour les jeunes, une espèce d'escouade, là, anti-suicide, comme pour les adultes, avec le 24/7... Y a comme un manque de focus. On peut pas dégager quelqu'un quand une crise suicidaire arrive... Y a pas soit une équipe dans un centre ou soit un lieu... Les gens savent qu'ils peuvent appeler au CLSC, mais... Ça a l'air d'un établissement, ici. On n'a pas de cuisine pour les amener prendre un café et surtout, on n'a pas d'endroit pour les héberger. Ça, c'est une grosse, grosse, grosse différence... Donc il faudrait quelque chose de semblable au 24/7 pour les jeunes. (#12)

L'intervenant #6 semble préoccupé plus par l'importance du mandat du Centre de crise 24/7 de l'Outaouais, pour lequel il a "énormément de réserves", que par l'âge de ses usagers. D'après lui, un Centre de prévention du suicide, comme on en trouve dans presque toutes les autres régions du Québec, répond de façon plus adéquate aux besoins des personnes ayant des comportements suicidaires que le Centre 24/7. Le danger, en ce qui concerne ce dernier, est qu'il ne soit pas "à la fine pointe de ce qui se fait en matière de prévention suicidaire", qu'il néglige la formation continue dans ce champ d'intervention à cause de l'attention qu'il doit accorder aux autres problèmes dont il est chargé.

6.2.3 Des maisons de jeunes

L'intervenant #3 est préoccupé par la qualité du milieu de vie des jeunes. Pour lui, la meilleure façon de prévenir le suicide des jeunes est de leur offrir des endroits sécuritaires, près de chez eux, où ils peuvent rencontrer d'autres jeunes, s'amuser et consulter des adultes au besoin.

Des maisons de jeunes, ça, j'encouragerais ça beaucoup...
Qu'on organise quelque chose pour les jeunes qui ne sont pas

impliqués dans des activités sportives structurées. Ceux qui sont impliqués là-dedans, eux autres, ils vont y échapper facilement à cette détresse-là parce qu'ils ont tellement d'alternatives, mais c'est ceux qui ne sont pas là-dedans et qui se retrouvent un vendredi soir, pis qui se disent: "Qu'est-ce que je vais faire en fin de semaine?" et pis qui n'ont pas d'appui... Que ce ne soit pas juste pour les jeunes poqués, par contre, mais pour les non poqués aussi... (#3)

Le premier objectif de la mise sur pied de maisons de jeunes, selon lui, est de favoriser l'entraide entre les jeunes, une façon reconnue par plusieurs auteurs et praticiens comme une contribution majeure à la prévention du suicide des jeunes. Il importe cependant d'encadrer de tels projets pour éviter que des éléments négatifs comme la drogue et la violence ne s'y introduisent.

La première préoccupation des jeunes, quand ils font leur sortie, là, selon un sondage qu'on a fait, c'est "juste pour être ensemble". Pis, comme de fait, c'est quand ils sont ensemble qu'ils s'entraident. 80% des jeunes vont trouver du support d'abord chez leurs pairs et après ça, ils vont aller voir chez les parents, chez les intervenants du milieu... Actuellement, ce qu'ils font, ils s'en vont dans les centres d'achat. Ils vont dans les centres d'achat, pourquoi? C'est pour être ensemble pis avoir du fun... Il y a ben des jeunes aussi qui aiment jouer au billard mais ils s'en vont dans les salles de billard pis là, c'est l'endroit où ils se passent de la drogue. Ils ont besoin de l'adulte. S'ils le rejettent, c'est parce qu'ils ne le sentent pas disponible. (#3)

À l'intérieur de ces maisons, l'intervenant #3 offrirait aux jeunes la possibilité de participer à des rencontres de groupe.

Pis que là-dedans, on organise des groupes de croissance pour les jeunes. J'ai des parents qui me demandent ça pour leurs jeunes. Pour avoir ça actuellement, ils sont obligés d'aller dans le privé pis là, ben, ça coûte cher. (#3)

Pour l'intervenante #4, si on veut s'attaquer aux "sources réelles" du problème du suicide des jeunes, il faut créer des "lieux de

solidarité", des "structures sociales de soutien" pour les jeunes, les familles. Comme l'interviewé précédent, celle-ci souligne l'importance d'assurer une présence d'adultes attentionnés dans ces lieux et de favoriser la création de liens entre jeunes. Elle souhaite même qu'on trouve des moyens de rapprocher les jeunes des personnes âgées.

Ça pourrait être à la fois un lieu de loisirs, d'activités, de culture et un lieu d'intervention où il y a des travailleurs, où il y a des gens sur place qui sont là pour écouter... Ça pourrait être des jeunes avec des Centres d'accueil, comme un peu de créer des liens inter-générationnels. (#4)

6.2.4 Des gîtes pour jeunes sans abri

L'intervenante #12 s'arrête au problème des "jeunes qui ont des problèmes graves avec leur famille et qui se ramassent dans la rue". Elle recommande donc la mise sur pied de ressources bien différentes de celles proposées par les deux interviewés précédents. Elle propose qu'on investisse dans la mise sur pied de gîtes pour jeunes sans abri.

Il faut développer des ressources qui ramassent les jeunes qui ont pas de place où aller, là, t'sais, qui rentrent pas dans aucune catégorie, là. Parce que, je veux dire, si t'as 18 ans pis que tu te ramasses sans argent, t'es pas éligible à l'aide sociale si tes parents peuvent fournir une contribution parentale; mais si les parents, eux autres, ils veulent pas en donner de contribution parce qu'ils sont choqués après leur jeune pis tout ça, un moment donné, on tombe dans un *nowhere*, là... Pis c'est un petit peu difficile pour Gîte Ami de prendre cette clientèle-là quand ils sont en bas de 18 ans, au niveau de leurs assurances pis tout ça, là. (#12)

6.2.5 Des services psychiatriques ouverts sur la communauté

Tout en appréciant l'aide qu'apporte à plusieurs adolescents l'Ado-centre du seul hôpital psychiatrique de l'Outaouais, plusieurs intervenants lui reprochent une certaine fermeture face à la

communauté, c'est-à-dire une absence de communication avec les intervenants des organismes du milieu et un manque d'accessibilité auprès de la population adolescente en général. **L'intervenante #5** imagine ce qu'elle ferait si elle y travaillait.

Moi, je croirais beaucoup aux services psychiatriques pour adolescents dans les écoles, dans leurs quartiers. Je me dis, il me semble, qu'ils sont en retard de bien des années... Je sais qu'ils ont fait l'expérience de services sur place à la polyvalente Nicolas-Gatineau, pour être plus accessibles. Ça fait qu'il y a déjà une piste... Pis plus d'échanges. Seigneur! je parlerais avec les partenaires. Ça fait vraiment hôpital. (#5)

6.2.6 Des interventions dans les milieux fréquentés par les jeunes

Plusieurs interviewés ont souligné le peu d'arrimage qui existe entre les services ou programmes offerts par leur CLSC et les caractéristiques des adolescents. De nombreux auteurs en suicidologie reconnaissent que les adolescents en difficulté cherchent de l'aide auprès de gens qu'ils connaissent, les amis d'abord, les parents et autres adultes connus ensuite. **L'intervenante #5** croit que les intervenants psychosociaux des polyvalentes, les travailleurs de rue, les animateurs des maisons de jeunes sont ceux qui répondent le mieux aux qualités d'accessibilité et de familiarité que les adolescents doivent trouver pour oser demander de l'aide.

Pour les adolescents, il faut qu'ils te voient, il faut qu'ils te *trust* avant de t'aborder pour de l'aide. Ou encore, il faut qu'ils aient entendu parler de toi. Un ami va dire: "En tout cas, cet intervenant-là, j'te dis que..." Beaucoup de bouche à oreille: "Je voudrais te voir parce que mon ami m'a dit que tu étais correct." Y ont des critères. (#5)

L'intervenante #11, comme quelques autres interviewés, souhaite l'établissement de points de services des CLSC dans des lieux fréquentés par de nombreux adolescents.

On travaille beaucoup dans nos boîtes pis moi, ça, je remets ça en question. Je pense qu'il va falloir sortir de nos boîtes pis aller travailler dans le milieu, partout où ils sont, les jeunes, t'sais, même dans les centre d'achat... Va voir aux Promenades; ils sont beaucoup, beaucoup là, les jeunes. Moi, j'avais la fantaisie, quand on a ouvert la Clinique jeunesse, pis j'en avais parlé à ce moment-là: "Pourquoi les 2 CLSC de Gatineau penseraient pas à quelque chose dans ce milieu-là?" Pourquoi pas? ... Pour moi, ce qui m'apparaît clair, ce serait de ne pas attendre les jeunes dans les boîtes... Ça marche pas avec les jeunes, ça. Il faut sortir d'ici, se rendre où sont les jeunes pis être disponible. (#11)

Si elle avait du pouvoir et de l'argent à consacrer à la question du suicide des jeunes, **l'intervenante #8** opterait avant tout pour un rapprochement entre les milieux d'intervention et les milieux de vie des jeunes, particulièrement des adolescents.

Ben moi, je serais portée à aller où ils sont les jeunes, les adolescents. Aller vers eux parce que c'est pas évident qu'ils viennent vers les organismes publics ou institutionnels. (#8)

6.2.7 Des Cliniques jeunesse plus accessibles

L'intervenante #7, comme l'intervenante #11, déplore le rôle social réduit dans lequel on a confiné les Cliniques de jeunes créées par les CLSC. Elle attribue cet état de fait à un manque de vision sociale de la part des nouveaux gestionnaires des CLSC.

Dans la problématique du suicide, il faudrait être innovateur mais, pour ça, il faudrait aller à l'envers de nos structures, probablement. Je vais te donner un seul exemple. Tous les CLSC ont des Cliniques de jeunes. À mon sens, on a manqué le bateau; on a tous dit à nos administrateurs: "Vous manquez le bateau" mais ils l'ont tous fait pareil. Il aurait pu y avoir une clinique, mettons, à Gatineau, une à Hull, au lieu que chaque CLSC en ait une à côté de ses bureaux... Il me semble que ça aurait été plus efficace de prendre cet argent-là dans l'Outaouais, de faire une clinique intégrée, une place où vraiment les jeunes vont, comme les Promenades de l'Outaouais, pis avoir, avec le restant de l'argent, des

travailleurs de rue, qu'on n'a pas dans nos établissements, pour aller chercher la clientèle. (#7)

Cette intervenante croit que les CLSC de l'Outaouais se sont inspirés de l'expérience de la Clinique St-Denis à Montréal, mais sans prendre en compte que cette clinique et le CLSC adjacent étaient situés au coeur d'un quartier largement fréquenté par des jeunes, ce qui n'est nullement le cas des CLSC de l'Outaouais. Tous les intervenants qui nous ont parlé de la Clinique Jeunesse de leur CLSC constatent que les adolescents ne l'utilisent pratiquement que pour des questions de santé reliées surtout à leur vie sexuelle (les M.T.S., les choix de méthodes contraceptives). Il semble que le volet psychosocial soit à peu près absent dans ces cliniques, à l'exception possiblement de la composante psychosociale de problèmes spécifiquement reliés à la sexualité.

La connaissance des besoins, des habitudes de vie et des comportements typiques des adolescents qu'ont acquise les quatre dernières interviewées citées les amène inéluctablement à la conclusion que la stratégie de base en prévention du suicide des jeunes, pour viser l'efficacité, doit être proactive. Les services doivent être offerts aux jeunes près des milieux qu'ils fréquentent, être visibles, accessibles, rassurants et accueillants.

6.2.8 De l'aide aux parents

Une stratégie de prévention du suicide des jeunes identifiée par l'intervenant #1 et retenue par au moins deux des CLSC de l'Outaouais est d'offrir des groupes thématiques aux parents d'enfants de différents groupes d'âge afin de les rendre aptes à donner à leurs enfants une confiance minimale en eux-mêmes et dans la vie ainsi que les habiletés nécessaires pour faire face aux vicissitudes de la vie.

S'il y a un travail à faire, c'est avec les parents de ces futurs adolescents, de ces futurs adultes, c'est de supporter et surtout de donner confiance aux parents dans l'importance de

leur rôle et dans leur capacité de rejoindre les jeunes, de les aider à discipliner leurs jeunes, à leur donner de l'affection et à ne pas se décourager et à ne pas démissionner et à ne pas penser que les travailleurs sociaux et les psychologues vont faire mieux qu'eux peuvent faire avec leurs enfants. (#1)

Dans un autre CLSC, celui de l'intervenante #7, des groupes thématiques sont également offerts aux parents et sont populaires. Cet intervenant croit au bien-fondé de cette approche dont le but est "d'équiper les parents pour qu'ils équipent leurs jeunes". Toutefois, la principale lacune de cette stratégie, selon elle, est qu'elle n'est pas adaptée aux familles les plus défavorisées, lesquelles souvent risquent d'en avoir le plus besoin.

Par contre, la critique qu'on pourrait faire de ce genre d'intervention-là, c'est qu'on rejoint toujours le même groupe de parents. Tu rejoins les parents qui ont une sensibilisation au problème, qui sont intéressés. (#7)

L'intervenant #1, cité plus haut, en est arrivé à la même constatation. Avec ses supérieurs, il est en train de réviser ce programme de groupes thématiques éducationnels pour qu'il réponde mieux aux besoins et à la culture des milieux défavorisés économiquement.

Un tiers des parents avait plus de difficulté à s'exprimer en groupe, était moins scolarisé ou avait des difficultés plus sérieuses avec les enfants à l'école, à la maison. Alors les parents plus défavorisés se sentaient un peu démunis dans ces groupes-là parce qu'ils avaient plus de difficulté à s'exprimer. On a fini par venir à la conclusion que, étant donné qu'on est peu d'intervenants et qu'on rejoint peu la clientèle que le CLSC a comme mission de rejoindre, il fallait tout réviser la programmation en vue de l'offrir à une population cible. (#1)

L'intervenant #3 rêve d'offrir des groupes aux parents d'adolescents. Il est convaincu que, s'il le faisait, la demande serait très forte parce que, selon lui, nombreux sont les parents

d'adolescents qui se sentent dépourvus face aux nouveaux comportements de leurs enfants devenus adolescents.

Aider les parents d'adolescents qui sont en difficulté; c'est incroyable comme ça serait facile. Moi, je partirais un groupe de parents toutes les semaines et je suis certain qu'il y aurait une clientèle... Des fois, ils veulent aller se chercher du support pour mieux contrôler leurs jeunes; ça, c'est inévitable. Mais souvent aussi c'est parce qu'ils ne savent pas quoi faire, eux autres, et ils se sentent incompétents là-dedans... Ils s'imaginent qu'ils ne sont plus compétents, rendus à l'adolescence de leurs enfants ou qu'ils ne sont plus importants pour leurs ados. (#3)

Pour l'intervenante #4, ce sont les jeunes parents qui ont particulièrement besoin de rétablir un réseau de support et aussi d'être conseillés et rassurés sur leurs habiletés parentales. Pour elle, l'important est d'amener les gens à "sortir de l'individualisme" et de l'isolement que notre société moderne a engendrés.

Quand je pense aux jeunes parents, bon, ben, ils sont souvent seuls à élever leurs enfants, qui parfois sont très, très actifs. Ils ont besoin de *coaching* parental. Pis aussi on est dans une région où les gens, plusieurs venant d'ailleurs, ont vécu des ruptures familiales. Si tu viens de Jonquière ou de Québec, tes liens familiaux sont ailleurs... (#4)

6.2.9 Du perfectionnement pour l'ensemble des intervenants

Plusieurs interviewés soulignent l'importance d'habiliter ceux qui, par leur travail, ont des contacts fréquents avec des jeunes à détecter les signes avant-coureurs d'un comportement suicidaire. L'exemple souvent cité est celui des enseignants. L'intervenante #12 insiste, par contre, pour qu'on ne sur-responsabilise pas les gens quand on leur donne un tel perfectionnement parce que beaucoup de personnes réagissent comme s'ils étaient responsables du comportement du suicidaire, "quasiment comme s'ils avaient sa vie entre leurs mains".

On a voulu, je pense, développer une conscience collective du problème. J'ai rien contre, mais y a des limites... Y a beaucoup de tension chez certaines personnes qui sont confrontées à ça et c'est très dur émotivement, là. Y a un bout où on peut faire de quoi, puis y a aussi le bout où on a notre limite, quelque intervenant qu'on soit... Puis c'est tellement, tellement humain, je pense, quand un suicide se produit, de chercher c'est à qui la faute, qui n'a pas fait sa job, qui n'a pas assez aimé ce jeune-là. Puis ça, il faut faire bien attention; c'est comme se saboter, je trouve. (#12)

6.2.10 L'étude du suicide dans la formation de base des professions d'aide

L'intervenant #6 a longuement insisté sur un aspect de la prévention du suicide des jeunes qui lui semble primordial et, dans les faits, extrêmement déficient. Il s'agit de la présence d'objectifs et de contenus obligatoires suffisants portant sur la problématique du suicide dans les programmes de formation de base des professions interpellées par le suicide. La médecine est visée en premier lieu, étant donné le rôle clef que les médecins peuvent jouer dans la détection des signes précurseurs des gestes suicidaires. Toutefois, il trouve tout aussi "aberrant" que dans la plupart des formations de base en travail social, en psychologie et dans les autres professions d'aide, il n'y ait pas un nombre suffisant d'heures de cours consacrées spécifiquement aux différents aspects du problème du suicide et de l'intervention dans ce champ de pratique.

Au Québec, on n'aura jamais une efficacité au niveau de la problématique du suicide, au niveau de l'intervention, tant et aussi longtemps qu'il n'y aura pas une volonté politique qui va imposer ou qui va fortement suggérer que dans les programmes de médecine, dorénavant, il va y avoir tant d'heures de cours sur l'évaluation du potentiel suicidaire, sur l'intervention. Quand on sait mauditemment bien qu'il y a 2 personnes sur 3 qui ont rencontré un médecin avant une tentative, là... Donc, les médecins sont comme des *gate-keepers*, la porte d'entrée du système. Et la majorité d'entre eux ne connaissent à peu près rien de la problématique. (#6)

Selon cet interviewé, la majorité des intervenants sociaux sont mal outillés pour intervenir dans ce problème et vivent de l'insécurité.

Par rapport au suicide, combien t'as d'intervenants, de professionnels qui ont peur de toucher à ça. Pis l'inconnu fait tout le temps peur; pis les conséquences de ton acte professionnel en intervention de crise suicidaire peuvent être graves aussi... Beaucoup de professionnels ne savent pas comment évaluer une urgence suicidaire. Au moins, il faut être capable d'évaluer l'urgence. (#6)

6.2.11 Une sensibilisation judicieuse de l'ensemble de la population

Quelques interviewés préconisent la sensibilisation de l'ensemble de la population au problème du suicide des jeunes, "en en parlant ouvertement"; c'est pour eux une façon de "faire plus et mieux" en matière de prévention. (#1) "Une campagne de sensibilisation par les médias comme ils le font pour le sida" (#10) est suggérée pour y parvenir. Toutefois, cette approche sème de l'inquiétude et soulève des réserves chez certains autres, qui craignent l'effet de mimétisme que pourrait entraîner, selon eux, une insistance trop prononcée sur ce problème.

C'est pas toujours nécessaire d'annoncer à pleine radio qu'il y a des enfants qui se sont suicidés. Là, il y a comme un effet d'entraînement qui s'installe. (#8)

Il faut toutefois distinguer entre l'exploitation sensationnaliste de la nouvelle d'un suicide de jeune et l'information sur le phénomène du suicide des jeunes traitée avec un recul et une sensibilité propices à susciter une réflexion éclairée sur le sujet. Les interviewés qui préconisent la sensibilisation de la population au problème du suicide des jeunes font évidemment référence à cette deuxième approche journalistique.

6.2.12 Un mouvement de jeunes

L'alliance de fond de l'intervenant #9 avec la génération des jeunes d'aujourd'hui est ressortie tout au long des trois entrevues que nous avons eues avec lui, mais particulièrement lorsqu'il a été invité à se pencher sur ce qu'on devrait faire de plus dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec concernant le suicide des jeunes. Ses antécédents syndicaux ont teinté ses propos en ce sens qu'il s'est mis à rêver d'une sorte de soulèvement de jeunes qui s'uniraient pour lutter afin d'obtenir leur place au soleil dans notre société.

Moi, quand je me mets à rêver, m'a te dire, je partirais un mouvement syndical pour la vie chez ces jeunes-là, qui leur appartiendrait et où ils auraient le droit de contester, le droit de vivre face à ceux qui leur ferment la porte. Ils pourraient se mettre en grève pour avoir le droit de vivre et dire: "Vos exigences, là, ça sert à rien s'il y en a 1 sur 10 parmi nous autres qui se ramasse à l'hôpital. Donc on exige la santé et la sécurité de base". Quand je vais dans mes fantaisies, je vois comme un mouvement de jeunes par les jeunes qui réclament le droit à la vie, le droit à la sécurité affective, le droit au travail, le droit à des cours accessibles et non pas patentés, le droit à des profs qui ont du temps à donner et qui sont pas pognés par un programme... En tout cas, il me semble qu'il pourrait y avoir un mouvement du droit à la vie pour les jeunes, un peu comme le mouvement pro-vie qu'il y a eu face à l'avortement. Mais c'est plus facile de parler des bébés; faut dire que les adolescents ne sont pas trop plaisants à organiser parce qu'ils risquent de partir en peur, pis on en a peur. Mais en même temps, je les ai vus s'autorégulariser entre eux, dans leur gang: ils vont s'arrêter les uns les autres, même dans leurs impulsions, ils vont s'entraider les uns les autres. En tout cas, il me semble qu'il y a là un autre discours à entendre que le discours tout le temps économique; on économise tout. (#9)

Comment croit-il que son rêve pourrait se réaliser? Par un grand nombre de forums qui donneraient la parole aux jeunes et leur permettraient de s'organiser. Il irait chercher "des animateurs de 25-30 ans qui parleraient en leur nom" et qui, "en même temps qu'ils

travailleraient à donner le droit de vivre aux ados, se le donneraient". Il considère que ces jeunes adultes, aux prises avec leurs propres problèmes d'emplois précaires et d'insécurité, pourraient fournir un leadership très adéquat et très utile aux adolescents parce qu'ils sont "assez articulés, moins impulsifs qu'un ado, mais capables d'être à la portée de l'ado". D'après lui, les gens dans la quarantaine, la génération des parents des adolescents d'aujourd'hui, sont mal placés pour comprendre et soutenir un tel mouvement de jeunes parce qu'ils vivent eux-mêmes une crise d'identité "de désillusionnés, de remise en question" et parce qu'ils sont en conflit d'intérêt, attachés qu'ils sont à leur sécurité d'emploi et à toutes leurs possessions matérielles. Ce mouvement inclurait tous les jeunes, pas seulement les étudiants, mais aussi "les *drop out* et les jeunes travailleurs". Il pourrait constituer, toujours selon l'interviewé #9, une force politique nouvelle dans notre société de plus en plus dominée par les intérêts des acteurs du libre marché.

Des groupes de réflexion qui débouchent sur des projets de société, des projets collectifs pis individuels pis qui ont de l'influence pis qui, en tout cas, contrecarrent le discours. T'sais, j'imagine voir une belle annonce à la TV qui dit: "Pourquoi avoir 80% à l'école si je suis heureux; moi, je suis limité intellectuellement, je me suis rendu en PC 3 et je suis fier d'être pompiste". T'imagines-tu le scandale que ça aurait, actuellement? (#9)

Il est très conscient de la nature explosive d'une telle démarche. Il a déjà senti la colère des élèves de sa polyvalente lorsqu'ils ont présenté des revendications à la direction et aux enseignants; il a également constaté la réaction défensive et plutôt fermée de ceux-ci. D'où le rôle d'un troisième groupe de personnes entre les deux, des personnes "qui n'ont rien à perdre, dont la job, s'ils se font rentrer dedans par les revendications de jeunes, n'est pas mise en jeu". Ces jeunes adultes seraient donc appelés à jouer un rôle de tampon et de médiateur dans ce conflit de générations; ils reconnaîtraient que, sur une scène plus large que celle de la polyvalente, leurs intérêts sont plus près de ceux des adolescents et que leur rôle premier est de

défendre les droits et intérêts de tous les jeunes. Ils fourniraient aux adolescents des mots et des stratégies éclairées pour exprimer leurs frustrations et les canaliser vers une action concertée.

Le but, c'est pas: "On brasse le camarade!", parce qu'il y a tellement de pression, parce qu'on parle de vie ou de mort chez les jeunes. Mais ça va péter. Pour moi, ça va péter. Il y a tellement de pression que c'est comme... il va falloir y aller en ouvrant tranquillement la petite valve, parce que ça risque de partir en peur. Quand tu es désespéré de même, tu es dangereux. Tu n'as rien à perdre. Pis, de l'autre bord, quand tu as des acquis à sauver à tout prix, que tu es en train de les perdre, tu es dangereux aussi; tu risques d'être répressif en tabarnouche. Pis entre les deux, y a ça, là, la possibilité de se rejoindre comme jeunes et parents avec l'aide de quelqu'un qui est ni ado, ni parent. (#9)

C'est par le biais des organismes communautaires que les jeunes de 25-30 ans jouent déjà en partie le rôle que l'intervenant #9 aimerait les voir jouer auprès des adolescents, quoique ce rôle est loin d'avoir l'ampleur qu'il prend dans ses rêves et donne souvent des résultats quelque peu mitigés.

Moi, je pense que c'est les maisons de jeunes, c'est les éducateurs communautaires, les organisateurs communautaires qui sont en train de faire la job. Mais en même temps, eux, leur problème, c'est qu'ils sont là à temps partiel, pour 5, 6 mois à la fois. (#9)

L'intervenante #4 croit aussi, à sa façon, qu'il faut poser le problème du suicide des jeunes en termes politiques, qu'il faut faire un débat public sur le peu de place que notre société laisse à ses jeunes. Il s'agit de faire prendre conscience à l'ensemble de la société de la part de responsabilité qu'elle a dans le sort réservé aux jeunes, sort dont le suicide est perçu par plusieurs interviewés comme la conséquence ultime la plus tragique.

Moi, je pense qu'on a besoin d'un débat, en tout cas, je vais loin, là, mais d'un débat plus politique sur la place des jeunes. On a besoin d'aller aux causes et de les dénoncer, les causes...

Le suicide des jeunes est un symptôme d'un malaise d'une société qui n'a pas une organisation sociale qui nourrit émotivement et physiquement son monde, ses jeunes. (#4)

6.2.13 Un rôle accru pour l'Association québécoise de suicidologie

Si l'intervenant #6 avait des sommes d'argent à consacrer à la prévention du suicide des jeunes dans l'ensemble du Québec, il se fixerait les deux priorités suivantes:

Premièrement, mettre à la disposition des régions du Québec qui n'en ont pas encore des ressources spécifiques au suicide, comme les Centres de prévention du suicide.

Deuxièmement, il chargerait l'AQS (l'Association québécoise de suicidologie) 1) d'établir des standards de qualité concernant les services, la recherche et la formation en prévention du suicide, 2) d'évaluer les efforts de prévention déployés par les organismes de chaque région oeuvrant dans ce champ d'intervention et 3) de conseiller et de supporter ceux-ci. Évidemment, un tel élargissement du mandat actuel de l'AQS nécessiterait la "volonté politique de mettre en place une infrastructure susceptible de répondre de façon efficace" aux nouvelles exigences et responsabilités qui incomberaient à cette association.

Pour appuyer ses dires, l'intervenant #6 a donné un exemple de l'utilité du rôle accru que pourrait jouer l'AQS. Il y a dix ans environ, le CPSQ (Centre de prévention du suicide de Québec) s'est tourné vers l'Association américaine de suicidologie pour faire évaluer et reconnaître la qualité de ses services et a effectivement reçu l'agrément de cette association, avec document détaillé à l'appui. L'AQS pourrait, ayant les reins plus solides grâce à un mandat élargi et à des subventions gouvernementales, offrir elle-même un tel service d'accréditation.

6.3 La dimension relationnelle

Dans le champ d'intervention du suicide des jeunes, les stratégies jugées souhaitables par des intervenants et appartenant à la dimension relationnelle ont été regroupées sous quatre (4) "stratégies-synthèse".

6.3.1 Une intervention favorisant l'implication de la famille

L'intervenant #3 considère que, pour être efficaces, les intervenants psychosociaux doivent tout mettre en oeuvre afin d'amener les parents à collaborer avec eux et à soutenir leur adolescent pendant qu'il reçoit de l'aide professionnelle et même, si possible, afin de les amener à s'impliquer eux-mêmes en tant que partie prenante dans le processus d'intervention. Il a une vision carrément systémique des problèmes des adolescents en ce sens qu'il les situe à l'intérieur d'une dynamique plus large, surtout familiale, qui s'est installée tout au long de la vie des adolescents. L'intervention doit donc porter sur cette dynamique familiale en visant le système lui-même ou au moins, lorsque l'on ne peut intervenir qu'avec un élément du système, en tenant compte de cette dynamique familiale dans l'intervention individuelle.

Ça devient très important d'avoir de la collaboration du côté des parents pis c'est pour ça que c'est peine perdue si on travaille avec le jeune pis qu'on n'aide pas le parent à devenir supportant avec ce jeune-là... L'intervenant qui réussit à établir une bonne relation avec ce jeune-là, il peut se gonfler pis dire "Hei! le parent n'est pas capable mais moi, je le suis. C'est de la *bull shit*, ça. Ça ne durera pas, cette affaire-là, parce que le jeune, à un moment donné, il va se retourner de bord, parce que le parent est important pour lui pis c'est important que le parent fasse le même cheminement aussi dans la relation. Ça s'est construit à deux et ça se reconstruit à deux. Pis c'est relationnel, ça, aussi. Pis si on touche pas aux failles avec le parent aussi, l'intervention va être pas mal limitée, je trouve. (#3)

Si l'intervenante #4 croit également qu'on doit impliquer dans le processus d'intervention les parents des adolescents lorsque ceux-ci sont suicidaires, c'est surtout parce qu'elle estime que les parents ont besoin qu'on accorde une attention particulière à leur douleur. C'est aussi, croit-elle, parce que les parents et les adolescents ont souvent besoin de renforcer des liens affaiblis. Critiquant l'approche du Centre hospitalier Pierre-Janet qui, selon elle, perçoit les parents comme des aides et estime que le jeune plutôt que la famille est le client, cette interviewée décrit ce qui serait souhaitable pour elle.

On devrait davantage prendre les parents comme étant des personnes en besoin, eux autres aussi, plus comme une partie prenante du plan de traitement. Eux aussi ont des besoins quand un de leurs enfants veut mourir. Pis je tablerais beaucoup plus sur la création de liens réels entre les jeunes et leurs parents. (#4)

6.3.2 Une intervention favorisant l'intégration des jeunes à des réseaux d'amis

Comme le reconnaît l'ensemble des auteurs et des praticiens, le réseau d'amis, à l'adolescence, est aussi et même souvent plus important que le réseau familial. L'intervenant #3 considère que les intervenants psychosociaux doivent aider les parents à comprendre la place importante que prend le réseau d'amis dans le développement normal de leurs adolescents et à favoriser et encourager l'intégration de leurs jeunes dans de tels réseaux.

Le jeune tient tellement à ses amis et il va tellement chercher de support là que ça devient important d'aider les parents à accepter ça comme quelque chose de normal, ça, que le jeune aille se chercher du support là. Des fois, il y a une espèce de jalousie aussi: "Elle dit toute à ses amis pis avec nous autres, y a rien". Alors: "Oui, c'est normal que votre jeune en parle à ses amis parce qu'avec les amis, c'est un rapport plus égalitaire; avec vous autres, il y a toujours un risque aussi parce que vous avez beau être les amis de vos enfants,

l'enfant sait très bien que vous avez le gros bout du bâton, puis c'est normal". (#3)

6.3.3 Une intervention favorisant le développement de liens entre jeunes et adultes

Avant son intervention surtout sur la dimension relationnelle, **l'intervenant #3** ajoute un autre élément à la stratégie globale de renforcement du réseau de relations interpersonnelles de chacun des jeunes de notre société, élément que devraient adopter, selon lui, les intervenants psychosociaux dans leurs efforts de prévention du suicide des jeunes. Il s'agit de favoriser le développement de relations significatives entre jeunes et personnes adultes, de sorte que chaque jeune, particulièrement pendant son adolescence, connaisse au moins une personne adulte à laquelle il puisse se confier en toute confiance.

Il faudrait que ce soit une stratégie d'intervention qui permette aux jeunes d'être en contact direct avec des adultes, de créer des contacts significatifs avec des adultes. Moins il vit de contact significatif dans sa famille, plus il faut qu'il s'en trouve à l'extérieur; qu'il se trouve d'autres pères ou d'autres mères, t'sais. Il y a des jeunes, par exemple, qui se rattrapent avec un professeur ou avec un intervenant. (#3)

Les intervenants psychosociaux peuvent donc contribuer à la prévention du suicide des jeunes en incitant des adultes à créer des liens étroits avec des jeunes et en établissant eux-mêmes des contacts de qualité avec les jeunes qu'ils rencontrent dans leur travail. Un jeune créera un lien de confiance avec un adulte s'il perçoit que ce dernier prend le temps de l'écouter, ne le juge pas, a ses intérêts à coeur et le considère comme une personne importante. Pour développer une telle qualité de liens avec des jeunes ou pour la susciter chez les autres, les intervenants psychosociaux doivent surmonter leurs propres préjugés à l'égard des adolescents et confronter ceux que de nombreux adultes entretiennent à leur égard.

Les adultes à qui je parle d'adolescents, d'intervenir auprès d'adolescents, me disent: "Comment tu fais? C'est épuisant, ça a pas de bon sens. Ces jeunes-là, y savent pas ce qu'ils veulent". C'est pas vrai; c'est pas vrai. Ces jeunes-là, dès qu'on entre en contact avec, c'est des perles pis c'est rare que le jeune n'accepte pas une ouverture... Même ceux qu'on appelle les enfants *Téflon*, ce que j'ai constaté avec ça, c'est que, s'il ne colle pas, c'est parce qu'on n'est pas collant... Les jeunes qui ne sont pas rejoignables émotivement, je pense que ça n'existe pas. Là où ça va exister, c'est quand on a affaire à un jeune qui est violent... Il va vouloir plus nous utiliser, lui, nous utiliser comme moyen de rentrer dans l'autre... Certains intervenants me disent: " Ce jeune-là, il n'y a rien à faire avec; on a tout essayé". Pis je le rencontre, pis il veut faire quelque chose. Mais pour en arriver là, il faut le rejoindre dans ce qu'il vit, lui, reconnaître de quoi il se défend quand il adopte telle attitude? (#3)

L'intervenante #2 insiste sur l'impact parfois insoupçonné de l'attitude des intervenants, de quelque profession ou niveau d'éducation qu'ils soient. La façon qu'adopte un intervenant pour aborder un jeune contribue presque toujours, selon cette intervenante, à rehausser l'estime de soi du jeune ou à renforcer l'image négative qu'il a de lui-même. Comme l'interviewé précédent, cette intervenante croit que la qualité du contact et du lien entre un adulte intervenant auprès des adolescents et un de ceux-ci constitue un élément clef de la prévention du suicide.

J'entends beaucoup de jeunes qui sont dans les écoles dire que leurs prof. leur disent: "T'es pas capable, t'es bon rien, t'as rien fait de bon, là" et ça m'énerve énormément parce que je pense qu'entre professionnels, on peut détruire les efforts l'un de l'autre... Un autre exemple: la sécurité du revenu, l'aide sociale, l'assurance-chômage, ça, c'est d'autres endroits qui sont très dévalorisants. Les gens me rapportent que quand ils mettent les pieds là-dedans, la plupart du temps, ils se sentent comme des bons à rien... Alors, dans le fond, tous les organismes peuvent contribuer ou nuire dans ce domaine-là, dépendant des attitudes que les intervenants prennent. (#2)

6.3.4 Une formation expérientielle en relations humaines pour les jeunes à l'école

L'intervenante #7, si elle avait le pouvoir et l'argent pour déterminer des cibles d'intervention prioritaires dans le domaine de la prévention du suicide des jeunes au Québec, c'est en éducation qu'elle innoverait. Elle croit que les enfants et les adolescents pourraient grandement bénéficier d'un programme de formation en relations humaines axé principalement sur le développement affectif et l'apprentissage d'habiletés dans la communication des émotions et dans le partage des expériences personnelles.

Il me semble que, si on avait un programme éducatif où on parlait des relations, pis comment on exprime nos choses..., ce serait la meilleure prévention qu'il n'y aurait pas. Parce que les gens ont la conviction que de parler de nos problèmes, ça va écoeurer le monde alentour de nous autres, pis vaut mieux ne pas en parler. Vaut mieux rester avec pour laisser l'image qu'on est au-dessus de nos affaires. (#7)

Ce programme, selon cette interviewée, devrait s'étendre du primaire au secondaire et faire partie de la programmation obligatoire du Ministère de l'éducation. Il existe déjà le cours "Formation personnelle et sociale", mais il s'agit d'une activité peu expérientielle où on transmet surtout des renseignements, par exemple, sur la toxicomanie ou sur "les relations sexuelles, mais par la négative, c'est-à-dire par les MTS, la contraception, les différents problèmes". (#7) De toute façon, cette intervenante croit que ce programme ne s'offre plus au primaire et qu'il a été limité à deux niveaux du secondaire.

6.4 La dimension psychique

Dans le champ d'intervention du suicide des jeunes, les stratégies jugées souhaitables par des intervenants et appartenant à la dimension psychique ont été regroupées sous deux (2) "stratégies-synthèse".

6.4.1 Une formation, à l'école et dans la famille, en gestion de problèmes

Comme l'intervenante #7 citée plus haut, l'intervenante #2 considère que la meilleure prévention du suicide des jeunes est la transmission de compétences de base pour faire face aux difficultés de la vie. Toutefois, ce sont des habiletés en gestion de problèmes plutôt que des habiletés en relations interpersonnelles qu'elle souhaiterait que l'école et la famille transmettent aux enfants et aux adolescents. Étant donné les commentaires négatifs qu'elle a entendus de la part de nombreux adolescents au sujet du cours Formation personnelle et sociale, ce qu'elle déplore d'ailleurs, elle croit que, à l'école, le cours de religion ou morale pourrait être "l'endroit privilégié" pour enseigner de telles habiletés aux jeunes du primaire et du secondaire. Elle identifie également le besoin qu'ont plusieurs parents de se doter eux-mêmes des habiletés de gestion de problèmes afin de pouvoir les transmettre à leurs enfants. Par contre, elle ne donne aucune indication sur la façon dont elle s'y prendrait pour mieux outiller ces parents.

