

Université de Montréal

**Représentations du suicide chez des intervenants  
œuvrant dans des centres de crise communautaires**

par Nicole Fagan Huot

École de travail social  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté  
en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences (M. Sc.)  
en travail social,  
option mémoire

Août 2018

© Nicole Fagan Huot, 2018

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :  
Représentations du suicide chez des intervenants  
œuvrant dans des centres de crise communautaires

Présenté par  
Nicole Fagan Huot

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Lourdes Rodriguez del Barrio  
(président-rapporteur)

Marie-Laurence Poirel  
(directrice de recherche)

Janie Houle  
(membre du jury)

## Résumé

À travers les époques et selon les sociétés, la conception du suicide et les manières d'y répondre ont évolué entre autres en lien avec les changements dans les normes, les valeurs, les idéologies et les attitudes collectives. De nos jours, bien qu'il semble exister un consensus dans le champ de la prévention du suicide, les conceptions de ce phénomène demeurent variables selon les acteurs et les contextes. Des chercheurs suggèrent même que les conceptions des intervenants au sujet du suicide peuvent aller jusqu'à influencer leurs pratiques d'intervention avec les personnes suicidaires.

La présente étude qualitative porte sur les représentations du suicide qui ressortent de dix entretiens menés auprès d'intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires, tous situés dans la région du Grand Montréal. Ce mémoire vise, d'une part, à faire ressortir les principales dimensions des représentations du suicide et des pratiques auprès de personnes suicidaires chez des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires et, d'autre part, à proposer des pistes de réflexion exploratoires autant sur ces représentations que sur leurs effets sur les pratiques des intervenants.

Les résultats obtenus révèlent que les représentations du suicide véhiculées par les intervenants et qui influencent leurs pratiques correspondent pour la plupart à la représentation sociale actuellement la plus répandue dans le champ de la prévention du suicide. Malgré cela, des intervenants entretiennent, quoique dans une moindre mesure, des représentations du suicide plutôt alternatives. Ces différences s'expliquent entre autres par la diversité dans les expériences subjectives des intervenants et dans les cadres organisationnels dans lesquels ils évoluent. En plus, elles révèlent chez les intervenants une volonté d'exprimer leur autonomie et de faire preuve de réflexion.

**Mots-clés** : représentation sociale, intervenant, suicide, crise, organisme communautaire

## **Abstract**

Societies throughout time have evolved in the ways in which they conceive and deal with suicide partly because of changes in collective norms, values, ideologies and attitudes. Nowadays, despite the appearance of a consensus in the field of suicide prevention, perspectives on suicide continue to vary among its agents and contexts. In particular, researchers suggest that intervention workers' perspectives regarding suicide influence their practices with suicidal individuals.

The present qualitative research is about representations of suicide. I conducted ten interviews with crisis intervention workers in community crisis centres located in the Greater Montreal region. This master's thesis aims to shed light on the main facets of crisis intervention workers' representations of suicidal individuals and their professional practices, as well as to suggest preliminary thoughts on these representations and their effects on professional practices.

The research results suggest that crisis intervention workers' perspectives on suicide, which inform their practices, mostly correspond to the current social representation most widespread in the field of suicide prevention. Despite this finding, crisis intervention workers also adhere to alternative representations of suicide, although to a lesser extent. These differences can be better understood by considering the varied subjective experiences of the workers and organizational frameworks of the crisis intervention centres in which they evolve. This research also highlights the intervention workers' will to demonstrate autonomy and reflection.

**Keywords:** social representation, intervention worker, suicide, crisis, community organization

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	viii
Remarque et abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	11
CHAPITRE 1 : Recension des écrits scientifiques.....	14
1.1 Un survol de l'évolution historique de la compréhension et des réponses au suicide....	14
1.1.1 L'Antiquité.....	14
1.1.2 Le Moyen-Âge et l'époque moderne.....	15
1.1.3 L'époque contemporaine.....	15
1.1.3.1 De l'intolérance à un certain assouplissement envers le suicide.....	15
1.1.3.2 Le suicide en tant qu'enjeu de santé.....	16
1.1.3.3 Le suicide en tant qu'enjeu de santé prioritaire.....	18
1.2 Les grandes conceptions actuelles du suicide.....	19
1.2.1 La conception dominante : le suicide est plutôt lié à une vulnérabilité individuelle.....	19
1.2.2 Une conception alternative : le suicide est plutôt lié à un contexte social.....	21
1.2.2.1 Une analyse critique de la conception dominante.....	21
1.2.2.2 Les principales dimensions d'une conception alternative.....	25
1.3 Les recherches sur les perspectives des intervenants face au suicide.....	28
1.3.1 Les perspectives orientées vers la catégorisation.....	29
1.3.2 Les perspectives orientées vers la souffrance.....	31
1.3.3 L'exploration des expériences subjectives des intervenants pour enrichir la compréhension de leurs perspectives face au suicide.....	33
1.4 Les recherches sur les réactions des intervenants face aux manifestations suicidaires ..	35
1.4.1 Les recherches sur les réactions des intervenants exposés au suicide.....	36
1.4.2 Les recherches sur les réactions des intervenants exposés à d'autres manifestations suicidaires.....	38

1.5 Les connaissances les plus répandues sur le suicide.....	40
1.5.1 Les connaissances sur le suicide.....	40
1.5.1.1 La souffrance et la vulnérabilité des personnes suicidaires au premier plan ....	41
1.5.1.2 La classification des comportements suicidaires et des facteurs de risque.....	42
1.5.1.3 Les difficultés interpersonnelles en lien avec le suicide.....	44
1.5.2 Les connaissances sur la crise suicidaire.....	44
1.5.2.1 Les processus de crise.....	45
1.5.2.2 La typologie de crise.....	48
1.6 Les pratiques d'intervention les plus répandues face au suicide.....	49
1.6.1 Les pratiques en prévention du suicide.....	49
1.6.1.1 L'approche orientée vers les solutions.....	50
1.6.1.2 Le processus d'intervention en matière de suicide et les mesures d'urgence exceptionnelles.....	51
1.6.2 Les pratiques d'intervention en situation de crise suicidaire.....	52
1.6.2.1 Les particularités de l'intervention en situation de crise.....	53
1.6.2.2 L'estimation de l'urgence et de la dangerosité en situation de crise.....	54
1.6.2.3 Les modèles d'intervention de crise.....	55
1.6.3 Des enjeux éthiques et légaux complexes.....	55
1.7 Des connaissances et des pratiques d'intervention moins répandues.....	57
1.7.1 La souffrance au croisement du vécu individuel et du vécu social.....	57
1.7.2 Le développement du pouvoir d'agir pour valoriser l'expertise expérientielle.....	58
1.7.3 La réciprocité transformative : où la rencontre de la richesse humaine favorise les mouvements de croissance mutuelle.....	60
1.8 Les centres de crise communautaires.....	62
1.8.1 Le contexte d'émergence.....	62
1.8.2 Le contexte de développement.....	64
1.8.3 Le contexte contemporain.....	66
1.8.3.1 La mission de l'organisme et la composition de l'équipe.....	67
1.8.3.2 Les repères du mouvement communautaire et de l'approche alternative en santé mentale.....	67
1.8.3.3 Les rapports partenariaux.....	69