Moi, je pense qu'il s'agirait de mieux habiliter les jeunes à transiger avec des difficultés, donc les habiliter à utiliser un processus de solution de problèmes pour qu'ils puissent faire face à une gamme de difficultés et qu'ils puissent en arriver à gérer eux-mêmes certaines difficultés au lieu d'en arriver à voir le suicide comme moyen de sortir d'une difficulté. (#2)

6.4.2 Des lieux d'écoute ou même de croissance pour les jeunes

La seule autre recommandation relevant de la dimension psychique a été faite par les intervenants #3 et 4 lorsqu'ils décrivaient les services que devraient offrir les Maisons de jeunes mentionnées dans la deuxième section de ce chapitre. Le premier croit qu'il serait important d'y offrir des groupes de croissance pour les jeunes. L'autre intervenante souhaiterait qu'une Maison de jeunes soit "un lieu d'intervention où il y a des travailleurs, où il y a des gens sur place qui sont là pour écouter". (#4)

6.5 La dimension spirituelle

Dans le champ d'intervention du suicide des jeunes, les stratégies jugées souhaitables par des intervenants et appartenant à la dimension spirituelle ont été regroupées sous la "stratégie-synthèse" suivante.

6.5.1 Des échanges entre adolescents sur le sens de la vie

La seule recommandation d'ordre spirituel est venue de l'intervenante #10. Elle souhaiterait qu'on organise dans les polyvalentes des rencontres de groupe pour adolescents afin de leur permettre d'échanger sur le sens à donner à leur vie, sur les valeurs pouvant contribuer à combler le vide existentiel qu'elle a préalablement identifié comme un des facteurs des comportements suicidaires des jeunes.

Je verrais une série de rencontres, là, sur pourquoi on est déprimé, pourquoi on est suicidaire, les alternatives, puis aussi essayer de relier ça à des valeurs, au fait de trouver des raisons de vivre, un sens à la vie. (#10)

RÉSUMÉ/SYNTHESE

Interrogés sur l'arsenal dont on devrait idéalement se doter dans la région de l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec pour contrer le problème du suicide des jeunes, les intervenants ont surtout proposé une meilleure coordination de l'aide apportée aux jeunes, une meilleure concertation intra et intersectorielle des intervenants entre eux, avec leurs partenaires et avec les jeunes eux-mêmes, un enrichissement du milieu de vie, du tissu social des jeunes, une amélioration du réseau d'aide aux jeunes par des ajouts de ressources manquantes et par une meilleure accessibilité des ressources existantes, une sensibilisation judicieuse de la population, une meilleure préparation des aidants naturels et professionnels à

intervenir dans ce problème et, enfin, l'appui à une mobilisation générale de jeunes pour affirmer leurs droits et intérêts. Tous ces changements jugés souhaitables touchent la dimension socio-politico-culturelle, dimension qui était également très importante dans le thème précédent, où les intervenants ont énuméré les facteurs contribuant au problème du suicide des jeunes.

Le plus étonnant, et nous anticipons ici l'analyse que nous en ferons à la fin du chapitre suivant, c'est, d'une part, que la dimension socio-politico-culturelle soit si importante dans la réflexion des intervenants sur le problème du suicide des jeunes et sur les stratégies d'action qu'ils voudraient voir adoptées à son égard et, d'autre part, que les actions des intervenants dans leur propre pratique professionnelle, selon la description qu'ils en font dans le chapitre suivant, tiennent très peu compte de cette dimension. (Voir le tableau 3 de la page 85.) Comment le discours des intervenants sur les actions que la société devrait entreprendre pour contrer le problème du suicide des jeunes peut-il être si différent des actions posées par ces mêmes intervenants dans leur pratique? En d'autres mots, comment se fait-il que les intervenants excluent de leur pratique professionnelle la majeure partie des actions qu'ils considèrent les plus significatives et les plus déterminantes pour prévenir le suicide? Faut-il conclure qu'ils laissent à d'autres la responsabilité et l'initiative de poser ces gestes? Seraient-ils contraints par leur cadre organisationnel ou par leurs modèles d'intervention à s'en tenir, dans leur pratique, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, aux dimensions psychique et relationnelle, c'est-à-dire à des actions de la sphère privée? Considèrent-ils les actions de la sphère publique, particulièrement celles relevant de la dimension socio-politico-culturelle, comme dépassant leurs compétences, dépassant leur mandat, ou est-ce tout simplement qu'ils n'auraient pas le temps d'intervenir plus en amont des problèmes du suicide des jeunes, occupés qu'ils sont à aider les jeunes en pleine crise suicidaire? La réponse à ces questions n'est pas simple et comprend probablement une combinaison des nombreuses possibilités évoquées.

La deuxième dimension en importance dans ce thème, la seule autre d'ailleurs qu'on puisse qualifier d'importante, est la dimension relationnelle. Autant les intervenants étaient préoccupés dans le thème précédent par l'isolement et la solitude d'un grand nombre de jeunes, autant ils formulent des recommandations pouvant contribuer à briser cet isolement, que ce soit par le rapprochement des intervenants psychosociaux des jeunes ou par le renforcement de leurs différents réseaux sociaux. La dimension relationnelle, également importante et même très importante pour les intervenants dans le troisième thème de la recherche, c'est-à-dire les représentations de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC, est, des six dimensions de notre recherche, celle qui présente la plus grande concordance et cohérence d'un thème à l'autre.

Alors qu'au chapitre précédent, huit intervenants avaient insisté sur les facteurs d'ordre socio-politico-économique pour expliquer l'ampleur du phénomène du suicide des jeunes dans notre société, seulement deux ont pensé à des stratégies relevant de cette dimension pour réduire et prévenir ce problème. Serait-ce que les intervenants, face à la conjoncture socio-politico-économique, se sentiraient impuissants et auraient majoritairement une vision plutôt fataliste, croyant peu à l'impact des politiques sociales ou des ressources gouvernementales ou communautaires sur des problèmes tels que le chômage?

Peu d'interviewés ont fait allusion à la dimension psychique dans l'identification des stratégies à développer. Cela peut sembler étonnant, étant donné d'abord qu'ils ont été nombreux à souligner les facteurs d'ordre psychique contribuant au problème du suicide des jeunes et ensuite qu'ils accordent une attention très importante à cette dimension dans la description de leur pratique. Comme nous l'avons déjà mentionné au début du chapitre, il est possible que les intervenants cherchaient à identifier ce que nous pourrions faire de plus pour contrer le suicide des jeunes et qu'ils estimaient presque satisfaisantes les réalisations actuelles dans cette dimension.

Même si au chapitre précédent les facteurs d'ordre spirituel contribuant au problème du suicide des jeunes ont été peu élaborés, ils ont tout de même été soulevés par une majorité d'intervenants. Lorsque, dans ce chapitre, il s'est agi d'identifier des stratégies de lutte contre ce problème, seule une interviewée a suggéré l'implantation d'une activité relevant de la dimension spirituelle.

Quant à la dimension biophysique, aucune recommandation n'a été formulée par les intervenants, trois d'entre eux ayant, au chapitre précédent, relevé quelques facteurs dans cette dimension. Ce que nous avançons auparavant semble se confirmer: la plupart des intervenants psychosociaux considèrent les dimensions spirituelles et biophysiques comme extérieures à leur mandat et à leur champ de compétence ou d'expertise; ils ont donc tendance à ne pas s'y aventurer.

CHAPITRE 7

LES REPRÉSENTATIONS DE LA PRATIQUE DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX DES CLSC À L'ÉGARD DU SUICIDE DES JEUNES

Dans les deux derniers chapitres, nous avons analysé les représentations d'intervenants psychosociaux ayant été invités à faire une synthèse de leurs observations et réflexions concernant le problème du suicide des jeunes et le champ d'intervention y correspondant. Dans ce chapitre-ci, c'est leur propre pratique à l'égard du suicide des jeunes que les intervenants psychosociaux ont été invités à nous exposer. Nous visons toujours à vérifier l'importance de la place que prend chacune des six dimensions de notre grille d'analyse dans ce thème, à comparer la nature multidimensionnelle des représentations des intervenants dans ce thème avec celle des représentations des deux thèmes précédents et à acquérir une compréhension de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard du suicide des jeunes (qu'il s'agisse de définir les problèmes rencontrés ou d'établir des stratégies d'intervention), toujours en fonction des six dimensions de notre grille d'analyse.

C'est surtout en examinant la description et l'analyse que font les intervenants de *leur propre* pratique professionnelle à l'égard du suicide des jeunes que nous avons repéré et explicité leurs représentations de *la* pratique des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard du suicide des jeunes. Par pratique, nous entendons les types d'évaluations et de stratégies que les intervenants psychosociaux développent à l'égard de leurs jeunes bénéficiaires ayant des idéations ou comportements suicidaires.

Dans leur discours sur leur pratique professionnelle à l'égard du suicide des jeunes, les intervenants accordent une place très importante à la dimension relationnelle et à la dimension psychique

(voir le tableau 3 de la page 85 et surtout le tableau 6 de la page 168). De fait, ces deux dimensions réunies regroupent la très grande majorité des segments d'entrevue des intervenants portant sur ce troisième thème. La dimension relationnelle prend même une importance accrue chez les intervenants ayant mis sur pied, coordonné ou animé, dans les écoles polyvalentes, des ressources d'entraide ou de pairs aidants (voir le sous-chapitre 7.2 à la page 188). Les dimensions socio-politico-culturelle, socio-politico-économique et biophysique occupent une place tout à fait secondaire dans le discours des intervenants sur leur pratique. La dimension spirituelle est, à toutes fins utiles, absente de ce discours.

Ce troisième thème, que nous abordons dans le présent chapitre, se subdivise en deux parties. La première partie est de loin la plus substantielle et regroupe des dossiers (récits d'intervention) de jeunes suicidaires présentés par les intervenants. La deuxième partie consiste en la description de projets particuliers de prévention du suicide des jeunes auxquels ont participé quelques-uns des intervenants oeuvrant dans les écoles polyvalentes, projets complémentaires à leurs interventions dans des dossiers individuels.

7.1 Les dossiers de jeunes suicidaires

Dans la première partie de ce chapitre, nous avons adopté une méthode d'analyse et de présentation différente de celle que nous avons utilisée jusqu'ici. Alors que dans les deux premiers thèmes (chapitres 5 et 6), nous avons regroupé les représentations des intervenants par dimensions, ici nous avons étudié successivement chacun des dossiers d'utilisateurs présentés en entrevue par les intervenants. Pour chacun des dossiers, nous avons identifié les dimensions évoquées par l'interviewé dans l'évaluation des *facteurs d'idéations et de comportements suicidaires* de son jeune usager ainsi que les dimensions évoquées dans les *stratégies d'intervention retenues* qu'il nous a décrites. En d'autres mots, nous avons analysé un à un chacun des 26 dossiers; pour chacun, nous avons distingué l'évaluation du jeune suicidaire, d'une part, et les actions entreprises,

d'autre part, le tout en fonction des six dimensions de notre grille d'analyse. Le lecteur notera également un autre changement dans notre façon de présenter le matériel: l'utilisation de résumés d'entrevue fait appel à très peu de citations comparativement aux deux chapitres précédents. Cette méthode de présentation se prêtait mieux à la nature des descriptions de cas, souvent décousue, que l'entrevue suscitait.

Des vingt-six (26) jeunes suicidaires présentés en entrevue, treize (13) sont de sexe féminin et treize (13), de sexe masculin. Cette répartition symétrique entre les sexes est totalement fortuite. Du premier groupe de treize jeunes femmes, dix (10) sont des adolescentes entre 14 et 16 ans et trois (3) sont de jeunes adultes de 25 ans. Du deuxième groupe de treize jeunes hommes, huit (8) sont des adolescents entre 14 et 19 ans et cinq (5) sont des jeunes adultes entre 20 et 28 ans. La proportion élevée d'adolescents par rapport aux jeunes adultes est due surtout au fait que cinq des treize interviewés interviennent prioritairement dans des polyvalentes où leurs bénéficiaires sont nécessairement des adolescents. Concernant le type de comportement suicidaire, quatorze (14) jeunes entretenaient des idéations suicidaires, dix (10) avaient fait au moins une tentative de suicide et deux (2) se sont effectivement suicidés quelque temps après que les interviewés eurent fermé leurs dossiers.

Afin de présenter ces 26 dossiers d'une façon ordonnée et logique, nous avons choisi de les répartir en sous-groupes à partir d'une caractéristique dominante et centrale à chacun des dossiers d'un même sous-groupe. Cette caractéristique n'est pas nécessairement unique aux dossiers regroupés dans un même sous-groupe en ce sens qu'elle pourrait être présente dans des dossiers d'autres sous-groupes, mais sans par contre être au coeur du dossier. Cette recherche d'une caractéristique dominante et centrale donnant un sens à un regroupement de dossiers nous a mené à identifier huit catégories rassemblant de un à six dossiers chacune. Ces huit catégories ainsi que les dossiers y correspondant font l'objet du

tableau 6 de la page suivante. Ce tableau donne également de l'information, pour chacun des dossiers, sur les éléments suivants: le numéro du dossier, la page de la présentation de notre analyse du dossier, le sexe et l'âge de l'utilisateur et finalement les dimensions présentes dans l'identification des facteurs d'idéations et de comportements suicidaires de l'utilisateur, et les dimensions présentes dans la description des stratégies d'intervention. Un tableau plus détaillé à l'appendice C donne de l'information sur les éléments supplémentaires suivants: le numéro de l'intervenant ayant présenté le dossier en entrevue, le secteur du CLSC où s'est déroulée l'intervention et le type de comportement suicidaire de l'utilisateur.

Afin d'alléger la lecture d'un aussi grand nombre de dossiers de jeunes suicidaires, nous en avons réduit le nombre dans le texte principal de ce rapport pour ne retenir que le premier dossier de chacune des huit (8) catégories. Les dix-huit (18) dossiers n'ayant pas été retenus dans le corps même du texte du rapport peuvent être consultés à l'appendice D.

**LES 26 DOSSIERS DE JEUNES SUICIDAIRES REGROUPÉS
À PARTIR DE CARACTÉRISTIQUES CENTRALES**

Caractéristiques centrales	No de dossier	Page	Sexe	Age	Facteurs par dimensions*						:	Stratégies par dimensions					
					E	C	R	P	B	S		:	E	C	R	P	B
7.1.1 Milieu familial dysfonctionnel	# 1	p. 169	.. F. .	15 ans			x	x			:			x	x		
	# 2	p. 286	.. F. .	15 ans			x	x			:		x	x	x		
	# 3	p. 288	.. M. .	17 ans		x	x	x			:			x			
	# 4	p. 290	.. M. .	15 ans			x	x			:			x			
	# 5	p. 292	.. F. .	16 ans			x	x			:			x	x		
7.1.2 Milieu familial dysfonctionnel et abusif	# 6	p. 172	.. F. .	16 ans		x	x	x			:		x	x			
	# 7	p. 294	.. F. .	14 ans		x	x	x			:			x			
	# 8	p. 296	.. F. .	14 - 20			x	x			:		x	x	x		
	# 9	p. 299	.. F. .	15 ans			x	x			:			x	x		
7.1.3 Difficiles conditions de vie matérielles de la famille	# 11	p. 175	.. F. .	16 ans	x		x	x			:			x			
	# 12	p. 303	.. F. .	25 ans	x	x	x	x			:	x		x	x		
7.1.4 Rupture amoureuse ou séparation	# 13	p. 176	.. M. .	20 ans	x		x	x			:			x	x		
	# 14	p. 306	.. M. .	16 ans			x	x			:			x			
	# 15	p. 308	.. M. .	28 ans			x	x			:			x	x	x	
7.1.5 Difficulté à assumer les responsabilités de la vie adulte	# 16	p.179	.. M. .	22 ans				x			:			x	x		
	# 17	p. 310	.. M. .	25 ans			x	x			:			x	x		
7.1.6 Isolement émotif et social	# 18	p. 181	.. M. .	19 ans			x	x			:			x	x		
	# 19	p. 311	.. F. .	16 ans			x	x			:			x	x		
	# 20	p. 313	.. F. .	16 ans			x	x			:		x	x	x		
	# 21	p. 315	.. M. .	17 ans		x	x	x			:			x	x		
	# 22	p. 318	.. M. .	26 ans			x	x			:				x		
7.1.7 Difficulté à assumer une maladie	# 24	p. 184	.. F. .	25 ans				x			:			x	x		
	# 25	p. 323	.. F. .	25 ans	x		x	x	x		:			x	x		
7.1.8 Impact appréhendé du suicide d'un ami	# 26	p. 186	.. M. .	15 ans			x				:			x			
					4	6	2	2	1	0	:	1	4	2	1	1	0
							4	5			:		5	8			

*Les dimensions:

É = économique C = culturelle R = relationnelle P = psychique B= biophysique
S = spirituelle

¹ Voir tableau plus détaillé à l'appendice C (page 271).

7.1.1 Détresse due principalement à un milieu familial dysfonctionnel

DOSSIER #1

L'intervenant #3 nous présente le dossier d'une adolescente de 15 ans, fille aînée d'une famille de trois enfants, ayant des idéations suicidaires. Le moyen qu'elle envisage est de prendre une surdose de médicaments.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Les facteurs d'idéations suicidaires de cette jeune ont, selon l'évaluation de l'intervenant, deux dimensions.

DIMENSION RELATIONNELLE

Le père, un alcoolique, est strict et dévalorisant avec la jeune fille lorsque la mère est présente. L'adolescente interprète certains gestes de son père, en l'absence de la mère et surtout quand il a bu, comme du harcèlement sexuel. Sa tante lui a déjà dit qu'elle avait été abusée par lui. Elle n'ose pas en parler à sa mère et pleure seule dans sa chambre. Elle craint, si elle en parle, de faire éclater la famille. Elle a assumé un rôle parental auprès de ses deux jeunes frères.

DIMENSION PSYCHIQUE

La jeune se sent prise, coincée. Le suicide est perçu par elle comme un moyen de sortir de la famille sans avoir à la confronter et à "faire des dégâts". Elle centre donc le problème et la recherche d'une solution sur elle-même plutôt que sur le système familial. Au moment du premier contact avec l'intervenant, ses angoisses étaient devenues presque intolérables.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

L'intervenant parle de ses interventions auprès de cette adolescente selon les mêmes dimensions que celles évoquées précédemment dans son évaluation des facteurs d'idéations suicidaires.

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenant a établi une relation de confiance avec cette jeune et il s'est engagé à être disponible assez rapidement lorsqu'elle voudrait le rencontrer.

Il l'a aidée à fixer ses limites et à s'affirmer. Il a évité d'avoir des attentes trop élevées en exigeant qu'elle fasse des pas plus grands que ce qu'elle était prête à faire. Il l'a d'abord appuyée dans le dévoilement à sa mère des craintes provoquées par son père. Il l'a félicitée d'avoir d'abord parlé à sa mère en prétendant qu'il s'agissait d'une amie. Quand elle a précisé à sa mère qu'il s'agissait d'elle, sa mère lui a donné du soutien, mais pour seulement deux semaines. Cette belle complicité naissante entre elle et sa mère s'est évanouie lorsque la mère a décidé, selon la jeune, de se ranger du côté de son mari, attribuant à sa fille une partie de la responsabilité des situations ambiguës avec son père. Cette démarche a quand même permis à cette adolescente de briser son isolement à l'intérieur de sa famille et de faire un premier pas dans le sens de l'affirmation de soi.

Concernant le harcèlement sexuel, l'objectif de l'intervenant était d'aider la jeune à se protéger tout en évitant de dramatiser la situation puisqu'il ne s'était passé que quelques incidents plutôt ambigus avec son père. Selon cet intervenant, on doit éviter d'amplifier, d'attiser un problème. Il a plutôt aidé cette adolescente à profiter de ses expériences présentes; de façon plus spécifique, il l'a aidée à normaliser sa relation avec son *chum* et à bien distinguer le genre de tendresse inapproprié qu'elle a connu avec son père du genre de tendresse auquel elle peut s'attendre avec son *chum*. Devant la jeune, il a tout de même téléphoné à la DPJ pour vérifier ce

que cet organisme ferait si cette situation lui était signalée. Comme il s'y attendait, on a indiqué qu'on ne pourrait pas retenir le signalement. De toute façon, même si la DPJ l'avait avisé de signaler la situation, cet intervenant aurait eu recours à son jugement professionnel, considérant surtout l'impact d'un tel geste sur les idéations suicidaires de sa jeune, avant de faire un tel signalement à ce moment précis.

L'intervenant #3 a aussi incité cette jeune à participer à un groupe de 6 adolescents dont au moins un des parents est alcoolique, groupe que lui et l'animatrice de pastorale ont mis sur pied et animé. Elle a effectivement fait partie de ce groupe. L'intervenant l'a aussi encouragée à s'impliquer dans un réseau d'entraide, ce qu'elle a fait. Elle a pu bénéficier de la formation offerte aux aidants naturels de ce réseau. Étant donné qu'elle recevait déjà les confidences de plusieurs élèves de sa polyvalente, elle a pu, dans cette formation, apprendre à ne pas se laisser envahir par ceux qui ont des problèmes.

DIMENSION PSYCHIQUE

Selon cet intervenant, son rôle auprès de cette adolescente, comme auprès de tout jeune suicidaire, était d'abord de lui donner de l'espoir, de lui faire comprendre qu'elle pouvait régler ses problèmes. Il l'a incitée à prendre pour acquis qu'il y avait une solution à ses problèmes même si elle ne la voyait pas au point de départ. Son premier objectif d'intervention était donc de l'aider à trouver des moyens, des stratégies autres que le suicide pour échapper à sa situation familiale difficile.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Après avoir bénéficié, pendant 8 mois, d'interventions de toutes sortes dans sa polyvalente, cette jeune a spontanément confié à son intervenant: "Ah! pis la question du suicide, j'y pense même pus. C'est fini, ça; je sais que j'ai d'autres moyens... Je sais que je peux partir, pis je vais pouvoir me défendre quand même, une fois partie". Selon l'intervenant, "elle n'est plus une fillette; elle a gagné

beaucoup de maturité pendant cette année". Elle parle de partir de sa famille, avec l'autorisation de ses parents, pour peut-être aller demeurer avec une de ses tantes. Elle trouve que sa famille est trop détériorée et elle désespère de voir son père cesser de boire.

7.1.2 Détresse due principalement à un milieu familial dysfonctionnel et abusif

DOSSIER #6

L'intervenante #5 nous présente le dossier d'une adolescente de 16 ans vivant avec sa famille, des immigrants venus du Moyen-Orient. Il s'agit d'une tentative de suicide (surdose de médicaments) ayant nécessité une hospitalisation.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Des six dimensions de notre grille, trois sont évoquées.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-CULTURELLE

Les valeurs culturelles du pays d'origine de cette famille d'immigrants ont été évoquées par l'intervenante.

DIMENSION RELATIONNELLE

Le milieu familial était extrêmement contrôlant et restrictif. Il y avait de l'abus physique de la part du père. On menaçait de la retourner dans son pays d'origine et de lui imposer un mari.

DIMENSION PSYCHIQUE

La jeune avait perdu espoir de s'en sortir. Le suicide était devenu la seule "solution" qui lui paraissait possible.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

Deux des trois dimensions prises en compte dans les facteurs d'idéations et de comportements suicidaires sont présentes dans les stratégies d'intervention. Dans ses interventions, cette intervenante met l'emphase sur la qualité de sa relation avec la jeune ainsi que sur son environnement social, qu'elle contribue à rendre plus compréhensif et supportant. Elle se réfère également à la dimension psychique dans sa compréhension du vécu de cette adolescente, mais ne fait pas de l'exploration de ce vécu un objectif d'intervention.

DIMENSION RELATIONNELLE

Après avoir pris une surdose de médicaments, cette adolescente "a eu le réflexe" de venir voir l'intervenante à la polyvalente parce qu'elle l'avait connue en participant à son groupe de prévention de l'absentéisme et du décrochage. L'intervenante l'a accompagnée à l'hôpital et est restée avec elle. Elle l'a beaucoup écoutée et réconfortée. On craignait pour la vie de la jeune. Ce qui a été particulièrement efficace, c'est le contact physique qu'a établi l'intervenante avec la jeune: elle la tenait par la main pendant les lavements au charbon. Étant donné que la jeune était à demi lucide, cette présence physique, ce toucher, a été plus important pour elle que toute parole aurait pu l'être. L'adolescente a aussi rapporté à l'intervenante par la suite que l'absence de jugement avait été très significatif pour elle: "J'ai beaucoup apprécié que tu ne m'as pas disputée".

Pendant le suivi, qui a duré environ un an, ce qui a été efficace, c'est la disponibilité et l'écoute de l'intervenante, "ne serait-ce que pour 5 minutes". L'intervenante considère que c'est la chance qu'ont les intervenants en milieu scolaire, de pouvoir garder du temps pour du ponctuel, celui-ci correspondant merveilleusement bien aux façons qu'ont les adolescents d'utiliser les services d'aide qu'on leur offre. Elle n'avait qu'un rendez-vous fixe par mois avec la jeune pour faire un bilan.

L'intervenante a rencontré à quelques reprises le père, la mère et un frère de la jeune, mais seulement de façon individuelle, et ce malgré son désir de rencontrer la famille ensemble.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-CULTURELLE

L'intervenante a joué un rôle d'«advocacy» auprès des enseignants. Étant donné que ceux-ci ne connaissaient pas tous la situation de vie personnelle de cette élève, elle les aidait à comprendre ce qui se passait et les incitait à lui donner une chance. En d'autres mots, elle a contribué à rendre le milieu scolaire plus souple, plus compréhensif et plus humain en défendant les intérêts de cette jeune. Il lui arrivait souvent de dire: "J'ai encore plaidé ta cause aujourd'hui".

L'intervenante a joué un rôle actif pour établir une collaboration fructueuse avec la DPJ. De plus, elle a tout mis en oeuvre pour protéger la qualité de son lien avec la jeune dans ses démarches auprès de la DPJ. Par exemple, quand il fallait signaler à la DPJ un abus physique moins intense de la part de son père, elle impliquait la jeune en tenant compte de sa peur à l'égard de son père, en attendant qu'elle soit prête à communiquer avec la DPJ et en téléphonant à la DPJ en présence de la jeune. Elle a pris soin de bien expliquer le rôle de la DPJ à la jeune.

L'intervenante a confronté les valeurs de la famille qui étaient incompatibles avec les lois de notre pays: "Le châtement corporel de ce type-là n'est pas accepté dans notre société". Elle a du même coup informé la jeune de ses droits.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Connaissant ses droits, cette adolescente a décidé de ne plus se laisser battre et de prendre les moyens pour se protéger. Un an environ après sa tentative de suicide, il y a encore des accrochages dans sa famille, mais plus de violence. Elle réussit de nouveau à l'école. Elle "donne des signes qu'elle a grand espoir de s'en sortir".

7.1.3 Détresse due principalement aux difficiles conditions de vie matérielles de la famille

DOSSIER #11

L'intervenante #13 nous présente le dossier d'une adolescente de 16 ans dont les parents venaient de se séparer. Elle avait des idéations suicidaires avec un plan (une surdose de médicaments). Elle s'est présentée d'elle-même à son CLSC en milieu rural.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION SOCIO-POLITICO-ÉCONOMIQUE

Les conditions de vie de cette jeune et de sa mère ont baissé considérablement à la suite de la séparation des parents, au point, par exemple, où "elle ne pouvait pas s'habiller aussi bien que les autres".

DIMENSION PSYCHIQUE

Cette jeune avait été choyée avant la séparation de ses parents; elle était donc peu préparée à faire face à la douleur, à la tristesse, à l'insécurité et à une baisse importante de ses conditions de vie. Elle avait une grande difficulté à accepter la séparation de ses parents et éprouvait une grande souffrance, à laquelle elle voulait mettre fin.

DIMENSION RELATIONNELLE

La mère ne savait pas que sa fille avait des idéations suicidaires. La relation mère-fille était quelque peu inadéquate en ce sens que les rôles étaient inversés, la jeune donnant plus de support à sa mère que l'inverse.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

La jeune ayant mentionné dans la première entrevue que la seule personne qui la comprenait était son amie, l'intervenante lui a proposé d'inclure cette personne dans leurs rencontres: "Peut-être qu'à trois, on va réussir à trouver des moyens pour que tu t'en sortes". Il y a donc eu cinq rencontres à trois sur une période de deux mois et demi. Entre ces rencontres, elle a eu de nombreux contacts téléphoniques avec l'amie, contacts qu'elle avait sollicités afin de donner du soutien à celle-ci et l'aider à mettre ses limites, à ne pas trop en prendre sur ses épaules. C'est cet élément de son intervention, "le fait de prendre soin de l'amie pour qu'elle puisse continuer à prendre soin de ma jeune", que l'intervenante a trouvé le plus efficace. L'intervenante a respecté la demande de l'usagère de ne pas communiquer avec sa mère.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Après les cinq rencontres à trois, l'usagère n'avait plus d'idées suicidaires. Elle acceptait la séparation de ses parents et s'était fait un *chum*.

7.1.4 Détresse due principalement à une rupture amoureuse ou une séparation

DOSSIER #13

L'intervenante #4 nous présente le dossier d'un jeune de 20 ans aux idéations suicidaires et homicidaires. Les moyens qu'il envisageait étaient les coups de poing, l'arme à feu, la pendaison et se lancer devant un camion. Il se présente à l'accueil du CLSC tôt le matin.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Il s'agit du rejet de ce jeune homme par une fille avec laquelle il rêvait de sortir depuis des années et en laquelle il avait mis tous ses espoirs. La veille de sa visite au CLSC, il avait fait une crise: il avait menacé de tuer l'amoureux de cette fille et de se tuer. Un seul de ses copains n'avait pas peur de lui et pouvait l'empêcher d'agir.

DIMENSION PSYCHIQUE

Ce jeune avait beaucoup de colère, qu'il nourrissait avec une cassette de musique rock incitant à la violence. Il avait peur de ne pas pouvoir contrôler cette "force qui l'habitait", c'est-à-dire ses idéations de violence envers les autres et envers lui-même. Il avait une histoire personnelle d'abandon, de rejet et de violence. Il avait à peine deux ans lorsque son père avait été placé dans un institut psychiatrique. Il avait peur de devenir comme son père. Sa mère n'atténuait nullement sa crainte puisqu'elle lui disait souvent: "Tu es pareil comme ton père". Il se décrivait lui-même comme un "psycho", ce qui voulait dire "fou" dans sa gang. Son but, en demandant de l'aide, était de voir un psychiatre pour qu'il lui dise s'il était "psycho" ou non. Il ne vivait plus avec sa mère parce qu'elle n'était plus capable de tolérer sa violence à son égard. Il traînait aussi le deuil non terminé d'une copine morte d'une crise d'asthme. C'est au moment de ce décès qu'il avait commencé à penser au suicide. L'alcool pouvait devenir un facteur d'une éventuelle tentative de suicide ou d'homicide en ce sens que la consommation d'alcool lui faisait perdre ses inhibitions face à sa colère.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-ÉCONOMIQUE

Ce jeune homme s'est retrouvé à l'âge de dix-huit ans prestataire de l'aide sociale. Au secondaire, il a suivi le cheminement du professionnel court, ce qui "ne débouche pas sur grand-chose". Il est donc dans un groupe social de marginalisés qui n'ont pas beaucoup de moyens de s'en sortir.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante a vu l'utilisateur pendant une demi-heure en début de journée. Elle l'a écouté, a reconnu sa souffrance ainsi que le danger réel qu'il encourait. Elle lui a demandé de cesser d'écouter sa cassette de musique rock et lui a donné un rendez-vous pour la fin de l'après-midi. La rencontre de l'après-midi a consisté en "un genre de *coaching* pratique" de l'utilisateur par l'intervenante. Elle lui a demandé, par exemple, de continuer à ne pas écouter sa cassette, de bien choisir les copains avec qui il allait passer les prochaines heures et les prochains jours, de boire moins d'alcool. Il était très réceptif aux conseils de l'intervenante, comme s'il cherchait à être pris en charge. L'intervenante considère que les éléments les plus aidants de son intervention ont été de reconnaître le potentiel de violence chez ce jeune homme, de le prendre au sérieux, de l'encadrer concrètement, de le guider.

DIMENSION RELATIONNELLE

Pour qu'il puisse être référé à un psychiatre, l'intervenante a obtenu pour lui un rendez-vous avec un médecin du CLSC, mais seulement deux semaines après sa première rencontre à l'accueil du CLSC. Rétrospectivement, elle considère qu'il aurait été plus efficace de demander directement à un des médecins du CLSC de venir le voir sur le champ ou de le voir assez rapidement au lieu de prendre un rendez-vous via la secrétaire. Le médecin aurait peut-être pu démystifier ce qu'est être "psycho" et tenter de le référer à un psychiatre rapidement, avant que la crise ne soit passée. L'intervenante lui a donné le numéro du Centre 24/7, qu'il a effectivement utilisé à deux ou trois reprises. Elle l'a revu une semaine plus tard. Elle lui avait suggéré d'amener avec lui son *chum*, celui dont il se sentait très proche. Il est cependant venu seul.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

À la deuxième et dernière rencontre avec l'intervenante, ce jeune homme était plus calme et disait qu'il se sentait mieux. Il avait passé une semaine sans écouter sa cassette rock. Il a accepté la suggestion de l'intervenante de détruire cette cassette. Il commençait à accepter la perte de son amie; il avait revu le copain de celle-ci et n'avait pas réagi violemment. Il était content de lui. Quelques jours après ce rendez-vous, il a téléphoné à l'intervenante pour annuler son rendez-vous avec le médecin. Selon l'intervenante, un des bénéfices à long terme de son intervention a été de lui donner l'espoir de pouvoir être aidé en situation de crise.

7.1.5 Détresse due principalement à une difficulté à assumer les responsabilités de la vie adulte

DOSSIER #16

L'intervenante #8 nous présente le dossier d'un jeune adulte de 22 ans ayant fait une tentative de suicide (surdose de médicaments) et ayant toujours des idéations suicidaires, sans plan précis, au moment d'être vu à l'accueil du CLSC. Il est référé par son agent de probation.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

L'intervention au stade de l'accueil et de l'évaluation de ce jeune, telle que rapportée en entrevue, se fait presque uniquement dans la perspective de la dimension psychique.

DIMENSION PSYCHIQUE

Ce jeune homme a peur de se retrouver de nouveau en prison. Il a déjà été incarcéré à la suite de vols qu'il commettait pour financer sa consommation de drogues. Il a fait sa tentative après s'être fait prendre à voler dans une maison. Étant donné qu'il a passé plusieurs mois dans un centre de désintoxication avant le

dernier vol et qu'il a cessé de consommer, il s'interroge sur sa "compulsion" à voler: "Ben finalement, c'est peut-être pas ma toxicomanie qui m'amène à faire ça". Selon l'intervenante, il est très immature: "Il se retrouve tout petit avec des responsabilités d'adulte" (le loyer, les factures, un enfant avec sa blonde, un autre avec son ex-blonde). Sa famille d'origine l'a mal préparé à intégrer le monde adulte: une mère contrôlante, dépressive, alcoolique, et un père absent à cause de son travail. Il a reçu beaucoup de biens matériels de ses parents, mais pas d'encadrement. Il a donc développé peu de tolérance à la frustration, au stress. D'après l'intervenante, la tentative de suicide aurait été un geste impulsif, conforme à l'adolescent qu'il est resté.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante trouvait l'engagement de ce jeune plutôt superficiel à l'égard du processus thérapeutique, qu'il disait pourtant souhaiter; il collaborait, mais du bout des lèvres. Selon elle, ce jeune, espérant montrer au juge sa volonté de se corriger, était motivé dans sa démarche auprès du CLSC par le désir d'alléger sa sentence plutôt que celui de changer. Elle lui a fait part des exigences d'une démarche thérapeutique, de l'importance de s'investir personnellement. C'est cet aspect de son intervention qui, selon elle, a été le plus efficace. Elle a aussi établi avec lui un contrat de non passage à l'acte suicidaire par lequel il s'est engagé à ne pas attenter à sa vie jusqu'à ce qu'il soit vu en suivi au CLSC. Elle considère que son évaluation aurait été plus complète si elle avait obtenu le point de vue de l'agent de probation. Elle ne l'a pas fait parce que l'urgence de cette situation n'était pas élevée, parce que cette démarche peut tout aussi bien se faire au cours du suivi, et parce qu'il y avait d'autres priorités à ce moment-là à l'accueil.

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenante a vérifié le réseau du jeune avec lui: il vivait avec une femme qui semblait l'aider.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Suite à l'entrevue d'évaluation, l'intervenante a référé ce jeune au suivi de son CLSC et elle ne savait pas, au moment de notre entrevue, s'il avait été vu ou non.

7.1.6 Détresse due principalement à un isolement émotif et social

DOSSIER #18

L'intervenante #11 nous présente le dossier d'un adolescent de 19 ans ayant des idéations suicidaires avec un plan sans date précise. Elle a eu dix rencontres avec lui, trois ans avant notre entrevue, dans le secteur des services sociaux courants et de santé mentale de son CLSC. Le jeune a lui-même mis fin à ces rencontres et est revenu consulter l'intervenante brièvement deux ans plus tard, à la suite du décès de son père (trois autres rencontres).

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Ce jeune était isolé à l'intérieur de sa famille. Il avait de grandes difficultés dans sa relation avec son père, qui le ridiculisait et l'humiliait. C'était la guerre ouverte. Dans sa relation avec les autres, ça ne fonctionnait pas non plus. Il reproduisait avec eux ce que son père faisait avec lui: "C'est plus fort que moi, mais j'ai besoin, quand je suis en groupe, d'identifier quelqu'un, pis de le niaiser, pis de ne plus être capable d'arrêter, de pousser ça jusqu'au bout". Après avoir consommé beaucoup de drogues pendant des années, il avait arrêté et s'était aperçu que ça ne fonctionnait plus entre lui et ses *chums* de consommation. Il se retrouvait très isolé socialement.

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante le décrit comme un jeune au visage profondément triste. Il était très déprimé. Il avait perdu espoir de changer sa relation avec son père. Il se sentait très responsable de l'échec de cette relation-là.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenante a aidé ce jeune homme à prendre conscience de ce qui lui appartenait et ce qui appartenait à l'autre dans ses relations. Le jeune a dû faire le deuil de la mission impossible qu'il s'était donnée et de l'espoir qu'il entretenait de changer son père; il a appris à remettre à son père une bonne partie de la responsabilité qu'il s'était attribuée concernant l'échec de leur relation. À la fin de la série de dix rencontres, ce jeune n'avait pas complètement éliminé ses idéations suicidaires mais, selon l'intervenante, il était moins à risque. Il se sentait moins responsable de la piètre qualité de la relation avec son père et avait décidé de poursuivre ses études, domaine de sa vie où il réussissait très bien. L'intervenante s'est tout de même assurée que le jeune n'était pas seul, qu'il avait un réseau de personnes avec qui il avait des liens actifs. Quand il est revenu voir l'intervenante, deux ans plus tard, "pour faire le deuil relié au décès de son père et pour faire du ménage dans sa nouvelle relation amoureuse", il venait de terminer ses études et de se trouver un travail qu'il aimait. Il n'avait plus d'idéations suicidaires et, selon l'intervenante, "son visage était différent: les yeux plus souriants, plus pétillants". Grâce à son cheminement antérieur avec l'intervenante, il était prêt à clore son deuil relié au décès de son père survenu un an plus tôt. Il s'investissait beaucoup dans une relation quelque peu conflictuelle avec une jeune femme qui avait vécu des problèmes dans sa famille d'origine, et il semblait s'être trouvé la vocation de l'aider. L'intervenante avait offert de

rencontrer le couple, mais le jeune homme n'a jamais donné suite à cette offre.