CHAPITRE 2 : Perspectives théoriques .....	70
2.1 L'émergence d'une préoccupation théorique pour les représentations sociales .....	70
2.2 Les représentations et le suicide selon Émile Durkheim .....	71
2.2.1 Les représentations collectives essentielles à l'ordre social .....	71
2.2.2 Le suicide en tant que symptôme de désintégration sociale .....	72
2.3 Les représentations sociales selon Denise Jodelet .....	73
2.3.1 De l'acteur à l'agent.....	73
2.3.2 Un savoir du sens commun.....	74
2.3.3 Une approche des représentations sociales dans leur complexité autour de trois sphères.....	75
2.3.4 Les représentations sociales : entre déterminisme et liberté.....	77
2.3.5 La théorie des représentations sociales et ses critiques .....	79
CHAPITRE 3 : Démarche méthodologique .....	80
3.1 Les questions et les objectifs de recherche .....	80
3.2 La perspective de recherche qualitative.....	80
3.3 Les critères de rigueur scientifique.....	84
3.4 Le terrain de recherche et la méthode d'échantillonnage .....	87
3.5 Le recrutement .....	88
3.6 L'outil de collecte de données .....	89
3.7 Le portrait des participants.....	92
3.8 La démarche d'analyse .....	94
3.9 Les considérations éthiques .....	96
3.9.1 Le respect de la confidentialité .....	96
3.9.2 Ma démarche de réflexion envers ma posture d'étudiante-chercheuse .....	97
CHAPITRE 4 : Présentation et analyse des résultats.....	99
4.1 Les représentations des intervenants au sujet de la souffrance des personnes suicidaires .....	99
4.1.1 Les dimensions individuelles contribuant à la souffrance des personnes suicidaires .....	100
4.1.1.1 Les sentiments des personnes suicidaires .....	101
4.1.1.2 Les interprétations des personnes suicidaires de leurs expériences.....	102

4.1.1.3 Les actions posées par les personnes suicidaires .....	104
4.1.1.4 La fragilité des personnes suicidaires influence les perspectives des intervenants .....	106
4.1.2 Les dimensions collectives contribuant à la souffrance des personnes suicidaires	110
4.1.2.1 Le soutien du réseau social personnel des personnes suicidaires .....	110
4.1.2.2 Les conditions de vie des personnes suicidaires .....	112
4.1.2.3 Les repères collectifs plus larges .....	112
4.2 Les représentations des intervenants au sujet de leurs pratiques .....	113
4.2.1 La centralité de la création du lien de confiance avec les personnes suicidaires...	114
4.2.1.1 Les pratiques relatives à l'écoute active .....	114
4.2.1.2 Les pratiques relatives au respect .....	116
4.2.1.3 Les pratiques relatives à la compréhension .....	117
4.2.2 La nécessité de la gestion du risque et de l'urgence suicidaires .....	119
4.2.2.1 La suscitation de l'espoir chez les personnes suicidaires .....	119
4.2.2.2 Le maintien de l'engagement à la fois des personnes suicidaires et des intervenants envers la sécurité .....	121
4.2.2.3 L'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire pour orienter les pratiques .....	124
4.3 Les représentations des intervenants au sujet d'eux-mêmes.....	128
4.3.1 Une reconnaissance par les intervenants de l'influence de leurs subjectivités sur leurs pratiques .....	129
4.3.2 Une reconnaissance par les intervenants de leurs réactions envers la souffrance .	133
4.3.3 Les besoins de soutien exprimés par les intervenants.....	135
4.3.3.1 Le besoin de se soutenir eux-mêmes .....	135
4.3.3.2 Le besoin d'être soutenu par autrui.....	137
4.3.3.3 Un effort collectif jugé insuffisant par les intervenants.....	138
CHAPITRE 5 : Discussion .....	141
5.1 Les représentations au sujet des personnes suicidaires : entre une fragilité qui les distingue et les potentialités qu'elles présentent.....	145
5.1.1 La perspective individuelle.....	146
5.1.2 La perspective collective.....	150



5.2 Les pratiques d'intervention : entre une orientation plutôt encadrante et une orientation d'accompagnement .....	152
5.2.1 La création du lien de confiance .....	153
5.2.2 La gestion du risque et de l'urgence suicidaires .....	154
5.3 Les représentations des intervenants au sujet d'eux-mêmes : entre agents subjectifs et acteurs rationnels .....	159
5.3.1 Les conceptions du suicide : entre un choix contraignant et un choix libre .....	160
5.3.2 Les réactions des intervenants envers la souffrance : entre la rationalité et la subjectivité affective .....	161
5.3.3 Les réflexions éthiques des intervenants au croisement de la rationalité et de la subjectivité .....	162
5.3.4 Les besoins de soutien exprimés par les intervenants au croisement de la rationalité et de la subjectivité.....	163
5.3.4.1 Le soutien que les intervenants s'accordent envers eux-mêmes.....	163
5.3.4.2 Le soutien que les intervenants souhaitent recevoir de leur équipe.....	165
5.4 Les implications et les limites de ce mémoire .....	166
5.4.1 Les implications et les recommandations .....	166
5.4.2 Les limites de ma démarche.....	168
Conclusion .....	170
Bibliographie.....	174
Annexes.....	i
Annexe 1 : Synopsis verbal de prise de contact avec les membres de la direction des centres de crise .....	ii
Annexe 2 : Annonce pour le recrutement .....	iii
Annexe 3 : Document d'information aux participants.....	iv
Annexe 4 : Formulaire de consentement .....	v
Annexe 5 : Canevas d'entrevue .....	viii

## Liste des tableaux

Tableau I. Caractéristiques des participants.....	93
---	----

## Remarque et abréviations

Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Les principales abréviations utilisées dans le texte :

- AQPS : Association québécoise de prévention du suicide
- CDC-IUD : Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances
- CRISE : Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie
- INSPQ : Institut national de santé publique du Québec
- MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- RESICQ : Regroupement des services d'intervention de crise du Québec
- RRASMQ : Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
- SAM : Suicide Action Montréal

## **Remerciements**

Je tiens d'abord et avant tout à remercier profondément ma directrice de recherche pour ses enseignements, sa rétroaction et sa patience, qui ont été indispensables à la réalisation de ce projet de recherche. Mes remerciements s'étendent aussi aux membres du jury pour l'intérêt porté envers ce mémoire et pour avoir accepté de l'évaluer.

Ensuite, je remercie les membres de la direction des centres d'intervention de crise de m'avoir soutenue dans le recrutement des participants, ainsi que les intervenants avec lesquels je me suis entretenue. C'est grâce à l'intérêt et à la volonté de ceux-ci de se dévoiler que j'ai pu aborder ce sujet de recherche.

Je souhaite enfin exprimer ma sincère reconnaissance envers mes proches, en particulier mes parents, ma sœur et mon beau-frère. Votre écoute, vos conseils et vos encouragements m'ont été infiniment précieux tout au long de ce processus.

## Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime, à l'échelle internationale, qu'une personne meurt par suicide toutes les quarante secondes, ce qui correspond à environ 800 000 décès par année (OMS, 2014). En raison de ses graves conséquences, l'OMS considère le suicide comme un problème de santé publique préoccupant et, conséquemment, recommande à ses États membres de faire le maximum pour le régler (OMS, 2014).

Au Québec, le suicide constitue pour l'État un enjeu prioritaire depuis 1996 (MSSS, 2005). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Québec serait parmi l'une des trois provinces canadiennes où le taux de suicide est le plus élevé (INSPQ, 2015). Pour sa part, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) estime que, chaque jour, trois personnes décèdent par suicide et huit personnes sont hospitalisées à la suite d'un passage à l'acte suicidaire (MSSS, 2012).

De nos jours, un vaste champ d'action existe pour prévenir les comportements suicidaires. Il est orienté vers la promotion de la santé mentale et de l'autonomie des personnes, le recours à de bonnes pratiques selon des données probantes et l'amélioration des rapports de partenariat entre les établissements (MSSS, 2015). De nombreux acteurs sont impliqués dans son déploiement dont les équipes des centres de crise communautaires. Ces organismes ont pour mandat d'offrir des services gratuits et confidentiels en intervention en situation de crise, que celle-ci comporte des enjeux suicidaires ou non (RESICQ, 2015). L'intervention réalisée dans les centres de crise est envisagée comme une spécialité étant donné l'expertise que possèdent ces organismes. Celle-ci combine les connaissances et les pratiques du milieu communautaire, de l'approche alternative en santé mentale et du champ de recherche sur la crise.

Malgré l'avancement des connaissances sur le suicide, il demeure un phénomène complexe à comprendre et infiniment sensible. Il évoque en plus des représentations nombreuses et polarisées. Des chercheurs suggèrent même que les pratiques en prévention du suicide s'appuient implicitement sur les visions que les intervenants entretiennent au sujet du suicide (Gilje et Talseth, 2014; Gordon, Stevenson et Cutcliffe, 2014; Osafo, Knizek, Akotia et Hjelmeland, 2012; Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen, 2010; Carlén et Bengtsson, 2007).

Ce mémoire rend compte d'un projet de recherche de maîtrise portant sur les représentations du suicide chez des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires. Les objectifs de recherche consistent (1) à faire ressortir les principales dimensions des représentations du suicide et des pratiques auprès de personnes suicidaires chez des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires et (2) de proposer des pistes de réflexion exploratoires autant sur ces représentations que sur leurs effets sur les pratiques des intervenants.

Le devis de recherche de type qualitatif est employé puisqu'il s'attarde à la vie sociale en tant que construction par l'entremise de processus interactionnels, multidimensionnels et complexes inscrits dans un contexte sociotemporel particulier (Paillé et Mucchielli, 2013; Groulx, 1997). En plus, la souplesse et le dynamisme du processus de recherche qualitative permettent une compréhension plus riche et plus proche du milieu (Paillé et Mucchielli, 2013). La théorie des représentations sociales de Denise Jodelet est retenue pour ce mémoire en raison de la perspective globale, dynamique et complexe qu'elle offre, et du fait qu'elle permet un rapprochement entre les représentations et les pratiques.

Ce mémoire se divise en cinq chapitres :

1. Le premier comporte une recension des écrits scientifiques sur l'évolution historique de la compréhension et des réponses au suicide ainsi que sur les grandes conceptions actuelles du suicide. Ce chapitre comporte également une présentation des connaissances et des pratiques les plus répandues ainsi que moins répandues, une recension des recherches portant sur les perspectives et les réactions des intervenants face aux manifestations suicidaires, ainsi qu'une présentation globale des centres de crise communautaires.
2. Dans le deuxième chapitre, j'aborde la théorie de représentations sociales conçue d'abord par Émile Durkheim et après par Denise Jodelet.
3. Ensuite, dans le troisième chapitre, la démarche méthodologique est présentée, ce qui inclut, entre autres, les objectifs de recherche, le devis de recherche, les critères de scientificité, le terrain de recherche, le recrutement, l'outil de collecte de données et le portrait des participants.

4. Au quatrième chapitre, je présente les résultats de recherche et l'analyse que j'en ai faite.
5. Au cinquième chapitre, je rends compte de la discussion des résultats au regard de la recension des écrits scientifiques et de l'orientation théorique.

Pour terminer, je partage quelques pistes de réflexion sur le présent projet de recherche ainsi que des propositions pour des recherches futures.

# **CHAPITRE 1 : Recension des écrits scientifiques**

Le suicide est un phénomène qui existe depuis toujours, et ce, à travers le monde entier. Dans la littérature scientifique, les auteurs soulignent que les conceptions du suicide et les manières d'y répondre ont évolué à travers les époques et les sociétés. Cette évolution est entre autres liée aux changements dans les normes, les valeurs, les idéologies et les attitudes collectives (Lustman, 2008; Mishna, Antle et Regehr, 2002). Dans ce chapitre est proposée une recension critique des écrits sur la question du suicide, y compris l'évolution historique de la compréhension de ce phénomène et des réponses à y apporter.

## **1.1 Un survol de l'évolution historique de la compréhension et des réponses au suicide**

### **1.1.1 L'Antiquité**

À l'époque de l'Antiquité, chez les Grecs et les Romains, le suicide fait plus ou moins l'objet d'indulgence (Mishara et Tousignant, 2004). La position sociale occupée par la personne pouvait influencer la manière dont il est représenté et la réaction des gens. Un bon nombre de penseurs à l'époque défendent le suicide lorsque la situation porte atteinte à la dignité humaine. De la compassion est également démontrée envers la personne qui fait face à une situation de souffrance devenue intolérable, qu'elle soit de nature physique ou morale (Mishara et Tousignant, 2004).

Graduellement, des changements sociaux se produisent et l'Empire romain se montre progressivement et globalement plus restrictif envers le suicide. En particulier, la chrétienté occidentale s'y oppose catégoriquement en l'envisageant d'abord et avant comme un crime contre Dieu, puis contre la nature et la société (Mishara et Tousignant, 2004). Notons que cette position de condamnation du suicide est historiquement adoptée par toutes les grandes religions (Mishara et Tousignant, 2004).



## **1.1.2 Le Moyen-Âge et l'époque moderne**

Durant la période d'hégémonie de l'Église chrétienne en tant qu'institution sociale, des valeurs telles que l'obéissance et la recherche de salut sont véhiculées (Lustman, 2008). En alliance avec l'Église, l'État adopte alors des stratégies répressives ciblant le suicide, ce qui inclut sa criminalisation (Champagne, 1998). La conception du suicide est cependant nuancée : lorsqu'il est commis par un individu ayant la raison, il est punissable, mais il fait l'objet d'indulgence si la personne agit dans un état de folie (Champagne, 1998).

Avec l'émergence des statistiques populationnelles, il y a plus de 200 ans, les données entourant les décès deviennent un outil incontournable dans la gestion de la santé des populations et dans l'accroissement du pouvoir politique (Tait, Carpenter, De Leo et Tatz, 2015). Le suicide ayant un effet dépréciatif dans une conception axée sur la santé de la population, il devient une préoccupation à la fin du 19<sup>e</sup> siècle (Tait, Carpenter, De Leo et Tatz, 2015). Plusieurs chercheurs s'y intéressent, dont le sociologue français Émile Durkheim qui publie, en 1897, *Le suicide*, son ouvrage devenu un classique. Brièvement, Durkheim associe le suicide à l'effritement du lien social et des idéaux collectifs.

## **1.1.3 L'époque contemporaine**

### **1.1.3.1 De l'intolérance à un certain assouplissement envers le suicide**

L'émergence de la période contemporaine s'accompagne d'importants changements collectifs, notamment avec le déclin du pouvoir de l'Église chrétienne au profit de la médecine et la montée de l'individualisme (Roy, 2013; Champagne, 1998). À travers les pays occidentaux, les statistiques révèlent une hausse du taux de suicide. Selon Gagné et Dupont (2007), ce phénomène « varie en intensité et en rapidité, apparemment selon la manière dont le choc des “modernisations” portées d'abord par les Trente glorieuses s'est articulé à l'histoire nationale » (p. 50). Ces chercheurs pensent que c'est l'encadrement normatif de la vie sociale par l'Église chrétienne qui explique « l'exceptionnelle protection dont ont joui les Canadiens français face au suicide jusqu'au tournant des années soixante » (Gagné et Dupont, 2007, p. 59).