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante a demandé au jeune de s'engager à mettre en suspens la possibilité de se suicider pendant son suivi de dix rencontres avec elle, ce qu'il a fait. La clef de son intervention avec lui, comme avec ses autres usagers, c'est la relation de confiance qu'elle a établie avec lui. Etre capable d'accueillir son désespoir, de recevoir ses pensées dépressives et suicidaires sans poser de jugement de valeur, sans paniquer... mais juste d'apprivoiser cela ... puis d'accepter de sentir aussi une certaine impuissance. Elle ne croit pas qu'elle aurait pu intervenir de cette façon au début de sa carrière en travail social; elle aurait probablement pris les problèmes de ce jeune sur ses épaules et se serait sentie accablée. La différence est que maintenant elle se fait confiance et aussi elle fait confiance au client, de plus en plus, en se disant: "J'ai une personne en face de moi qui a encore des capacités; même si elle est suicidaire, elle a encore des capacités". Selon elle, le fait qu'elle n'ait pas peur de parler de suicide va inciter la personne à s'ouvrir, à en parler sans se retenir: "Si les clients sentent que l'intervenante ne peut pas le prendre, leur désespoir, ils sont assez fins, ils n'iront pas plus loin". Donc l'attitude de l'intervenant, reflétant nécessairement son niveau de maturité, lui paraît un élément fondamental dans la relation d'aide.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Comme nous l'avons mentionné plus haut, ce n'est que deux ans plus tard que l'intervenante a eu la confirmation que ses interventions auprès de ce jeune suicidaire avait porté fruit.

7.1.7 Détresse due principalement à une difficulté à assumer une maladie physiologique ou psychique aliénante

DOSSIER #24

L'intervenante #12 nous présente le dossier d'une jeune adulte de 25 ans qu'elle suit au secteur Santé mentale du CLSC depuis une dizaine de mois. Cette usagère avait des impulsions l'incitant à se suicider en prenant tous ses médicaments.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION PSYCHIQUE

Cette jeune femme s'est soudainement mise à faire des crises de panique à la suite d'événements stressants dans sa vie tels que des difficultés financières et la maladie grave d'un parent. Son médecin, après avoir effectué les vérifications nécessaires sur le plan cardiaque et pulmonaire, a maintenu à maintes reprises qu'il n'y avait aucune cause physiologique à ses états de panique. Elle a d'abord eu beaucoup de difficulté à accepter que ses symptômes étaient de nature psychologique. Une fois convaincue, elle a eu peur de devenir folle, quelques membres de sa parenté ayant déjà souffert de schizophrénie. C'est à ce moment qu'elle a eu des idéations suicidaires; celles-ci lui ont fait suffisamment peur pour qu'elle aille enfin demander de l'aide au CLSC, comme le lui avait recommandé son médecin. En plus de la souffrance morale aiguë due à ses crises de panique, cette jeune femme ressentait souvent la peur d'être jugée par sa famille, par ses amis, par son milieu de travail. Étant devenue dysfonctionnelle au travail, elle craignait de perdre son emploi.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante a fait plusieurs pactes de non passage à l'acte suicidaire avec cette usagère, chacun de courte durée, parfois jusqu'au prochain rendez-vous, parfois jusqu'au prochain contact téléphonique. Elle faisait souvent "un travail de détective sur l'idéation suicidaire" pour aider l'usagère à cerner ce qui s'était passé avant qu'elle en arrive à penser au suicide. Il arrivait souvent, par exemple, que l'idéation suicidaire était précédée par un sentiment de désespoir causé par de fortes palpitations et par l'idée lancinante que son problème durerait toute sa vie, qu'elle ne guérirait jamais. L'intervenante a surtout joué un rôle d'éducatrice avec elle. Elle l'a aidée à bien distinguer la schizophrénie des états de panique, à comprendre la nature de ses symptômes et lui a enseigné quelques techniques de gestion des crises de panique. Elle lui a suggéré des lectures sur le sujet. Ces interventions semblent avoir eu sur elle un effet rassurant.

DIMENSION RELATIONNELLE

Les pactes de non passage à l'acte suicidaire étaient accompagnés de moyens concrets de se protéger lors des périodes d'idéations suicidaires. D'une part, il y avait le Centre d'aide 24/7, que l'intervenante lui a fait connaître et où l'usagère pouvait appeler au besoin et, d'autre part, pour s'assurer de ne pas céder à ses impulsions, cette dernière avait accepté de remettre ses médicaments à son conjoint afin que celui-ci ne lui donne que le nombre de comprimés prescrit au moment opportun.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Au moment de notre entrevue avec l'intervenante, cette usagère n'avait plus d'idéation suicidaire depuis quelques mois, c'est à dire depuis qu'elle avait acquis un certain contrôle sur ses attaques de panique et depuis qu'elle avait accepté un peu plus de vivre avec la possibilité de traverser occasionnellement des épisodes de

panique. Ce qui rassurait le plus l'intervenante concernant l'avenir de cette usagère, c'est qu'elle avait maintenant appris qu'il n'était pas dangereux de consulter.

7.1.8 Inquiétude d'une mère face à l'impact appréhendé sur son jeune du suicide d'un ami

DOSSIER #26

L'intervenante #10 nous présente le dossier d'un jeune de 15 ans dont la mère téléphone à l'accueil du CLSC parce qu'elle craint que son fils ait des idéations suicidaires.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

La mère d'un adolescent de 15 ans sollicite les conseils de l'intervenante après avoir reçu un appel téléphonique du meilleur ami de son fils lui confiant que ce dernier avait tenu des propos suicidaires. Elle ajoute qu'un autre ami de son fils s'est suicidé quelques mois auparavant et que son fils a près de son lit la coupure de journal contenant la photo de cet ami paru au moment de son suicide. De plus, cette mère avait entendu dire d'une source imprécise qu'un groupe de jeunes de la polyvalente avait fait un pacte de suicide et que trois des jeunes de ce groupe étaient déjà morts.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenante a eu quatre ou cinq contacts téléphoniques avec la mère du jeune. Cette dernière cherchait surtout à se faire rassurer et avait tendance à minimiser le danger inhérent à la situation. Elle n'osait pas aborder le sujet du suicide avec son fils parce qu'elle avait très peur des réponses que son fils pouvait donner aux questions précises et directes que l'intervenante lui suggérait de poser. Elle

avait également peur que son fils se sente trahi par son ami et qu'il se coupe d'un soutien important en apprenant que cet ami avait téléphoné à sa mère. L'intervenante a finalement réussi à rassurer suffisamment la mère pour qu'elle aborde le sujet du suicide avec son fils avec ouverture et clarté. Elle lui a suggéré, entre autres, d'insister sur l'inquiétude exprimée par l'ami dans sa démarche auprès d'elle afin de minimiser la possibilité de tensions entre ces deux jeunes. Le fils a nié toute idéation suicidaire, et la mère a vite été rassurée et soulagée. L'intervenante a vérifié auprès de la travailleuse sociale de la polyvalente si elle avait eu vent d'un pacte de suicide et si elle connaissait ce jeune de 15 ans. Elle a ainsi appris que ce jeune voyait régulièrement l'éducatrice en toxicomanie de la polyvalente. Quant au présumé pacte de suicide, aucun intervenant de la polyvalente n'en avait entendu parler. À la lumière de ces informations et étant donné que la mère du jeune ne téléphonait plus et que le jeune avait été informé par sa mère des ressources disponibles au CLSC, l'intervenante a fermé le dossier. Rétrospectivement, si l'intervenante devait recommencer à zéro dans ce dossier, une autre piste qu'elle explorerait serait de demander à la mère d'inviter l'ami à communiquer avec elle, l'intervenante, afin d'obtenir des informations plus précises sur le discours suicidaire du jeune et afin de conseiller l'ami et d'en faire possiblement un allié actif dans l'intervention.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

L'intervenante n'a eu aucun contact avec cet adolescent et n'est intervenue que par personne interposée, ce qu'elle a trouvé pénible surtout à cause de la difficulté d'évaluer la dangerosité de la situation. Son intervention a tout de même permis à cette mère de faire connaître à son fils qu'elle était prête à parler d'idéations suicidaires.

7.2 Les projets particuliers de prévention

Dans la deuxième partie de ce chapitre, nous présentons les projets particuliers de prévention du suicide des jeunes dans lesquels cinq interviewés ont oeuvré. Ces activités se sont ajoutées aux interventions individuelles qu'ils font quotidiennement. Étant donné que l'objectif principal de la plupart de ces activités est de briser l'isolement de jeunes en difficulté, nous considérons qu'elles s'adressent surtout à la dimension relationnelle de la vie des jeunes. Elles s'adressent aussi quelque peu à la dimension psychique, puisqu'on accorde une attention aux émotions et aux comportements des jeunes rejoints par ces projets, et quelque peu à la dimension socio-politico-culturelle, puisqu'on vise l'amélioration de la qualité de vie du milieu qu'est la polyvalente.

L'intervenant #9 organise et anime depuis plusieurs années deux projets de pairs aidants d'envergure. Ces projets ont des retombées positives importantes chez les jeunes qui ont des idéations ou des comportements suicidaires. En avril de chaque année, accompagné de l'animatrice de pastorale et de l'infirmière de l'école, il fait la tournée des classes de la troisième et de la quatrième année du secondaire pour recruter, à l'aide de sociogrammes, des jeunes qui ont de l'influence sur leurs pairs et qui sont intéressés à les aider au besoin. Une fois la sélection des jeunes terminée, il leur offre des sessions de formation. Les aidants de ce premier projet sont ensuite supervisés par des enseignants que l'intervenant a formé. L'objectif du projet est d'amener les aidants naturels à détecter les signes de détresse chez leurs copains et à jouer auprès d'eux le rôle de confident.

En ce qui concerne le deuxième projet, l'intervenant #9 sollicite la participation d'élèves intéressés à aider des jeunes en difficulté ne faisant pas partie de leur groupe d'amis. Il leur offre les mêmes sessions de formation qu'aux jeunes du premier projet. Toutefois, c'est lui-même qui leur donne la supervision tout au long de l'année.

Le projet le plus exigeant pour les jeunes comme pour l'intervenant est le deuxième. Dans ce projet, les aidés sont des jeunes très isolés, soit à cause d'un handicap, d'un déménagement ou d'une situation d'immigration. Les aidants sont soit des jeunes qui ont déjà eux-mêmes résolu de gros problèmes, comme la consommation de drogue ou l'isolement, et qui ont le goût d'aider d'autres jeunes à s'en sortir, soit des jeunes qui ont beaucoup voyagé et qui croient pouvoir comprendre la culture des immigrants, soit des jeunes qui s'orientent vers une profession en relation d'aide et qui veulent expérimenter leurs habiletés dans ce domaine. Ce projet est très exigeant parce que, dû à leur jeune âge, les aidants ne sont pas toujours fiables. Après l'emballlement des premières semaines, ils ont tendance à "oublier" de rencontrer et soutenir leur protégé. L'intervenant doit les encourager à persévérer et doit parfois leur rappeler leurs engagements. Si un aidant abandonne le projet, il doit en informer ses pairs avec qui il a été formé, clore sa relation avec le jeune qu'on lui a confié et lui présenter l'autre aidant qui le remplacera.

En moyenne, dix-huit aidants s'inscrivent à ce projet en début d'année et douze persévèrent jusqu'à la fin de l'année. Ils effectuent une trentaine de pairages par année, certains étant de courte durée. Une fois que l'isolement est brisé, les aidants mettent fin à la relation d'aide. Selon l'intervenant, "c'est ce qu'il y a de plus ingrat. C'est que t'apprends à être parent, c'est-à-dire à disparaître de sa vie lorsqu'il n'a plus besoin de toi. Mais c'est pas facile, ça, pour les ados". La règle de l'anonymat fait que l'aidant travaille dans l'ombre et que ses efforts ne peuvent malheureusement pas être reconnus de façon officielle. Sinon, l'aidé "passerait pour le chien de poche et se ferait écoeurer par la gang".

Des deux projets, le deuxième est celui qui donne les résultats les plus spectaculaires. L'intervenant cite spontanément deux témoignages de mères de jeunes isolés ayant participé au projet: "Vous savez," dit l'une d'elle, mère d'un enfant très handicapé, "c'est

la première fois qu'il passe toute une année à l'école sans être hospitalisé à Pierre-Janet pour une crise de rage". Une autre: "C'est la première fois que mon fils reçoit un appel téléphonique chez lui et il a 13 ans; j'ai demandé à la personne qui téléphonait: «Vous êtes son professeur de quoi, vous?»". Il s'agissait, bien sûr, de l'aidant naturel. Quant aux aidants de ce projet, l'intervenant a remarqué qu'à la fin de l'année scolaire, ils ont développé un sens civique de telle sorte qu'ils vont facilement aborder d'eux-mêmes des jeunes chez qui ils perçoivent une certaine détresse. Ils vont aussi faire des revendications auprès de la direction au sujet du climat dans l'école.

L'intervenante #7 a également participé activement à un projet de pairs aidants dans sa polyvalente. Il s'est agi d'un projet pilote d'une durée de trois ans, subventionné par le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Outaouais¹¹. Pendant cette période, le projet a bénéficié des services d'un coordonnateur à plein temps.

L'objectif du programme était double: d'une part, former et superviser des aidants naturels pour dépister, écouter et, au besoin, orienter vers les ressources appropriées, les élèves en difficultés émotives et relationnelles et, d'autre part, créer un climat plus humain, chaleureux et intéressant dans la polyvalente. Pour y parvenir, on a commencé par demander aux jeunes dans chaque classe d'identifier trois élèves à qui ils se sentiraient à l'aise de confier un secret. Étant donné que certains leaders parmi les jeunes ont une influence négative, on a étudié les dossiers des élèves identifiés afin de ne retenir que les leaders positifs, fiables, sans problème personnel important. On a aussi éliminé ceux qui avaient de sérieuses difficultés dans leurs études. Ensuite, on a recruté des adultes dans chacune des unités académiques¹² afin d'offrir aux

¹¹ Ancien nom de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

¹² Chaque unité académique correspond à l'une des cinq années du secondaire.

jeunes aidants un encadrement à proximité. Aux personnes sélectionnées et intéressées à participer au projet, jeunes et adultes, on a offert quatre journées de formation à l'extérieur de la polyvalente, à quelques mois d'intervalle. Une de ces journées portait sur les principaux problèmes que le projet ciblait: le suicide, la toxicomanie et les abus physiques et sexuels.

Pendant le projet pilote, l'intervenante #7 a rencontré plusieurs jeunes que lui avaient référés des pairs aidants. Elle a même fait plusieurs entrevues à trois, c'est-à-dire avec un pair aidant et l'élève qui s'était confié à lui. Selon elle, les jeunes en difficulté ne sont pas les seuls à avoir profité du projet. Un bon nombre de pairs aidants du projet pilote ont développé un tel sens des responsabilités qu'ils ont, depuis lors, initié un projet de pairs aidants au Cégep.

Une fois la subvention terminée, l'école a repris à sa façon le projet et l'a confié à l'animatrice de pastorale. Sans coordonnateur à plein temps pour orchestrer les activités de formation et de supervision, le projet a perdu une bonne partie de son impact sur les jeunes et sur l'atmosphère dans l'école. Au lieu de sélectionner les pairs aidants, on fait désormais appel à des volontaires. Plusieurs de ces volontaires n'étant pas des leaders naturels, ils reçoivent peu ou pas de confidences des autres élèves. On a aussi écourté la formation et on ne la fait plus à l'extérieur de la polyvalente. On a également cessé d'offrir la formation aux adultes.

L'intervenante #7 considère que le mandat que son CLSC lui confie a beaucoup changé au cours des années. Elle n'a pratiquement plus le temps de faire de la prévention et de l'intervention de groupe. À titre d'exemple, sa collègue du CSLC à la polyvalente et elle-même ont dû se retirer du projet de pairs aidants lorsque le CRSSS a mis fin à sa subvention. Elle doit consacrer presque tout son temps à l'intervention individuelle et familiale.

Toutefois, l'intervenante #7 trouve le moyen d'apporter sa contribution à certaines activités de prévention à la polyvalente.

L'une d'elles est la confection de dépliants pour les élèves. En effet, elle a déjà joué un rôle important dans la conception et l'élaboration de trois dépliants, le premier portant sur les relations amoureuses, le deuxième, sur l'image et l'estime de soi, et le troisième, sur l'affirmation de soi. Au moment de notre entrevue, sa collègue du CLSC et elle-même en avaient deux autres sur le chantier: un sur l'identité sexuelle et l'autre sur les peines d'amour. Ces dépliants sont conçus de façon à permettre au lecteur de s'évaluer à l'aide de mises en situation et de questions. Ils constituent également une invitation à se prévaloir de l'aide offerte par les travailleuses sociales de la polyvalente. L'objectif visé par ces dépliants est le développement des ressources personnelles des élèves. L'intervenante #7 estime que, les épreuves de la vie étant inévitables, c'est grâce aux ressources personnelles qu'une personne peut augmenter ses chances de s'accrocher à la vie plutôt que d'envisager le suicide, lors, par exemple, d'une peine d'amour ou d'un échec scolaire.

Une autre activité de prévention à laquelle elle a contribué est la présentation aux élèves du secondaire 3 d'une pièce de théâtre portant sur une tentative de suicide. Il s'agit d'une pièce présentée par des professionnels qui ont développé une approche particulière, comprenant du matériel et des ateliers préparatoires pour les jeunes. Selon l'intervenante #7, il vaut la peine d'investir, à l'occasion, dans des activités dispendieuses comme celles-là parce qu'elles ont beaucoup d'impact sur les jeunes. À titre d'exemple, elle nous a rapporté ces réactions d'un enseignant: "Ben moi, je devais prendre dix minutes pour revenir sur la pièce pis j'ai pris toute la période. Les jeunes ont débouché; ça a été ben l'fun. Ça a valu la peine de faire venir cette troupe. Il faudrait refaire ce genre d'activités".

Un dernier exemple de participation à des activités de prévention du suicide est la contribution importante de l'intervenante #7 à la rédaction d'un "protocole d'intervention suite au suicide d'un élève". Le manque de coordination des intervenants de la polyvalente à la suite du suicide d'un élève était devenu

évident au cours des dernières années. En collaboration avec sa collègue du CLSC, elle a pris l'initiative d'écrire une première version d'un protocole d'intervention qu'elle a soumise aux autres intervenants du service aux élèves de la polyvalente. Ces derniers ont ensuite remanié le texte et, au moment de notre entrevue, ils en étaient à une version commune. Toutefois, il y avait toujours des points de divergence sur la philosophie et l'approche à préconiser. Une journée de formation avec deux psychologues ayant adopté un protocole semblable dans une polyvalente des Laurentides devait, espérait-on, leur fournir l'occasion de trouver un terrain d'entente.

L'intervenant #1 a, lui aussi, mis sur pied et animé un projet de pairs aidants dans sa polyvalente, et même dans deux autres petites écoles secondaires en milieu rural. S'étant rendu compte qu'il ne pouvait pas aider beaucoup de jeunes dans une année en les rencontrant uniquement sur une base individuelle, il s'est donné comme objectif de former des agents multiplicateurs. Comme les deux intervenants précédents, il a formé des jeunes à qui les autres allaient spontanément se confier et les a habilités "à faire mieux ce qu'ils faisaient déjà de façon naturelle". Par contre, il était essentiel pour lui de former également des enseignants à qui il confiait un rôle de soutien auprès de ces aidants naturels.

Il est convaincu que ce projet a été très utile dans l'école, non seulement pour les aidés, mais également pour les aidants eux-mêmes, étant donné qu'ils vivaient, eux aussi, des difficultés. Il les incitait à s'occuper de leurs propres problèmes autant qu'à aider les autres et leur apprenait à ne pas se laisser envahir par eux. Ce projet a eu un impact considérable, mais a exigé énormément d'énergie; selon lui, il n'aurait pu réussir sans l'apport de toute une équipe.

En plus de piloter le projet de pairs aidants, l'intervenant #1 et des collègues du service aux élèves ont, pendant quelque temps, rencontré les jeunes dans les cours de "Formation personnelle et sociale" (FPS) pour leur parler de suicide, d'abus sexuel et de

consommation de drogues. À un moment donné, ils se sont rendus compte que non seulement ils étaient débordés de travail, mais qu'ils n'aidaient pas les enseignants du cours FPS à développer les habiletés nécessaires pour aborder en classe, avec un minimum d'aisance et de confiance, des sujets comme le suicide. Ils ont alors donné des sessions de formation à ces enseignants, qui, éventuellement, ont eux-mêmes donné les parties du cours FPS qui les rendaient anxieux. Selon l'intervenant #1, l'effet préventif des sessions d'information et d'échange, lorsque données par les enseignants, a été plus important parce qu'"une personne extérieure à la classe qui vient rencontrer les élèves une fois durant l'année a beaucoup moins d'impact que l'enseignant qui est là, qui a un lien significatif avec eux et qui peut assurer un suivi".

L'intervenant #9 offre depuis plusieurs années deux journées de formation à des leaders naturels du secondaire 3. Il passe dans les classes pour demander aux élèves d'identifier la première, la deuxième et la troisième personne dans la classe à qui ils parleraient d'un problème personnel. Il compile les résultats et convoque les 30 élèves qui ont été choisis par le plus grand nombre ou, pour reprendre son expression, "les 30 plus écoutants". Lorsqu'il offrait les deux journées de formation durant les heures de cours, les 30 élèves choisis participaient à la formation. Depuis qu'il donne la formation pendant des journées pédagogiques, le nombre de participants est tombé, en moyenne, à 20. Pendant ces deux journées, il donne seulement une heure de formation sur le suicide. Les élèves lui ont dit qu'ils trouvaient cela insuffisant.

Après la formation, l'intervenant #9 n'offre, à ceux qui l'ont suivie, aucune supervision. Il n'y a pas non plus d'autres rencontres pour ces jeunes. Il a tenté d'en organiser, pendant l'heure du dîner, la première année que la formation a été donnée, et la participation des élèves a été décevante. L'activité "est finalement tombée à l'eau". Il croit quand même que la formation a des retombées positives sur le milieu. Il offre également la même formation à une

trentaine d'élèves du secondaire 4 et 5 n'ayant pas eu la chance de la suivre en secondaire 3.

De plus, l'intervenant #9 anime des groupes dont l'unique thème est le suicide. En effet, dans le cadre du cours FPS, il rencontre, avec la responsable de la pastorale, tous les groupes d'élèves du secondaire 5. Pendant 75 minutes, il donne de l'information sur la crise suicidaire, présente un vidéo et suscite la participation des jeunes.

L'intervenante #5 n'a jamais eu dans sa polyvalente de projet de pairs aidants. Par contre, elle anime, chaque année, plusieurs groupes dont l'objectif est de prévenir l'absentéisme. Ces groupes contribuent aussi, selon elle, à prévenir le suicide parce les participants, des jeunes qui ont des problèmes importants, apprennent à mieux se connaître, créent des liens avec d'autres jeunes et acquièrent des habiletés qui les aident à faire face à leurs difficultés.

Quelques années avant notre entrevue, la polyvalente, où travaille l'intervenante #5, a obtenu une subvention pour offrir aux élèves un programme éducatif de prévention du suicide. Deux intervenantes furent embauchées pour faire la tournée de toutes les classes de l'école. Elles ont utilisé des activités de sensibilisation aux différents aspects du problème du suicide. L'année suivante, l'intervenante #5 a appliqué le même programme auprès des élèves du secondaire 1. Faute de temps, elle a dû abandonner ce programme par la suite, au profit du programme de prévention de l'absentéisme.

RÉSUMÉ/SYNTÈSE

De l'ensemble des dossiers individuels d'usagers suicidaires et des projets de prévention du suicide que nous avons examinés, il se dégage une façon d'aborder concrètement les problèmes des jeunes

suicidaires, une pratique professionnelle dans ce champ d'intervention, commune à l'ensemble de nos interviewés. Ce qui caractérise cette pratique, c'est d'abord la combinaison dynamique de deux dimensions dominantes: la dimension relationnelle et la dimension psychique. À la lumière des résultats de cette étude, nous pouvons affirmer sans hésitation que les intervenants psychosociaux des CLSC accordent une attention de premier plan aux relations interpersonnelles significatives de l'environnement immédiat de leurs usagers, du moins des jeunes suicidaires qu'on leur confie dans le cadre de leur mandat, tout en accordant une importance primordiale à leurs émotions, comportements, pensées et dynamiques. La dimension relationnelle est particulièrement prédominante puisqu'elle demeure présente dans les stratégies d'intervention utilisées par les intervenants pour aider leurs jeunes suicidaires autant que dans leurs évaluations des facteurs d'idéations et de comportements suicidaires de ces jeunes; la dimension psychique, elle, est un peu moins présente dans les stratégies que dans les évaluations. De plus, les activités de prévention du suicide qu'ont organisées et animées les intervenants dans les polyvalentes relèvent surtout de la dimension relationnelle.

Les stratégies d'intervention classées sous la dimension relationnelle, fondées systématiquement sur des évaluations qui accordent une très grande attention aux dynamiques familiales, constituent une caractéristique majeure de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC. C'est pourquoi nous en présentons quelques exemples probants, qui, même s'ils n'ont pas, pris séparément, toujours été mis en évidence par tous les interviewés, constituent tout de même des indices de l'omniprésence de la dimension relationnelle dans la pratique professionnelle des personnes interviewées. Ces exemples de stratégies d'intervention relevant de la dimension relationnelle sont les suivants:

- Emphase mise sur la qualité de la relation de confiance qu'établit l'intervenant avec le jeune;

- Intervention familiale lorsque c'est possible et indiqué (quoique certains intervenants semblent encore hésitants à rencontrer ensemble les membres de la famille);
- Rencontre ou contact téléphonique avec un ou des membres de la famille du jeune en son absence;
- "Coaching" du jeune dans sa relation avec ses parents (surtout lorsque des rencontres avec un ou les deux parents ne sont pas indiquées ou planifiées);
- "Coaching" du jeune dans sa relation avec son ou ses amis;
- "Jumelage": implication et soutien d'un ami comme allié dans l'intervention auprès du jeune afin de renforcer son réseau social primaire (présence de l'ami aux rencontres avec le jeune, rencontres et contacts téléphoniques avec l'ami);
- Invitation au jeune de rejoindre un groupe ou un réseau d'entraide animé par l'intervenant ou par un autre professionnel;
- Animation d'un groupe d'entraide;
- Disponibilité continue de l'intervenant, en milieu scolaire, pour rencontrer brièvement un adolescent de façon ponctuelle, sans rendez-vous;
- Accompagnement d'un jeune à l'hôpital, à un rendez-vous avec un autre professionnel;
- Collaboration avec d'autres ressources (police, hôpital, DPJ) dans la planification et la mise en oeuvre de l'intervention auprès d'un jeune;
- Défense des droits et des intérêts d'un jeune auprès d'autres professionnels ou de ressources institutionnelles ou communautaires;
- Information concernant le type d'aide disponible ainsi que les coordonnées des ressources accessibles au jeune comme bouée de sauvetage lors de périodes d'idéations suicidaires;
- Sollicitation de ressources pour combler certains besoins du jeune (famille d'accueil, services psychiatriques, équipe de soccer, etc.).

Concernant la dimension psychique, ce qui caractérise le plus les évaluations des intervenants psychosociaux des CSLC, c'est la

grande attention accordée aux émotions, telles que la colère, parfois même la rage, l'anxiété, la tristesse, l'impuissance et la détresse que vivent les jeunes suicidaires, et à leur façon de gérer ces émotions. Ce qui caractérise le plus leurs stratégies dans cette dimension, c'est ce que l'intervenante #11 a nommé comme étant la capacité d'accueillir le désespoir du jeune suicidaire, de recevoir ses pensées dépressives et suicidaires sans poser de jugement de valeur, sans paniquer, mais aussi sans prendre sur ses épaules la responsabilité des problèmes du jeune. Une autre caractéristique sur laquelle a insisté, entre autres, l'intervenant #3, c'est l'importance de donner l'espoir au jeune que sa situation peut changer. Une autre caractéristique qu'a relevée l'intervenant #9 est l'importance de percevoir le message qu'une tentative de suicide exprime aux autres; en décodant le besoin inassouvi et caché derrière la détresse d'un jeune, on peut trouver des pistes permettant de l'aider à trouver de nouvelles solutions à des problèmes qui lui sont parus insolubles. Un outil qu'utilisent, chacun à sa façon, les interviewés, est le contrat de non passage à l'acte suicidaire. Tous ont signalé l'importance d'aborder directement la question du suicide avec un jeune qui présente des signes de détresse, l'importance d'amener un jeune à décider de ne pas se tuer, ne serait-ce que pour un temps limité, comme jusqu'à un prochain rendez-vous, et l'importance de l'aider à trouver des moyens de se protéger dans les moments de grande vulnérabilité.

Toutefois, le soin particulier qu'on met à répondre aux besoins relationnels et psychiques des gens semble se faire au détriment des quatre autres dimensions du problème qu'on tente de solutionner. En effet, comment expliquer que seules les dimensions relationnelle et psychique occupent une place importante dans les représentations qu'ont les intervenants de leur propre pratique en CLSC à l'égard du suicide des jeunes? Que sont devenues les nombreuses recommandations pour contrer le problème du suicide des jeunes relevant de la dimension socio-politico-culturelle que ces mêmes intervenants ont développées antécédemment avec conviction? Qu'ont-ils fait des importants facteurs d'ordre socio-politico-

économique et d'ordre socio-politico-culturel qu'ils ont identifiés et décriés en tentant de cerner, entre autres, l'impact des structures de la société sur les idéations et les comportements suicidaires d'un nombre considérable de nos jeunes? Le prochain chapitre, portant sur les contraintes organisationnelles et leur incidence sur la pratique des intervenants, apportera peut-être certaines réponses à ces questions.

CHAPITRE 8

LES REPRÉSENTATIONS DE L'IMPACT DU CADRE ORGANISATIONNEL DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX SUR LEUR PRATIQUE À L'ÉGARD DU SUICIDE DES JEUNES

La question que nous nous posions à la fin du chapitre 7 était la suivante. Comment se fait-il que les intervenants psychosociaux, après nous avoir fait part de leur analyse du phénomène du suicide des jeunes d'une façon qui prenait en compte de façon significative quatre dimensions du problème, dont la dimension socio-politico-culturelle et la dimension socio-politico-économique (thème 1, chapitre 5), après avoir identifié des actions qu'ils souhaiteraient voir entreprises dans notre société pour contrer le problème du suicide des jeunes, des actions relevant largement de la dimension socio-politico-culturelle (thème 2, chapitre 6), ces mêmes intervenants se réfèrent presque uniquement aux seules dimensions relationnelle et psychique dans l'évaluation qu'ils font de leurs jeunes usagers suicidaires et dans le compte rendu de l'aide qu'ils leur apportent (thème 3, chapitre 7)?

Nous n'avons pas la prétention de pouvoir discerner par l'analyse de nos données l'origine des discordances entre les trois premiers thèmes de cette recherche. Toutefois, il nous a semblé qu'une vérification d'un élément contextuel fondamental de toute pratique professionnelle dans un organisme public, le cadre organisationnel, pourrait apporter un certain éclairage sur cette question et sur d'autres aspects pertinents d'une pratique professionnelle en milieu institutionnel à l'égard du suicide des jeunes. C'est ainsi que nous avons tenté de vérifier si les sujets de cette recherche, étant des professionnels oeuvrant dans une institution bureaucratique, avaient été contraints, selon eux, à s'ajuster à leur cadre organisationnel en modifiant et adaptant

sciemment leur pratique professionnelle au mandat et aux attentes de celui-ci, ou si, au contraire, ils considéraient avoir trouvé dans cette institution une occasion de développer une pratique convenant aux valeurs, théories et modèles d'intervention que leur avaient légués leur formation, leur expérience et leur évolution professionnelles. Nous avons donc tenté d'identifier s'il y avait des aspects du cadre organisationnel que les intervenants considéraient particulièrement contraignants dans leur pratique à l'égard du suicide des jeunes et si oui, quels étaient ces aspects et lesquels avaient une incidence sur la nature multidimensionnelle de leur pratique.

Le cadre organisationnel correspond, pour nous, au mandat, aux orientations du CLSC (priorités, approches privilégiées), au plan d'organisation (équipes uni ou multidisciplinaires, regroupement du personnel selon des problématiques, des programmes ou selon des sous-territoires desservis), au type d'encadrement (contrôle du mode d'intervention, de la gestion des dossiers, supervision individuelle ou de groupe, possibilité de consultation interne ou externe sur les dossiers), aux lieux d'intervention, aux procédures prévues dans le traitement des dossiers (accueil, orientation, suivi) et à l'ouverture des gestionnaires à accueillir et considérer la contribution des intervenants à la définition des problèmes et des besoins de la communauté ainsi qu'à l'élaboration de programmes et stratégies d'intervention.

À la lumière de leur discours sur l'impact du cadre organisationnel, nous avons classé les intervenants selon deux variables: l'importance accordée aux contraintes du cadre organisationnel sur leur pratique à l'égard du suicide des jeunes et l'importance accordée à l'incidence de ces contraintes sur la nature multidimensionnelle de leur pratique. La raison d'être de cette distinction est que nous avons constaté que des intervenants pouvaient déplorer certains impacts contraignants du cadre organisationnel sur leur pratique sans que ces contraintes affectent de façon drastique la présence ou l'absence des dimensions de notre

grille d'analyse dans leur pratique. En d'autres mots, à la lumière des propos recueillis, il nous semblait tout à fait plausible que, s'il était possible d'éliminer tout d'un coup les contraintes organisationnelles, certains intervenants interviendraient différemment, mais à l'intérieur des dimensions déjà abordées, donc sans modifier de façon importante les dimensions visées par leur pratique. Par exemple, quelques intervenants ont déploré la présence de contraintes organisationnelles les empêchant d'intervenir avec leurs clients de façon plus approfondie à l'intérieur de deux dimensions déjà largement abordées et explorées dans leur pratique, soit les dimensions psychique et relationnelle. Par contre, d'autres intervenants reconnaissaient avoir négligé dans leur pratique, à cause de certaines contraintes organisationnelles, un ou des aspects du problème du suicide des jeunes correspondant à une ou plusieurs dimensions de notre grille d'analyse n'ayant souvent été prises en considération nulle part ailleurs dans leur pratique. Nous avons constaté, toutefois, que l'importance de l'incidence restrictive des contraintes organisationnelles relevée par les intervenants sur la nature multidimensionnelle de leur pratique est à peu près proportionnelle à l'importance de leurs représentations des contraintes organisationnelles elles-mêmes sur leur pratique. En d'autres mots, plus les contraintes organisationnelles sont perçues comme importantes, plus l'incidence de ces contraintes sur la nature multidimensionnelle d'une pratique est forte. Même si, dans notre recherche, il y avait concordance entre l'importance des contraintes organisationnelles et l'importance de l'incidence de celles-ci sur la nature multidimensionnelle de la pratique, nous avons maintenu la distinction entre ces variables parce que leur concordance ne nous semblait pas automatique et inéluctable.

À partir de ces deux variables, nous en sommes arrivé à placer les intervenants sur un continuum afin qu'ils soient présentés dans un ordre croissant approximatif. En effet, on retrouve, au début du chapitre, les intervenants signalant ce qui nous semblait être les contraintes organisationnelles les moins importantes, avec la plus faible incidence restrictive de ces contraintes sur la nature

multidimensionnelle de leur pratique et, à la fin du chapitre, les intervenants signalant ce qui nous semblait être les contraintes organisationnelles les plus importantes, avec la plus forte incidence restrictive de ces contraintes sur la nature multidimensionnelle de leur pratique. Pour les fins de l'analyse, nous avons brisé le continuum en trois catégories. Dans la première catégorie, se retrouvent les intervenants qui perçoivent une assez grande convergence entre, d'une part, ce qu'ils souhaiteraient faire afin d'être efficaces dans leurs interventions à l'égard du problème du suicide des jeunes et, d'autre part, ce que, dans les faits, leur organisme leur demande et leur donne l'occasion de faire. Dans les deux autres catégories, cette convergence est réduite, à cause de l'importance des contraintes du cadre organisationnel perçue par les intervenants. Ainsi, les intervenants de la première catégorie ne perçoivent que des contraintes mineures du cadre organisationnel sur leur pratique avec presque pas d'incidence restrictive sur la nature multidimensionnelle de cette pratique, alors que les intervenants des deux autres catégories identifient des contraintes du cadre organisationnel sur leur pratique allant, de la deuxième à la troisième catégorie, de moyennement importantes à importantes. L'autre élément qui distingue la deuxième de la troisième catégorie est l'importance de l'incidence restrictive des contraintes organisationnelles sur la nature multidimensionnelle de leur pratique. Dans la deuxième catégorie, cette incidence est considérée légère, alors que dans la troisième catégorie, elle est considérée forte. Les trois catégories dans lesquelles sont regroupés les intervenants sont illustrées dans le tableau suivant.

Tableau 7

RÉPARTITION DES INTERVENANTS SELON LEURS REPRÉSENTATIONS
DE L'IMPACT DU CADRE ORGANISATIONNEL SUR LEUR PRATIQUE

	Avec presque pas d'incidence res- trictive sur la nature multidimen- sionnelle de la pra- tique	Avec une légère incidence restric- tive sur la nature multidimensionnelle de la pratique	Avec une forte incidence restric- tive sur la nature multidimensionnelle de la pratique
Représentations de contraintes mi- neures du cadre or- ganisationnel sur la pratique	6 intervenants	-----	-----
Représentations de contraintes mo- yennement im- portantes du cadre organisationnel sur la pratique	-----	3 intervenants	-----
Représentations de contraintes im- portantes du cadre organisationnel sur la pratique	-----	-----	4 intervenants

Le lecteur pourra obtenir un aperçu de l'ordre relatif dans lequel les intervenants sont présentés, ainsi que leur regroupement en trois catégories, en consultant le tableau 8 de la page suivante, lequel tableau constitue en fait une synopsis de l'ensemble du chapitre. Il notera également que les cinq derniers intervenants font des critiques plus élaborées, plus longues, que les huit premiers. L'intervenant #1 constitue ainsi une sorte de charnière dans le continuum des intervenants, étant le premier d'une série de cinq dont les représentations occupent plus de deux pages dans le texte.