Les personnes suicidaires font toujours l'objet de mesures coercitives au Québec pendant l'époque contemporaine. Par exemple, elles sont enfermées dans des institutions psychiatriques

contre leur gré, et ce, parfois à vie (Champagne, 1998). Durant les années 1960, des changements dans les réponses au suicide et à la folie émergent avec la Révolution tranquille québécoise et la montée des remises en question des pratiques coercitives employées dans le champ psychiatrique (Lavoie et Panet-Raymond, 2011; Champagne, 1998). Les concepts de maladie et de trouble en santé mentale apparaissent « avec le DSM-II en 1968, car le DSM-I d'avant parlait de réactions à des stressors » (Borgeat et Dongier, 2015, p. 166). Progressivement, le concept de trouble pour exprimer la souffrance psychique vient remplacer celui de maladie.

[Il en] émerge un déplacement sémantique significatif qui fait glisser le malaise du côté du handicap ou du déficit en regard d'une norme de socialisation. Il s'agit dès lors moins de « guérir » un malade, au sens médical du terme qui consiste à supprimer un symptôme au point d'en arrêter le traitement, que d'accompagner un usager à mieux vivre avec le handicap que produit une souffrance psychique chronique. L'accompagnement devient un nouvel impératif qui répond à des souffrances ou troubles psychiques multiples dont il est moins important d'interroger le nœud que de mesurer et contrôler l'impact sur la vie quotidienne. (Cartuyvels, 2015, p. 20)

Or, le champ de la « psychothérapie [devient] une activité partagée avec plusieurs professions, dont les psychologues et les travailleurs sociaux », pour ainsi cesser de se limiter aux psychanalystes (Borgeat et Dongier, 2015, p. 167).

### **1.1.3.2 Le suicide en tant qu'enjeu de santé**

Durant les années 1950, la suicidologie émerge aux États-Unis. Il s'agit d'un champ d'étude s'appuyant sur les domaines de la psychiatrie et de la psychologie behavioriste ainsi que sur une vision technocratique de l'organisation des services sociaux. La suicidologie s'intègre éventuellement à la médecine préventive et à l'épidémiologie. À l'époque, ces dernières sont largement exploitées en santé publique alors que des changements dans la vision de la santé s'opèrent sur le territoire américain (Aujard, 2007; Gagné et Dupont, 2007). Les recherches cliniques en psychiatrie et en suicidologie prennent leur essor, et des programmes de prévention du suicide sont créés (Corriveau, Perreault, Cauchie et Lyonnais, 2016). Parmi ceux-ci, mentionnons les centres de prévention du suicide, dont le premier est implanté en 1958 à Los Angeles en Californie (Aujard, 2007; Gagné et Dupont, 2007).

La suicidologie se déploie au Canada, à partir des années 1960, et au Québec, à partir des années 1970. Ce développement contribue à la redéfinition de la conception de la santé et à la réorganisation des services sociosanitaires en contexte québécois (Aujard, 2007; Gagné et Dupont, 2007). Les recherches en matière de prévention du suicide prennent de l'ampleur durant les années 1970, particulièrement en médecine (Gagné et Dupont, 2007). L'accroissement du pouvoir, de la crédibilité et du prestige de la médecine est particulièrement favorisé par le développement de traitements pharmacologiques. Des auteurs parlent alors de « véritable révolution thérapeutique » (Collin et Suissa, 2007, p. 26). L'ensemble des structures médicales véhicule un discours centré sur le danger social et sur le risque pathologique des phénomènes et des comportements dérogeant des normes sociales (Otero, 2012; Collin et Suissa, 2007). L'État ainsi que d'autres institutions en position de pouvoir en viennent à adhérer à ce discours, contribuant ainsi à son élan.

En même temps, des mouvements sociaux réclamant des « changements plus structurels aux rapports sociaux inégalitaires » montent en force (Collin et Suissa, 2007, p. 26). Parmi ces mouvements, notons ceux qui sont portés par les personnes endeuillées par le suicide. Celles-ci dénoncent les conséquences souffrantes de surcroît amplifiées par la réprobation sociale entourant le suicide (Champagne, 1998). En parallèle, des chercheurs en sciences sociales mettent en lumière ce qu'ils appellent la médicalisation. Ce terme réfère à des processus « par lesquels des comportements ou des phénomènes posant problème pour les individus ou la société sont définis ou redéfinis en termes médicaux, se voient attribuer des causes médicales, ou sont pris en charge selon des procédures ou des moyens médicaux » (Cohen, 2001, p. 219).

En 1972, la notion de suicide est retirée du Code criminel canadien. Sous l'influence d'acteurs autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'appareil étatique qui insistent sur l'ampleur statistique du phénomène, le suicide devient progressivement un enjeu de santé publique (Gagné et Dupont, 2007). Le modèle américain des centres de prévention du suicide est reproduit au Québec avec la création du premier organisme en 1978 à la ville de Québec (Centre de prévention du suicide de Québec, s. d.). Plus tard, en 1986, c'est l'Association québécoise de suicidologie, connue aujourd'hui sous le nom de l'Association québécoise de prévention du suicide, qui voit le jour (AQPS, 2013; CRISE, 2006).

### **1.1.3.3 Le suicide en tant qu'enjeu de santé prioritaire**

Durant les années 1980 et 1990, une augmentation des taux de suicide s'observe au Québec. Un nombre grandissant de militants et d'organismes réclament des campagnes de sensibilisation de la part du gouvernement québécois (Gagné et Dupont, 2007). Dans sa Politique de la santé et du bien-être de 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) reconnaît le suicide comme problématique en évoquant ses taux élevés et ses impacts significatifs (Haut Conseil de la santé publique, 1993). En 1996, le suicide devient une priorité de santé publique au Québec (MSSS, 2005). L'année suivante sera fondé un important centre de recherche qui porte aujourd'hui le nom de Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE, 2006). En 1998, la Stratégie québécoise d'action face au suicide voit le jour (MSSS, 1998).

Dans le document étayant cette stratégie sont présentées des définitions des comportements suicidaires, des données probantes sur la prévalence de ceux-ci et une énumération de facteurs de risque. À partir de ces informations, des groupes de personnes présentant un risque suicidaire sont identifiés afin de mieux cibler les interventions. Cette formule est subséquemment reprise dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 ainsi que dans le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (MSSS, 2015; MSSS, 2005). Dans ces deux documents, le suicide est, en plus, étroitement associé à la santé mentale.

Pour conclure, les manières de concevoir le phénomène complexe du suicide et les façons d'y répondre ont grandement évolué au cours des siècles. Anciennement représenté comme un phénomène social et politique plus ou moins tolérable, il devient, par la suite, intolérable en faisant l'objet d'importantes mesures répressives morales et légales. Il est, plus tard, envisagé comme une maladie individuelle, ce qui entraîne des mesures de contrôle et de coercition semblables à celles qui existent pour la maladie mentale. Progressivement, cette dernière conception devient plus nuancée avec un retour de la prise en compte de dimensions sociales. J'aborde, dans la prochaine section, les grandes conceptions actuelles du suicide.

## **1.2 Les grandes conceptions actuelles du suicide**

Les conceptions du suicide demeurent de nos jours variables selon les acteurs et les contextes. Quoiqu'il semble exister un consensus sur les « bonnes » connaissances et les « bonnes » pratiques, il en existe en fait bien d'autres. Il semble que deux grandes conceptions émergent au sujet du suicide. D'une part, dans la conception la plus véhiculée, un lien étroit est établi entre le suicide et un trouble individuel occasionnant de la souffrance.

Dans une conception alternative moins répandue, le suicide et la souffrance sont envisagés au regard d'un contexte social. Un exemple classique s'inscrivant dans cette conception est l'ouvrage de Durkheim intitulé *Le suicide* (1897). Ce sociologue aborde le suicide dans une perspective d'effritement du lien social et d'idéaux collectifs. Je la présente plus en détail dans le chapitre présentant les perspectives théoriques de ce mémoire.

Comme le souligne Lustman (2008), si une conception prévaut sur une autre, c'est davantage lié à l'évolution de la société, en particulier dans ses normes et dans ses valeurs, qu'à la démonstration de la prééminence de l'une sur les autres. Les deux grandes conceptions actuelles du suicide étant évidemment hétérogènes puisqu'elles sont abordées dans divers domaines de recherche, la présentation que j'en fais est large et sommaire. De plus, je m'appuie en partie sur des écrits portant sur les problèmes sociaux au sens large.

### **1.2.1 La conception dominante : le suicide est plutôt lié à une vulnérabilité individuelle**

De manière générale, la conception la plus répandue du suicide se situe plutôt dans une perspective biomédicale (Rothés et Henriques, 2017). Dans la conception dominante telle que conçue dans ce mémoire, le suicide est étroitement lié à un état de vulnérabilité attribuable à une détresse intense ou à un trouble de santé mentale (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012; Lamarre, 2014). La détresse des personnes suicidaires, quant à elle, est associée à « un cumul des problèmes personnels, familiaux, psychologiques, psychiatriques et sociaux » dont une partie peut remonter à l'enfance (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, p. 17). L'ampleur de la vulnérabilité et de la détresse modifie les capacités rationnelles des personnes dans l'interprétation des situations qu'elles vivent, ce qui éluciderait l'émergence des idéations

suicidaires (Séguin, 2012; Lafleur et Séguin, 2008; Mishara et Tousignant, 2004). Par ailleurs, selon les acteurs véhiculant la conception dominante du suicide, l'association des comportements suicidaires à un trouble « diminue la stigmatisation sociale des individus qui les manifestent et qu'elle encourage ces individus à se faire traiter » (Cohen, 2001, p. 228).

L'intervention individuelle face au suicide s'appuie sur de « bonnes pratiques » issues de données de recherche probantes (MSSS, 2010, p. 6). Elle est orientée vers la détection et l'estimation de la dangerosité suicidaire à partir de facteurs de risque et de protection, et la protection des personnes en attendant un traitement approprié (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012; Lamarre, 2014). Or, l'identification des facteurs de risque s'inscrit dans une « démarche consensuelle, des définitions et des classifications en principe neutres et objectives » (Cartuyvels, 2015, p. 29). Même si elle est uniformisée, l'intervention individuelle en prévention du suicide est adaptée aux personnes ainsi qu'à leurs situations changeantes et diversifiées (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012).

L'autonomie et le jugement des personnes suicidaires peuvent être relégués au second plan par rapport au jugement plus éclairé et plus adéquat d'un professionnel, en particulier lorsque le risque suicidaire est estimé comme étant élevé (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012; Lamarre, 2014). Lorsqu'un passage à l'acte suicidaire survient, « l'intervention médicale est systématique » (Lustman, 2008, p. 19). Il est reconnu que « malgré tous les efforts de prévention du décès par suicide, les personnes qui sont déterminées à mettre fin à leurs jours sont presque toujours capables de mettre leur projet à exécution » (Mishara et Tousignant, 2004, 135). Dans tous les cas, l'intervention « semble davantage centrée sur le suicide comme problème à résoudre » ainsi que sur l'encadrement des personnes (Lustman, 2008, p. 19).

En somme, le suicide est considéré comme un problème plutôt individuel, car la source se situe principalement chez l'individu. Les pratiques prônées dépendent de connaissances uniformisées en plus d'être orientées vers l'encadrement par des professionnels. Je propose d'enchaîner en présentant une conception alternative du suicide par rapport à celle qui prédomine.

## **1.2.2 Une conception alternative : le suicide est plutôt lié à un contexte social**

La présente conception peut prendre une forme assez critique par rapport à la conception dominante (Groulx, 1997). Au Québec, elle est, entre autres, portée par des organismes et des acteurs travaillant dans le champ de la santé mentale, dont le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ). Or, il n'existe pas de regroupement québécois défendant une vision alternative du suicide. Quant aux écrits scientifiques, il semble que peu de chercheurs adoptent une vision dans laquelle le suicide est surtout relié à un contexte social (par exemple, Kopp-Bigault, Walter et Thevenot (2016)<sup>1</sup> mettent en évidence que, bien que le suicide soit globalement associé à la souffrance et au désespoir, des différences existent dans les représentations sociales selon les régions géographiques. Selon les chercheurs, ces différences sont liées à des dimensions sociohistoriques<sup>2</sup> propres à chacune des régions étudiées).

Bref, la proportion moindre d'écrits scientifiques adoptant une perspective alternative à la conception la plus répandue révèle, à mon sens, l'ampleur de la cristallisation de cette dernière au Québec comme ailleurs. Donc, plusieurs références que je cite dans la prochaine section portent sur la santé mentale. Je propose d'explorer certaines dimensions d'une conception alternative du suicide par rapport à celle qui prédomine. D'une part, je rends compte des critiques émises envers la conception dominante et, d'autre part, je présente des pistes de réflexion et d'action proposées par les acteurs faisant valoir une conception alternative.

### **1.2.2.1 Une analyse critique de la conception dominante**

La conception dominante ciblerait en fait les phénomènes qui dérangent ou qui suscitent des malaises par rapport aux cadres normatifs (Otero, 2012). Dans une optique de préservation

---

<sup>1</sup> Le concept de représentation sociale est utilisé par les chercheurs pour comparer deux régions en France. Alors que le taux de suicide est bas dans l'une de ces régions, il est élevé dans l'autre. La collecte de données s'est effectuée par l'entremise d'un questionnaire d'association libre sur une plateforme numérique. En tout, sept cent quatre-vingt-six personnes d'âge adulte ont participé.

<sup>2</sup> D'autres dimensions mentionnées brièvement par les chercheurs sont d'ordre politique, économique, culturel, géographique, d'accessibilité aux services et de densité populationnelle.

des normes sociales, les phénomènes qui en dérogent sont limités à un trouble individuel objectivé en comportements observables et mesurables, et qui nécessitent un encadrement professionnel (Cartuyvels, 2015; St-Amand, 2011; Collin et Suissa, 2007). Spécifiquement, l'association étroite du suicide à un trouble de santé mentale contribue à la déconsidération des dimensions subjectives et interprétatives : « c'est une "erreur" de croire que la mort soit une issue et c'est presque toujours la "maladie" qui mène à cette erreur » (Gagné et Dupont, 2007, p. 41).