SYNOPSIS DU CHAPITRE 8

LES REPRÉSENTATIONS DE L'IMPACT DU CADRE ORGANISATIONNEL DES INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX SUR LEUR PRATIQUE À L'ÉGARD DU PROBLÈME DU SUICIDE DES JEUNES

8.1	REPRÉSENTATIONS DE <u>CONTRAINTES MINEURES</u> DU CADRE ORGANISATIONNEL SUR SA PRATIQUE À L'ÉGARD DU PROBLÈME DU SUICIDE DES JEUNES <u>AVEC PRESQUE PAS D'INCIDENCE RESTRICTIVE</u> SUR LA NATURE MULTIDIMENSIONNELLE DE CETTE PRATIQUE	p.207
	• Représentations de l'intervenante #8 (Accueil social / CLSC A)	p.207
	• Représentations de l'intervenante #12 (Santé mentale et Acc. social/ CLSC B)	p.208
	• Représentations de l'intervenante #4 (Accueil social / CLSC C)	p.209
	• Représentations de l'intervenante #10 (Accueil social / CLSC B)	p.210
	• Représentations de l'intervenant #6 (Accueil social / CLSC D)	p.212
	• Représentations de l'intervenante #13 (Rural / CLSC C)	p.213
8.2	REPRÉSENTATIONS DE <u>CONTRAINTES MOYENNEMENT IMPORTANTES</u> DU CADRE ORGANISATIONNEL SUR SA PRATIQUE À L'ÉGARD DU PROBLÈME DU SUICIDE DES JEUNES <u>AVEC UNE LÉGÈRE INCIDENCE RESTRICTIVE</u> SUR LA NATURE MULTIDIMENSIONNELLE DE CETTE PRATIQUE	p.214
	• Représentations de l'intervenante #5 (Jeunesse/scolaire / CLSC D)	p.215
	• Représentations de l'intervenante #2 (Accueil social / CLSC E)	p.216
	• Représentations de l'intervenant #1 (Jeunesse/scolaire / CLSC E)	p.216
8.3	REPRÉSENTATIONS DE <u>CONTRAINTES IMPORTANTES</u> DU CADRE ORGANISATIONNEL SUR SA PRATIQUE À L'ÉGARD DU PROBLÈME DU SUICIDE DES JEUNES <u>AVEC UNE FORTE INCIDENCE RESTRICTIVE</u> SUR LA NATURE MULTIDIMENSIONNELLE DE CETTE PRATIQUE	p.221
	• Représentations de l'intervenant #9 (Jeunesse/scolaire / CLSC B)	p.222
	• Représentations de l'intervenant #3 (Jeunesse/scolaire / CLSC C)	p.227
	• Représentations de l'intervenante #7 (Jeunesse/scolaire / CLSC A)	p.230
	• Représentations de l'intervenante #11 (Santé mentale / CLSC A)	p.233

8.1 REPRÉSENTATIONS DE CONTRAINTES MINEURES DU CADRE ORGANISATIONNEL SUR SA PRATIQUE À L'ÉGARD DU PROBLÈME DU SUICIDE DES JEUNES AVEC PRESQUE PAS D'INCIDENCE RESTRICTIVE SUR LA NATURE MULTIDIMENSIONNELLE DE CETTE PRATIQUE

Les intervenants de cette première catégorie ne remettent pas en question l'orientation, le plan d'organisation, les programmes ou l'approche développée à l'égard du problème du suicide des jeunes qu'a mis en place leur CLSC. Ils semblent même plutôt satisfaits de pouvoir intervenir auprès de jeunes suicidaires comme ils l'entendent dans le cadre de leur institution. Toutefois, ils ont tous identifié des éléments pouvant bonifier le cadre organisationnel en place; ces éléments s'inscrivent habituellement à l'intérieur des dimensions relationnelle et psychique qui caractérisent déjà leur pratique professionnelle.

Représentations de l'intervenante #8

L'intervenante #8 semble à l'aise avec le mandat de son CLSC et son rôle à l'Accueil social, tels qu'elle les perçoit, et conséquemment avec l'emphase mise par ce mandat sur les dimensions psychologique et relationnelle des problèmes ciblés par l'organisme. Comparant le Centre 24/7 au CLSC, elle considère que "l'approche communautaire" du premier peut être "très supportante pour quelqu'un qui n'a pas de réseau de support", alors que pour d'autres personnes, l'approche du CLSC peut mieux leur convenir. Elle précise que "venir en CLSC, c'est une fois semaine", et qu'ainsi "ça ressemble plus à une pratique privée".

Si elle était libre d'intervenir à sa guise dans son CLSC, elle ne changerait rien sur le plan de l'intervention, mais elle tenterait d'alléger "la structure bureaucratique" pour accélérer la prise en charge des gens évalués à l'Accueil social par les intervenants psychosociaux des autres services du CLSC. Elle souhaiterait, par

exemple, que dans un cas urgent, comme celui d'une personne ayant des idéations suicidaires sérieuses, l'information recueillie à l'Accueil social puisse être transmise *verbalement* à la chef de service afin qu'elle puisse transférer le dossier immédiatement à l'intervenante responsable d'assurer le suivi au lieu d'attendre qu'une évaluation soit rédigée et dactylographiée avant de mettre en branle le processus d'attribution du dossier.

Elle croit qu'il serait important de mettre en place des activités de prévention du suicide pour les jeunes de l'Outaouais. Toutefois, considérant les nombreuses coupures effectuées dans les budgets des CLSC, elle s'est résignée au fait que "ça va être beaucoup les organismes communautaires qui vont recevoir le mandat de développer des programmes de prévention du suicide" plutôt que les CLSC.

Représentations de l'intervenante #12

L'intervenante #12 est plutôt surprise par notre question sur sa liberté d'intervenir à sa guise dans son CLSC. Elle réagit d'abord avec humour, affirmant en riant : "je ne considère pas que je suis tellement brimée". La seule contrainte qu'elle arrive à identifier, elle ne l'attribue pas à la "structure du CLSC", mais au facteur temps. Elle garde toujours à l'esprit que "le temps qu'on met dans un dossier, c'est très clair, c'est du temps qu'on enlève à une autre personne". Elle demeure donc très consciente de la liste d'attente des clients du CLSC. Elle se fait un devoir de répartir son énergie, par souci de justice, entre le plus grand nombre possible de clients, tout en maintenant une qualité de service. En d'autres mots, selon elle, "il ne faut jamais perdre de vue la notion de gérer l'énergie en fonction de plein de gens qui ont plein de problèmes". Par exemple, si elle décide de voir un client trois fois par semaine plutôt qu'une, "il y en a un autre qui est plus longtemps, lui, sur la liste d'attente". Prendre une telle décision signifie pour elle prendre un "risque calculé" par rapport à une personne inconnue sur la liste d'attente. Elle a donc

appris à ne pas "se faire manger tout rond par certains dossiers", ce qui constitue un danger pour les débutants en intervention psychosociale surtout lorsqu'il s'agit de problèmes chroniques. Il nous semble pertinent d'ajouter que cette intervenante nous a révélé, ailleurs dans l'entrevue, une expérience de sa pratique professionnelle au CLSC qui a probablement suscité ou du moins confirmé sa préoccupation. Un an avant notre entrevue, un client de sa liste d'attente s'était suicidé, un client avec lequel elle n'avait eu que des conversations téléphoniques, qu'elle avait référé au Centre 24/7 et qu'elle n'avait pas eu le temps de rencontrer.

L'intervenante #12 souhaiterait être plus efficace à l'intérieur de la perspective psycho-relationnelle qui est la sienne et qu'elle ne remet nullement en question, que ce soit pour l'élargir, y inclure d'autres dimensions ou pour développer des approches moins collées aux individus qu'on lui réfère, comme des approches préventives.

Représentations de l'intervenante #4

L'intervenante #4 ne se sent pas limitée dans son "style d'intervention" et se dit "assez correctement soutenue" par son organisme. Pour illustrer cette perception, elle affirme qu'elle se sent libre d'évaluer la situation d'un client à son domicile plutôt que de l'interviewer au CLSC lorsqu'elle juge qu'il serait plus efficace de procéder ainsi. Par contre, elle ajoute qu'il ne faudrait pas qu'elle le fasse tous les jours ou même toutes les semaines. De fait, cela n'arrive qu'occasionnellement, ce qui semble lui convenir. D'ailleurs, concernant le problème spécifique du suicide, elle considère qu'"on peut désamorcer la grande majorité des crises suicidaires au téléphone ou au CLSC".

Dans sa pratique, l'intervenante #4 accorde une grande importance à la dimension psychique tout en tenant compte de la dimension relationnelle. Elle résume son approche de la façon suivante: "J'ai une vision systémique, une vision globale de la

personne dans son milieu de vie, mais je travaille beaucoup en individuel". Ce qui est important pour elle à l'accueil social, c'est, d'abord et avant tout, "d'entendre la douleur des personnes", de reconnaître leur tristesse, leur rage, de leur permettre de pleurer, de leur donner l'occasion de dire leur souffrance et de les accueillir là-dedans. Elle travaille peu avec le réseau de ses clients, mais elle en tient compte dans ses évaluations et dans ses interventions individuelles. Ce qu'elle vise, c'est qu'un client quitte une entrevue "avec une autre sorte de vision de sa vie, une vision moins culpabilisante, moins rabaissante, une vision qui lui redonne un petit peu de pouvoir". Pourquoi elle n'implique pas davantage le réseau des clients dans ses interventions? D'une part, parce qu'elle ne se sent pas très confortable dans l'approche réseau et, d'autre part, parce que ça ne correspond pas à sa conception d'une "intervention d'accueil". Il y a une exception à cette règle: avec les adolescents, elle a le "réflexe" d'impliquer la famille, de mettre la famille à contribution. Somme toute, la pratique professionnelle de l'intervenante #4 et les dimensions psychique et relationnelle auxquelles elle s'intéresse semblent correspondre aux attentes et objectifs professionnels de l'intervenante tout autant qu'au mandat et à l'orientation de son CLSC.

Représentations de l'intervenante #10

L'intervenante #10 évoque des changements souhaitables, selon elle, dans le plan d'organisation de son CLSC et dans l'approche des intervenants, des changements visant à améliorer l'efficacité des interventions auprès, entre autres, des jeunes suicidaires, mais ne remettant nullement en cause les dimensions prises en compte par ces interventions.

Les délais entre l'entrevue d'accueil et la prise en charge d'un dossier nuisent à l'efficacité de l'intervention.

L'intervenante #10 souhaiterait que son CLSC trouve le moyen d'assurer une prise en charge immédiate des personnes relatant à

l'accueil social des idéations suicidaires sérieuses ou présentant d'autres éléments constituant une situation d'urgence. Elle déplore les délais qu'on impose à ces usagers, délais pouvant aller dans certains cas d'urgence, dans les périodes très achalandées, jusqu'à un mois. Une solution que la direction de son CLSC envisageait au moment de notre entrevue avec l'intervenante était de transférer à l'accueil social quelques postes des secteurs assurant le suivi de l'intervention aux usagers afin d'instaurer un nouveau modèle d'intervention brève à l'accueil. Ayant constaté que cinq à huit rencontres semblaient suffire à la majorité des clients, la direction envisageait de demander aux intervenants à l'accueil social d'offrir eux-mêmes l'intervention brève, ne transférant aux autres services que les dossiers semblant nécessiter une intervention à moyen et long terme. L'intervenante #10 croyait que ce plan d'organisation répondrait mieux aux besoins non seulement des jeunes suicidaires, mais de l'ensemble de la clientèle du CLSC et lui permettrait d'être plus efficace dans ses interventions. Elle considérait que sa participation à certains comités et ses observations et suggestions avaient contribué à l'élaboration de ce nouveau plan d'organisation.

Le CLSC favorise une approche trop "maternante" et pas suffisamment responsabilisante.

L'intervenante #10, comparant son CLSC à l'Ado-centre de l'hôpital psychiatrique Pierre-Janet, considère le premier comme étant "maternant et paternant", alors que le deuxième ne l'est pas. Ayant déjà effectué des stages à l'Ado-centre, elle a observé chez les intervenants, surtout les psychiatres, une attitude beaucoup plus détachée et responsabilisante que celle qu'elle a observée dans son CLSC. Elle se dit d'accord avec une remarque qu'elle a déjà entendue et selon laquelle il règne dans un CLSC "une mentalité de couvent". Étant donné que ce sont les intervenants psychosociaux et les infirmières qui prédominent dans un CLSC et étant donné que "c'est dans la nature de la personnalité des gens qui choisissent ces professions-là de prendre soin des autres", il n'est peut-être pas étonnant qu'on soutienne davantage les clients, qu'on insiste

davantage pour qu'ils persistent dans l'atteinte de leurs objectifs. Par contre, dans un hôpital psychiatrique, milieu d'abord et avant tout médical, on est davantage imprégné de détachement, attitude caractéristique d'un grand nombre de médecins. Dans un CLSC, "on va mettre un peu de pression sur les clients, on va essayer de les amener à faire leur suivi, alors qu'en milieu psychiatrique, on va plutôt leur dire: «Ben, si vous ne voulez pas, c'est votre problème; ce n'est pas le nôtre»". Tout compte fait, elle croit que ces deux milieux pourraient bénéficier d'un échange sur leurs approches respectives afin de s'influencer mutuellement et d'atténuer ainsi leur caractéristique dominante.

Représentations de l'intervenant #6

L'intervenant #6 considère que son CLSC ne l'empêche pas d'intervenir comme il le souhaite. Par contre, ayant développé et approfondi ses connaissances et ses habiletés en intervention auprès de personnes suicidaires, il se sent quelque peu seul dans son CLSC face à des cas difficiles parce qu'il ne peut consulter personne qui ait les mêmes compétences et expériences que lui dans cette problématique. Il se résout donc, dans de telles situations, à consulter un psychiatre extérieur au CLSC, ne serait-ce que pour "se couvrir légalement". Il nous a également décrit la frustration qu'il ressent quand il transfère un client suicidaire qu'il a vu deux ou trois fois à l'accueil social à un autre intervenant du CLSC ayant une approche qu'il considère moins efficace, pas suffisamment encadrante.

Le principal souhait de l'intervenant #6 est de rendre plus efficace le modèle psycho-relationnel qu'il utilise, lequel est fondé principalement sur l'intervention en situation de crise. Pour ce faire, le principal moyen serait, selon lui, une collaboration étroite entre toutes les professions d'aide, qu'il s'agisse de médecins, de psychiatres, d'infirmières, d'intervenants psychosociaux, tant à l'intérieur du CLSC qu'à l'extérieur, collaboration pouvant s'actualiser

seulement par le développement, chez tous ces professionnels, d'une réelle compétence en intervention auprès de personnes suicidaires. La compétence dont il est question ici s'inscrit carrément dans le cadre des dimensions psychiques et relationnelles.

Représentations de l'intervenante #13

L'intervenante #13 fait partie d'une petite équipe interdisciplinaire travaillant en milieu rural et composée de l'interviewée (une travailleuse sociale), d'une infirmière, d'un médecin, d'une auxiliaire familiale et d'une secrétaire. L'équipe est interdisciplinaire en ce sens que les membres, entre autres, partagent quotidiennement de l'information sur leurs usagers et se soutiennent mutuellement, prenant spontanément le relais auprès d'un usager en crise lorsque le membre responsable de cet usager est occupé ailleurs. Une autre caractéristique de cette équipe est que les membres se déplacent régulièrement, parfois même à deux, pour visiter les usagers dans leur milieu de vie. Même si l'interviewée apprécie grandement les avantages de ce mode de fonctionnement, elle a déploré plusieurs fois dans l'entrevue l'absence de "coaching" sur le plan psycho-relationnel de la part d'un consultant ou d'un superviseur. Les autres membres de son équipe ne peuvent pas répondre au besoin qu'elle a de prendre un recul sur sa pratique afin d'approfondir et mieux comprendre les dimensions psycho-relationnelles des problèmes de ses clients. Elle déplore également qu'aucune formation n'est offerte à son équipe de travail, ne serait-ce qu'occasionnellement, pour permettre aux membres de l'équipe de bonifier ensemble leurs analyses des problèmes et leurs interventions.

Quoi qu'il en soit, à cause du peu de ressources et de l'éloignement en milieu rural, l'intervenante #13 a développé une approche particulière faisant appel au réseau social des usagers en ce sens qu'elle a recours systématiquement à ce qu'elle appelle "le jumelage". Elle trouve habituellement le moyen d'impliquer une

personne significative dans la vie de l'utilisateur, personne qui devient une sorte d'alliée de son intervention. Même si elle reconnaît que cette emphase sur la dimension relationnelle de la vie de ses usagers lui a souvent permis d'accroître l'efficacité de ses interventions, elle demeure souvent insatisfaite de ce qu'elle peut accomplir avec les gens qu'elle aide. Ses frustrations semblent dues au fait qu'elle ne peut pas facilement consulter un professionnel ayant une plus grande expertise qu'elle dans les dynamiques psycho-relationnelles et qu'elle ne peut pas avoir accès, avec les autres membres de son équipe, à des ateliers de formation.

Somme toute, ce que cette intervenante reproche à son CLSC, c'est de l'avoir laissée un peu trop à elle-même, elle et son équipe, dans son point de service. L'objectif qu'elle aimerait poursuivre en obtenant le soutien professionnel qu'elle souhaite depuis des années est d'améliorer et d'enrichir sa compréhension des dimensions relationnelle et psychique des problèmes de ses usagers et, conséquemment, la qualité de ses interventions.

8.2 REPRÉSENTATIONS DE CONTRAINTES MOYENNEMENT IMPORTANTES DU CADRE ORGANISATIONNEL SUR SA PRATIQUE À L'ÉGARD DU PROBLÈME DU SUICIDE DES JEUNES AVEC UNE LÉGÈRE INCIDENCE RESTRICTIVE SUR LA NATURE MULTIDIMENSIONNELLE DE CETTE PRATIQUE

Les intervenants de cette deuxième catégorie remettent en question certains aspects de l'orientation, du plan d'organisation, des programmes ou de l'approche générale de leur CLSC relativement au problème du suicide des jeunes. Toutefois, le nombre et la nature des critiques qu'il formule à l'égard du cadre organisationnel ont, somme toute, une portée limitée. Chez la première intervenante classée dans cette catégorie, les critiques qu'elle formule et les améliorations qu'elle suggère dépassent les dimensions psychique et relationnelle, mais se situent à la périphérie de sa pratique quotidienne. Quant aux deux autres intervenants de cette catégorie,

leur critique les amène à suggérer le renforcement surtout d'une dimension déjà présente dans leur pratique, la dimension relationnelle. Leurs suggestions vont peu dans le sens d'une ouverture à de nouvelles dimensions, mais plutôt dans le sens d'une modification de l'équilibre existant entre les dimensions psychique et relationnelle en faveur de la deuxième. Toutefois, l'intervenant #1 prend quand même en compte la dimension socio-politico-culturelle des problèmes des adolescents puisqu'il regrette que les intervenants en milieu scolaire de l'Outaouais aient perdu une structure, une culture même, qui leur avait permis pendant plusieurs années de développer une synergie favorisant l'implantation d'approches "milieu" dans les polyvalentes.

Représentations de l'intervenante #5

L'intervenante #5 signale des contraintes moyennement importantes du cadre organisationnel de son CLSC et quelque peu périphérique à sa pratique quotidienne. Ses suggestions concernent des mesures que les cadres de son CLSC devraient initier ou promouvoir et ouvrent des perspectives de changement débouchant sur une intervention plus large et globale. En effet, elle soulève trois points à améliorer dans l'approche de son CLSC à l'égard du suicide des jeunes, trois points relevant de la dimension relationnelle et surtout de la dimension socio-politico-culturelle, en ce sens qu'ils visent à bonifier des services du CLSC, de l'école et de la communauté à l'égard des jeunes suicidaires. Elle souhaite que son CLSC se donne des procédures précises d'intervention auprès des proches et auprès de l'école après le suicide d'un jeune. Deuxièmement, elle aimerait que son CLSC organise des "journées pédagogiques" pour permettre aux intervenants et aux cadres de discuter de problèmes sociaux comme le suicide des jeunes. Elle déplore que l'échange entre les intervenants de différents secteurs du CLSC et la réflexion approfondie sur des sujets les concernant tous ne soient pas considérés comme assez prioritaires pour qu'on leur y consacre du temps. Enfin elle considère que la concertation, le partenariat entre

les différentes ressources, institutionnelles et communautaires, sont embryonnaires et elle souhaite qu'ils se développent rapidement.

Représentations de l'intervenante #2

L'intervenante #2 aimerait faire de l'intervention de groupe son approche privilégiée au CLSC. Selon elle, les intervenants psychosociaux ne sont pas suffisamment invités à "amener les gens vers des groupes", à mettre sur pied et à animer des groupes. Elle estime que les groupes d'entraide devraient être un élément essentiel des pratiques d'intervention psychosociale d'un CLSC parce qu'ils permettent de briser l'isolement, de créer des liens, de suppléer à la faiblesse des réseaux de soutien naturels. Elle croit que la résistance à adopter une telle approche de façon systématique dans son CLSC vient davantage des intervenants psychosociaux eux-mêmes que des patrons parce que le travail de groupe est perçu comme étant plus difficile, plus exigeant. Toutefois, la mise sur pied de groupes d'entraide semble relever d'initiatives personnelles plutôt que d'une orientation du CLSC promouvant cette méthode. La raison pour laquelle elle n'arrive, elle-même, qu'occasionnellement à animer un groupe n'est pas ressortie clairement en entrevue. Nous pouvons présumer que le peu de soutien accordé à cette approche dans son CLSC, conjugué à la lourdeur des dossiers à l'Accueil social, la détourne de cette méthode d'intervention. Cette contrainte organisationnelle a comme impact de confiner cette intervenante à une pratique où la dimension psychologique l'emporte sur la dimension relationnelle, alors que l'inverse correspondrait davantage au type d'aide qu'elle souhaiterait offrir et qu'elle considère plus efficace.

Représentations de l'intervenant #1

L'intervenant #1 est surtout préoccupé par l'isolement des intervenants psychosociaux et par le peu d'importance accordée par son CLSC à l'approche familiale, deux préoccupations au coeur de la

dimension relationnelle. Il signale donc des contraintes du cadre organisationnel de son CLSC ayant pour effet de restreindre la place de la dimension relationnelle et souhaite des changements permettant de renforcer considérablement cette dimension. Nous l'avons classée dans cette deuxième catégorie étant donné que les contraintes organisationnelles qu'il a identifiées ont une incidence restrictive sur une pratique déjà peu multidimensionnelle en concentrant l'intervention sur une des deux seules dimensions présentes, soit la dimension psychologique, au détriment de la dimension relationnelle.

Un employeur devrait obligatoirement fournir un soutien, via un superviseur ou un consultant, à tout employé intervenant auprès de personnes suicidaires. Les intervenants psychosociaux du CLSC de cet interviewé ont pendant longtemps manqué d'encadrement et de soutien et ont conséquemment vécu beaucoup d'isolement.

L'intervenant #1, lorsqu'il est interrogé sur la façon dont il serait intervenu s'il avait été tout à fait libre d'agir à sa guise comme intervenant psychosocial dans son CLSC, jette un regard sur l'ensemble de ses années d'expérience professionnelle à la polyvalente où il a travaillé, et arrive à la conclusion qu'il n'a pas eu de problème de liberté dans son milieu de travail, mais plutôt un manque de soutien professionnel. Il déplore que pendant des années, dans son CLSC, les nouveaux intervenants psychosociaux aient été "rapidement laissés à eux-mêmes dans des situations de stress", alors que tout nouvel intervenant, selon lui, a un grand besoin d'encadrement. Il croit que plusieurs intervenants psychosociaux ont quitté son CLSC faute de soutien. Parmi ceux qui restaient, plusieurs trouvaient, à leurs frais et sur leur temps, comme il l'a fait lui-même, de la consultation professionnelle ou du perfectionnement à l'extérieur du CLSC. Pendant un certain temps, il a agi comme consultant pour de nouveaux intervenants psychosociaux du CLSC, mais "en cachette". Ceux-ci n'osaient pas se tourner vers leur patron, surtout s'ils étaient en période de

probation, parce que demander une consultation "était vraiment perçu comme un manque d'autonomie, comme une faiblesse".

Un élément du plan d'organisation qui a contribué à compliquer la question de l'encadrement clinique dans son CLSC est le regroupement des employés en équipes multidisciplinaires. La chef d'équipe de l'interviewé étant une infirmière, il ne trouvait pas chez elle le soutien professionnel désiré. Les intervenants psychosociaux de son équipe ont demandé et obtenu, à un moment donné, l'autorisation de leur chef d'équipe de se réunir en petit groupe de consultation mutuelle. L'interviewé, étant celui qui possédait le plus d'expérience dans ce sous-groupe, accepta d'animer les rencontres. La chef d'équipe venait, dans les premiers temps, vérifier comment se déroulaient ces rencontres: "on sentait qu'il y avait une méfiance, au début, que c'était perçu comme une perte de temps".

Cette façon de faire n'était pas sans problème. Entre autres, "il y avait une certaine confusion chez les cadres entre supervision administrative et supervision clinique". L'interviewé trouvait cette forme de consultation professionnelle lourde parce que, d'une part, il n'était pas reconnu officiellement pour le travail de consultant qu'il effectuait et, d'autre part, étant appelé à donner beaucoup plus qu'il ne recevait lors des rencontres de consultation, la formule ne répondait pas à ses propres besoins de ressourcement professionnel. Suite à des demandes répétées et à des suggestions de la part de l'interviewé et de quelques autres intervenants, la direction du CLSC a rédigé une politique sur la supervision et a réussi à "gruger du budget dans le non-remplacement de poste" pour embaucher une travailleuse sociale chevronnée ayant pour mandat d'offrir de la supervision clinique aux intervenants psychosociaux. Au moment de notre entrevue avec l'interviewé, le système de supervision clinique mis en place n'était pas encore complètement rodé, mais sa pertinence pour les intervenants psychosociaux du CLSC semblait acquise puisque la supervision constituait désormais un item récurrent dans le budget de l'institution.

Selon l'intervenant #1, la supervision et le soutien d'une équipe de travail devraient être "une condition de travail essentielle" pour tous ceux qui interviennent auprès de personnes suicidaires parce qu'ils en ont "absolument besoin". "On ne devrait pas accepter", ajoute-t-il, "que ces intervenants-là soient isolés". L'interviewé croit que, s'il avait bénéficié de sessions de supervision au cours de ses premières années à l'emploi du CLSC, il en aurait beaucoup profité et aurait peut-être même évité l'épuisement professionnel et le long congé de maladie qu'il a connus. Il attribue surtout cet épisode difficile de sa vie professionnelle à l'isolement et au manque de soutien qu'il a vécus comme intervenant psychosocial du CLSC.

Le regroupement régional des intervenants psychosociaux par domaine d'intervention est une excellente façon de briser leur isolement et de favoriser le renouvellement de leur pratique.

Une autre façon de briser l'isolement des intervenants psychosociaux, de favoriser l'échange d'idées, de susciter l'innovation et le renouvellement de la pratique est d'offrir aux intervenants des occasions de se regrouper par champ d'intérêt ou domaine d'intervention. C'est ce qu'avaient connu les intervenants psychosociaux des polyvalentes lorsqu'ils relevaient du Centre des services sociaux (CSS). Ils formaient alors une équipe régionale animée par un cadre intermédiaire ayant lui-même une formation en travail social ou dans une discipline connexe. Suite au transfert de ces intervenants dans les CLSC, en 1985, ceux-ci ont "tenté de maintenir un regroupement de travailleurs sociaux scolaires pour se donner de l'information et de la formation et ça a été boycotté, ça a été interdit par nos patrons". Il semble que les directions des CLSC aient perçu ce désir de poursuivre le regroupement des intervenants psychosociaux des polyvalentes comme une volonté de s'accrocher à l'ancienne structure. Ces intervenants ont même continué pendant quelque temps à se réunir hors des heures de travail, mais, sans le soutien de leurs organismes respectifs, ces initiatives ont été de courte durée. Certains ont continué de participer à quelques activités

provinciales des intervenants psychosociaux en milieu scolaire, mais, n'étant pas soutenues par un regroupement régional, ces initiatives individuelles d'intervenants de la région ont graduellement perdu leur effet dynamisant sur les milieux d'intervention de la région.

Le CLSC n'encourage ni ne favorise le recours à l'intervention familiale chez ses intervenants psychosociaux travaillant avec des adolescents en difficulté, alors que cette méthode d'intervention devrait être hautement privilégiée.

S'il retournait travailler dans une polyvalente, l'intervenant #1 favoriserait beaucoup plus l'intervention familiale qu'il ne l'a fait pendant les sept années passées dans ce milieu. (Il avait changé de secteur environ deux ans avant notre entrevue avec lui.) Avec un peu de recul, il peut identifier trois raisons pour lesquelles il a peu recherché l'implication des familles des jeunes dans ses interventions à la polyvalente. La première est qu'il considérait que l'intervention familiale ne faisait carrément pas partie de ses tâches, de son mandat. Il semble qu'il s'agissait-là d'une impression qu'il avait eue et qu'il n'avait pas tenté de vérifier, probablement à cause de ce qui suit. La deuxième raison était le manque de temps; étant donné les nombreux suivis de jeunes, les groupes, les activités de prévention qu'il devait effectuer, il ne lui restait plus de temps pour travailler intensivement, ne serait-ce qu'avec quelques unes des familles des jeunes qu'on lui confiait. La troisième raison est probablement la plus importante: il nous a confié qu'il était "moins habilité à travailler avec les familles dans ce temps-là, moins confortable et probablement moins conscient de l'importance de travailler avec les familles". En effet, pendant toutes les années qu'il a passées comme intervenant psychosocial dans une polyvalente, il considérait que son client était le jeune et que la famille de ce dernier pouvait être impliquée de façon périphérique pour jeter certains éclairages sur les difficultés du jeune ou pour appuyer le plan d'intervention, mais pas comme objet d'intervention, au même titre que le jeune. Il reconnaissait tout de même la place importante de la famille dans la

vie du jeune "parce qu'il y avait toujours une bonne partie du vécu des jeunes reliée à des difficultés relationnelles avec ses parents". C'est pourquoi il a tenté d'utiliser les services de deux intervenants à qui le CLSC avait confié, pendant quelques années, le mandat de faire de l'intervention conjugale et familiale.

On pouvait leur référer des familles et j'ai fait des tentatives en ce sens-là, mais très peu ont eu du succès parce que moi je voyais le jeune d'un côté, puis eux tentaient d'inciter les parents à venir consulter de leur bord, et je pense qu'il faut que ce soit fait par le même intervenant. (#9)

Pour toutes ces raisons, il conclut que, s'il retournait dans une polyvalente, il mettrait "définitivement un accent très fort sur l'intervention familiale". Il est arrivé à cette conviction au terme de ses propres réflexions sur son action professionnelle, sans se référer, du moins en entrevue, à un questionnement ou à des échanges qu'aurait soulevés, entretenus ou favorisés son CLSC au cours de ses années de pratique en milieu scolaire.

8.3 REPRÉSENTATIONS DE CONTRAINTES IMPORTANTES DU CADRE ORGANISATIONNEL SUR SA PRATIQUE À L'ÉGARD DU PROBLÈME DU SUICIDE DES JEUNES AVEC UNE FORTE INCIDENCE RESTRICTIVE SUR LA NATURE MULTIDIMENSIONNELLE DE CETTE PRATIQUE

Les intervenants de cette troisième catégorie remettent en question certains aspects de l'orientation, du plan d'organisation, des programmes ou de l'approche générale que leur CLSC a établis pour faire face au problème du suicide des jeunes. De plus, ils déplorent de ne pas pouvoir intervenir de façon à tenir compte de certains aspects du problème du suicide des jeunes qu'ils considèrent importants et dont certains touchent des dimensions autres que psychique et relationnelle.

Représentations de l'intervenant #9

L'intervenant #9 identifie plusieurs contraintes dues au caractère à la fois public et bureaucratique de l'organisme qui l'emploie, et à la conjoncture économique et sociale du système de services de santé et de services sociaux du Québec. Ses préoccupations relèvent surtout de la dimension relationnelle en ce sens qu'il préconise une approche qui vise à renforcer le réseau social des jeunes suicidaires et à briser l'isolement des intervenants psychosociaux. Ses préoccupations relèvent également de la dimension socio-politico-culturelle en ce sens qu'il remet implicitement en question les priorités de notre société actuelle et la place de second ordre qu'elle accorde à la jeunesse; cette orientation politique, selon lui, se traduit particulièrement par l'insuffisance de l'aide accordée aux jeunes en détresse et par le peu d'importance accordée à la prévention de problèmes tels que le suicide des jeunes.

À cause du nombre et de la lourdeur des dossiers individuels, la véritable mission des intervenants psychosociaux du secteur Jeunesse est la protection des individus suicidaires plutôt que la prévention primaire du problème du suicide des jeunes.

L'intervenant #9 considère que son CLSC le laisse libre d'intervenir selon son approche et son expertise professionnelles, mais il se plaint tout de même de certaines contraintes organisationnelles. La qualité de son intervention est diminuée par la quantité de demandes, qui s'accroît, et par la nature des problèmes, qui s'alourdit, sans que le nombre d'intervenants n'augmente. Le CLSC ayant comme mandat d'être la première ligne du réseau des services sociaux et de santé, l'aide à apporter s'accroît nécessairement lorsque les organismes de deuxième et de troisième ligne, comme la DPJ et l'hôpital psychiatrique, subissant également des compressions, resserrent leurs critères d'éligibilité à leurs services et établissent une liste d'attente. Cet intervenant est donc obligé de gérer les priorités. Il a souvent la pénible impression

d'être "comme une gare de tri d'urgence" où il doit déterminer ce qui presse le plus. À l'époque de nos entrevues, il avait une liste d'attente de trois mois. Pour qu'il accepte de voir un jeune le jour même d'une référence plutôt que trois mois plus tard, il lui faut des indices lui signalant que ce jeune risque de passer à l'acte suicidaire avant le lendemain matin. Il est donc amené à prendre des risques au sujet de certains jeunes, à partir des données qu'il a, sans même avoir le temps parfois de leur parler. Il conseille alors les personnes qui les ont référés et leur donne même une rapide formation sur la façon d'évaluer le risque du passage à l'acte suicidaire.

Cette contrainte du nombre de demandes d'aide, de la lourdeur des cas, des risques à assumer, du manque de temps est accentuée par une autre contrainte organisationnelle. Il s'agit du temps que les intervenants doivent consacrer aux statistiques et aux rapports écrits inhérents aux organismes publics imputables à l'État et aux contribuables. L'intervenant #9 a beaucoup de difficulté à accepter "que le papier prenne souvent la place du bénéficiaire".

Dans mon CLSC, comme dans toutes les organisations, ce qu'on surveille, c'est pas ce que tu fais, en tout cas, ce qui est contrôlé, c'est pas ce que tu fais, c'est si les papiers sont bien faits. Le contrôle s'exerce là-dessus. Ce qu'on regarde, à mon CLSC, je dis pas qu'on regarde rien que ça, là, on regarde ce que je fais, mais le contrôle et la pression, c'est: "Oublie pas tes notes évolutives, oublie pas tes dossiers, oublie pas tes ci, oublie pas tes ça", parce que mon patron se fait contrôler là-dessus. C'est d'accepter de travailler en secteur public, ça; moi, j'ai ben de la misère avec ça. (#9)

Une des conséquences de ces contraintes est que les intervenants psychosociaux ne peuvent combler que l'aspect crucial et vital de leur mandat, ce qui les éloigne considérablement de la prévention primaire. Pour aller au-delà d'un mandat réduit à la protection des individus, pour développer un peu l'aspect préventif de leur mandat, les intervenants psychosociaux et leurs cadres immédiats doivent être prêts à assumer certains risques calculés.

Notre mission devient de plus en plus une mission de protection sociale. Et moins on s'occupe des idéations suicidaires pour s'occuper des tentatives de suicide, plus on va en avoir des tentatives. Ça fait qu'il n'y a pas de bout, hen?... Et la prévention que tu décides de faire, c'est en disant "je vais être obligé de la justifier"; et ça, c'est autant ton chef de service qui prend cette décision-là, avec toi. Justifier que oui, on fait ça, et le reste, ben oui, il est mort, ou ben oui, il est dans la rue, ou ben oui, il y a des plaintes. C'est ça que ça demande, là. C'est lourd! (#9)

Cette "baisse des services" qu'offrent les intervenants psychosociaux n'est pas un phénomène isolé, selon cet interviewé. Elle fait partie d'un ensemble de phénomènes inter-reliés de détérioration de la qualité du milieu de vie comme "la baisse des emplois, la baisse des conditions d'enseignement, la baisse de la qualité de vie des jeunes à l'école ou dans leurs familles". Souvent, pour s'encourager, l'intervenant #9 se remémore ses expériences de voyage dans des pays du tiers-monde, ce qui lui permet de relativiser l'acuité de nos problèmes et de prendre conscience de la quantité et de la qualité des ressources qui demeurent tout de même encore disponibles dans notre environnement social.

Il souhaiterait qu'on reconnaisse le caractère singulièrement difficile de l'intervention auprès de gens suicidaires en accordant des conditions de travail particulières à ceux qui en font régulièrement dans leur pratique professionnelle.

Le rôle de protection sociale que les intervenants psychosociaux sont amenés à jouer de plus en plus est très exigeant en énergie et en qualité de présence. Ce qui est particulièrement lourd, c'est de vivre avec l'insécurité, avec le risque qu'un de ses bénéficiaires passe à l'acte suicidaire, avec le risque même de faire une erreur et d'être subséquemment poursuivi en justice.