Dans la conception dominante du suicide, l'intervention comporte largement des pratiques d'individualisation et de responsabilisation individuelle (St-Amand, 2011; Roy, 2013; Collin et Suissa, 2007). À titre illustratif, le MSSS (2005) précise que les personnes bénéficiant de services sociaux ont la responsabilité de s'engager envers les démarches. Selon Cartuyvels (2015) et Collin et Suissa (2007), le principe de responsabilisation est emprunté de l'approche néolibérale. Concernant l'individualisation, selon René (2009), l'État québécois la fait valoir en instaurant des rapports plus hiérarchiques et autoritaires dans les ententes de collaboration entre les établissements publics et les organismes communautaires. Conséquemment, d'autres formes de rapports sont écartées (René, 2009). Avec l'individualisation, « rares sont en fait les pratiques qui incorporent les réseaux familiaux et sociaux dans le processus d'intervention » (Collin et Suissa, 2007, p. 31). Pourtant, Gordon, Stevenson et Cutcliffe (2014)<sup>3</sup> mentionnent qu'une orientation principalement individuelle des pratiques d'intervention peut accentuer des perceptions péjoratives chez des personnes suicidaires (par exemple, elles peuvent interpréter qu'elles sont un fardeau pour autrui).

Dans les pratiques d'intervention, le savoir expert et professionnel est présenté comme légitime et fiable tandis que le savoir expérientiel a tendance à être discrédité ou encore exclu (Le Bossé, 2016; Cartuyvels, 2015; Roy, 2013; St-Amand, 2011). Groulx (1997) décrit un « mécanisme de réinterprétation rétrospective, souvent actif dans l'évaluation des clientèles où les événements de vie de l'individu sont décontextualisés pour être reconceptualisés dans le

---

<sup>3</sup> Gordon, Stevenson et Cutcliffe (2014) ont mené une recherche auprès d'hommes suicidaires ayant eu recours à des services en santé mentale. Des entretiens en face à face ont été menés et la théorisation ancrée a été employée comme méthode d'analyse.



cadre d'interprétation institutionnel ou professionnel » (p. 87). La tendance de ce mécanisme de réinterprétation est de « surestimer ce qui est perçu comme des déficits individuels et de sous-estimer les compétences » des personnes visées (Le Bossé, 2016, p. 37). Alors, la relation d'aide est unidirectionnelle dans la mesure que seul l'intervenant est en position d'offrir du soutien. Par ailleurs, l'autorité conférée au rôle d'intervenant fait en sorte que le pouvoir décisionnel quant au soutien qui est offert lui appartient. Alors, la personne aidée, parfois même placée en position de victime, n'est qu'en position de recevoir le soutien (Lustman, 2008; Gagnon, 2006). De plus, la relation d'aide est directive et orientée vers une prise en charge dans l'optique de « nous savons ce qui sera bon pour toi, mais pas toi et surtout sans toi » (Gagnon, 2006, p. 135). À ce sujet, les personnes défendant une conception alternative à la conception dominante dénoncent le risque de porter atteinte à la dignité de la personne aidée en ignorant leurs savoirs et leurs compétences, et en déniaient leurs potentiels de changement et d'autonomie (Le Bossé, 2016; Le Bossé et Dufort, 2001).

En outre, la personne aidée est culpabilisée, réprimandée, ou bien considérée comme un échec (Lustman, 2008; Gagnon, 2006). Cette conception vient renforcer une stigmatisation sociale, d'autant plus lorsque des étiquettes dénigrantes émergent et s'immiscent dans les discours des intervenants : « les termes tels que “cas”, “patients”, “malades”, “clients”, [...] des expressions telles : “c'est un cas intéressant”, “ce client est difficile”, “cette patiente me draine beaucoup” [et] “désengagée”, “négligente”, “résistante”, “difficilement approchable”, “non consentante” » (St-Amand, 2011, p. 109). Ces étiquettes s'inscrivent également dans le prolongement de l'objectivation des phénomènes entraînant « le danger de percevoir l'autre comme objet à transformer » (Gagnon (2007, p. 18). Non seulement cette situation est préoccupante sur le plan éthique selon Gagnon (2007), mais St-Amand (2011) souligne la perpétuité de telles étiquettes.

Lorsque les résultats découlant des interventions diffèrent des attentes organisationnelles, les intervenants ont tendance à s'en distancier et à se déresponsabiliser, selon Gagnon (2006). En justifiant l'emploi de techniques valables puisqu'elles ont été apprises dans des formations, les intervenants jettent la responsabilité sur les personnes aidées : « J'ai fait tout ce que j'ai pu pour la personne que j'accompagne. Si ça ne marche pas, c'est parce qu'il manque de volonté, parce que c'est son problème, parce qu'il est irrécupérable, parce qu'il ne collabore

pas, parce qu'il est perturbé, parce qu'il est malade, etc. » (Gaignon, 2006, p. 167-168). La distance et la vigilance sont prescrites aux intervenants pour préserver l'idéal de compétence et de crédibilité associé à un statut d'autorité, selon Gaignon (2006). Pour les acteurs défendant une conception alternative à la conception dominante, il s'agit d'une double victimisation où « les personnes concernées doivent faire face à une forme plus ou moins ouverte d'hostilité de la part des professionnels chargés de les aider en plus d'être aux prises avec les difficultés propres à leur situation » (Le Bossé et Dufort, 2001, p. 79).

Pour revenir à la question de la responsabilisation des personnes aidées, Otero (2012) rappelle qu'elle requiert, entre autres, un soutien social fiable. Cependant, le sociologue souligne que le contexte actuel se forme de « dynamiques “environnementales” instables comme jamais auparavant » (p. 13) alors qu'il y a un « désinvestissement dans les politiques plus ou moins directes de lutte à la pauvreté [qui] se voit contrebalancé par une intensification du codage et des interventions psychologiques et biomédicales » (p. 11). Conséquemment, les inégalités sociales et de santé sont à la hausse de même que les préjugés et la stigmatisation sociale (Roy, 2013; Otero, 2012). Or, dans leur étude en contexte québécois, Burrows, Auger, Roy et Alix (2010) associent les taux plus élevés de suicide aux secteurs les plus défavorisés sur le plan socioéconomique, et ces taux persistent et même augmentent avec le temps.

Gordon, Stevenson et Cutcliffe (2014), pour leur part, mettent en évidence que les personnes suicidaires se rendent compte des pratiques d'intervention dévalorisantes et invalidantes envers leurs expériences. Elles remarquent aussi les mesures de contrôle, de coercition et de stigmatisation traversant les pratiques des intervenants, par exemple, en les excluant des décisions concernant leur traitement. Conséquemment, les personnes suicidaires ont l'impression que l'on travaille sur elles plutôt qu'avec elles en s'attardant à leurs comportements suicidaires à la place d'elles comme des personnes à part entière (Gordon, Stevenson et Cutcliffe, 2014).