Comme professionnel, lorsqu'il y a un décès par suicide, t'es automatiquement visé par la famille, parce que c'est le

processus de deuil, là... Je sais que chaque fois que je vais avoir affaire à un décès par suicide, j'aurai plein de comptes à rendre. Et je me fie pas à mon organisation. Mon organisation va sauver sa peau et la police d'assurance de mon organisation va sauver sa peau. Je prends ça pour acquis... Il n'y a pas de garantie: oui, ça se peut que je fasse une erreur... Quand tu travailles à la limite vie-mort, tu te retrouves tout seul. (#9)

Assumer un rôle de protection sociale avec des suicidaires, c'est donc accepter de gérer l'insécurité. L'intervenant #9 a pris une attitude qu'il mûrit toujours face à cette exigence et qu'il qualifie de vieille sagesse. Il s'agit essentiellement de développer la capacité d'accepter ses limites et de laisser tomber de façon optimiste, après son intervention, la part qu'il ne contrôle pas. En ce qui le concerne, il puise cette force dans sa foi en la vie, dans sa confiance en une force suprême. Quoi qu'il en soit, il considère néanmoins qu'il devrait y avoir des conditions de travail particulières pour les intervenants "en suicide", comme celles du policier et de ceux qui interviennent aux soins intensifs. On devrait prévoir des occasions d'échange et des occasions de décrochage après certaines interventions particulièrement exigeantes sur le plan des émotions et de l'énergie. Au moment de nos entrevues pour cette recherche, les intervenants psychosociaux de l'équipe Jeunesse de son CLSC pouvaient au moins, depuis un an et demi, bénéficier d'une rencontre de supervision de groupe de trois heures toutes les deux semaines. La chef d'unité participait à ces rencontres quand elle le pouvait au même titre que les intervenants. Les intervenants psychosociaux se consultent aussi mutuellement de façon ponctuelle régulièrement et font occasionnellement de la co-intervention.

Un CLSC doit, s'il veut être efficace auprès de sa clientèle de jeunes, favoriser une approche visant à rejoindre le jeune dans son milieu de vie et doit l'aider à se raccrocher à quelques personnes, à développer son réseau naturel.

Pour cet intervenant, le cadre organisationnel qui conviendrait le mieux à son approche auprès des jeunes suicidaires est celui d'un organisme communautaire comme le Centre 24/7 ou, encore mieux, une ressource qui embauche des travailleurs de rue parce que l'intervenant d'un tel organisme, face à un jeune suicidaire, "se positionne pour la vie, mais n'a pas la responsabilité de sa vie, d'aucune façon". Néanmoins, notre interviewé interviendrait auprès des individus dans un organisme communautaire sensiblement de la même façon qu'il le fait dans sa polyvalente, la lourdeur du mandat officiel de protection en moins. Par contre, il serait mal à l'aise d'intervenir dans un organisme qui, à l'autre extrémité du continuum, prend socialement en charge un jeune, comme un hôpital ou un centre d'accueil, parce que, dans ces organismes, "on annule le réseau du jeune, on ne lui reconnaît même plus la capacité de trouver dans son réseau ce qu'il lui faut pour l'empêcher de se suicider". Dans ces organismes, l'intervenant a une marge de manoeuvre beaucoup plus faible pour créer avec un jeune des façons qui lui sont propres de rétablir un réseau et un style de vie.

Les gestionnaires d'organismes sociaux comme un CLSC ne sont pas convaincus de la pertinence d'intervenir là où vivent les jeunes plutôt que de les accueillir dans un bureau, a découvert cet intervenant. Il estime qu'en 1985, lors du transfert des intervenants psychosociaux scolaires du Centre des services sociaux de l'Outaouais (CSSO) aux CLSC, il s'est retrouvé "dix ans en arrière". Il a perdu l'équipe que formaient les intervenants psychosociaux scolaires de la région et, de plus, sa fonction et sa charge de travail ont été modifiées. D'intervenant psychosocial scolaire à plein temps dans une seule polyvalente, il est devenu intervenant Jeunesse au CLSC et aussi dans trois écoles secondaires.

Je me suis retrouvé aussi à leur expliquer c'est quoi un intervenant-milieu-de-vie par rapport aux intervenants de bureau. Pis en quoi cette intervention-là, c'est l'intervention qu'on privilégie, en tout cas, que moi, je privilégie, avec les jeunes. (#9)

La situation s'est graduellement rétablie. Au moment de nos entrevues, cet intervenant était affecté à une polyvalente où il passait environ 80% de son temps de travail, se rendant, pour les autres 20%, au CLSC même. Il pouvait également compter sur la contribution d'un autre intervenant Jeunesse du CLSC, qui devait partager son temps entre deux écoles secondaires.

Représentations de l'intervenant #3

L'intervenant #3 revendique des changements organisationnels relevant surtout de la dimension relationnelle, mais aussi de la dimension socio-politico-culturelle. En effet, il considère que le peu de priorité accordé par son CLSC et la société en général à la prévention sociale du suicide et autres problèmes des jeunes lui laisse très peu de disponibilité pour organiser et animer des activités ayant une portée plus large que des interventions individuelles auprès de jeunes en situation de crise. De plus, comme plusieurs de ses collègues que nous avons interviewés, il déplore le peu de soutien offert par son CLSC aux intervenants psychosociaux.

Pour faire plus de prévention primaire de problèmes comme celui du suicide des jeunes dans sa polyvalente, il faudrait que son CLSC priorise l'intervention de groupe en accordant aux intervenants psychosociaux le temps requis pour organiser et animer plusieurs petits groupes.

L'intervenant #3 considère que son CLSC devrait faire beaucoup plus de prévention du suicide des jeunes et de plusieurs autres problèmes. Même s'il arrive à passer la majeure partie de son temps à la polyvalente, il souhaiterait être encore plus intégré à l'école où il intervient. Il aimerait être dégagé de certaines tâches au CLSC pour pouvoir faire plus de groupes de jeunes à l'école. À l'époque de l'entrevue, il animait un groupe pour jeunes dont un des parents est alcoolique, groupe qui comprenait sept jeunes "quasiment tous suicidaires quelque part". Toutefois, ce groupe, c'est en partie sur son temps qu'il le faisait.

Il y a plein de choses comme ça qui répondent à des besoins qui seraient de la prévention à plus long terme, qui aideraient les jeunes à s'affirmer davantage pis à rendre les jeunes moins vulnérables au suicide, mais je ne suis pas assez disponible là-bas pour ça. (#3)

Étant donné qu'il doit le faire en partie sur son propre temps, c'est donc par conviction que l'intervenant #3 arrive à faire cette parcelle de travail de prévention. Il s'agit d'un type de prévention qu'on peut situer à l'intérieur de la dimension relationnelle, d'une part, puisqu'il utilise le groupe, le réseau des jeunes comme milieu d'intervention et, d'autre part, à l'intérieur de la dimension psychique puisqu'il utilise largement comme modèle d'intervention le groupe de croissance. Par ailleurs, dans les dossiers individuels qui lui sont confiés à la polyvalente, cet intervenant parvient à intervenir de la façon qui lui semble la plus efficace, c'est-à-dire en impliquant la famille des jeunes. Il ne remet donc pas en question la pertinence de ses interventions individuelles et familiales à l'école. Ce qu'il souhaiterait, en fin de compte, afin de pouvoir intensifier son travail de prévention, c'est d'être affecté par son CLSC uniquement à la polyvalente au lieu d'avoir à partager son temps entre le CLSC et la polyvalente et, idéalement, de ne plus être le seul travailleur social de la polyvalente.

Un autre exemple de besoins de jeunes laissés en suspens faute de ressources suffisantes est la demande d'aide qu'ont exprimée une dizaine d'élèves de secondaire 5 ayant participé à l'une des sessions d'information sur le suicide qu'animaient l'interviewé et la responsable de la pastorale dans le cadre du cours Formation personnelle et sociale. Ces dix élèves avaient répondu affirmativement, dans un questionnaire remis à la fin de la session d'information, à la question suivante: "J'aimerais participer à un groupe où je pourrais partager avec d'autres l'intention que j'ai déjà eue de mourir". L'interviewé et la responsable de pastorale n'ont pas eu le temps de donner suite à cette requête.

Il souhaiterait qu'on regroupe les intervenants psychosociaux dans une même unité administrative pour que le volet social de son CLSC reprenne de la vigueur.

Selon cet interviewé, depuis que son CLSC a un plan d'organisation regroupant le personnel par unité administrative multidisciplinaire, le volet socio-communautaire a perdu énormément d'importance dans son institution, au point même d'être en train de devenir marginal. La gestion par modules multidisciplinaires a apporté certains gains, comme l'avantage pour les intervenants psychosociaux et les infirmières de mieux se connaître, mais elle a surtout apporté de grandes pertes. Étant donné qu'auprès de la population et du gouvernement, surtout depuis quelques années, la Santé a une plus grande visibilité que le Social, quand il s'agit d'avoir de nouvelles ressources, c'est en Santé que celles-ci risquent d'aller. Lorsque le volet socio-communautaire regroupait les intervenants psychosociaux dans une même unité administrative, il y avait beaucoup plus d'occasions pour les intervenants psychosociaux d'échanger entre eux et d'approfondir leurs interventions en se référant à une perspective commune.

Il souhaiterait que son CLSC implante un mécanisme officiel et reconnu de consultation et de supervision.

Cet intervenant regrette qu'il n'y ait pas dans son CLSC de supervision des intervenants psychosociaux. Il n'est pas normal, selon lui, qu'on n'offre pas de supervision professionnelle pendant les deux premières années de pratique parce que les nouveaux intervenants éprouvent beaucoup d'insécurité et ont un grand besoin d'être rassurés et soutenus, les problèmes auxquels ils sont confrontés étant tellement variés et lourds. La direction du CLSC permet la consultation auprès d'intervenants plus expérimentés, mais sans prévoir pour ceux-ci de dégagements de tâches ou de réaménagement des charges de travail. Ce qui s'ensuit, c'est que les moins expérimentés se sentent obligés de quêter du temps de supervision auprès des plus expérimentés. C'est ainsi que notre

interviewé en est venu à rencontrer trois ou quatre collègues régulièrement depuis quelque temps pour leur donner du support et partager son expérience.

Représentations de l'intervenante #7

L'intervenante #7 a essayé d'influencer l'orientation et l'approche adoptées par son CLSC au cours des dernières années, mais "avec peu de succès". "On a tenté", a-t-elle expliqué en entrevue, "de faire valoir ce qui serait le plus aidant pour les jeunes, mais on est rarement écouté". Elle voudrait que son CLSC prenne en compte la dimension socio-politico-culturelle du milieu de vie des jeunes, la nature de l'adolescence, les besoins réels des adolescents sur les plans psychique et relationnel lorsqu'il adopte de nouveaux programmes, de nouvelles approches, de nouveaux plans d'organisation. C'est le milieu de vie des jeunes, que constitue l'école secondaire, que l'intervenante #7 voudrait que son CLSC contribue à transformer afin de carrément prévenir certains problèmes comme le suicide des jeunes. De plus, pour offrir un soutien adéquat à ceux qui traversent des moments difficiles dans leur vie, elle voudrait que son CLSC contribue à mettre en place un environnement scolaire plus attentif aux besoins des jeunes et mieux équipé pour faire face à l'émergence de problèmes comme celui du suicide des jeunes.

Le CLSC est passé d'une approche globale et préventive auprès des jeunes de la polyvalente, approche utilisant des groupes de toutes sortes organisés et animés par des intervenants psychosociaux bien connus et intégrés dans le milieu scolaire, à une approche curative offerte par des intervenants psychosociaux méconnus de l'ensemble des élèves, dans des bureaux de la polyvalente où sont reçus individuellement les jeunes ayant des problèmes personnels.

L'intervenante #7 croit que le CLSC s'est éloigné des jeunes dans le milieu scolaire comme il "s'est éloigné du monde" sur l'ensemble du territoire qu'il dessert. À un moment donné, son CLSC avait organisé ses services par sous-territoire ou quartier, et les intervenants psychosociaux finissaient par connaître les gens et le milieu où ils habitaient. De même, dans une polyvalente, les intervenants psychosociaux s'étaient intégrés au milieu scolaire et rapprochés de l'ensemble des jeunes en montant des projets sur des thèmes qui les préoccupaient et en allant les présenter dans les classes afin d'animer des discussions et de développer des contacts avec l'ensemble de la population étudiante. Aujourd'hui, les intervenantes psychosociales dans sa polyvalente sont à l'école seulement trois jours par semaine et, lorsqu'elles y sont, elles sont "tellement prises au niveau du curatif" qu'elles n'ont plus le temps de sortir de leur bureau et d'aller dans les classes pour discuter avec les jeunes, faire des contacts, se faire connaître d'eux. Les élèves ne les connaissent plus et en sont venus à penser que "la T.S. est là pour te placer en famille d'accueil".

Si elle était libre d'agir à sa guise dans son travail à la polyvalente, l'intervenante #7 n'aurait pas comme priorité d'offrir des services individuels aux étudiants qui vivent des problèmes tels que des idéations suicidaires. Sa priorité serait plutôt la prévention, c'est-à-dire de monter des groupes d'entraide, de pairs aidants, des groupes-classe de communication sur des thèmes pertinents pour les jeunes, bref, des groupes comme ceux qu'elle a connus quelques années auparavant. Elle a l'impression que, si la Régie régionale des services de santé et des services sociaux et le Ministère de l'éducation avaient poursuivi le programme de pairs aidants, qui avait été financé en tant que projet pilote, "on serait arrivé, après quelques années, à avoir une atmosphère, un climat différent à l'école". Elle déplore que les autorités politiques agissent souvent selon les vogues du moment, faisant l'essai de programmes innovateurs et les laissant tomber après quelques années sans se préoccuper d'en assurer la survie et le développement.

La prévention et l'intervention de groupe font toujours partie, en principe, du mandat des intervenants psychosociaux du secteur Jeunesse du CLSC de l'interviewée, mais le plan d'organisation et l'orientation mis en place au cours des dernières années font que, dans les faits, les activités préventives sont reléguées au second plan, remises aux calendes grecques. L'interviewée, au moment de notre entrevue, trouvait encore le moyen de confectionner, avec quelques collègues, des dépliants sur des thèmes comme l'image de soi ou l'affirmation de soi afin de contribuer à développer chez les jeunes des ressources personnelles leur permettant de faire face aux difficultés de la vie de façon efficace au lieu de recourir à des solutions destructrices comme la fuite dans la drogue, des gestes violents ou des comportements suicidaires. Toutefois, elle avait beaucoup de difficulté à trouver des occasions pour lancer ses dépliants, les faire connaître, puisqu'elle n'avait plus le temps d'organiser et d'animer des rencontres d'élèves. Elle devait donc se résoudre à rendre ses dépliants disponibles dans des endroits stratégiques pendant des événements spéciaux comme une semaine thématique.

Le CLSC ne tient pas compte de l'ensemble de la dynamique des adolescents; il planifie ses services comme s'il n'y avait aucune différence entre un adolescent et un adulte.

Selon l'intervenante #7, son CLSC "voudrait que les jeunes réagissent comme des adultes". On s'attend à ce qu'ils se présentent à l'accueil du CLSC pour être ensuite référés à un deuxième intervenant qui leur fixera des rendez-vous hebdomadaires d'une heure ou qu'ils se présentent au bureau de l'intervenante psychosociale de la polyvalente pour être parfois référés à un intervenant d'un autre secteur du CLSC parce qu'il est prévu que certains types de problèmes sont pris en charge par certains secteurs spécifiques du CLSC. "Des fois, les plans d'organisation, ça oublie la dynamique des jeunes", affirme l'intervenante #7; "on fait rentrer les jeunes dans nos petites boîtes au lieu de nous occuper de leur dynamique globale". Plus loin, elle ajoute:

Des adolescents, c'est pas comme ça. Ça arrive en crise et il faut que tu sois là dans le bon moment, au bon endroit, dans leur milieu, pour les faire avancer, les faire réfléchir. Ça ne fonctionne pas selon des horaires, un cheminement avec une heure de thérapie par semaine. (#7)

Elle résume la situation de la façon suivante: "Le problème, c'est qu'on n'est pas assez nombreux, au CLSC, à intervenir auprès des jeunes et qu'on n'est pas assez global".

Représentations de l'intervenante #11

L'intervenante #11 critique sévèrement son CLSC pour avoir mis en place une approche axée sur l'individu et pratiquement réduite à une seule dimension, la dimension psychique. Elle considère également que son CLSC a délaissé les usagers de milieux défavorisés en offrant des services étrangers à leur culture. Elle revendique rien de moins qu'une revalorisation et une réintroduction des dimensions relationnelle, socio-politico-culturelle et socio-politico-économique dans l'orientation, le plan d'organisation et les modèles d'intervention de son CLSC. Elle croit que les services du CLSC doivent être offerts dans la communauté, là où sont les gens, particulièrement les jeunes, et en collaboration avec les organismes communautaires. Pour réaliser ces changements, un élément clef est, selon elle, la planification d'occasions de réflexion collective pour les intervenants psychosociaux.

L'orientation du CLSC est passée d'un engagement social à l'égard des usagers de milieux défavorisés à une approche thérapeutique pratiquée dans les bureaux du CLSC, approche beaucoup plus adaptée, sur le plan culturel, aux usagers ayant plus de ressources personnelles et pécuniaires.

À partir de la description et de l'analyse que l'intervenante #11 fait du cadre organisationnel de son CLSC et de la pratique qui en découle, on peut facilement déduire qu'elle considère que ce cadre, loin de favoriser une approche multidimensionnelle, privilégie nettement la dimension psychique. L'orientation qu'a prise son CLSC au cours des dernières années a amené celui-ci à délaisser les usagers plus démunis en privilégiant, entre autres, la démarche thérapeutique offerte dans les bureaux du CLSC, démarche ne correspondant aucunement à la culture des gens de milieux défavorisés. Selon elle, son CLSC était plus près des gens autrefois, les intervenants psychosociaux se rendant régulièrement disponibles dans la communauté. Elle croit que les dirigeants du CLSC avaient comme préoccupation d'avoir un meilleur contrôle sur les intervenants psychosociaux en les confinant en un seul lieu.

Ils ont même rapatrié les intervenants scolaires qui ne sont plus à plein temps dans les écoles; leurs bureaux sont au CLSC, ce qui est un non-sens. (#11)

Ce sont non seulement les jeunes à l'école que le CLSC dessert moins bien qu'avant, mais l'ensemble des jeunes, à cause de cette orientation qu'on pourrait appeler "clinique privée". Même le Centre Jeunesse, situé au même endroit que le CLSC, est "axé sur la contraception" et "fait institutionnel".

Pour travailler avec les jeunes, il faut que tu sois avec les jeunes. Si tu les attends dans ton bureau, il y a toute une dimension que tu ne peux pas faire, pis il y a toute une partie de jeunes que tu ne rejoins pas. (#11)

En plus de l'intervention individuelle, cette intervenante pratique l'intervention de groupe, mais considère que les groupes qu'on lui demande de faire au CLSC répondent à des besoins identifiés chez les clientèles qui viennent déjà au CLSC. Pour rejoindre les sous-groupes de la population qui n'utilisent pas le CLSC, comme les jeunes couples ou les mères de famille monoparentale en milieu défavorisé, les intervenants psychosociaux

devraient se déplacer, offrir des sessions de groupe dans et en collaboration avec des organismes communautaires situés près des gens et offrir de l'aide concrète complémentaire comme du gardiennage, une cuisine collective, du dépannage d'urgence.

Elle souhaiterait que les intervenants aient des occasions de réflexion collective sur leurs pratiques et, afin de briser leur isolement, des modes de travail par équipe.

L'intervenante #11 déplore également l'approche "individualiste" que l'orientation de son CLSC a favorisée depuis quelques années. Dans son secteur, les intervenants sortent rarement pour faire des visites dans les familles, dans le milieu; ils restent chacun dans leur bureau où il reçoivent les usagers. L'interviewée souhaiterait des rencontres d'équipe plus fréquentes, le partage de certains dossiers et même de la co-intervention dans certaines situations. Elle souhaiterait aussi que les intervenants aient l'occasions de se questionner sur leur pratique ensemble. Actuellement, les gestionnaires de son CLSC ne semblent pas inclure cela dans leur planification. Elle a l'impression qu'ils mettent tellement d'emphase sur les dossiers à traiter, les usagers à rencontrer, les objectifs de production de services à poursuivre qu'ils ne voient pas la pertinence de prévoir des moments d'arrêt et de réflexion collective pour les intervenants. Pourtant, les dossiers sont de plus en plus complexes, de plus en plus lourds, et les intervenants sont "fatigués de travailler seuls".

Quand on parle d'avoir un recul par rapport à ton intervention pis par rapport aux problématiques que tu rencontres, il faut vraiment avoir une place pour le faire parce que dans notre pratique courante on est tout seul. Tu es très, très seul. (#11)

Elle souhaiterait, avec les autres intervenants psychosociaux de son CLSC, revenir à un véritable travail "social" par une approche dépassant la seule dimension psychique.

Selon cette intervenante, l'isolement qu'elle et les collègues de son secteur vivent, a des répercussions sur leur façon d'intervenir auprès des usagers.

C'est pour ça que je trouve que notre pratique ressemble plus à une pratique privée. On fait de moins en moins du travail social... Dans le fond, on fait de l'intervention thérapeutique... beaucoup. On fait du travail thérapeutique, pas du travail social. (#11)

"Le contexte" a amené cette intervenante non seulement à s'éloigner d'un travail véritablement social, mais même à s'éloigner de la dimension relationnelle dans son intervention thérapeutique en rencontrant les usagers individuellement dans son bureau pour aborder les aspects de leurs problèmes relevant surtout de la dimension psychique. À l'époque de notre entrevue, après une formation sur l'approche systémique que son CLSC l'avait autorisée à suivre, elle avait recommencé à inclure dans ses interventions des personnes significatives dans la vie de ses usagers.

Quand tu vas à domicile, t'as d'autres choses là, t'as complètement une autre image, t'as d'autres sons de cloche, tu vois vraiment c'est quoi la réalité, c'est quoi les dynamiques aussi au niveau des relations, qu'est-ce qui se passe. Et quand tu invites d'autre monde à l'entrevue, ben tu as d'autres choses aussi. Mais c'est épeurant! Quand ça fait longtemps que tu travailles toute seule... Moi, je me suis aperçue comment c'est sécurisant de travailler juste avec une personne. Alors que t'ouvres sur d'autres choses quand t'ajoutes du monde. (#11)

Cette formation, que cette intervenante a beaucoup appréciée, ne semble pas être le résultat d'une orientation du CLSC, mais plutôt une occasion qui s'est présentée, mais qu'on n'a ni encouragée ni découragée. Cela ne répond pas à l'attente fondamentale qu'a cette intervenante d'une démarche de réflexion collective sur les pratiques d'intervention, démarche qui serait soutenue par l'administration et qui aboutirait au choix également collectif d'une approche adoptée par l'ensemble de l'institution.

Les occasions de consultation sont primordiales pour les intervenants psychosociaux et doivent faire partie intégrante du mode de fonctionnement régulier du CLSC.

Concernant l'encadrement des dossiers en Santé mentale dont elle est responsable, l'intervenante #11 a bénéficié, avec des collègues de son CLSC et de trois autres CLSC urbains, d'une demi-journée mensuelle de consultation avec un psychiatre du Centre hospitalier Pierre-Janet. Les dossiers des CLSC étant devenus beaucoup plus "lourds" depuis que ceux-ci s'occupent de gens souffrant de problèmes de santé mentale, cette consultation de groupe a été supportante et rassurante pour les intervenants psychosociaux ayant de tels dossiers. Cette collaboration inter-institutionnelle a duré quatre ans et n'a pris fin que quelques mois avant nos rencontres avec l'interviewée. On cherchait alors une façon de renouer avec cette heureuse expérience.

Quand on parle de cas de santé mentale, de cas suicidaires, tu as besoin d'aide là-dedans. Tu ne peux pas travailler dans des dossiers comme ça, seule... A un moment donné, tu as besoin d'une expertise plus poussée. Juste au niveau de la médication, ça prend quelqu'un qui connaît ça... ou pour l'hospitalisation. (#11)

L'autre forme d'encadrement dont bénéficie cette intervenante est une rencontre mensuelle de deux heures de discussion de cas avec l'ensemble des intervenants du secteur des services sociaux courants (une quinzaine de personnes). Cette rencontre semble surtout aidante pour les nouveaux. Notre intervenante, ayant plusieurs années d'expérience, reste souvent sur sa faim. Les occasions de consulter ses collègues sur ses dossiers, elle les crée en sollicitant leurs avis de façon individuelle et ponctuelle. Ces consultations entre collègues demeurent, pour elle, primordiales.

RÉSUMÉ/SYNTÈSE

La tension apparemment inhérente à la relation entre des professionnels, particulièrement des "praticiens réflexifs", et leur institution bureaucratique, tension qu'a identifiée Schön et que nous avons explicitée au chapitre 2.3, semble évidente seulement chez la moitié, environ, des professionnels que nous avons interviewés. Si l'on considère que les treize intervenants de notre recherche présentent à peu près la même discordance entre leur analyse large et multidimensionnelle d'un problème social (chapitre 5) et leur pratique professionnelle à l'égard de ce problème axée sur seulement deux dimensions (chapitre 7), on peut se demander comment il se fait que seulement la moitié environ de ces mêmes intervenants identifie l'existence de contraintes organisationnelles affectant leur pratique? Doit-on conclure que les intervenants qui se sentent libres d'intervenir comme ils le souhaitent ne perçoivent pas de contraintes organisationnelles limitant la portée de leurs interventions tellement ils s'en seraient accommodés, n'ayant retenu de leur analyse plus large des problèmes sociaux que la partie pertinente à une intervention psycho-relationnelle? Doit-on en conclure que, selon eux, le mandat qu'ils reçoivent du CLSC ne porte que sur deux dimensions d'un problème social, laissant à d'autres, organisateurs communautaires, politiciens, militants de mouvements sociaux, le soin de cibler les autres dimensions du problème? Quoi qu'il en soit, l'absence de tension entre ces intervenants et leur CLSC indique un haut degré de convergence de leurs buts en tant que praticiens professionnels et de leurs buts émanant de leur mandat en tant que praticiens employés d'un établissement bureaucratique de l'État.

Nous avons vérifié s'il n'y avait pas de variables organisationnelles pouvant nous offrir des pistes d'interprétation de nos données. En regardant le tableau 8 de plus près, nous nous sommes rendu compte que les intervenants qui n'identifient que quelques contraintes organisationnelles mineures, donc peu de tension entre eux et leur institution, sont majoritairement des intervenants oeuvrant à l'Accueil social (4 intervenants de ce secteur

sont dans la première catégorie de représentations des contraintes organisationnelles et 1 dans la deuxième), alors que ceux qui identifient des contraintes moyennement importantes ou carrément importantes, donc des tensions significatives, sont majoritairement des intervenants oeuvrant au secteur Jeunesse/scolaire (2 intervenants de ce secteur sont dans la deuxième catégorie et 3 dans la troisième). Il semble donc y avoir un lien direct entre, d'une part, certains secteurs de travail du CLSC, soit les deux principaux secteurs représentés dans notre échantillon, auxquels des intervenants sont affectés et dans lesquels ils ont travaillé pendant plusieurs années (ce qui est le cas de tous nos interviewés) et, d'autre part, les catégories du tableau 8 dans lesquelles ces intervenants se retrouvent.

Notre interprétation concernant cette dichotomie est que les intervenants de l'Accueil social ont un mandat pointu, bien défini, structurant, alors que les intervenants du secteur Jeunesse/scolaire ont un mandat plutôt large, laissant de la place à l'initiative personnelle et nécessitant l'établissement de priorités, même si quelques-unes de ces priorités leur sont imposées par leur CLSC. Aussi, les intervenants de l'accueil travaillent presque uniquement à l'intérieur des murs du CLSC, près de leurs cadres immédiats et supérieurs, alors que les intervenants du scolaire passent plus de la moitié de leur temps de travail dans une polyvalente, loin de leurs patrons et en contact fréquent avec des intervenants d'un autre établissement. Également, les intervenants de l'accueil doivent, pour la plupart, se limiter à une intervention à court terme et assurer le traitement d'un certain nombre de nouveaux dossiers dans un laps de temps plutôt court. Les intervenants du scolaire, pour leur part, doivent aussi répondre à des demandes individuelles, mais contrôlent un peu plus la durée et les modalités de leur intervention. Enfin, les intervenants de l'accueil doivent traiter les demandes de service touchant l'ensemble de la population du territoire du CLSC, alors que les intervenants du scolaire se concentrent sur une population-cible, les jeunes. Tout compte fait, donc, les intervenants du scolaire auraient davantage l'occasion d'envisager des alternatives

à ce qu'ils font, de réfléchir à des interventions plus préventives et multidimensionnelles pour contrer un problème comme celui du suicide des jeunes, et mieux adaptées à une clientèle particulière, celle des adolescents. En d'autres mots, les intervenants psychosociaux du secteur Jeunesse/scolaire auraient des conditions de travail davantage propices au développement d'une *pratique réflexive*, dont parle Schön et que nous avons présentée au chapitre 2.3. Toutefois, n'ayant souvent ni le temps, ni les moyens, ni le soutien institutionnel nécessaires pour actualiser de façon significative les modes d'intervention auxquels les a menés leur réflexion fondée sur leur expérience de travail dans le milieu de vie des jeunes, ils vivent des frustrations, des tensions que, dans cette recherche, nous avons identifiées à des contraintes organisationnelles.

Nous avons constaté que deux interviewées oeuvrant dans un autre secteur de travail du CLSC, la santé mentale, loin de faire partie d'une même catégorie, se trouvent presque aux deux extrémités du continuum des représentations des contraintes organisationnelles (voir tableau 8). La seule réflexion que cette observation nous inspire est qu'il semble tout à fait possible de maintenir une analyse multidimensionnelle et une conscience aiguë de la présence de contraintes organisationnelles et de leur impact sur sa pratique même en travaillant dans un secteur qu'on associe habituellement à une approche plutôt psycho-relationnelle. Le développement d'une telle conscience présuppose évidemment une analyse des problèmes sociaux, une vision de l'intervention psychosociale et des buts professionnels plus larges que ceux que semblent préconiser les établissements bureaucratiques que sont les CLSC de notre recherche.

Nous avons vérifié si d'autres variables organisationnelles que celle des secteurs de travail du CLSC auraient pu affecter la division des intervenants entre ceux qui identifient des contraintes organisationnelles et ceux qui n'en identifient presque pas. Étant donné que chaque CLSC est autonome, en ce sens qu'il a un conseil d'administration et un directeur général bien à lui, et qu'il peut, à

l'intérieur du mandat qui lui est confié par la loi, donner une couleur locale à son orientation, à ses priorités, à son plan d'organisation, nous aurions pu nous attendre à ce que les intervenants d'un même CLSC aient tendance à se retrouver dans une même catégorie de représentations des contraintes organisationnelles. Toutefois, force nous est de constater que tous les CLSC, à une exception près, sont représentés dans deux des trois catégories, leurs intervenants se partageant, dans la plupart des cas, la première et la troisième catégorie (voir tableau 8).

Une troisième et dernière variable organisationnelle a retenu notre attention. Étant donné que seulement trois des intervenants avaient obtenu leur formation professionnelle de base en psychologie plutôt qu'en travail social, comme c'est le cas pour les dix autres personnes interviewées, nous avons vérifié si ces trois intervenants n'étaient pas concentrés dans une même catégorie de représentations des contraintes organisationnelles, pour découvrir que ce n'était pas le cas puisque deux se retrouvaient dans la troisième catégorie et l'autre, dans la première. Nous avons donc conclu que ni l'appartenance à un CLSC spécifique ni la formation professionnelle initiale ne semblent affecter la distribution des intervenants dans nos trois catégories ni, conséquemment, empêcher certains intervenants de se préoccuper de dimensions autres que psychique et relationnelle.

À partir des pratiques que les intervenants nous ont présentées et à partir des contraintes organisationnelles qu'ils ont identifiées, il est possible de tracer quelques grandes lignes du mandat que les CLSC donnent aux intervenants psychosociaux et des attentes qu'ils nourrissent à leur égard. D'abord, il semble que les contraintes organisationnelles identifiées par les intervenants agissent toujours dans le même sens, c'est-à-dire qu'elles tendent à réduire la perspective de l'intervention aux dimensions relationnelle et surtout psychique. La pression organisationnelle amènerait donc les intervenants psychosociaux, presque inévitablement, toujours selon les commentaires d'un bon nombre d'entre eux, à s'occuper

davantage du psychique et, dans certaines circonstances, du relationnel. Il est utile de rappeler qu'en 1994, au moment de nos entrevues, les établissements de services sociaux et de santé connaissaient des compressions budgétaires. Toutefois, ce contexte ne s'est pas du tout amélioré depuis. Étant donné l'existence de ces contraintes, les CLSC veulent s'assurer que les intervenants psychosociaux s'occupent d'abord de l'essentiel. L'aide essentielle que doivent d'abord fournir les intervenants psychosociaux, ce serait, pour un établissement comme un CLSC, de répondre aux demandes immédiates des individus, de satisfaire les besoins les plus criants, les plus apparents des individus, de contribuer à solutionner des problèmes individuels, des problèmes semblant relever, à prime abord, uniquement de la sphère privée, c'est-à-dire des problèmes psychiques et relationnels.

Comment expliquer cette emphase, de la part des CLSC, sur une perspective psychologisante? À partir de commentaires exprimés par quelques intervenants, on peut présumer que les dirigeants des CLSC veulent, d'abord et avant tout, que les contribuables que sont les usagers reçoivent l'aide spécifique qu'ils demandent à leurs établissements, sans plus, d'une façon telle qu'ils en soient satisfaits et qu'ils n'aient aucune raison de se plaindre des services rendus. Si nous présumons également que les usagers eux-mêmes, aux prises avec la souffrance causée par leurs problèmes concrets et immédiats, perçoivent leurs difficultés surtout dans leurs dimensions psychique et relationnelle et s'attendent, du moins au point de départ, à ce qu'on cible uniquement ces aspects pour les aider à soulager leurs tensions, à régler leurs problèmes les plus pressants et à désamorcer leur situation de crise, il n'est pas étonnant que les dirigeants des CLSC exigent de leurs intervenants que, avant de penser à toute autre action, ils répondent aux besoins psychiques et relationnels des usagers. Si nous ajoutons à ces considérations la lourde charge de travail des intervenants psychosociaux et les nouvelles demandes de services qui ne cessent de leur parvenir, comme nous les ont décrites plusieurs d'entre eux, il est encore moins étonnant que les dirigeants des CLSC leur demandent d'appliquer leur savoir et leur savoir-faire

aux problèmes les plus pressants des usagers qui frappent à leur porte, pour les aider à résoudre, dans le laps de temps le plus court possible, l'aspect le plus perceptible de ces problèmes, c'est-à-dire l'aspect individuel.

Les intervenants psychosociaux sentent qu'on exige d'eux efficacité et productivité, qu'on s'attend à ce qu'ils répondent au plus grand nombre possible de demandes de services d'usagers, ce qui implique des interventions de courte durée. Nous pouvons donc comprendre qu'ils ne se sentent aucunement incités à prendre le temps et le recul nécessaires pour resituer les problèmes des usagers dans leur contexte social, pour rétablir certains ponts entre l'individu et sa communauté, pour initier des collaborations avec des organismes communautaires et pour contribuer à améliorer des aspects du milieu communautaire qui, au moins en partie, sont à l'origine de plusieurs problèmes des individus-usagers. C'est ainsi que les intervenants psychosociaux en arriveraient plus ou moins à jouer un rôle assez proche de celui que Schön a qualifié de *technicien expert*.

L'association que nous faisons entre une pratique réduite aux dimensions psychique et relationnelle et le rôle de *technicien expert* décrit par Schön est d'autant plus plausible que les intervenants psychosociaux de notre recherche avaient pratiquement tous une analyse large, multidimensionnelle du problème social ciblé, le suicide des jeunes, une analyse qu'ils semblaient n'utiliser qu'en partie dans leur pratique. Toutefois, ne serait-il pas possible que certains intervenants aient développé une *pratique réflexive* à l'intérieur des seules dimensions psychique et relationnelle, c'est-à-dire qu'ils aient développé un modèle de pratique psycho-relationnelle qu'ils amélioreraient constamment par leur réflexion dans et sur leur action professionnelle? Si une telle pratique était possible, elle soulèverait quand même la question que nous nous posons, c'est-à-dire : comment un intervenant psychosocial, étant pleinement conscient de l'importance des dimensions socio-politico-culturelle et socio-politico-économique dans la genèse d'un problème

social, peut-il faire fi de ces dimensions en réfléchissant dans et sur son action reliée à ce problème? Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas les données nécessaires pour nous permettre d'affirmer que l'un ou l'autre des intervenants psychosociaux de notre recherche joue un rôle de *technicien expert*. Par contre, ce qu'il nous semble possible d'affirmer, c'est que l'adoption par un intervenant psychosocial de CLSC d'une perspective multidimensionnelle nécessite une *pratique réflexive*, quoique, à l'inverse, la *pratique réflexive* ne garantit pas l'adoption d'une perspective multidimensionnelle.

Qu'un intervenant psychosocial de CLSC ayant fait une analyse large, multidimensionnelle d'un problème social puisse arriver à maintenir le cap, dans sa pratique, à la fois sur l'individu et la société (dans ses évaluations, ses plans d'intervention, son action) n'est pas, selon nous, un scénario utopique, mais, avec les contraintes organisationnelles que décrivent plusieurs intervenants, il faut reconnaître que c'est un défi difficile à relever et, bien souvent, seulement partiellement. Aller au-delà de l'aide individuelle et ponctuelle qu'on lui demande d'offrir est un défi qui exige effectivement d'un professionnel qu'il ait développé, comme nous l'avons dit au paragraphe précédent, une *pratique réflexive* comme celle que Schön a décrite. En effet, ce défi exige des intervenants psychosociaux qu'ils aient l'habileté de continuer à penser globalement en agissant dans une situation individuelle, l'habileté de saisir les occasions de faire des liens entre leur analyse globale des problèmes sociaux et les situations concrètes vécues par des usagers, l'habileté de développer des modes d'intervention susceptibles de contribuer à améliorer les conditions autant socio-politico-culturelles et socio-politico-économiques que psychiques et relationnelles des gens qu'ils doivent aider. Une telle perspective ne veut pas dire que les intervenants doivent nécessairement eux-mêmes intervenir directement dans les dimensions socio-politico-culturelle et socio-politico-économique des problèmes mais qu'ils cherchent à utiliser d'autres ressources, surtout des ressources communautaires, avec qui ils créent et maintiennent une collaboration et une concertation étroites.

Arriver à faire des liens entre un problème concret vécu par un usager et ses dimensions socio-politico-culturelle et socio-politico-économique exige, au préalable, un cadre permettant une analyse large, multidimensionnelle, et une application particulière de ce cadre d'analyse à la pratique. Ces liens ne sont donc pas évidents de prime abord et ne sont pas spontanément perçus, comme nous l'avons déjà mentionné, ni par les dirigeants des CLSC ni par les usagers eux-mêmes. Même les intervenants psychosociaux doivent absolument, pour ne pas perdre de vue ces liens individu-société et continuer à les développer, approfondir leur réflexion dans et sur leur action professionnelle. De plus, nous postulons qu'une perspective multidimensionnelle ne peut rester un élément présent et actif de la pratique que si elle est alimentée par des rencontres régulières entre intervenants partageant la même perspective et intéressés à examiner leur pratique. La pression de s'en tenir aux dimensions psychique et relationnelle provenant d'un établissement comme un CLSC nous semble tellement forte qu'il nous paraît presque impossible qu'un intervenant psychosocial puisse y résister seul. La vision large d'un tel intervenant risque de devenir latente, inopérante alors qu'il cède aux pressions de son établissement et s'investit dans les seules dimensions psychique et relationnelle de sa pratique.