Dans une optique complémentaire, en représentant les personnes suicidaires comme vulnérables et en concevant le suicide comme largement évitable, Mishna, Antle et Regehr (2002) soulignent d'abord que la prévention du suicide se révèle en quelque sorte comme une priorité par obligation morale. En plus, Mishna, Antle et Regehr (2002) expliquent qu'en concevant le suicide comme largement évitable en ayant recours à des pratiques d'intervention

dites appropriées, les intervenants se trouvent dans une position difficile, soit de devoir tout mettre en œuvre pour empêcher les personnes de se suicider. Ensuite, Mishna, Antle et Regehr (2002) se préoccupent de la conception que les habiletés rationnelles des personnes suicidaires soient affectées par leur souffrance. Selon ces auteurs, une telle conception nuit au droit à l'exercice du libre-choix des personnes suicidaires et pourrait entraîner la prise de décisions inadéquates de la part d'autrui. Enfin, il existe la possibilité que les professionnels posent un jugement moral différentiel sur la souffrance des personnes, selon Mishna, Antle et Regehr (2002). À titre d'exemple, les auteurs évoquent la situation d'une personne suicidaire souffrant d'une maladie dégénérative dont les effets sont plus visibles comparativement à la situation d'une personne suicidaire dont la souffrance émotionnelle ne peut pas être allégée par un traitement et dont les effets sont moins visibles. Les critiques de la conception dominante étant présentées, la prochaine partie porte sur les fondements d'une conception alternative.

### **1.2.2.2 Les principales dimensions d'une conception alternative**

Une vision globale, complexe et dynamique est promue dans une conception alternative à la conception dominante. Dans un premier temps, la compréhension d'un phénomène est élargie pour tenir compte non seulement des dimensions individuelles, mais également des dimensions symboliques et collectives (par exemple, sociales, politiques, économiques, structurelles, locales et historiques) (Cartuyvels, 2015; Roy, 2013; St-Amand, 2011).

Dans un deuxième temps, le regard est élargi pour situer au premier rang les personnes en tant qu'agents subjectifs et singuliers. Dans cette optique, elles sont considérées dans leur ensemble plutôt que de se limiter à des catégories univoques, réductrices et dénigrantes pouvant entraîner des préjugés sociaux et une stigmatisation sociale (Cartuyvels, 2015; St-Amand, 2011). Or, un regard et une pratique orientés vers l'unicité nécessitent que les intervenants fassent preuve d'une attitude « *flexible, patient and tolerant* » tout en adoptant un rôle de soutien (Gordon, Stevenson et Cutcliffe, 2014, p. 47).

Les individus, les groupes sociaux et les collectivités sont perçus comme possédant une expertise en raison de leurs savoirs expérientiels et des significations qu'ils attribuent à leurs vécus subjectifs (St-Amand, 2011; Roy, 2013; Otero, 2012; Collin et Suissa, 2007). La facilitation et la valorisation de l'expression de cette expertise, de même que la participation

collective, sont mises en œuvre. Ainsi, les potentiels d'autonomie et de liberté prennent de l'ampleur et un changement social devient possible (Cartuyvels, 2015; St-Amand, 2011). Ce changement social permettrait un passage d'une conception univoque de la réalité absolue à des conceptions plurielles, complexes et fluides d'une réalité relative (St-Amand, 2011).

Dans la pratique, les intervenants ont à prendre à considération et à valoriser les savoirs expérientiels singuliers des personnes dans un rapport collaboratif. De cette façon, les personnes se sentent soutenues dans leur autonomie. À ce sujet, des données de recherche mettent en évidence le besoin chez les personnes suicidaires d'être soutenues pour développer leur autonomie et leur sentiment de maîtrise sur leurs vies. Par exemple, dans l'étude de Gordon, Stevenson et Cutcliffe (2014), les personnes suicidaires interprètent un rapport d'intervention collaboratif lorsqu'elles sont impliquées dans les décisions concernant leur traitement et l'orientation à adopter face à la vie. Selon ces chercheurs, un tel rapport valorise les personnes suicidaires et augmente leur sentiment de maîtrise envers la vie, ce qui favorise leur rétablissement. Un autre exemple est l'étude de Brand, Gibson et Benson (2015)<sup>4</sup>. À partir de leurs résultats, ces chercheuses proposent que le plan suicidaire puisse représenter une stratégie permettant aux personnes suicidaires de mieux composer avec leur détresse. Plus précisément, il peut accroître le sentiment de maîtrise et d'autonomie des personnes suicidaires en leur donnant l'impression qu'elles peuvent mettre fin à leur souffrance si elle devient intolérable et qu'elles peuvent choisir de continuer de vivre ou non. Brand, Gibson et Benson (2015) pensent que la conception du plan suicidaire uniquement comme facteur de risque est simpliste au regard du sens plus complexe qu'il peut prendre pour les personnes. Selon les chercheuses, autant le plan suicidaire peut entraîner de graves conséquences, autant il peut avoir des effets bénéfiques sur les vécus des personnes marqués de détresse et possiblement favoriser leur implication dans un processus d'intervention. D'où l'importance, selon Brand, Gibson et Benson (2015), d'explorer avec les personnes des stratégies alternatives au plan suicidaire pouvant tout autant alimenter leur impression de maîtrise sur leurs vécus.

---

<sup>4</sup> Brand, Gibson et Benson (2015) ont, dans un premier temps, recueilli des informations auprès de personnes suicidaires à partir d'un questionnaire en ligne. Dans un deuxième temps, elles ont réalisé des entrevues semi-dirigées dont les questions ont été formées à partir des informations jusqu'alors obtenues afin de les approfondir.

Encore au sujet des pratiques, les intervenants ont à réfléchir et à se sensibiliser au sujet des enjeux de pouvoir des structures économiques, politiques et sociales, et des pressions qu'elles exercent sur les personnes pour qu'elles s'y conforment (St-Amand, 2011). Ils ont également besoin de réfléchir et de prendre conscience de leurs limites et des préjugés qu'ils véhiculent (Gordon, Stevenson et Cutcliffe, 2014; St-Amand, 2011). Les intervenants peuvent notamment puiser de manière créative dans leurs expériences subjectives pour orienter leurs pratiques. Par exemple, Fondaire et Larose (2007b) suggèrent que les intervenants peuvent s'appuyer sur leur intuition, qui réfère à une forme de connaissance expérientielle émergeant dans l'immédiateté, ou encore avoir recours à l'humour.

En ce qui a trait aux discours des intervenants, l'usage d'appellations qui reconnaissent et respectent la subjectivité et l'autonomie des personnes est proposé par les acteurs véhiculant une conception alternative à celle qui est prédominante. Par exemple, les appellations de survivant, de participant et d'acteur peuvent être employées afin de situer les personnes et leurs expériences dans un contexte social. En outre, les appellations de membre, de personne, de citoyen, de coopérant et d'expert d'expérience peuvent être utilisées pour se référer aux personnes vivant ou ayant vécu une situation difficile (St-Amand, 2011).

D'autres pistes d'action alternatives sont orientées vers la prise en compte de la dimension du sens. Elles peuvent, par exemple, s'inspirer de principes de spiritualité comme le pardon, la réconciliation, la transcendance et la compassion pour « se débarrasser des sentiments de peine, d'impuissance [et] de vengeance pour faire place à l'espoir, basé sur le présent et sur notre potentiel » (St-Amand, 2011, p. 208) Les pratiques d'intervention axées sur le silence autant dans les entretiens que dans l'écriture constituent d'autres pistes pour que la personne puisse se centrer sur son monde intérieur, s'exprimer et entamer un processus de guérison (St-Amand, 2011).

Pour conclure sur les grandes conceptions actuelles du suicide, disons qu'elles sont effectivement nombreuses, contrairement à ce qui semble prédominer dans les discours professionnels et institutionnels. Comme ce qui ressort au début de cette section, le fait que l'une se soit élevée à une position prédominante dans la collectivité par rapport à une autre est bien plus complexe que la simple explication que l'une soit meilleure que l'autre. Il s'agit surtout du résultat de l'implication de multiples acteurs défendant des normes ou des valeurs particulières

et détenant des positions d'influence divergentes au sein de la collectivité. La prochaine partie comporte une recension de recherches sur les perspectives des intervenants quant au suicide.