Les données de notre recherche nous révèlent que les acquis de la formation professionnelle, même pour ceux qui ont étudié dans une discipline offrant une solide base d'analyse large et multidimensionnelle, ne garantissent ni le développement d'une *pratique réflexive* ni le développement d'une pratique multidimensionnelle. Par ailleurs, il semble tout à fait possible, toujours selon les données de notre recherche, que même un professionnel ayant été formé dans une discipline axée sur l'approfondissement d'une dimension particulière au détriment des autres, comme c'est habituellement le cas pour la psychologie, puisse, en se laissant interpellé par ses interventions et les situations de ses clients, en échangeant et en travaillant avec des professionnels

d'autres disciplines et surtout en exerçant une *pratique réflexive*, développer une approche multidimensionnelle. Somme toute, ce qui semble le plus déterminant, chez un professionnel, dans le développement d'une perspective multidimensionnelle de son intervention est son adoption d'une *pratique réflexive* alimentée par des rencontres régulières avec d'autres intervenants intéressés à examiner leur pratique. Cette conclusion suscite un questionnement qu'il serait intéressant d'approfondir et qui porte sur l'identification des conditions favorisant le développement et le maintien d'une *pratique réflexive* ainsi que le développement et maintien d'un groupe de réflexion nécessaire à la survie, à la mise en oeuvre et au dynamisme de cette pratique. Il y aurait là, nous semble-t-il, un sujet fascinant pour une prochaine recherche.

CONCLUSION

Le but de cette recherche était d'identifier l'ampleur de la nature multidimensionnelle de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC à l'égard d'un problème social tel que le suicide des jeunes (via leurs représentations de ce problème, du champ d'intervention y correspondant et de leur propre pratique dans ce champ) et de vérifier l'importance que ces intervenants attribuaient à l'impact du cadre organisationnel de leur CLSC sur la nature multidimensionnelle de leur pratique. Il s'agissait également d'acquérir une compréhension de la particularité des représentations sociales qu'ont ces intervenants du problème du suicide des jeunes.

Nous inspirant de la recherche sur la sociologie implicite des intervenants en santé mentale de l'équipe de Sévigny (1983, 1988), nous avons élaboré une grille à six dimensions, qui nous a permis d'analyser les représentations sociales de treize intervenants psychosociaux concernant divers aspects de leur pratique professionnelle. La théorie de Schön (1983) sur la pratique réflexive dans une organisation bureaucratique nous a permis d'interpréter les représentations sociales des intervenants concernant l'impact du cadre organisationnel de leur CLSC sur la nature multidimensionnelle de leur pratique.

Concernant la nature multidimensionnelle de la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC, nous avons constaté ce qui suit. Les intervenants psychosociaux tiennent compte d'un grand nombre de dimensions lorsqu'ils identifient les facteurs contribuant au problème du suicide des jeunes, ce qui reflète chez eux une vision large et globale, même si les dimensions spirituelle et biophysique sont peu prises en considération. Concernant l'arsenal qui devrait

idéalement être mis en place pour contrer le problème du suicide des jeunes, ils accordent beaucoup de place à la dimension socio-politico-culturelle, un peu de place à la dimension relationnelle et peu de place aux dimensions psychique et socio-politico-économique. Les dimensions spirituelle et biophysique sont pratiquement ignorées. Lorsqu'ils parlent de leur propre pratique professionnelle avec des jeunes suicidaires, ils accordent une place prépondérante aux dimensions psychique et relationnelle au détriment des quatre autres dimensions.

Nous présentons ici les principales conclusions que nous tirons de l'analyse effectuée au cours des derniers chapitres en nous référant aux objectifs de la recherche que nous avons regroupés en deux volets dans le premier chapitre.

La nature multidimensionnelle de la pratique

Dans notre recherche, le "social" correspond aux dimensions socio-politico-culturelle et socio-politico-économique de la sphère publique et à la dimension relationnelle de la sphère privée de la vie d'un individu et des problèmes auxquels il fait face. Par "social", on entend l'environnement social, culturel, économique et politique d'un individu; on ne se borne pas à ses relations avec les personnes significatives de son milieu de vie immédiat. Le "social" dans le travail "social", dans l'intervention psycho-"sociale" en CLSC est, selon les constatations de notre recherche, pratiquement amputé de deux de ces trois dimensions précitées. Il constitue donc le volet réduit, tronqué, le parent pauvre de l'intervention psycho-"sociale" des CLSC. Nous concluons de notre analyse que les intervenants psychosociaux des CLSC, malgré ce qu'évoque le terme utilisé pour les désigner, font de l'intervention *psycho-relationnelle* plutôt que de l'intervention psychosociale. D'ailleurs, le titre du poste qu'occupe la majorité des intervenants de notre recherche, *agent de relations humaines* (ARH), ne fait aucune mention du "social", et correspond ainsi davantage à la nature du mandat qu'on semble avoir conçu pour les intervenants psychosociaux des CLSC.

De plus en plus d'intervenants de professions traditionnellement tournées vers l'individu (sciences infirmières, psychoéducation, médecine, etc.) semblent reconnaître l'importance de tenir compte du "social" dans leurs évaluations et parfois même dans leurs interventions, alors qu'auparavant ce "social" était censé constituer une des caractéristiques distinctives du travail social. On ne doit pas évidemment présumer que ces professionnels interviennent dans le "social" de façon aussi systématique et poussée que le faisait autrefois un certain type de travailleur social. On est en droit de se demander à quelles réalités ces professionnels se réfèrent sous le vocable de "social". Il nous semble que les termes "social" et "communautaire" utilisés par des infirmières, des psychoéducateurs ou des médecins pour décrire leur pratique font allusion surtout à la famille d'un individu, à son réseau d'amis, donc à ce que nous avons appelé dans cette recherche la dimension relationnelle, et qu'ils font très peu allusion à ses conditions de vie, à ses conditions de travail, à la qualité et à l'emplacement de son logement, aux conflits entre communautés culturelles minoritaire et dominante, bref à ce que nous avons appelé dans cette recherche les dimensions socio-politico-économique et socio-politico-culturelle. Notre recherche nous amène à constater que les intervenants psychosociaux des CLSC eux-mêmes, majoritairement des travailleurs sociaux de formation, malgré leur discours multidimensionnel sur un problème social comme le suicide des jeunes et sur le champ d'intervention y correspondant, dépassent peu les dimensions psychique et relationnelle dans leurs évaluations et leurs interventions, abordent peu les dimensions socio-politico-culturelle et socio-politico-économique dans leur pratique. Ces travailleurs sociaux accordent eux-mêmes une place réduite au "social" dans leur pratique, alors qu'il s'agit justement du volet distinctif par excellence de leur profession, inscrit en toutes lettres dans le titre même de celle-ci.

Les représentations des intervenants psychosociaux des CLSC concernant le phénomène et le champ d'intervention du suicide des jeunes étant multidimensionnelles, il s'ensuit que les intervenants

possèdent bien le prérequis, à savoir une vision large, nécessaire au développement d'une pratique multidimensionnelle. Comment se fait-il alors que cette vision ne se traduise pas, dans leur pratique, par des évaluations et des interventions multidimensionnelles? Notre recherche nous amène à conclure que les contraintes organisationnelles de leur établissement amènent ces intervenants à se concentrer sur les deux dimensions de la sphère privée des individus qu'ils sont appelés à aider. Pourtant, plusieurs des intervenants psychosociaux interviewés souhaiteraient collaborer avec des organismes communautaires, souhaiteraient se rapprocher des milieux défavorisés, des jeunes, souhaiteraient sortir de leur isolement comme intervenants, trouver des lieux pour parler de leur pratique avec leurs collègues, souhaiteraient participer à une concertation avec plusieurs types d'organismes et de professionnels de leur milieu sur des problématiques qu'ils partagent. Ils ne le font pratiquement pas parce que ces démarches ne sont pas perçues par leurs gestionnaires comme pouvant contribuer à l'atteinte des objectifs que l'appareil bureaucratique et technocratique de l'État s'est fixés et leur a, par le fait même, fixés.

Le problème du suicide des jeunes

Au chapitre trois, nous avons classé les principales théories sur le suicide élaborées au cours du siècle dernier ainsi que les plus récentes recherches faites sur ce phénomène dans quelques grands courants de pensée en sciences humaines et sociales¹³. Ceci nous a permis de mieux saisir la perspective prise par les intervenants psychosociaux sur le suicide. Dans l'ensemble, il nous est apparu que, lorsqu'ils étaient interrogés sur le problème du suicide des jeunes et le champ d'intervention dans ce domaine, ils avaient une perspective plutôt étrangère à l'approche biologique mais assez large pour inclure plusieurs éléments des quatre autres approches que nous avons présentées. Par contre, des approches comme celle de Durkheim et

¹³ Il s'agit des approches sociologique, psychologique, phénoménologique, biologique et épidémiologique.

ses successeurs ou celle de Freud et les théoriciens du suicide en psychologie, soit la première et la deuxième approche abordée au chapitre trois, seraient, prises intégralement, contraires à leur perspective parce que beaucoup trop uni-disciplinaires.

Cette remarque est particulièrement vraie en ce qui concerne l'approche sociologique. En effet, aucun des intervenants que nous avons interviewés ne se serait reconnu dans le peu d'importance qu'accordait Durkheim aux problèmes personnels dans la genèse du problème du suicide. D'ailleurs, un intervenant psychosocial, selon la théorie de Durkheim, ne peut qu'être inefficace pour ne pas dire inutile puisque les véritables causes du suicide et ses solutions ne se trouvent nullement chez les individus suicidaires. Par contre, prises isolément, certaines caractéristiques d'une collectivité identifiée comme suicidogène par Durkheim, par exemple une absence de solidarité et d'intégration entre ses membres ou, au contraire, un contrôle ressenti par eux comme accablant, correspondent à des facteurs que les intervenants psychosociaux ont relevés en tentant d'expliquer le phénomène du suicide (chapitre 5).

Il en va de même pour certaines caractéristiques d'un individu identifiées comme suicidogènes dans l'approche psychologique, lorsque prises isolément, par exemple les séquelles d'expériences antérieures négatives ou la dissolution des relations significatives d'un jeune et son isolement progressif. Plusieurs intervenants ont identifié ces caractéristiques comme des facteurs contribuant aux idéations et comportements suicidaires des jeunes (chapitre 5). Toutefois, la notion de colère retournée par l'individu contre lui-même, notion-clef pour Freud et pour de nombreux psychanalystes et psychologues, a été évoquée par un seul intervenant, qui l'a citée uniquement en décrivant une de ses clientes (dossier #7 du chapitre 7). (La colère a cependant été identifiée comme une caractéristique importante de jeunes suicidaires dans une dizaine d'autres dossiers de jeunes suicidaires, mais pas selon les termes de l'analyse freudienne.)

Il nous semble que les deux approches les plus compatibles avec la perspective des intervenants psychosociaux, concernant toujours le problème du suicide des jeunes et le champ d'intervention y correspondant, sont les approches phénoménologique et épidémiologique. En effet, de par leur formation à la relation d'aide, les intervenants psychosociaux ont appris à aborder les gens qu'ils tentent d'aider avec empathie, c'est-à-dire en essayant de comprendre les problèmes vécus par eux à partir de leur propre cadre de référence. Or, cette attitude a des liens de parenté très étroits avec l'approche phénoménologique, qui vise à saisir le sens qu'un acteur donne à ses propres comportements. Les facteurs contribuant aux idéations et comportements suicidaires que les intervenants ont identifiés et que nous avons résumés et classés par dimension au chapitre cinq sont, en bonne partie, le résultat d'observations et de réflexions issues de la pratique; or il s'agit justement d'une pratique dont l'objectif premier a été de comprendre le sens que les clients donnaient à leur situation afin d'établir avec eux une stratégie de changement. Le comportement suicidaire pouvant revêtir des sens très différents d'un individu à l'autre, il n'est donc pas étonnant que les auteurs associés à l'approche phénoménologique aient, de tous les théoriciens du suicide, la vision la plus multidimensionnelle du suicide, ce qui est également le cas des intervenants que nous avons interviewés.

Comme les chercheurs de l'approche épidémiologique, les intervenants psychosociaux conçoivent le suicide comme un phénomène complexe et multifactoriel. Plusieurs des facteurs qu'ils ont identifiés comme contribuant aux idéations et comportements suicidaires, que ce soit dans l'une ou l'autre des dimensions de notre grille d'analyse, ont d'ailleurs fait l'objet de recherches épidémiologiques. Quelques-unes de ces recherches ont même réussi à confirmer de façon scientifique l'association au risque de suicide et de comportement suicidaire de certains facteurs que les intervenants psychosociaux ont identifiés à partir de leur savoir d'expérience professionnelle.

Alors que les intervenants psychosociaux évoquent des facteurs couvrant un éventail aussi large que celui des approches phénoménologique et épidémiologique dans leur discours sur le phénomène du suicide, il en est tout autrement lorsqu'il s'agit de leur pratique. Les dossiers de jeunes suicidaires présentés en entrevue reflètent une pratique préoccupée surtout de facteurs d'ordre psychologique et relationnel. Des cinq grands courants de pensée en sciences humaines et sociales s'étant intéressés au suicide, c'est donc de l'approche psychologique que la pratique des intervenants psychosociaux des CLSC semble la plus proche.

Limites de la recherche

Une limite importante de notre recherche est que nous n'avons pas interviewé les dirigeants des CLSC. La théorie de Schön sur la relation entre les organisations bureaucratiques et les professionnels qu'ils embauchent nous a guidé dans notre analyse des facteurs ayant contribué à la nature psycho-relationnelle des pratiques des intervenants psychosociaux des CLSC. La vision des gestionnaires des CLSC évoquée dans la présente étude a été induite à partir de l'interprétation des représentations sociales des intervenants psychosociaux des CLSC. Il serait donc très intéressant de confronter certaines de nos conclusions aux points de vue des gestionnaires des CLSC.

Une autre limite de notre recherche est que nous n'avons tenté de comprendre les pratiques des intervenants psychosociaux, particulièrement leur nature multidimensionnelle, qu'à travers les comptes rendus qu'ils nous en ont faits. Nous n'avons aucun accès direct à ces pratiques, que ce soit par l'observation ou par la lecture de notes et rapports dans les dossiers des usagers du CLSC.

Pistes de recherche

Une piste de recherche que nous suggère la présente étude est la reprise de notre démarche de recherche auprès d'une population

semblable, des intervenants psychosociaux de CLSC, mais dont la pratique porterait sur un autre problème social que le suicide des jeunes. La nature multidimensionnelle de la pratique d'intervenants psychosociaux de CLSC auprès d'alcooliques, d'enfants maltraités, d'hommes violents, de prostituées ou de personnes en perte d'autonomie, pour ne prendre que quelques exemples, serait-elle différente de celle que nous avons identifiée dans notre étude?

Il serait également intéressant de refaire notre recherche auprès d'intervenants psychosociaux oeuvrant dans des organismes communautaires. Nous pensons à des organismes communautaires dont les modalités de gestion sont participatives, collégiales, démocratiques, donc très éloignées des modalités de gestion hiérarchiques et bureaucratiques de la plupart de nos établissements publics de santé et de services sociaux. Nous pourrions comparer la nature multidimensionnelle de la pratique de ces intervenants à celle des intervenants de notre recherche. Nous pourrions également comparer leurs représentations de l'impact du cadre organisationnel sur leurs pratiques à celles relevées dans la présente étude.

Comme nous l'avons déjà mentionné au chapitre quatre, il serait sûrement très intéressant d'examiner la nature multidimensionnelle de la pratique des organisateurs communautaires des CLSC. Trouverions-nous là l'envers de certains résultats de la présente étude? Ces intervenants ont-ils des pratiques axées fortement sur les dimensions socio-politico-économique et socio-politico-culturelle au détriment des dimensions psychique et relationnelle? Accordent-ils suffisamment d'importance aux dimensions psychique et relationnelle pour en arriver à établir d'étroites collaborations avec des intervenants psychosociaux?

La piste de recherche qui suscite le plus d'intérêt, à nos yeux, est la vérification, auprès des travailleurs sociaux, de la relation que nous avons évoquée au chapitre huit, entre l'adoption d'une pratique réflexive alimentée par des rencontres de groupe et l'adoption d'une

perspective multidimensionnelle. La vérification de cette hypothèse pourrait s'effectuer, par exemple, par une recherche-action. Il s'agirait de former et d'animer des groupes de travailleurs sociaux intéressés à réfléchir sur leur pratique. La démarche utilisée dans ces groupes pourrait s'inspirer des méthodes qu'Argyris et Schön (1974), Schön (1983, 1987) et St-Arnaud (1992, 1995) ont développées et appliquées dans leurs ateliers dits réflexifs ou de praxéologie. L'objectif serait de vérifier si, en développant une pratique réflexive et collective, les travailleurs sociaux en arrivent à accroître de façon significative la nature multidimensionnelle de leur pratique.

BIBLIOGRAPHIE

- ANATRELLA, T. (1988), Interminables adolescences. Les 12-30 ans, puberté, adolescence, postadolescence. "Une société adoléscentrique", Paris: Éditions du Cerf.
- ARGYRIS, C. SCHÖN, D. A. (1974), Theory in Practice : Increasing Professional Effectiveness, San Francisco: Jossey-Bass, 224 p.
- ASBERG, M. et al. (1976), "5-HIAA in the Cerebrospinal Fluid: a Biochemical Suicide Predictor?", in Arch. Gen. Psychiatry, 33: 1193-1197.
- ASBERG, M. et al. (1986), "Biological Factors in Suicide", in A. Roy (éd.), Suicide, Baltimore: Williams & Wilkins, 47-71.
- AUCLAIR, R. et LAMPRON, C. (1987), "Approche intégrée: une innovation dans la dispensation des services sociaux", in Service social, Vol. 36, nos 2 et 3, 315-341.
- BAECHLER, J. (1975), Les suicides, Paris: Calmann-Lévy.
- BOUCHARD, C. (1983), "L'intervention psychosociale et la violence envers les enfants: une réflexion critique sur la pratique québécoise", in Santé mentale au Québec, Vol. 8, no 2, 140-146.
- BOUCHARD, C. (1987), "Intervenir à partir de l'approche écologique: au centre, l'intervenante", in Service social, Vol. 36, nos 2 et 3, 454-477.
- BOUCHARD, C. (sous sa direction), Rapport du groupe de travail pour les jeunes (1991), Un Québec fou de ses enfants, Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des Communications.
- BRETON, M. (1987), "Les étapes de l'empowerment en régime démocratique: vers un modèle de pratique", in Intervention, No 109, 43-53.
- BRENT, D. et PERPER, J. (1988), "Risk factors for adolescent suicide", in Archives of General Psychiatry, 45: 581-588.

- BURRELL, G. et MORGAN, G. (1979), Sociological Paradigms and Organisational Analysis, London: Heinemann.
- CHAMBERLAND, C., DALLAIRE, N., FRÉCHETTE, L., LINDSAY, J., HÉBERT, J. et CAMERON, S. (1996), "Les dimensions sociales de la prévention et de la promotion du bien-être des jeunes et de leur famille: un portrait des pratiques au Québec", in Nouvelles pratiques sociales, Vol. 9, nos 2, 65-86.
- CHARRON, M.F. (1981), Le suicide au Québec: analyse statistique, Québec: Services des études épidémiologiques, Ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE (1982), Avis sur la prévention du suicide, Québec: Ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec.
- CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE (1997), Le suicide chez les jeunes: S.O.S. Jeunes en détresse! : avis du Conseil permanent de la jeunesse au sujet de la prévention du suicide auprès des jeunes, Québec: Conseil permanent de la jeunesse.
- DOUGLAS, J. D. (1967), The Social Meanings of Suicide, Princeton: Princeton University Press.
- DUMONT, F. (sous sa direction) (1986), Une société des jeunes? Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.
- DURKHEIM, É. (1930), Le suicide: étude de sociologie, Paris: PUF.
- DURKHEIM, É. (1951, 1974), "Représentations individuelles, représentations collectives", in Sociologie et philosophie, Paris: PUF, 13-50. (À l'origine: in *Revue de métaphysique et de morale*, 1898.)
- FARBEROW, N. L., éd. (1980), The Many Faces of Suicide, New York: McGraw-Hill.
- FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC ET MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1978), Rôles et fonctions des centres locaux de services communautaires, Québec: Ministère des Affaires sociales.

- FRÉCHETTE, L. (1996), "Redonner à la prévention son caractère social: un enjeu en voie d'actualisation", in Nouvelles pratiques sociales, Vol. 9, nos 2, 17-32.
- FREUD, S. (1917), "Deuil et mélancolie", in Métapsychologie, Paris: Gallimard, Coll. Idées, 1968, 147-174.
- FREUD, S. (1920), "Au-delà du principe de plaisir", in Essais de psychanalyse, Paris: Payot, 1968, 7-81.
- GIBBS, J. P., et MARTIN, W. T. (1964), Status Integration and Suicide: a Sociological Study, Eugene: University of Oregon.
- GRATTON, F. (1996), Les suicides d'"être" de jeunes Québécois, Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- GRÉGOIRE, J. C. et PHANEUF-PERRON, L. (1979), Le suicide: considérations d'ordre théorique et aperçu des types et des méthodes d'intervention, Montréal, Ministère des communications.
- GROUPE D'ÉTUDE NATIONAL SUR LE SUICIDE AU CANADA (1994), Le suicide au Canada: Mise à jour du Rapport du Groupe d'étude sur le suicide au Canada, Ottawa: Santé Canada.
- GUAY, J. (1996), "L'approche proactive: rapprocher nos services des citoyens", in Nouvelles pratiques sociales, Vol. 9, nos 2, 33-48.
- GUAY, J. (1998), L'intervention clinique communautaire: les familles en détresse, Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- HENRY, A. F. et SHORT, J. F. (1954), Suicide and Homicide, Glencoe: Free Press.
- HERZLICH, C. (1973), "La représentation sociale", in S. Moscovici (éd.), Introduction à la psychologie sociale, tome 1, Paris: Larousse.
- JACOBS, J. (1971), Adolescent Suicide, New York: Wiley-Interscience.
- JOHNSON, B. D. (1965), "Durkheim's One Cause of Suicide", in American Sociological Review, 30: 875-886.
- KETY, S. (1986), "Genetic Factors in Suicide", in A. Roy (éd.), Suicide, Baltimore: Williams & Wilkins, 41-45.

- KIENHORST, C., DE WILDE, E., DIEKSTRA, R. et WOLTERS, W. (1992), "Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents", in Acta Psychiatrica Scandinavica, 85: 222-228.
- LACROIX, L. (1990), "Le suicide et les politiques sociales au Québec", in Santé mentale au Québec, Vol. 15, no 1, 46-61.
- LAFORÉST, M. (1987), "De la pratique intégrée en travail social au Québec: une analyse des principales manifestations", in Service social, Vol. 36, nos 2 et 3, 213-226.
- LE BOSSÉ, Y. (1996), "Empowerment et pratiques sociales: illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux", in Nouvelles pratiques sociales, Vol. 9, no 1, 127-145.
- LEENAARS, A. et LESTER, D. (1995), "The changing suicide pattern in Canadian adolescents and youth, compared to their American counterparts", in Adolescence, 30(119): 539-547.
- LEONARD, C. V. (1967), Understanding and Preventing Suicide, Springfield: Thomas.
- LESAGE, A. D., BOYER, R., GRUNBERG, F., VANIER, C., MORISSETTE, R., MÉNARD-BUTEAU, C. et LOYER, M. (1994), "Suicide and mental disorders: A case-control study of young men", in American Journal of Psychiatry, 151(7): 1063-1068.
- LESTER, D. (1972), Why People Kill Themselves: a Summary of Research Findings on Suicidal Behavior, Springfield: Charles C. Thomas.
- LÉVESQUE, J. et PANET-RAYMOND, J. (1994), "L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel", in Service social, Vol. 43, no 3, 23-39.
- MARIS, R. W. (1981), Pathways to Suicide: a Survey of Self-Destructive Behaviors, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- MENNINGER, K. A. (1938), Man Against Himself, New York: Harcourt, Brace & World, Inc..

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998), S'entraider pour la vie: stratégie québécoise d'action face au suicide, Québec: Gouvernement du Québec.
- MOREAU, M. (1979), "A Structural Approach to Social Work Practice", in Revue canadienne d'éducation en service social, Vol. 5, no 1, 78-94.
- MOREAU, M. (1982), "L'approche structurelle familiale en service social: le résultat d'un itinéraire critique", in Revue internationale d'action communautaire, 7/47, 159-171.
- MOREAU, M. (1987), "L'approche structurelle en travail social: implications pratiques d'une approche intégrée conflictuelle", in Service social, Vol. 36, nos 2 et 3, 227-247.
- MORVAL, M. et LABELLE, R. (1990), Potentiel suicidaire et santé physique chez des étudiants de l'université de Montréal, Montréal: Services de santé de l'université de Montréal.
- MORVAL, M. et BOUCHARD, L. (1987), Enquête sur la vécu des étudiants et les comportements suicidaires à l'université de Montréal, Montréal: Services aux étudiants de l'université de Montréal.
- MOSCOVICI, S. (1973), Introduction à la psychologie sociale, Paris: Larousse.
- MOSCOVICI, S. (1961), La psychanalyse: son image et son public: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse, Paris: PUF.
- NINACS, W. A. (1995), "Empowerment et service social: approches et enjeux", in Service social, Vol. 44, nos 1, 69-93.
- PLATT, S. (1984), "Unemployment and suicidal behavior", in Social Science and Medicine, 19: 93-115.
- RACINE, G. (1997), "La production de savoirs d'expérience: un processus ancré dans la participation à une pratique commune", in NELISSE, C. et ZUNIGA, R., éd., L'intervention: les savoirs en action, Sherbrooke: G.G.C., 183-195.

- RHÉAUME, J. et SÉVIGNY, R. (1988), Sociologie implicite des intervenants en santé mentale, Montréal: Éditions Saint-Martin.
- ROY, A., éd. (1986), Suicide, Baltimore: Williams & Wilkins.
- SCHÖN, D. A. (1983), The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action, New York: Basic Books.
- SCHÖN, D. A. (1987), Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions, San Francisco: Jossey-Bass.
- SÉVIGNY, R. (1983), L'intervention en santé mentale: premiers éléments pour une analyse sociologique, Montréal: CIDAR, département de sociologie, Université de Montréal.
- SHNEIDMAN, E. (1985), Definition of Suicide, New York: John Wiley & Sons.
- ST-ARNAUD, Y. (1992), Connaître par l'action, Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- ST-ARNAUD, Y. (1995), L'interaction professionnelle: efficacité et coopération, Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- STENGEL, E. (1965), Suicide and Attempted Suicide, London: Macgibbon and Kee.
- TOUSIGNANT, M. et PAYETTE, T. (1997), Suicide et toxicomanie: deux phénomènes interreliés, Québec: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- TOUSIGNANT, M. (1994), "Le suicide et les comportements suicidaires", in Dumont, F. et al., éd., Traité des problèmes sociaux, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture, 765-776.
- TOUSIGNANT, M. et HANIGAN, D. (1986), Comportements suicidaires et entourage social chez les cégépiens, Montréal: Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.

- TOUSIGNANT, M., HANIGAN, D. et BERGERON, L. (1984), "Le mal de vivre: comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal", in Santé mentale au Québec, Vol. 9, no 2, 122-133.
- WALLACE, R. A. et WOLF, A. (1980), Contemporary Sociological Theory, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

APPENDICE A

SCHÉMA D'ENTREVUE

SCHÉMA D'ENTREVUE

1° Description et analyse d'interventions mises en oeuvre en réponse aux problèmes de jeunes ayant tenté de se suicider ou ayant sérieusement envisagé le suicide.

1.1 Ça veut dire quoi, pour toi, travailler avec des jeunes suicidaires (12 à 30 ans)?
(Quand tu en parles avec des gens, qu'est-ce que tu dis?)

1.2 Selon ce que tu m'as dit au téléphone, tu as été impliqué dans x dossiers de jeunes (12 à 19 ans et 20 à 30 ans) ayant des problèmes reliés au suicide depuis ton arrivée au CLSC?

1.3 Prenons un dossier où les choses ont bien été et un autre où les choses ont moins bien été. Pour chacun de ces dossiers:

1.3.1 Comment le jeune s'est-il retrouvé au CLSC? (Quels étaient ses problèmes?)

1.3.2 Dans tes évaluations, à quoi as-tu attribué le fait qu'il ait développé des idées et/ou des comportements suicidaires?

1.3.3 Quels étaient tes objectifs d'intervention?

1.3.4 Comment es-tu intervenu?

1.3.5 Quels ont été les résultats de l'intervention?

1.3.6 Quels éléments de ton intervention dans cette situation ont été, selon toi, les plus efficaces et lesquels ont été les moins efficaces? Pourquoi?

1.3.7 Si tu pouvais recommencer à zéro dans ce dossier, procèderais-tu de la même façon? Sinon, qu'est-ce que tu ferais différemment?

1.4 Est-ce que ces deux dossiers sont très différents des autres? Comment?

1.5 Veux-tu me parler de tes autres types d'intervention (s'il y a lieu): pairs aidants, projets de prévention ou de promotion, groupes... ?

1.6 T'es-tu référé, implicitement ou explicitement, à des théories, des concepts, des modèles quand tu as planifié et réalisé tes interventions? Si oui, lesquels?

2° Conception du phénomène du suicide des jeunes.

2.1 Est-ce que, selon toi, le suicide des jeunes constitue un problème important dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec? Pourquoi?

2.2 Considères-tu que celui-ci était plus important ou moins important ou tout aussi important il y a 10 ans, 20 ans, 30 ans? Pourquoi?

2.3 Penses-tu que ce problème est pire ou moins aigu dans l'Outaouais qu'ailleurs au Québec ou qu'ailleurs dans le monde? Pourquoi?

2.4 Comment t'expliques-tu que, chaque année, dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec, un certain nombre de jeunes en arrivent à se suicider?

2.5 Penses-tu que les jeunes qui se suicident effectivement sont du même type, font partie d'une même population, que ceux qui font des tentatives de suicide?

3° Conception du champ d'intervention du suicide des jeunes dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec.

3.1 D'après ce que tu connais, qu'est-ce qui se fait au juste dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec concernant le suicide des jeunes?

3.2 Est-ce que, selon toi, nous devrions faire plus dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec concernant le suicide des jeunes? Si oui, que devrait-on faire et qui devrait le faire? (Reprenons cette question en d'autres mots: si tu te retrouvais en position de pouvoir avec un bon montant d'argent à consacrer, selon ton jugement, au phénomène du suicide des jeunes dans l'Outaouais et dans l'ensemble du Québec, que ferais-tu?)

- 3.3 D'après toi, quelles stratégies d'intervention, idéalement, les intervenants sociaux et les organismes sociaux devraient-ils développer dans une région comme l'Outaouais?
- 3.4 Crois-tu qu'il soit utile de faire appel à plus d'une discipline pour intervenir dans ce problème? À quelles disciplines devrait-on faire appel?
- 3.5 Crois-tu qu'il soit utile de faire appel à plus d'un organisme pour intervenir dans ce problème? Quels organismes devraient être impliqués?

4° Cadre organisationnel.

- 4.1 Est-ce qu'il t'arrive de discuter du suicide des jeunes avec d'autres intervenants du CLSC, dans des rencontres formelles ou informelles? Qu'est-ce qui ressort de ces discussions-là?
- 4.2 Avant d'arriver au CLSC, voyais-tu le suicide des jeunes autrement qu'aujourd'hui? Si oui, qu'est-ce qui, dans le CLSC, t'a amené à changer?
- 4.3 Prenons un endroit autre que le CLSC qui fait de l'intervention auprès des jeunes suicidaires et que tu connais... Si tu travaillais dans cet organisme-là, qu'est-ce que tu ferais de différent?
- 4.4 Dans les dossiers dont tu étais responsable, as-tu recherché et obtenu la contribution d'intervenants de disciplines autres que la tienne tant dans l'évaluation que dans l'intervention? Lesquels? Ont-ils apporté une contribution utile? Laquelle?
- 4.5 Dans les dossiers dont tu étais responsable, as-tu recherché et obtenu la contribution d'organismes autres que le CLSC tant dans l'évaluation que dans l'intervention? Lesquels? Ont-ils apporté une contribution utile? Laquelle?
- 4.6 Est-ce que ton CLSC a certaines lignes de conduite ou même un protocole d'intervention en matière de suicide pour ses intervenants sociaux? Si oui, veux-tu me les décrire? Qu'en penses-tu? Si non, qu'en penses-tu?

4.7 Si tu étais libre d'intervenir à ta guise dans ton CLSC, que changerais-tu dans ta façon d'aborder ton travail dans les dossiers comportant le problème du suicide des jeunes?

4.8 As-tu déjà tenté d'apporter des changements aux programmes ou aux structures de ton CLSC en vue d'améliorer l'intervention auprès des jeunes suicidaires? Lesquels? Quels ont été les résultats?

5° Cadre professionnel.

5.1 a) Quel-s type-s de formation as-tu reçu-s? En quelle année?

b) Penses-tu que ta formation professionnelle a influencé ta conception du suicide et ta façon d'intervenir auprès des jeunes suicidaires? Comment?

5.2 a) De quelles activités de perfectionnement as-tu bénéficié au cours de ta carrière?

b) Crois-tu que les activités de perfectionnement dont tu as bénéficié ont influencé ta conception du suicide des jeunes et ta façon d'intervenir auprès des jeunes suicidaires? Lesquelles? Comment?

5.3 a) Veux-tu me résumer brièvement les principales expériences professionnelles qui constituent ton profil de carrière à date.

b) Ta conception du suicide des jeunes et ta façon d'intervenir auprès des jeunes suicidaires ont-elles été influencées par l'une ou l'autre de ces expériences? Lesquelles? Comment?

5.4 Y-a-t'il des groupes professionnels (corporation, association ou autres) qui ont une influence sur ta conception du suicide des jeunes et ta façon d'intervenir auprès des suicidaires? Lesquels? Quelle est cette influence?

6° Expériences personnelles de l'intervenant liées au suicide.

6.1 a) Étant donné qu'il peut être très impliquant de travailler avec des jeunes suicidaires, comment cette implication t'a-t-elle affecté personnellement?

b) Est-ce que tes réactions personnelles ont affecté ta façon de voir le suicide des jeunes et d'intervenir?

6.2 As-tu connu des gens autres que des clients (parents, amis ou autres) qui se sont suicidés ou qui ont eu des idées suicidaires ou fait une tentative de suicide?

6.3 [Une question très personnelle... Sens-toi libre d'y répondre ou non.] As-tu déjà, toi-même, pensé à te suicider ou tenté de te suicider?

6.4 Penses-tu que ces expériences personnelles (numéros 6.2 et 6.3) ont influencé ta conception du suicide des jeunes et ta façon d'intervenir? Lesquelles? Comment?

As-tu des commentaires sur les entrevues?

APPENDICE B

INDICATEURS POUR LES SIX DIMENSIONS

INDICATEURS POUR LES SIX DIMENSIONS

Voici des précisions qui nous ont été utiles dans les premières étapes de notre recherche. Il s'agit d'une liste non exhaustive, que nous avons ajoutée aux définitions des dimensions, d'exemples de considérations que les interviewés ont évoquées ou auraient pu évoquer et qui, selon nous, devraient être classées sous cette dimension. Ces exemples nous ont servi d'indicateurs dans la codification et l'analyse des entretiens. La pertinence et l'importance de chacun de ces indicateurs varient évidemment d'un thème à l'autre, selon la nature du thème abordé.

1° La dimension socio-politico-économique

La dimension socio-politico-économique correspond aux conditions de vie et de travail d'un individu ou d'un groupe, et aux acteurs et institutions qui exercent un pouvoir de décision sur ces conditions de vie et de travail. Afin de mieux cerner cette dimension dans les entretiens, nous nous sommes référés aux indicateurs suivants:

- Une attention particulière est accordée aux conditions socio-économiques des jeunes usagers suicidaires. Cette sous-catégorie renvoie aux éléments suivants: chômage, pauvreté, endettement, milieux défavorisés, choix de carrière, recherche d'emploi, marginalisation, exclusion sociale.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est leur condition socio-économique, telle qu'évoquée au point précédent (chômage, pauvreté, endettement ...).
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est le peu de place laissé aux jeunes sur le marché du travail en cette période de crise structurelle de l'économie et le sentiment (allant de l'inquiétude au désespoir) qu'ils ont d'avoir un avenir bloqué.

- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est que la plupart d'entre eux ne peuvent avoir la même qualité de vie que ceux qui les précèdent, et qu'il leur est quasiment impossible de réaliser les aspirations induites par notre société de consommation et ses valeurs matérialistes.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'impuissance qu'ils ressentent devant les différents paliers et instances du pouvoir politique.
- L'intervention vise à aider un ou des jeunes à revendiquer de meilleures conditions de vie et de travail.
- L'intervention vise à défendre les droits et intérêts d'un ou de plusieurs jeunes, comme le droit à un revenu et un logement décents.
- L'intervention vise à aider un jeune à subvenir à ses besoins essentiels (nourriture, vêtement, logement) dans l'immédiat.
- L'intervention vise à contribuer à la création et à l'amélioration de ressources permettant aux jeunes de se préparer à l'emploi, d'en rechercher un (exemple: inciter l'école secondaire à offrir des programmes utiles aux élèves manuels et concrets).

2° La dimension socio-politico-culturelle

La dimension socio-politico-culturelle correspond aux valeurs, normes et modèles des communautés et de la société plus large auxquelles appartient un groupe d'individus. Elle correspond également aux institutions porteuses de ces valeurs, normes et modèles, telles que la famille, l'école et les pouvoirs publics, aux lois et politiques sociales visant à consacrer et à opérationnaliser les valeurs, normes, et modèles ralliant la majorité des individus d'une société ainsi qu'aux ressources institutionnelles et communautaires

desservant l'ensemble ou une partie de la population telles que les organismes sociaux et de santé. Afin de mieux cerner cette dimension dans les entrevues, nous nous sommes référés aux indicateurs suivants:

- Une attention particulière est accordée aux valeurs, normes, modèles que la société ou un sous-groupe de la société a transmis aux jeunes usagers suicidaires.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est le degré, fort ou faible, d'intégration et/ou de régulation sociales des jeunes, par opposition à un degré modéré de ces deux variables. (Cf.: Durkheim.)
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'absence de valeurs communes bien établies et stables (points de repère) de la communauté ou la société à laquelle se réfère un jeune.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est un conflit entre une communauté culturelle minoritaire et la société dominante, conflit dont les jeunes font parfois les frais.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'absence de modèles de parents heureux, d'adultes heureux, de joie de vivre.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est un milieu familial surprotecteur et une approche éducative complaisante de la part des parents engendrant des jeunes mal équipés face aux frustrations et aux épreuves de la vie.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'impression de ne pas pouvoir répondre aux attentes souvent élevées, voir élitistes, de la famille et de la société en ce qui concerne les résultats scolaires (valeurs de compétitivité et d'individualisme).

- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'adoption, de la part des institutions, d'une approche répressive et moralisatrice plutôt que compréhensive et éducative.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est la prolongation de l'adolescence et l'absence de rites de passage, rendant les tâches développementales des adolescents, comme la distanciation, plus difficiles à accomplir.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est le sentiment d'inquiétude et d'impuissance devant les graves problèmes du monde contemporain, tels que la pollution de la planète et la menace nucléaire.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est la visibilité, l'accessibilité, la médiatisation du suicide et son acceptation, par la société, comme solution à des problèmes aigus.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est la disponibilité des moyens de se tuer (exemples: armes à feu, ponts, médicaments).
- L'intervention vise à favoriser la prise de conscience chez les jeunes suicidaires de l'impact de l'idéologie dominante sur leur façon de penser et d'agir afin qu'ils puissent s'apprécier et apprécier leur environnement d'un point de vue plus personnel et libre.
- L'intervention consiste à contribuer au développement et à la mise en oeuvre de stratégies ou de législations pouvant renforcer ou assouplir des institutions telles que la famille, l'école, les réseaux et associations de toutes sortes, selon que l'intégration et la régulation sociales sont jugées trop faibles ou trop fortes. Cette sous-catégorie renvoie aux éléments suivants: revalorisation de la fonction de socialisation de la famille, humanisation de l'école.

- L'intervention consiste à mettre sur pied et animer des groupes de jeunes visant la conscientisation, la solidarité et même la mobilisation au niveau socio-politico-culturel.
- L'intervention vise à contribuer à la création et à l'amélioration de ressources pour jeunes dans la communauté (exemple: maison de jeunes).
- Idéalement, une région comme l'Outaouais devrait mettre sur pied une ressource spécifique à la prévention du suicide (ce qu'on appelle ailleurs au Québec un Centre de prévention du suicide), que celle-ci soit intégrée au Centre d'aide 24/7 ou non. De plus, une telle ressource devrait desservir les adolescents comme devrait déjà le faire le Centre d'aide 24/7.
- L'intervention vise à contribuer à la collaboration et à la concertation entre les ressources déjà en place destinées en partie ou entièrement aux jeunes, et consacrées soit au suicide, soit au suicide des jeunes.
- L'intervention vise également à favoriser et faciliter la prise de parole des jeunes, la défense de leurs droits et le développement par eux de projets collectifs.
- Formation et perfectionnement de ceux qui interviennent auprès des jeunes (médecins, infirmières, enseignants, policiers, travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs ...).
- Promotion de certaines valeurs, attitudes, styles de vie pouvant contrer des idéations ou comportements suicidaires (exemple: semaine de prévention du suicide, groupes informatifs et éducatifs).
- Sensibilisation de la population ou de certains segments de la population au problème du suicide des jeunes.

- L'intervention vise à rendre moins accessibles des moyens fréquemment utilisés pour se suicider.

3° La dimension relationnelle

La dimension relationnelle correspond aux relations personnelles qu'un individu entretient avec les membres de sa famille, avec ses amis et avec toute autre personne ayant des liens significatifs établis ou en développement avec lui. Afin de mieux cerner cette dimension dans les entrevues, nous nous sommes référés aux indicateurs suivants:

- Une attention particulière est accordée aux relations interpersonnelles des jeunes usagers suicidaires avec les membres de leur famille, avec leurs amis, avec leurs professeurs, avec l'intervenant et avec toute autre personne significative pour eux.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est une dissolution progressive des relations sociales significatives et un isolement social devenu insupportable.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est un manque d'habileté de certains jeunes à échanger et négocier avec d'autres personnes, à exprimer leurs sentiments tels que la tristesse et l'inquiétude, et à construire et maintenir un réseau de personnes significatives.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est un conflit ouvert entre les jeunes et leur famille. (Inclus ici sont les abus physiques, moraux et sexuels ayant lieu au moment de l'intervention.)
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'impact de l'instabilité et de l'insécurité affectives dues au dysfonctionnement du couple parental.

- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est le peu de présence et de support de certains parents à cause, entre autres, de leurs problèmes financiers.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est la soumission à un pacte de suicide dans un gang de jeunes.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est un appel à l'aide ou une recherche d'attention ou de faveurs imaginées ou déjà expérimentées à la suite d'une tentative.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'impact du suicide d'une parent ou d'un proche.
- L'intervenant vise à développer un lien significatif avec l'aidé et à se servir de ce lien pour susciter des changements chez celui-ci.
- L'intervenant devrait se rendre visible, accessible et disponible là où sont les adolescents (exemples: les polyvalentes, les gros centres d'achat).
- Les interventions sont familiales. L'intervenant met tout en oeuvre pour obtenir la collaboration des parents, surtout en ce qui concerne les adolescents.
- Si les interventions sont individuelles, le focus est sur les dynamiques interpersonnelles.
- L'intervention vise à briser l'isolement en aidant les gens à s'insérer positivement dans des réseaux informels (exemples: jumelage de l'aidé avec un ami, un membre de la parenté, un voisin) et formels (exemples: groupe d'aide, organisme communautaire, centre d'hébergement, ligne d'écoute, médecin, centre hospitalier). Rôles privilégiés: ceux de courtier et d'accompagnateur.

- L'intervention consiste à mettre sur pied et animer des groupes d'entraide pour les jeunes, des groupes thématiques pour les parents d'adolescents et autres groupes ayant comme objectif de renforcer les relations interpersonnelles des jeunes entre eux ou avec leur entourage.
- L'intervention consiste à organiser et animer des rencontres post-traumatiques dans une institution ou un organisme ainsi que des groupes de deuil suite à un suicide.
- L'intervention consiste à mettre sur pied, former et superviser des groupes de pairs aidants et parfois aussi d'adultes aidants.
- Idéalement, l'école (primaire et secondaire) devrait offrir un programme de développement affectif et de relations interpersonnelles, un programme plus formateur que le cours "Formation personnelle et sociale" offert présentement au secondaire, lequel est surtout informatif.
- Les intervenants évitent de vivre eux-mêmes de l'isolement au travail en collaborant avec des collègues et en trouvant des lieux de support et de concertation professionnelle.

4° La dimension psychique

La dimension psychique correspond aux comportements, pensées, émotions et dynamiques propres à l'individu. Afin de mieux cerner cette dimension dans les entrevues, nous nous sommes référés aux indicateurs suivants:

- Une attention particulière est accordée aux dynamiques intrapsychiques des jeunes usagers suicidaires, lesquelles dynamiques peuvent être exprimées par leurs pensées, leurs émotions et/ou leurs comportements.

- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est un état dépressif, un vide affectif, le cumul de sentiments tels que la tristesse, l'inquiétude, la culpabilité, le désabusement, le mal de l'âme.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est la peur, l'anxiété, voire même la panique face à la tâche de gérer sa vie dans un monde complexe et imprévisible.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est une colère retournée contre soi-même ou dirigée contre une ou des personnes.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'impulsivité caractéristique de la période de l'adolescence.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est la perte d'inhibition habituelle due à une consommation de drogue, d'alcool.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est le perfectionnisme, la survalorisation de l'excellence chez certains jeunes.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est une pauvre estime de soi, contribuant à un manque de sécurité personnelle, à une vulnérabilité face à des expériences perçues comme des échecs.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est souvent l'irréalisme et l'idéalisme de leurs attentes face à l'amour.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est une réaction intense à une perte, particulièrement la perte d'un-e ami-e de coeur.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est une carence et/ou une influence néfaste dans le développement de la personne. Donc une ancienne dynamique familiale, même si elle relevait à

l'époque de la dimension relationnelle, est classée dans la dimension psychique si elle n'est pas toujours en train de se produire et si elle a contribué au développement de particularités significatives chez un individu.

- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est les séquelles de l'éclatement d'une famille n'ayant pas été accompagné d'un processus facilitant chez ses membres une intégration satisfaisante de l'expérience de la séparation.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est les séquelles d'abus physiques et/ou sexuels.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est une maladie mentale grave, chez certains jeunes, comme la schizophrénie.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est une grande souffrance couplée d'une absence d'issue à cette souffrance.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est un désir de mettre fin à un stress et/ou à des émotions intolérables par la fuite. (Cf.: Shneidman.)
- Les interventions sont individuelles et le focus est sur les dynamiques intrapsychiques, lesquelles peuvent être exprimées par des pensées, des émotions et/ou des comportements; la relation d'aide est l'outil par excellence de cette dimension, mais n'est pas exclusive à celle-ci.
- L'intervention consiste à mettre sur pied et animer des groupes de croissance.
- L'intervention vise à trouver les moyens de faire décroître la souffrance de l'individu, de le rassurer, de le supporter et de satisfaire certains besoins frustrés.

- L'intervention vise à amener le jeune à décider de ne pas passer à l'acte suicidaire, ne serait-ce que pour une période très limitée.

5° La dimension spirituelle

La dimension spirituelle correspond aux préoccupations fondamentales de l'existence, telles que le sens de la vie et de la mort, auxquelles fait face un individu, aux conclusions, religieuses ou non, explicites ou non, auxquelles il arrive par rapport à ces préoccupations et aux valeurs qui découlent de ces conclusions. La spiritualité, les croyances, le sens de la vie dont il est question ici sont des modalités de la culture que nous avons cru bon d'extraire de la dimension socio-politico-culturelle pour des raisons pragmatiques. En effet, dans notre société, comme dans plusieurs autres, nombreux sont ceux, nous semble-t-il, qui classent la spiritualité dans une catégorie à part afin de tenir compte de ce besoin fort et largement répandu qu'ont les êtres humains de se relier à une idée qui les dépasse, qui transcende leur quotidien et à laquelle ils donnent différents noms, que ce soit Dieu, une force, la libération. Afin de mieux cerner cette dimension dans les entrevues, nous nous sommes référé aux indicateurs suivants:

- Une attention particulière est accordée à certains facteurs spirituels de l'existence des jeunes usagers suicidaires, ce qui renvoie aux éléments suivants: recherche d'un sens à la vie, adoption de valeurs religieuses et/ou transcendantes, adhésion à un groupe porteur d'une croyance transpersonnelle.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'absence d'un sens à sa vie, liée à une angoisse et/ou un désespoir existentiels.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'absence de vie spirituelle, laissant un grand vide chez plusieurs jeunes.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est une trop grande soumission à l'idéologie et/ou l'autorité d'une secte, d'une croyance.

- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est l'exercice du droit légitime de répondre par la négative au problème philosophique fondamental de toute vie humaine. (Cf.: Camus.)
- L'intervention vise à faciliter l'adoption d'un système de valeurs signifiant pour la personne et respectueux de son libre choix.

6° La dimension biophysique

La dimension biophysique correspond à l'organisme biologique qu'est le corps d'un individu et aux processus qui contribuent à son épanouissement ou à sa détérioration. Afin de mieux cerner cette dimension dans les entrevues, nous nous sommes référé aux indicateurs suivants:

- Une attention particulière est accordée à la condition biophysique des jeunes usagers suicidaires. Cette sous-catégorie renvoie soit à des éléments biophysiques réactionnels comme une perte d'appétit, un problème d'insomnie, soit à des éléments biophysiques chroniques comme un handicap physique, une maladie incurable.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est une prédisposition génétique à poser un tel geste, ce qui renvoie à l'hérédité.
- Un facteur contribuant au suicide des jeunes est la perte chez un individu d'une partie de sa santé ou de son intégrité physique.
- Des corrélations entre des phénomènes physiologiques comme un déficit en sérotonine (un neurotransmetteur) et des suicides de jeunes sont évoquées.
- Une stratégie d'intervention est d'obtenir une évaluation médicale d'un jeune auprès d'un omnipraticien afin de connaître son état de

santé et d'identifier ou d'éliminer la présence de facteurs physiologiques contribuant aux idéations ou comportements suicidaires.

- Un aspect de l'intervention est de vérifier la sorte et la quantité de médicaments que prend un usager et leurs effets possibles (positifs et négatifs) sur les idéations et comportements suicidaires ainsi que sur le plan d'intervention.

APPENDICE C

TABLEAU 9

**LES 26 DOSSIERS DE JEUNES SUICIDAIRES
(AVEC DÉTAILS ADDITIONNELS)**

APPENDICE D

LES DOSSIERS DE JEUNES SUICIDAIRES

Des 26 dossiers de jeunes suicidaires présentés en entrevue par les interviewés, huit (8) ont été analysés au chapitre 7 de ce rapport de recherche, le premier de chacune des huit (8) catégories ayant servi à regrouper ces dossiers. Les dix-huit (18) dossiers n'ayant pas été retenus dans le corps même du texte du rapport font l'objet de cet appendice D.

1. Détresse due principalement à un milieu familial dysfonctionnel (7.1.1)

DOSSIER #1

Le dossier # 1 est analysé dans le rapport de recherche, au chapitre 7, à la page 169.

DOSSIER #2

L'intervenante #2 nous présente le dossier d'une adolescente de 15 ans vivant avec sa famille et ayant tenté de se suicider par surdose de médicaments. Avant de venir au CLSC et avant la tentative de suicide, cette jeune avait eu des problèmes de comportement: elle avait souvent fugué, s'était prostituée, avait consommé certaines drogues. Ces comportements avaient entraîné une intervention de la DPJ et un placement d'une durée de 8 mois. Quelque temps après son retour à la maison, elle avait été hospitalisée à l'hôpital psychiatrique pendant 2 semaines pour une dépression sévère. Par la suite, la famille avait eu des rencontres de thérapie familiale à ce même hôpital.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Cette intervenante met l'emphase sur les deux mêmes dimensions que l'intervenant du dossier #1 soit, d'une part, les relations familiales de l'usagère (dimension relationnelle) et, d'autre part, les grandes difficultés qu'éprouve celle-ci à gérer ses sentiments de colère et de tristesse (dimension psychique).

DIMENSION RELATIONNELLE

Une mère contrôlante, surprotectrice, inquisitrice, surimpliquée dans la vie de sa fille, ne lui laissant aucune intimité, questionne continuellement sa fille et cherche à comprendre le pourquoi de ses comportements délinquants. Un père distant, effacé. Selon la jeune, il y a des troubles conjugaux bien camouflés entre ses parents; il y aurait eu des menaces de séparation de part et d'autre depuis deux ans.

DIMENSION PSYCHIQUE

La jeune a une très grande colère vis-à-vis de sa mère et se sent étouffée par elle. Dans le passé, elle a exprimé cette colère indirectement, par ses troubles de comportement. Dernièrement, son symptôme le plus flagrant est celui de la dépression. Selon l'intervenante, la tentative de suicide serait surtout un message de détresse à la mère, qu'on pourrait traduire par: "Fiche-moi la paix!"

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

Cette intervenante intervient dans ses propres relations avec les membres de cette famille, mais ne semble pas pousser l'intervention jusqu'à faciliter l'interaction entre eux. Par contre, c'est en intervenant dans la dimension socio-politico-culturelle qu'elle permet à la famille de poursuivre leur thérapie familiale. Dans la dimension psychique, elle aide la jeune à identifier et exprimer ses sentiments.

DIMENSION RELATIONNELLE

Selon cette intervenante, le plus efficace dans ses interventions a été son ouverture et son écoute autant auprès de la jeune qu'auprès des parents. L'absence de jugement dans son attitude aurait également contribué à créer un climat de confiance entre l'intervenante et les membres de cette famille.

DIMENSION PSYCHIQUE

Étant donné que cette jeune n'a pas de mot pour dire sa colère, l'intervenante l'a amenée à trouver les moyens de l'exprimer: aller crier dans le bois, "barbouiller sa colère dans un calepin". Ces moyens l'ont effectivement aidée à extérioriser sa colère.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-CULTURELLE

À la lumière des critiques que les parents formulaient à l'encontre du psychiatre qu'ils avaient vu au centre hospitalier, l'intervenante les a informés de leur droit à des services adéquats. Elle les a encouragés à retourner au centre hospitalier, à déposer une plainte et à demander les services d'un autre professionnel. Ayant donné suite au conseil de l'intervenante, ces gens ont été heureusement surpris et soulagés d'apprendre que le psychiatre qu'ils avaient rencontré avait été remercié pour mauvaise conduite professionnelle.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Les rencontres de cette jeune avec l'intervenante #2 semblent avoir porté certains fruits. En entrevue, elle arrivait à relaxer et à exprimer ses sentiments. Elle a "commencé à développer une ouverture à confronter sa mère". Le fait de faire des "barbots" de sa colère dans son calepin tous les soirs semble l'avoir aidée à mieux fonctionner à l'école comme à la maison. Les parents ont confirmé ces améliorations.

DOSSIER #3

L'intervenante #7 nous présente le dossier d'un adolescent de 17 ans ayant des idéations suicidaires et menaçant de se suicider si l'intervenante informe ses parents de ses idéations. Il s'est présenté au bureau de la travailleuse sociale à la polyvalente.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Cette intervenante tient compte de trois dimensions lorsqu'elle évalue les facteurs d'idéations suicidaires de son usager.

DIMENSION RELATIONNELLE

Il s'agit d'un jeune qui a découvert que son père a une maîtresse, qui en a informé sa mère et qui est entré en conflit ouvert avec son père. Il ne veut rien de moins que le départ du père de la maison familiale.

DIMENSION PSYCHIQUE

Le jeune ressent et exprime de la rage. Il a une personnalité très rigide. Il se sent trahi par son père. En plus, il transpose ses sentiments sur certains professeurs avec lesquels il a eu des difficultés. Il est désillusionné.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-CULTURELLE

Le jeune perd ses points de référence, remet en question des valeurs sociales qui contribuaient à donner un sens à sa vie: "Il n'y a plus rien qui tient dans la vie".

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

Contrairement à son évaluation, l'intervention de cette intervenante se concentre dans une seule dimension, ce qui se comprend facilement lorsqu'on considère le stress ressenti par celle-ci dans sa relation piégée avec l'usager.

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenante a surtout écouté ce jeune qui a parlé pendant deux heures. Ce n'est que vers la fin de l'entrevue qu'il a parlé de ses idéations suicidaires. L'intervenante a senti qu'il en avait dit plus qu'il ne voulait et qu'il commençait à paniquer. Elle a tenté de faire un contrat de non passage à l'acte, et il a carrément refusé. C'était la

première fois que cette intervenante essayait un tel refus. Il a également refusé de lui parler de son réseau de support. De plus, le jeune lui a interdit d'informer sa famille de ses idéations suicidaires et l'a menacée de se suicider si jamais elle tentait de communiquer avec ses parents. L'intervenante en a été décontenancée et n'a pas su, sur le champ, se situer face à la menace du jeune. Par contre, le jeune a accepté un rendez-vous avec l'intervenante pour le lundi matin suivant. (La première entrevue avait eu lieu un vendredi matin.) L'intervenante savait que le jeune devait accompagner sa mère chez une psychologue en pratique privée l'après-midi même de cette rencontre. Malgré sa grande inquiétude, elle a décidé de respecter la demande du jeune, mais, par contre, d'informer les parents et d'intervenir de façon proactive le lundi si jamais le jeune ne se présentait pas à son rendez-vous. En rétrospective, elle croit qu'elle aurait dû ne pas se laisser piéger par la menace du jeune en lui redonnant la responsabilité de ses actes et en cherchant avec lui les moyens d'éviter le geste suicidaire. Il y avait déjà néanmoins une esquisse de contrat de non passage à l'acte pour les prochains trois jours puisque le jeune s'était engagé à revoir l'intervenante le lundi matin.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Le jeune s'est présenté au rendez-vous du lundi, tel que convenu. Il était beaucoup plus calme. Le rendez-vous avec sa mère chez la psychologue avait porté fruit. Cette dernière "a su le cerner et le sécuriser". Il a même accepté de revoir cette psychologue pour une série de sessions de thérapie individuelle. De plus, son père avait décidé de partir de la maison, ce qui avait beaucoup apaisé le climat familial.

DOSSIER #4

L'intervenant #6 nous présente le dossier d'un adolescent de 15 ans qui a fait une tentative de suicide par surdose de médicaments

et dont la mère est diagnostiquée schizophrène et a elle-même fait plusieurs tentatives de suicide.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Ce jeune subit les effets de la maladie mentale de sa mère, diagnostiquée schizophrène; il a, en particulier, dû subir de nombreux placements en famille et en centre d'accueil.

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenant le décrit comme étant très anxieux: "La vie en soi lui faisait très peur". Il se sentait rejeté par sa mère, qui, "à tout bout de champ, essayait de se tuer". Il avait des problèmes de comportement comme de commettre de petits vols. Selon l'intervenant, la tentative aurait été un geste impulsif lors d'une visite chez sa mère.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

Dans son évaluation de l'usager, l'intervenant se réfère à deux dimensions. Si une seule de ces dimensions est présente dans la description de ses interventions, c'est, du moins en bonne partie, qu'il a surtout joué un rôle de support auprès de la famille et un rôle de coordonnateur des services après avoir fourni au jeune un milieu qui pouvait l'encadrer et lui offrir de l'affection. Il n'avait pas le mandat d'aider directement le jeune à solutionner ses problèmes personnels.

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenant a placé le jeune en centre d'accueil parce que sa mère s'était remise à décompenser. Étant donné qu'il était en centre d'accueil, le jeune a surtout été suivi par ce centre. À un moment donné, l'intervenant a accompagné la mère, qui désirait visiter son fils à l'hôpital après une tentative de suicide de celui-ci. L'urgentologue l'avait préalablement mise à la porte de l'hôpital. (Étant connue à l'urgence de l'hôpital pour ses nombreuses tentatives de suicide, le

médecin l'aurait "cataloguée comme nuisible" et aurait jugé préférable qu'elle ne voie pas son fils.)

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

L'intervenant a revu ce jeune par hasard deux ans après ses interventions dans un centre d'achats. Il s'était fait une blonde et semblait bien fonctionner, quoique toujours anxieux.

DOSSIER #5

L'intervenante #5 nous présente le dossier d'une adolescente de 16 ans qui a fait trois tentatives de suicide par surdose de médicaments ainsi que plusieurs menaces suicidaires, en plus d'avoir eu de nombreuses idéations suicidaires. Elle vit seule avec sa mère. Le père, un alcoolique, a abandonné la famille. Elle a été référée à l'intervenante sociale par ses enseignantes à qui elle écrivait des lettres dans lesquelles elle se disait malheureuse, mal aimée, suicidaire. En plus de ses enseignantes, elle avait déjà rencontré l'animatrice de pastorale et l'infirmière de la polyvalente.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Cette jeune fille a une relation "quasiment symbiotique" avec sa mère. Elle la critique beaucoup, lui reproche d'être grosse, lui crie après comme si c'était elle, le parent. Il y a peu de distanciation même physique entre elle et sa mère: pour aller dans sa chambre, par exemple, cette adolescente doit traverser la chambre de sa mère. La mère se sent dépassée. Elle est inconstante dans les tentatives qu'elle fait pour encadrer sa fille. À l'école, cette jeune n'a qu'une seule amie et semble apprécier davantage la compagnie d'adultes que de jeunes de son âge.

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante décrit cette jeune fille comme étant foncièrement malheureuse et négative, comme s'il y avait un grand vide à l'intérieur d'elle-même, une carence affective. Elle est boulimique; elle se fait vomir. Elle a une image négative d'elle-même à cause, entre autres, de son début d'embonpoint. Elle blâme sa mère pour cette caractéristique. Son père lui a souvent fait des promesses qu'il n'a pas tenues, ce qui l'a beaucoup "humiliée". De façon générale, cette jeune exprime beaucoup d'aigreur, qu'elle dirige surtout contre sa mère.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenante l'a accompagnée aux services externes de l'hôpital psychiatrique, où la jeune refusait d'aller, pour qu'elle voie les lieux et qu'elle fasse une demande de services. Elle a accepté de rencontrer quelqu'un à ce Centre hospitalier, mais elle a refusé de parler. Avec l'intervenante, elle parlait un peu, mais beaucoup plus lorsqu'elle la sortait de l'école pour l'amener, par exemple, dans un centre d'achat. L'intervenante a fait une demande de grande soeur pour elle, mais il n'y en avait pas de disponible. Elle a également tenté de l'impliquer dans une équipe de soccer, mais la jeune a abandonné parce qu'elle se trouvait trop grosse et qu'elle croyait que l'instructeur ne la trouvait pas suffisamment rapide. L'intervenante a eu plusieurs rencontres avec elle et sa mère, mais la jeune refusait de parler en présence de sa mère.

DIMENSION PSYCHIQUE

Le seul élément de l'intervention qui, selon l'intervenante, pourrait éventuellement porter des fruits, c'est de l'avoir régulièrement amenée à se centrer sur elle-même, à considérer les petits changements qu'elle pourrait faire plutôt que de blâmer les autres et d'attendre que les autres changent.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

L'intervenante a suivi cette adolescente pendant plus d'un an et a l'impression qu'il n'y a pas eu de progrès. L'attitude de la jeune n'a pas vraiment changé. Le risque de suicide est toujours présent. Elle l'a finalement référée à une psychologue du CLSC, mais craint que ce ne soit qu'une étape de plus dans un processus qui semble tourner en rond.

2. Détresse due principalement à un milieu familial dysfonctionnel et abusif (7.1.2)

DOSSIER #6

Le dossier # 6 est analysé dans le rapport de recherche, au chapitre 7, à la page 172.

DOSSIER #7

L'intervenant #9 nous présente le dossier d'une adolescente de 14 ans ayant fait plusieurs tentatives de suicide avec des tylnols.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Cette jeune fille subit de l'abus physique et moral dans sa famille: sa soeur la bat, son beau-père la maltraite, son père ne s'en occupe pas. De plus, elle a été victime de trois viols, et les membres de la famille, au lieu de lui offrir du support, la blâment en lui disant: "Tu as couru après". Une de ses soeurs s'est suicidée par pendaison. Ceux qui sont intervenus auprès de cette jeune soupçonnent que le suicide est un pattern assez répandu dans la parenté, autant du côté du père que de la mère. Les fréquentes tentatives chez cette adolescente sont devenues sa façon par excellence de mobiliser les amis, d'attirer leur attention sur elle, sur ses malheurs.

DIMENSION PSYCHIQUE

Cette jeune fille, au lieu de se fâcher contre les membres de sa famille qui abusent d'elle, retourne cette colère contre elle-même et s'auto-détruit à petits feux en prenant des surdoses de tylnols. Elle a développé une grande dépendance envers les autres, couplée à une forte résistance à régler ses problèmes. Par exemple, elle visite souvent les aidants dans sa polyvalente pour se plaindre, mais, selon l'intervenant, ne veut rien faire pour améliorer son sort.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-CULTURELLE

La famille a des exigences déraisonnables concernant ses résultats scolaires.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

Cette jeune se rendait fréquemment au bureau de l'intervenant pour se plaindre particulièrement de la façon dont on la traitait à la maison. L'intervenant a décidé de faire un signalement. La DPJ est intervenue, mais l'adolescente a nié qu'il y avait des problèmes. Donc l'action a échoué, et l'intervenant ainsi que la DPJ ont perdu leur contact avec cette jeune. L'intervenant regrette de ne pas avoir mieux rassemblé ses preuves démontrant que la jeune avait besoin de protection afin de convaincre la DPJ de la retirer temporairement de sa famille, dès sa première intervention, et de présenter le dossier au tribunal afin de créer un effet choc et de "briser le pattern".

L'intervenant reconnaît qu'il a de la difficulté à transiger avec ce type d'usager, qu'il désigne comme "le plaignard qui joue au drame". Il en a donc discuté avec l'autre agent de relations humaines de sa polyvalente, et celui-ci a accepté de tendre une perche à cette adolescente et de tenter une approche moins confrontante et plus supportante avec elle. À la maison, cette jeune est "avec du monde qui ne la comprend pas pis qui exige trop d'elle". L'intervenant craint d'avoir recréé quelque peu ce type de relation avec elle. La stratégie

serait donc de l'écouter et de la supporter patiemment pour qu'elle cesse au moins ses tentatives de suicide, "le temps qu'elle vieillisse et qu'elle ait assez de moyens pour saper son camp de chez elle et passer à d'autres choses".

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Au moment de l'entrevue, l'intervenant considérait que ses interventions n'avaient apporté aucun changement positif. C'est la raison pour laquelle il s'appêtait à mettre en oeuvre la nouvelle stratégie d'intervention décrite ci-haut.

DOSSIER #8

L'intervenante #13 nous présente le dossier d'une adolescente qu'elle a suivie de 14 ans à 20 ans. Durant cette période, cette jeune a fait quatre tentatives de suicide nécessitant toutes une visite à l'hôpital (3 surdoses de médicament et 1 poignet coupé), plusieurs menaces de suicide et a eu, de façon régulière, de nombreuses idéations suicidaires. Elle a vécu en famille d'accueil de l'âge de 2 à 14 ans. À 14 ans, elle a commencé à visiter régulièrement ses parents naturels, les deux étant alcooliques, et à 16 ans, elle est allée vivre à plein temps avec eux.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Durant ses 12 années en famille d'accueil, cette fille a souvent été déçue par sa mère parce que celle-ci lui promettait de la reprendre et ne tenait pas ses promesses. Quand elle est finalement retournée à la maison, à l'âge de 16 ans, c'était entre autres dans l'espoir d'aider sa mère à régler son problème de consommation d'alcool. Elle a eu de nombreux conflits avec sa mère; celle-ci la frappait souvent. Le milieu familial était très violent. Elle a subi des abus physiques et sexuels de la part de ses frères. L'un d'eux est retourné en prison après l'avoir violée avec un couteau sous la gorge. Elle et sa mère utilisaient toutes

deux les menaces de suicide pour tenter de forcer l'autre à changer, pour "faire bouger des choses".

DIMENSION PSYCHIQUE

Cette jeune a vécu beaucoup de désillusions, de découragements. Elle souffrait beaucoup et était coincée dans une position de victime. Le suicide était perçu par elle, entre autres, comme une façon de mettre fin à sa souffrance.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenante considère que la qualité du lien de confiance qu'elle a tissé avec cette jeune au cours des années d'intervention est ce qu'elle lui a apporté de plus efficace. L'usagère l'appelait sa deuxième mère et, de fait, l'intervenante semble avoir joué ce rôle, étant donné les lacunes importantes de la relation de cette jeune avec sa mère. Durant toute la période d'adolescence de cette jeune fille, l'intervenante est demeurée une présence où celle-ci venait régulièrement se défouler et refaire ses forces morales pour transiger avec un milieu familial des plus dysfonctionnels et violents. L'intervenante a également su tirer profit du mince réseau social de cette jeune en incluant systématiquement dans ses rencontres avec l'usagère l'amie de celle-ci. Elle a eu de nombreuses rencontres à trois, utilisant ainsi les ressources du milieu naturel de la jeune pour lui assurer un soutien plus continu. Au cours des années, cette adolescente a changé d'amies assez souvent, celles-ci finissant par s'épuiser, étant donné les grands besoins de l'usagère et le milieu familial dépressif et asséchant dans lequel elle évoluait.

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervention a surtout consisté à écouter la jeune, lui donner du support, la valoriser et renforcer la partie d'elle qui voulait vivre. L'intervenante a eu souvent à désamorcer des crises. Sur le conseil du psychiatre qu'elle consultait à l'occasion, elle s'était fixé comme

objectif d'intervention d'équiper la jeune "pour qu'elle se protège un peu plus des gens, pour qu'elle les voie venir", en lui apprenant à s'affirmer et à reconnaître le danger.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-CULTURELLE

L'intervenante a voulu référer la jeune au Centre hospitalier Pierre-Janet, l'hôpital psychiatrique de Hull desservant la région de l'Outaouais. En milieu rural, le CHPJ est une "place pour les fous", que les gens utilisent comme menace dans leurs disputes. L'intervenante a donc dû démystifier le CHPJ, organiser le transport et assurer la jeune du plus grand secret de la démarche, qui n'a finalement consisté qu'en une seule rencontre avec un psychiatre. Cette évaluation psychiatrique a quand même rassuré l'intervenante concernant l'approche qu'elle avait utilisée avec cette usagère. L'intervenante a régulièrement consulté le psychiatre qui avait rencontré la jeune; cela a été facilité par le fait que celui-ci agissait déjà comme consultant auprès des intervenants en santé mentale du CLSC. Ce genre de support et de consultation lui a été très précieux étant donné l'isolement des professionnels en milieu rural. L'intervenante avait aussi établi une collaboration étroite avec la Sûreté du Québec. La jeune et les membres de sa famille ayant l'habitude d'appeler la police fréquemment, l'intervenante avait établi avec les policiers des façons d'évaluer la pertinence ou la non pertinence d'une intervention policière.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Au moment de l'entrevue, l'usagère, âgée de 22 ans, vivait avec son ami en milieu urbain. Elle n'avait plus d'idéation suicidaire depuis l'âge de 20 ans. Un point tournant dans sa vie a été lorsque la DPJ lui a enlevé son bébé et qu'elle s'est rendue compte qu'elle était en train de répéter les erreurs de sa mère. Elle a alors bénéficié des services du Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles. De plus, elle et son conjoint rencontrent régulièrement une travailleuse sociale de leur CLSC afin de recevoir l'aide qui devrait leur permettre de reprendre leur enfant.

DOSSIER #9

L'intervenante #2 nous présente le dossier d'une adolescente de 15 ans vivant, depuis environ 3 ans, avec sa mère et son beau-père à la suite du suicide de son père avec qui elle vivait. Elle avait fait 3 tentatives de suicide (2 surdoses de médicament et 1 poignet coupé) et plusieurs menaces de suicide au cours des deux dernières années précédant notre entrevue avec l'intervenante, la dernière tentative datant d'environ huit mois. La mère et le beau-père de la jeune avaient demandé de l'aide à l'accueil du CLSC à quelques reprises, mais, une fois la crise familiale passée, ils ne faisaient aucune démarche pour obtenir un suivi.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Cette jeune fille n'acceptait l'autorité d'aucun adulte. Sa mère était habituellement permissive avec elle, mais essayait parfois, surtout en présence de son deuxième conjoint, de s'affirmer, ce qui donnait lieu à des jeux de pouvoir entre la mère et la fille. Cette dernière souhaitait que le conjoint de la mère quitte la famille. Les menaces et tentatives de suicide étaient donc, entre autres, des moyens utilisés par cette jeune pour tenter d'amener sa mère à se séparer de son conjoint. Le beau-père était suffisamment violent avec cette jeune pour qu'une accusation soit finalement portée contre lui et pour qu'il soit reconnu coupable et incarcéré.

DIMENSION PSYCHIQUE

Cette jeune a eu un début d'adolescence extrêmement lourd. Dans la famille reconstituée de son père, elle-même et les deux garçons de la deuxième conjointe de son père ont subi un inceste. À la suite de son dévoilement à la DPJ des abus sexuels commis par son beau-père, un des garçons de cette famille reconstituée s'est suicidé. Pendant l'enquête de la DPJ, le père de la jeune fille s'est également suicidé.

En plus d'être déprimée, cette adolescente ressent énormément de colère. Elle blâme les fils de sa belle-mère d'avoir dévoilé les abus sexuels, elle blâme la DPJ d'avoir causé la mort de son père, elle blâme sa mère de s'être séparée de son père. Ses sentiments à l'égard de son père concernant l'inceste et le suicide semblent profondément enfouis pour le moment. Cette jeune est décrite par l'intervenante comme inatteignable.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

Cette adolescente refusait d'avoir des services du CLSC. L'intervenante n'a réussi à la voir qu'à quelques occasions. Ne pouvant créer un contact significatif avec elle, elle n'a pu qu'établir certaines limites que celle-ci devait respecter. Avec les parents de la jeune, l'intervenante avait aussi eu, à l'occasion, des interactions plutôt tendues. Face à une tentative de leur part de "dumper" leur enfant au CLSC, elle reconnaît avoir adopté une attitude défensive de fermeture, qui n'avait pas été aidante. Elle avait eu peur du beau-père de la jeune, qui l'avait engueulée et menacée.

La DPJ avait fait enquête après la première ou deuxième tentative de suicide et avait fermé le dossier, jugeant que la sécurité et le développement de cette enfant n'étaient pas compromis. Pendant un certain temps, la famille a bénéficié des services d'un éducateur en milieu naturel. Depuis sa troisième et dernière tentative de suicide, cette adolescente a changé de moyens pour tenter de "faire réagir sa mère". Elle a menacé celle-ci d'aller coucher avec plusieurs gars, de devenir enceinte, de s'organiser pour se faire battre afin que sa mère soit blâmée pour la mauvaise conduite de sa fille mineure. Depuis ce temps, la jeune a été placée pendant quelques mois dans un Centre d'accueil. Pendant cette période de temps, elle a bénéficié d'un suivi à l'hôpital psychiatrique. Trois mois avant notre entrevue avec l'intervenante, la jeune est sortie du Centre d'accueil et est tombée enceinte peu de temps après. C'est à peu près à ce moment-là que le

beau-père l'a frappée et que, suite à une nouvelle implication de la DPJ dans le dossier, il a été poursuivi en justice et incarcéré. Selon la mère, notre adolescente était dans une maison pour jeunes filles enceintes au moment de notre entrevue.

DIMENSION PSYCHIQUE

Rétrospectivement, l'intervenante considère qu'"au moment où le père s'est suicidé, la DPJ aurait dû poursuivre son intervention de façon plus assidue auprès de la famille". À sa connaissance, "des évaluations psychologiques ont été faites mais il n'y a pas eu d'interventions comme telles auprès de la famille". Toujours selon l'intervenante, "la jeune, étant probablement plus atteignable à cette époque-là, aurait pu être amenée à extérioriser davantage ses émotions relatives aux suicides qui avaient eu lieu dans son entourage".

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Cette adolescente semble avoir mis fin à ses comportements suicidaires depuis presque un an, mais son attitude n'augure rien de bon, et les blessures du passé semblent loin d'être guéries ou même cicatrisées.

DOSSIER #10

L'intervenant #6 nous présente le dossier d'un adolescent de 14 ans ayant des idéations de suicide et d'homicide, et présentant une urgence suicidaire et homicidaire élevée. Il se présente sans rendez-vous à l'accueil de CLSC.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

La mère de ce jeune et le copain de sa mère se sont pendus. Ce jeune adolescent se sent responsable de la mort de sa mère.

DIMENSION PSYCHIQUE

Ce jeune déborde d'une rage due aux abus cruels, odieux et démesurés que le copain de sa mère lui a fait subir. Il ressent énormément d'anxiété. D'une part, il a peur de ne pas pouvoir contrôler sa rage et de tuer quelqu'un; il a déjà battu un adolescent au point de le rendre momentanément inconscient. D'autre part, il a peur de céder à l'impulsion qu'il a de se tuer; il a déjà élaboré un scénario qu'il a failli mettre à exécution.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenant a rencontré le jeune seul et a invité les grands-parents à se joindre à eux en fin d'entrevue. Il est arrivé à la conclusion que ce jeune devait être hospitalisé. Armés d'un formulaire de demande d'évaluation psychiatrique, le jeune et ses grands-parents ont rencontré un omnipraticien du Centre hospitalier régional de l'Outaouais qui, pour des raisons d'ordre administratif, les a référés au Centre hospitalier de Gatineau. Là, le jeune a été évalué par un psychiatre, qui a conclu que celui-ci devait être vu rapidement en service externe à l'Ado-centre du Centre hospitalier Pierre-Janet. Informé de la décision du psychiatre, l'intervenant a expliqué à la travailleuse sociale du CHG pourquoi il lui paraissait important que le psychiatre révise sa décision et admette le jeune. Le psychiatre a acquiescé à cette demande après avoir vainement tenté un transfert au CHPJ (pas de place). Après deux jours d'hospitalisation, le CHG a impliqué la DPJ et donné son congé au jeune. Un médecin du CHG a téléphoné à l'intervenant pour lui demander de donner un suivi très serré au jeune, étant donné que celui-ci n'aurait vraisemblablement pas une place au CHPJ avant environ une semaine. Selon l'intervenant, l'approche du CHG manquait de congruence, mais lui laissait peu de choix. Au moment de notre entrevue, son plan était de rencontrer le jeune, de vérifier son état émotif et ses projets, et de lui proposer d'aller en hébergement préventif au Centre 24/7. Si jamais le jeune

refusait ce plan ou un autre, et représentait un danger pour lui-même ou les autres, comme les grands-parents, il était prêt à tout mettre en oeuvre pour "le faire ramasser et placer dans un lieu sécuritaire", utilisant, à la limite, la police.

DIMENSION PSYCHIQUE

Les éléments que l'intervenant a trouvés les plus efficaces sont les suivants: dédramatiser la situation en aidant le jeune à comprendre ses réactions, en le rassurant sur la normalité de ce qu'il ressentait, c'est-à-dire le valider dans ses sentiments tels que sa peine, son agressivité; assurer le jeune qu'on va l'aider; en l'amenant à faire un contrat, lui offrir l'occasion de se donner un contrôle, qu'il craignait d'avoir perdu, lui fournir un encadrement et un scénario sécurisant; lui donner des moyens simples de maintenir son contrôle en cas d'une remontée d'anxiété, quelque chose de facile comme le numéro de téléphone du Centre 24/7.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Il s'agit d'une intervention très récente n'ayant pas encore atteint son dénouement.

3. Détresse due principalement aux difficiles conditions de vie matérielles de la famille (7.1.3)

DOSSIER #11

Le dossier # 11 est analysé dans le rapport de recherche, au chapitre 7, à la page 175.

DOSSIER #12

L'intervenante #12 nous présente le dossier d'une jeune adulte de 25 ans s'étant présentée à l'accueil du CLSC, accompagnée de sa mère, avec des idéations suicidaires et homicidaires (elle pensait à la possibilité de mettre fin à la vie de ses deux enfants et à la sienne).

Quelques heures après sa visite au CLSC, elle a conduit son auto dans le fossé et a été hospitalisée pour trois jours. Sa vie n'était nullement en danger: elle n'avait que des contusions.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION SOCIO-POLITICO-ÉCONOMIQUE

Cette jeune femme et son conjoint n'ont pas d'emploi et vivent de l'aide sociale. Le budget familial est donc un stresser important pour elle. Elle voudrait beaucoup améliorer la situation financière de sa famille. Sa priorité est d'obtenir un logement à loyer modique.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-CULTURELLE

Elle a des principes et des valeurs rigides concernant les personnes obtenant de l'aide de l'État (préjugés répandus dans la population), ce qui l'amène à refuser catégoriquement l'aide de groupes communautaires qu'elle perçoit comme pratiquant la charité, comme la soupe populaire, la St-Vincent-de-Paul, l'Entraide familiale.

DIMENSION RELATIONNELLE

Elle n'arrive plus à discipliner ses enfants d'une façon qui lui paraisse convenable. Il lui est arrivé de menacer son conjoint avec un couteau et d'ainsi effrayer ses enfants; le conjoint lui-même semble terrorisé par elle. S'étant convaincue que tout ira mieux pour elle et sa famille le jour où elle vivra dans un logement à loyer modique, il est possible, selon l'intervenante, que sa tentative soit une façon d'attirer la pitié et d'obtenir ainsi cette aide convoitée.

DIMENSION PSYCHIQUE

Elle traîne avec elle des problèmes de sa famille d'origine: en particulier, elle n'a jamais accepté que ses parents se soient séparés. Lorsqu'elle est en crise, elle veut voir son père, qui vit dans une autre région du Québec, même si cet homme est un alcoolique qui a négligé et battu ses enfants. L'intervenante suppose que son père aurait pu lui faire subir un inceste. Elle a été très hostile avec l'intervenante de

l'accueil, mais elle est devenue plutôt apathique depuis ce premier contact avec le CLSC.

À la suite de sa tentative de suicide, à l'hôpital, l'usagère a été évaluée par un psychiatre, qui a posé un diagnostic de "caractérielle". Au Centre hospitalier Pierre-Janet, le psychiatre qui l'a évaluée croit qu'elle pourrait être maniaco-dépressive. Il compte entreprendre un traitement au lithium et lui a prescrit une série de tests préalables à ce traitement. Le psychiatre a prévenu la jeune femme qu'il faudrait plusieurs mois avant d'atteindre le taux thérapeutique du lithium. Il a aussi jugé préférable de l'informer qu'une surdose de lithium serait fatale. Finalement, il l'a prévenue que l'obtention d'un HLM ne réglerait pas tous ses problèmes. Après cette évaluation psychiatrique, la jeune femme aurait dit à sa mère: "Je vais prendre toute la bouteille de lithium et en finir".

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION SOCIO-POLITICO-ÉCONOMIQUE

L'intervenante et le médecin de famille de l'usagère ont écrit une lettre demandant qu'on accorde une attention particulière à sa demande d'habitation à loyer modique.

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenante et l'usagère se sont entendues pour que cette dernière aille vivre avec sa mère en attendant qu'on lui trouve un moyen d'hébergement gratuit. L'intervenante voulait éviter qu'elle retourne vivre avec ses enfants avant qu'elle ait pu l'évaluer un peu mieux. Étant donné qu'elle collabore avec le CLSC et qu'elle ne vit pas avec ses enfants, on n'a pas impliqué la DPJ. Toutefois, si jamais l'usagère décidait de retourner chez elle, l'intervenante croit qu'elle devra placer les enfants. Au moment de notre entrevue avec l'intervenante, la jeune femme avait déménagé depuis peu dans une famille d'accueil en santé mentale que lui a trouvée l'intervenante. Cette dernière investit beaucoup de temps à coordonner le réseau de son usagère: elle a de fréquents contacts téléphoniques avec sa mère,

son conjoint, sa soeur, le personnel de la famille d'accueil. Elle craint que son usagère devienne un fardeau pour les membres de son réseau et que ceux-ci se désinvestissent. Elle a déjà eu une entrevue avec le couple et projette de rencontrer le conjoint seul. Elle compte également rencontrer les enfants, qui ont près de six ans, seuls.

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante se prépare mentalement à être ferme avec son usagère parce qu'elle sait que celle-ci a tendance à se présenter comme une victime, comme celle qui n'a jamais été comprise. Elle veut donc la structurer en fixant des limites claires concernant ses comportements violents. Elle dit: "La dépression n'excuse pas la violence".

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

La situation de cette jeune femme demeure précaire sur plusieurs plans. L'intervention étant en cours au moment de notre entrevue, il était trop tôt pour parler des résultats de l'intervention.

4. Détresse due principalement à une rupture amoureuse ou une séparation (7.1.4)

DOSSIER #13

Le dossier # 13 est analysé dans le rapport de recherche, au chapitre 7, à la page 172.

DOSSIER #14

L'intervenant #3 nous présente le dossier d'un adolescent de 16 ans aux idéations suicidaires et homicidaires. L'intervenant était déjà intervenu avec ce jeune de façon sporadique pendant environ un an au moment où celui-ci a développé ses idéations suicidaires et homicidaires.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Il s'agit d'un jeune dont "la blonde a cassé avec lui". Lors d'une entrevue avec une psychoéducatrice de la polyvalente qui le rencontrait régulièrement, il exprime le désir de tuer et son ex-blonde et lui-même. La psychoéducatrice, après avoir consulté l'interviewé, décide de faire un signalement à la DPJ et une déposition au poste de police, à la suite de quoi la cour interdit à ce jeune d'entrer en contact avec son ex-blonde. Par la suite, le jeune prend un avocat et tente d'utiliser l'intervenant pour qu'il l'aide à entrer en contact avec son ex-blonde. Il prend finalement son ex-blonde en otage, la poignarde (sans lui causer des torts physiques irréparables) et aboutit en prison. Il avait déjà consulté l'intervenant, se disant victime de violence de la part de son père, mais refusant que l'intervenant communique avec ses parents de crainte que son père ne soit encore plus violent avec lui.

DIMENSION PSYCHIQUE

Ce jeune n'a pas d'"insight": il n'a pas développé d'habileté ou d'intérêt à prendre du recul par rapport à sa situation et à réfléchir à ses comportements, ses attitudes, ses sentiments. C'est un adolescent qui ressent beaucoup de colère. Son acte vis-à-vis de son ex-blonde est perçu par l'intervenant #3 comme le geste désespéré, irréfléchi, impulsif d'un "jeune qui n'avait plus rien à perdre".

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenant avait réussi à créer un lien avec ce jeune, qui revenait régulièrement le voir avec ses problèmes. C'est ainsi qu'il est venu voir l'intervenant, accompagné de sa mère, après l'injonction de la cour. Il était très fâché contre la psychoéducatrice qui avait porté plainte. Il souhaitait que l'intervenant l'aide à prendre contact avec son ex-blonde en agissant comme intermédiaire. L'intervenant lui a

expliqué qu'il ne pouvait pas accéder à sa demande, mais qu'il pouvait l'aider "à voir ce qui se passait là-dedans" et lui donner du support. Le jeune n'était aucunement intéressé à réfléchir à ce qui s'était passé. L'intervenant n'est pas arrivé à le rejoindre émotionnellement.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

"Il n'y a pas grand-chose qui a marché dans ce dossier-là", selon l'intervenant. Il croit que le jeune avait une attitude rigide et qu'il ne manifestait aucun intérêt à mieux se connaître et aucune intention de changer quoi que ce soit dans son comportement. "Il y a des situations comme ça où je pense qu'on ne peut rien faire", conclut-il.

DOSSIER #15

L'intervenante #8 nous présente le dossier d'un jeune adulte de 28 ans ayant des idéations suicidaires presque constantes avec un plan précis: il possède une arme à feu qu'il a même portée à sa tête à quelques reprises. Il s'est présenté à l'accueil du CLSC après avoir pris rendez-vous.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Ce jeune homme a beaucoup de difficulté à assumer sa solitude, quelques mois après s'être séparé de sa conjointe. Il commence à questionner la décision qu'il a prise de quitter celle-ci. Il y a des gens dans son réseau de connaissances qui pourraient être disponibles, mais il est méfiant et ne les utilise pas.

DIMENSION PSYCHIQUE

Cet homme a une grande dépendance affective. Il a des antécédents assez lourds: une famille d'origine dysfonctionnelle, où les deux parents étaient alcooliques et où il n'a pas appris à prendre soin de lui, à s'affirmer, à exprimer ses sentiments.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante a fait un contrat de non passage à l'acte suicidaire avec l'usager: elle lui a demandé de s'engager à ne pas se tuer d'ici à ce que le CLSC le recontacte pour lui offrir un rendez-vous en vue du suivi.

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenante s'est rendue disponible sur appel téléphonique tant que l'usager n'aura pas eu son premier rendez-vous avec l'intervenant qu'on lui assignera. Elle l'a également informé des services offerts par le Centre 24/7. De plus, elle l'a encouragé à contacter certaines personnes de son réseau, surtout un membre de sa famille avec lequel il était plus à l'aise.

DIMENSION BIOPHYSIQUE

L'intervenante a demandé à l'usager d'aller consulter son médecin, ce qu'elle fait systématiquement avec tous les usagers ayant des idéations suicidaires. Son but, c'est de vérifier s'il n'y aurait pas un facteur biophysique à l'origine de ses idées noires, comme un problème de glande thyroïde ou le cancer. Il est important pour elle d'éliminer ce type de facteur avant que l'usager arrive au suivi.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

L'intervenante a fait parvenir le dossier de cet usager à sa chef de service en demandant qu'on lui assigne un intervenant le plus tôt possible. Elle ne sait pas s'il a été vu ou non, étant donné qu'on ne l'informe pas nécessairement de ce qui advient des usagers évalués à l'accueil.

5. Détresse due principalement à une difficulté à assumer les responsabilités de la vie adulte (7.1.5)

DOSSIER #16

Le dossier # 16 est analysé dans le rapport de recherche, au chapitre 7, à la page 179.

DOSSIER #17

L'intervenante #10 nous présente le dossier d'un jeune adulte de 25 ans ayant des idéations suicidaires et s'étant présenté à l'accueil du CLSC à la suite d'un appel de sa mère.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

Autant dans les facteurs des idéations suicidaires que dans les stratégies d'intervention, l'intervenante se réfère ici aux seules dimensions relationnelle et psychique.

DIMENSION RELATIONNELLE

Ce jeune homme, qui habite le sous-sol de ses parents, "a de la difficulté à se détacher de ses parents et à obliger ses parents à se détacher de lui".

DIMENSION PSYCHIQUE

Il est très déprimé. Il manque de confiance dans ses capacités à prendre en main sa vie et ses besoins.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

C'est la mère de ce jeune qui a pris contact avec le CLSC; elle était inquiète parce que son fils était déprimé, inactif. L'intervenante l'a informée des services offerts par le CLSC et l'a fortement encouragée à

demander à son fils de lui téléphoner. Le jeune homme a téléphoné à l'intervenante peu après.

DIMENSION PSYCHIQUE

Le jeune a paru suffisamment déprimé et vulnérable au téléphone pour que l'intervenante vérifie la présence chez lui d'idéations suicidaires et le reçoive en entrevue quelques heures plus tard. Elle a "passé un pacte de non passage à l'acte" avec lui, pacte qu'il a accepté de respecter jusqu'au début de son suivi. Elle l'a encouragé à voir son médecin le plus tôt possible et l'a référé au secteur des services sociaux courants "adulte" de son CLSC avec la mention "urgence". Le jeune a obtenu son premier rendez-vous une semaine plus tard. L'élément de son intervention que l'intervenante considère le plus efficace dans ce dossier est l'espoir et la confiance qu'elle a réussi à transmettre à ce jeune de pouvoir résoudre son problème à l'aide à la fois des services du CLSC et de ses propres forces.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

L'intervenante a appris, quelques semaines plus tard, par l'intervenant du secteur adulte, que ce jeune n'avait plus d'idéations suicidaires et qu'il travaillait à développer son autonomie.

6. Détresse due principalement à un isolement émotif et social (7.1.6)

DOSSIER #18

Le dossier # 18 est analysé dans le rapport de recherche, au chapitre 7, à la page 177.

DOSSIER #19

L'intervenant #1 nous présente le dossier d'une adolescente de 16 ans ayant des idéations suicidaires, référée au travailleur social

de sa polyvalente par des enseignants qui avaient remarqué qu'elle pleurait parfois dans sa classe sans raison apparente.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Cette jeune était isolée autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la famille. La relation avec ses parents était tendue. Elle n'avait pas beaucoup d'amis. La présence de boutons au visage minait sa confiance en elle-même dans ses relations interpersonnelles.

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenant la décrit comme une jeune très triste. Il soupçonnait un abus sexuel dans l'enfance, non dévoilé, ce qui n'a pu être ni confirmé ni infirmé. Elle avait aussi des difficultés sur le plan scolaire.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenant a rencontré cette jeune fréquemment à l'école pour l'écouter, la supporter et pour tenter d'éviter qu'elle décroche de l'école. Quand il n'était pas disponible, elle lui écrivait des lettres.

DIMENSION RELATIONNELLE

Ce n'est qu'après une année d'intervention que cette jeune a accepté, accompagnée de l'intervenant, de parler de ses difficultés avec ses parents. Des rencontres avec la famille ont eu lieu à domicile parce que les parents étaient peu ouverts à une telle consultation et n'étaient pas prêts à se déplacer.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Finalement, cette jeune a quitté l'école et a obtenu de l'aide de l'Ado-centre du Centre hospitalier psychiatrique Pierre-Janet. L'intervenant l'a revue par hasard environ un an plus tard: elle

travaillait, poursuivait ses études à l'école des adultes pour terminer son secondaire et avait un *chum*. De plus, elle avait une plus belle apparence.

DOSSIER #20

L'intervenant #9 nous présente le dossier d'une adolescente de 16 ans ayant fait deux tentatives de suicide dans une même fin de semaine. Elle a d'abord, après s'être enivrée, tenté de se précipiter sous les roues d'une voiture en marche. Après une nuit au poste de police, où elle a agressé deux policières, elle est retournée chez elle; le même jour, elle a pris une surdose de médicaments et a passé quelques heures à l'hôpital, le temps de se faire désintoxiquer. Le lundi suivant, elle a été référée au secteur Jeunesse (scolaire) de son CLSC d'abord par le policier éducateur et, peu après, par le Centre hospitalier.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Cette jeune fille vit de l'isolement social suite à la séparation de ses parents et à un déménagement dans l'Outaouais. Son père, resté dans la région d'origine de la famille, lui manque; atteint d'une maladie incurable, il a perdu sa ferme et est devenu amer et intolérant. Sa mère, malhabile avec elle, a pratiquement démissionné en tant que parent. Une soeur aînée, restée dans la région d'origine de la famille, avait joué pour elle, avant le déménagement, le rôle de mère substitut. Les deux tentatives de suicide de cette jeune fille ont été interprétées par l'intervenant comme des appels adressés à ses proches pour qu'ils s'occupent d'elle.

DIMENSION PSYCHIQUE

En entrevue, cette jeune exprimait avec colère son impression de ne pas être suffisamment importante pour qu'on s'occupe d'elle. De plus, elle se rendait magiquement responsable des malheurs de sa famille. Sa colère, que l'intervenant qualifie même de rage, s'adressait

aussi au sort que la vie lui avait réservé, comme "un poing en l'air contre le bon Dieu".

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

Au début, cette jeune refusait de rencontrer l'intervenant et niait tout problème: "Y a rien là; j'ai pris une brosse, c'est toute". Il a toutefois insisté pour qu'elle vienne jaser avec lui, après avoir obtenu certaines informations de sa mère et de quelques uns de ses amis. Elle disait à ses proches: "Vous vous êtes pas occupés de moi avant; je ne vois pas pourquoi vous vous occuperiez de moi maintenant et si je veux mourir, c'est de mes affaires". Pour l'intervenant, cette phrase est tout de suite devenue la clef de son intervention; c'était ça, l'appel de la tentative de suicide. Il fallait donc commencer à combler ce besoin avant toute chose. Son objectif était d'abord et avant tout de lui transmettre le message: "Que tu le veuilles ou pas, je m'occupe de toi". C'est en prenant son parti et en reconnaissant sa colère contre les policiers, qui l'avaient emprisonnée, et contre l'hôpital, qui ne lui avait offert rien d'autre qu'une désintoxication, qu'il a réussi à établir un contact avec elle. Il a aussi donné un conseil direct à la mère, qui était en état de choc: "Tu y tiens à ta fille, alors il est temps que tu y fasses savoir que tu y tiens; donc tu ne la laisses plus sortir sans que tu saches où elle est et avec qui". Étant donné que la soeur aînée était plus importante et plus crédible que sa mère aux yeux de la jeune, l'intervenant a incité la soeur à venir visiter l'adolescente. Il s'agissait de transmettre clairement à l'adolescente le message suivant: "Hé! on tient à toi". La soeur aînée est effectivement venue la voir dans la région et l'a ramenée avec elle pour une petite vacance. L'intervenant a écrit une note à l'employeur de la jeune pour qu'elle puisse conserver son emploi d'été. Entre temps, il avait référé cette jeune au Centre hospitalier psychiatrique en lui disant: "Je vais m'assurer que tu aies de bons services cette fois-ci" faisant allusion aux services reçus au poste de police et à l'hôpital au moment de ses tentatives de suicide. Depuis qu'elle est en thérapie individuelle et familiale au C.H. psychiatrique, l'intervenant la rencontre de façon ponctuelle pour lui

donner du soutien. Par exemple, il l'a appuyée dans une démarche de négociation avec un enseignant avec lequel elle avait des difficultés et il l'a aidée à se préparer à comparaître en cour pour répondre à une accusation d'agression sur des policiers.

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenant a reconnu dès le début de l'intervention le grand besoin qu'exprimait indirectement cette jeune, c'est-à-dire, qu'on s'occupe d'elle. À la suite des deux tentatives de suicide, il l'a vue tous les jours et l'a supportée jusqu'à ce que sa soeur aînée vienne la chercher pour passer un séjour chez elle. Il a fourni à cette jeune le moyen de solutionner ses problèmes psychiques en la référant à l'hôpital psychiatrique.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-CULTURELLE

À la suite de ces interventions de crise, l'intervenant a communiqué à l'équipe du C.H. qui avait désintoxiqué cette jeune, équipe avec laquelle il avait établi une bonne collaboration, les interrogations suivantes: "Comment ça se fait qu'une fille de même sort sans être vue par personne? Il y a quelque chose dans votre réseau d'intervention auprès des jeunes à examiner".

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Environ huit mois s'étaient écoulés depuis le début de l'intervention au moment de notre entrevue, et cette jeune allait très bien. Ses résultats scolaires avaient augmenté, elle avait obtenu une promotion dans son emploi à temps partiel et elle avait commencé à faire du théâtre. Elle avait même référé quelques-uns de ses amis à l'intervenant.

DOSSIER #21

L'intervenante #7 nous présente le dossier d'un adolescent de 17 ans ayant des idéations suicidaires sans plan précis. Il s'est présenté au Centre Jeunesse du CLSC l'été suivant son secondaire 5.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Le jeune n'arrivait pas à avoir une communication avec son père, à le joindre, et se pliait sans intérêt et à reculons à ses attentes concernant son propre avenir. Il avait commencé à s'isoler, à se replier sur lui-même, en coupant les liens avec ses amis. L'un d'eux s'était suicidé au cours des mois précédant l'intervention; cet usager considérait que le suicide lui avait au moins permis d'éliminer ses problèmes. Il devenait exigeant pour sa copine, la seule personne avec qui il maintenait un lien significatif. Il interprétait ses attitudes et comportements envers lui sans vérifier leur sens réel avec elle. Il restait seul avec ses doutes et ses blessures. Il avait énormément de difficultés à communiquer avec elle. Il mettait de la pression sur elle pour qu'elle soit disponible pour lui en tout temps. Il se rendait compte qu'il était en train de l'étouffer et peut-être de la perdre.

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante le décrit comme un introverti, un jeune ayant été "élevé dans la ligne macho", c'est-à-dire quelqu'un qui n'exprime pas ses sentiments.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-CULTURELLE

Le père avait des exigences concernant la poursuite des études de son fils et le genre de carrière qu'il envisageait pour lui. Pour faire plaisir à son père, le jeune avait fait une demande d'admission à la Cité collégiale dans une branche qui ne l'intéressait pas vraiment. Il ne savait pas ce qu'il voulait faire plus tard dans la vie.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

L'intervenante a rencontré ce jeune régulièrement en entrevue individuelle pendant 4 mois, environ une fois par semaine durant les 2 premiers mois et une fois toutes les deux semaines durant les 2 derniers mois.

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenante a recadré l'isolement du jeune étant donné qu'au début, ce dernier ne voyait pas sa part de responsabilité dans son isolement. Il a pris conscience qu'il avait tendance à attendre qu'on vienne à lui plutôt qu'à initier des contacts avec les autres. Il a travaillé sur sa relation avec sa blonde et a appris à mieux communiquer avec elle et à moins dépendre d'elle. Le fait qu'il ait pris l'initiative de renouer contact avec quelques amis a, entre autres, contribué à alléger et assainir sa relation avec elle.

L'élément que cette intervenante a trouvé le moins efficace dans son intervention est la façon dont elle s'y est prise pour obtenir la participation des parents dans les entrevues. Elle voulait que le jeune lui-même les invite à se joindre à eux, ce qu'il a soit évité de faire, soit effectué sans grande conviction. En rétrospective, compte tenu de la personnalité du jeune, elle croit qu'elle aurait dû, après avoir obtenu son autorisation, communiquer elle-même avec les parents pour les inviter à participer à des entrevues familiales. Selon elle, l'amélioration de la relation entre le père et le fils est, parmi les objectifs qu'elle et le jeune s'étaient fixés, celui qui n'a pas été atteint de façon satisfaisante, quoique le jeune ait changé certains éléments de sa dynamique avec ses parents. L'entrevue familiale aurait été, selon elle, le moyen par excellence d'atteindre cet objectif.

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante juge qu'elle a réussi à aider ce jeune à "s'accrocher à ce que, lui, aimait". Elle l'a aidé à identifier ses propres champs d'intérêt et à s'y investir de nouveau. Elle l'a aussi aidé à présenter ses projets à ses parents d'une façon susceptible de susciter leur consentement.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Ce jeune a brisé son isolement en renouant avec ses amis et en assainissant sa relation avec sa copine. Il a décidé d'orienter son

avenir en fonction de ses intérêts plutôt qu'en fonction des attentes de son père. Il a expliqué à ses parents qu'il avait besoin de prendre une année pour réfléchir à son choix de carrière et a négocié avec eux un séjour d'une année dans l'Ouest, où il travaillera dans un hôtel et donnera des cours de planche à neige, une de ses passions. Il a fait valoir à ses parents les gains qu'il pourrait faire en anglais, ce qui lui serait très utile dans ses études. Quant aux idéations suicidaires, elles ont commencé à diminuer après deux mois d'intervention et n'étaient plus du tout présentes à la fin de l'intervention.

DOSSIER #22

L'intervenante #11 nous présente le dossier d'un jeune adulte de 26 ans ayant des idéations homicidaires et s'étant par la suite suicidé. Il parlait de sa fantaisie d'aller sur la colline parlementaire d'Ottawa et "d'en descendre une gang".

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Ce jeune homme avait récemment quitté sa conjointe et son bébé. Il avait une très grande difficulté à entrer en contact avec d'autres personnes. Il inspirait de la peur à l'intervenante.

DIMENSION PSYCHIQUE

Il n'avait pas d'affect, il était comme coupé de ses sentiments, même lorsqu'il parlait de sa conjointe et de son bébé qu'il venait de quitter. Il exprimait de la colère, surtout par ses comportements. Il posait souvent des gestes de façon impulsive. Il se rendait compte qu'il perdait le contrôle sur beaucoup de choses de sa vie et cela lui faisait peur. Il venait de quitter son travail au fédéral et nourrissait le projet d'aller vendre des souliers dans une autre région. Dans la lettre qu'il a laissée au moment de son suicide, il explique qu'il se sentait coupable de faire souffrir les gens autour de lui. Il trouvait qu'il leur faisait plus de mal que de bien.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION PSYCHIQUE

L'intervenante croit qu'elle n'a pas pensé à évaluer les risques suicidaires, comme elle le fait facilement lorsqu'elle a des soupçons, parce qu'elle avait peur de ce jeune homme, ce qui l'empêchait de le recevoir avec toute l'attention requise, et parce qu'elle était surtout impressionnée et anxieuse concernant ses idées homicidaires. Elle ne se sentait pas compétente pour l'aider. Elle trouvait particulièrement difficile de travailler avec une personne qu'elle n'arrivait pas à rejoindre au niveau des émotions. Elle l'a tout de suite référé à son médecin, suggérant à ce dernier d'avoir recours à une évaluation psychiatrique. Elle ne l'a rencontré qu'à quelques reprises. Lorsqu'elle a téléphoné au psychiatre qui l'avait évalué, ce dernier lui a dit: "Il est psychopathe et il n'y a pas moyen de l'aider; vous ne pourrez rien faire avec lui parce qu'on ne fait pas de thérapie avec ce genre de personne-là". Par la suite, le psychiatre se serait fâché contre lui parce que le jeune homme refusait de prendre ses médicaments. Il lui aurait dit: "Tu ne prends pas tes médicaments, je ne te vois plus". Ce dernier s'est alors fâché à son tour et a tout cassé dans son bureau. Avec le recul, ce que l'intervenante changerait dans cette intervention, si elle pouvait recommencer à zéro, ce serait, après avoir perçu les éléments bizarres de l'usager et senti son propre inconfort, de s'adjoindre un collègue du CLSC pour l'aider à l'évaluer. Elle était, selon elle, trop centrée sur ses affaires à elle, trop insécure, pas suffisamment disponible pour prendre ce que l'usager lui apportait. Elle considérerait même la possibilité de remettre le dossier à un autre intervenant. Il lui semble important de développer assez de sécurité pour reconnaître qu'on n'est pas à la hauteur dans toutes les situations.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

L'intervenante a beaucoup repensé à ce jeune homme après avoir appris qu'il s'était suicidé et est restée avec la question: "A-t-il eu l'aide dont il avait besoin, ce monsieur-là?" Elle craint que non.

Elle se dit: "Il était en détresse, ce monsieur-là; il n'était pas venu ici pour rien".

DOSSIER #23

L'intervenant #1 nous présente le dossier d'un jeune de 15 ans s'étant suicidé à l'aide d'une carabine dans le sous-sol de la maison familiale. Il avait rencontré ce jeune à quelques reprises à la polyvalente à la demande d'un enseignant, qui s'inquiétait de son "manque d'expression émotionnelle".

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION RELATIONNELLE

Ce jeune était isolé émotionnellement. Il était inatteignable. Il ne parlait pas. Il avait des difficultés dans ses relations familiales, surtout avec son père. Quelques uns de ses pairs savaient qu'il vivait une détresse et même eux n'arrivaient pas à le joindre dans sa souffrance.

DIMENSION PSYCHIQUE

Il n'exprimait aucun sentiment sinon "un mal de vivre face à l'avenir". Son suicide a été un geste impulsif posé en état d'ébriété pendant la visite de policiers, un matin, venus voir sa mère au sujet d'une infraction au code de la route qu'il avait commise la nuit précédente.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-CULTURELLE

Il était devenu un marginal dans la société en devenant un décrocheur scolaire durant les deux derniers mois de sa vie. Il n'avait pas d'intérêt pour les études.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenant a vite été confronté à "la difficulté de ne pas réussir à établir un contact avec ce jeune", alors qu'il avait habituellement de la facilité à communiquer avec les autres usagers de son âge. Il se sentait même "mal avec ce jeune-là", nous a-t-il dit, "parce que je me sentais observé et analysé dans ce que je disais", le jeune ne préférant que quelques mots durant une entrevue. Il a laissé au jeune l'initiative de venir le voir au besoin et lui a fait part de sa disponibilité après lui avoir précisé qu'il n'avait pas l'intention de le forcer à venir le rencontrer. Il a fait quelques relances suite à des périodes d'absence de l'école. Il l'a rencontré pour la dernière fois deux mois avant son suicide, alors que le jeune avait décidé de décrocher de l'école. Le matin du suicide, la nouvelle de l'événement s'est répandue rapidement dans l'école. Avec l'animatrice de pastorale, l'intervenant a regroupé les jeunes qui réagissaient fortement à ce suicide, pour leur permettre d'échanger entre eux et pour leur donner du soutien. Pendant les quelques semaines qui ont suivi cet événement, l'intervenant et l'animatrice de pastorale ont réservé un local pour que les jeunes qui le désiraient viennent dîner avec eux.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Étant donné qu'il s'agit d'un suicide complété, il nous semble utile et pertinent de parler ici de l'effet de cet événement sur la pratique professionnelle de l'intervenant. Le suicide de ce jeune est survenu au début de l'expérience de travail de l'intervenant à la polyvalente. Ce suicide a eu un impact considérable sur l'intervenant, au point, entre autres, de l'inciter à beaucoup lire sur le sujet des jeunes introvertis et des jeunes suicidaires, et à aller suivre un perfectionnement à Suicide-Action-Montréal. Il s'est senti beaucoup mieux outillé par la suite "pour aller chercher un jeune qui ne veut pas parler, pour établir un contact, principalement en posant des questions directes, lesquelles montrent au jeune que je suis à l'aise, ouvert, que

je n'ai pas peur". Son expérience avec d'autres jeunes depuis cet événement lui a démontré à quel point "c'est supportant pour un jeune de sentir que quelqu'un n'a pas peur de parler du suicide, qu'il peut dédramatiser les idéations suicidaires et les aborder comme quelque chose qui fait partie du vécu". Selon lui, les questions directes sur le suicide, celles "que les parents, les enseignants ou les autres proches n'osent pas poser, amènent effectivement les jeunes à s'ouvrir".

Sa réflexion et son perfectionnement l'ont également amené à "ne pas rester le seul confident d'un jeune suicidaire". Il en est venu à exiger que le jeune se munisse d'un réseau de soutien, c'est-à-dire qu'il lui donne le nom d'un ami de son âge, d'un membre de sa famille et d'un autre adulte de l'école à qui il acceptait de parler de ses idéations suicidaires et, parfois, à qui il allait demander de téléphoner à l'intervenant. Il demandait au jeune l'autorisation de contacter ces personnes si jamais il devenait trop inquiet de lui. Si le jeune ne se sentait pas capable d'en parler à l'une ou l'autre des personnes identifiées, il lui offrait de l'accompagner dans sa démarche ou lui demandait de l'autoriser à faire le premier contact téléphonique. Une autre stratégie qu'a développée l'intervenant est de rédiger avec les jeunes suicidaires des contrats écrits de non suicide. Les jeunes avaient leur copie du contrat et pouvaient s'en servir comme "porte d'entrée" pour aborder le sujet de leurs idéations suicidaires avec des personnes de leur réseau.

7. Détresse due principalement à une difficulté à assumer une maladie physiologique ou psychique aliénante (7.1.7)

DOSSIER #24

Le dossier # 24 est analysé dans le rapport de recherche, au chapitre 7, à la page 184.

DOSSIER #25

L'intervenante #4 nous présente le dossier d'une jeune adulte de 25 ans ayant des idéations suicidaires; elle se présente à l'accueil du CLSC une semaine après avoir pris rendez-vous.

LES FACTEURS D'IDÉATIONS ET DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

DIMENSION BIOPHYSIQUE

Cette jeune femme est atteinte d'une maladie chronique, la fibromyalgie, qui a pour effet de limiter de façon drastique son niveau d'énergie et sa capacité de vaquer à ses occupations habituelles. Sa maladie s'est déclarée environ un an auparavant. Elle refuse de prendre les médicaments que son médecin lui a prescrits par crainte de devenir trop somnolente pour pouvoir assumer son rôle de mère avec sa fille de deux ans. Elle explore du côté des médecines alternatives.

DIMENSION SOCIO-POLITICO-ÉCONOMIQUE

Elle a dû abandonner une carrière dans laquelle elle s'était beaucoup investie et dans laquelle elle était très performante. Cette perte d'emploi a causé des pressions financières sur le couple, étant donné les engagements financiers déjà contractés, particulièrement l'hypothèque sur leur maison.

DIMENSION RELATIONNELLE

Cette jeune femme s'est isolée émotionnellement en cachant sa maladie et sa détresse à son entourage. Elle a très peu de soutien de son conjoint car celui-ci est très occupé à suppléer au manque à gagner du couple par du travail supplémentaire afin de payer l'hypothèque et conserver la maison. Elle a beaucoup de difficulté à s'occuper convenablement de sa fille, à la discipliner, ce qui l'inquiète énormément. C'est en imaginant les conséquences qu'aurait son suicide sur sa fille qu'elle s'empêche de donner suite à ses idéations suicidaires.

DIMENSION PSYCHIQUE

Elle a beaucoup de difficulté à accepter sa maladie. L'intervenante la décrit comme une perfectionniste qui tient à performer malgré tout, comme si elle n'avait pas de maladie. Elle a à peine commencé à vivre son deuil face aux nombreuses pertes que sa maladie entraîne. Elle cache une détresse profonde.

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION RETENUES

DIMENSION PSYCHIQUE

Le principal objectif d'intervention de l'intervenante durant l'entrevue d'évaluation a été de permettre à cette jeune femme de "toucher sa détresse" et de faire des liens entre son état de découragement et les nombreuses pertes qu'elle avait subies. Elle l'a également aidée à identifier son perfectionnisme, le niveau déraisonnable d'exigence qu'elle maintient à son égard en dépit de sa maladie. Elle lui a décrit les services du CLSC les plus susceptibles de répondre à ses besoins. D'une part, on peut lui procurer un soulagement physique par les services individuels et de groupe d'une ergothérapeute et par le suivi d'un médecin. D'autre part, on peut lui offrir un soutien émotif par des entrevues individuelles avec un agent de relations humaines. Elle a préféré commencer par le soutien émotif, quitte à se prévaloir des autres services par la suite.

DIMENSION RELATIONNELLE

L'intervenante a aidé cette usagère à identifier l'impact néfaste de son isolement sur son état émotif, isolement qu'elle perpétue elle-même en tentant de cacher les effets de sa maladie afin de ne pas importuner ses proches. À la fin de l'entrevue d'accueil, l'intervenante a encouragé cette usagère à lui téléphoner, au besoin, durant la période d'attente précédant son premier rendez-vous au niveau du suivi et lui a également transmis toute l'information pertinente concernant le Centre d'aide 24/7. Elle considère le fait de ne pas avoir eu peur d'entendre la détresse de cette femme, d'être empathique, comme un facteur d'efficacité important de cette brève intervention.

BREF RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DE L'INTERVENTION

Cette jeune femme a poursuivi, au secteur Adulte et santé mentale du CLSC, sa démarche amorcée à l'entrevue d'accueil. L'intervenante l'a revue dans la salle d'attente du CLSC six mois plus tard et l'a trouvée "plus calme et moins rigide".

7.1.8 Inquiétude d'une mère face à l'impact appréhendé sur son jeune du suicide d'un ami

DOSSIER #26

Le dossier # 26 est analysé dans le rapport de recherche, au chapitre 7, à la page 186.