### **1.3 Les recherches sur les perspectives des intervenants face au suicide**

La proposition voulant que les attitudes et les opinions des intervenants sur le suicide puissent influencer les pratiques apparaît à la fin des années 1950 (Shneidman et Farberow, 1957 cité dans Champagne, 2001; Lester et Lester, 1971 cités dans Champagne, 2001). Plus précisément, les attitudes et les perspectives des intervenants envers le suicide influencent l'acquisition de connaissances et de compétences professionnelles en prévention du suicide (Rothes et Henriques, 2017). Une hausse des recherches portant sur ces dimensions s'observe à partir des années 1980 dans une optique d'amélioration des pratiques et des formations (Kopp-Bigault, Walter et Thevenot, 2016). La plupart des participants à ces recherches sont des psychiatres, des infirmiers et des médecins généralistes.

L'intérêt des chercheurs pour les perspectives des intervenants continue d'augmenter, notamment en lien avec l'augmentation des recherches sur les perspectives des personnes suicidaires. Celles-ci s'expriment, entre autres, au sujet des pratiques d'intervention nuisant à leur rétablissement, comme dans l'étude de Gordon, Stevenson et Cutcliffe (2014). Cependant, des chercheurs comme Carlén et Bengtsson (2007) pensent que les connaissances sur les perspectives des intervenants et sur les liens avec leurs pratiques nécessitent d'être approfondies. Selon Jones, Krishna, Rajendra et Keenan (2015), cette limite s'explique par un manque de recherches qualitatives permettant de mieux interpréter les résultats de recherches quantitatives. Or, il convient de souligner que les participants du domaine du travail social ou encore de l'intervention sociale sont sous-représentés dans de telles recherches. Pourtant, comme le soulignent Kodaka, Inagaki, Poštuvan et Yamada (2012) et d'autres, il s'agit d'un groupe de professionnels œuvrant largement avec des personnes suicidaires.

Les chercheurs ont tendance à mettre en évidence deux ensembles de perspectives divergentes chez les intervenants<sup>5</sup> : alors que la première est surtout axée sur la catégorisation des comportements suicidaires, la seconde est plutôt axée sur la souffrance des personnes suicidaires. Des résultats de recherches qualitatives plus récentes offrent un éclairage supplémentaire à la fois sur des dimensions subjectives des perspectives d'intervenants face au suicide, et sur les effets qu'elles peuvent avoir sur les pratiques d'intervention.

### **1.3.1 Les perspectives orientées vers la catégorisation**

Dans la première perspective qui tend à émerger de recherches portant sur les perspectives d'intervenants, le suicide est surtout compris à partir d'une logique de catégorisation des comportements suicidaires. Les perspectives axées sur la catégorisation peuvent effectivement être utiles pour orienter les pratiques. En même temps, elles peuvent mener à un glissement où à la fois les manifestations suicidaires et les personnes suicidaires elles-mêmes sont envisagées en tant qu'objets et sont catégorisées. Conséquemment, les intervenants adoptent une position de distance envers les expériences subjectives des personnes suicidaires en ignorant les sentiments et les interprétations de celles-ci pour au lieu s'appuyer sur des catégories systématiques et logiques (Carlén et Bengtsson, 2007). De plus, ils emploient des étiquettes péjoratives, simplificatrices et stigmatisées qui sont accolées aux identités individuelles ou à des groupes de personnes suicidaires, ou encore des mesures de contrainte (Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen, 2010; Carlén et Bengtsson, 2007).

---

<sup>5</sup> Rothes et Henriques (2017), pour leur part, mettent en évidence cinq perspectives chez des professionnels de la santé. La méthode de collecte de données employée dans cette recherche est un questionnaire autoadministré comportant des questions fermées. Pour ce qui est de l'analyse, diverses méthodes statistiques ont été utilisées. Les cinq perspectives mises en évidence par les chercheuses sont axées sur la souffrance psychologique, sur les troubles psychopathologiques, sur les facteurs affectifs et cognitifs, sur les expériences d'adversité et sur des facteurs sociocommunicationnels. Les deux premières perspectives sont celles qui émergent de manière prépondérante. De plus, Rothes et Henriques (2017) remarquent que le groupe professionnel (psychiatre, médecin généraliste et psychologue) a une incidence sur la perspective que les participants entretiennent alors que l'expérience d'avoir perdu un patient par suicide n'en a pas.

Par exemple, à partir de données recueillies lors d'entretiens qualitatifs semi-dirigés avec des infirmiers psychiatriques, Carlén et Bengtsson (2007) mettent en évidence une perspective plutôt technique orientée vers un but pratique par un étiquetage des comportements considérés objectifs. Les participants de leur étude s'expriment d'abord en référence à des catégories de patients à risque comme ceux « *with such conditions as "long-term mental illnesses" [and] with the condition "personality disorders" [...] especially since these types of patients were more driven by their "impulses"* » (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 260). Ensuite, les participants décrivent que des personnes suicidaires « dissimulent » et « camouflent » leurs pensées et leurs sentiments, ce qui rend obstacle à l'estimation du risque (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 260, traduction libre). Puis, les étiquettes « patients en rechute » et « chroniquement suicidaires » sont employées par les intervenants (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 261, traduction libre). Enfin, les participants caractérisent des personnes suicidaires comme « déterminées » à se suicider (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 261, traduction libre). Cette étiquette les amène à mettre en doute l'influence de leurs pratiques d'intervention sur la décision des personnes face au suicide : « *don't think that we can save everybody, we will never be able to do this, because, even if they have suicidal thoughts this doesn't mean that they are ill, so we can't cure them in any way, they have made their minds up, that's it.* » (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 261)

Quant à Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen (2010), ils ont mené une recherche qualitative de type ethnographique auprès d'infirmiers en psychiatrie. Les méthodes de recherche employées sont l'observation participante et l'entretien semi-dirigé. Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen (2010) constatent que les participants représentent les personnes posant plusieurs gestes suicidaires comme étant des personnes démotivées face au changement, qu'elles veulent créer du trouble, qu'elles veulent s'obstiner, qu'elles ne songent pas sérieusement au suicide ou qu'elles utilisent le suicide à titre de menace. À partir d'une telle perspective, les intervenants adoptent une position de fermeture avec les personnes suicidaires. Ils en viennent aussi, dans leurs pratiques, à employer des mesures de contrainte et des étiquettes dévalorisantes et favorables à la stigmatisation sociale, dont la suivante : « *PD – personality disorder – was originally a psychiatric diagnosis, but in our study the participants used to describe patients who were uncooperative, aggressive, liked to manipulate staff, or made the staff feel that their expertise was challenged* » (Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen 2010, p. 1399).



### 1.3.2 Les perspectives orientées vers la souffrance

Dans cette seconde perspective, les intervenants se représentent les personnes suicidaires à partir de leur souffrance. Cela se traduit généralement en pratiques axées sur l'empathie, la compréhension et la création d'un lien d'intervention de confiance. Par exemple, dans la recherche de Carlén et Bengtsson (2007), les infirmiers psychiatriques situent la souffrance des personnes suicidaires au premier plan. De plus, ils les représentent en tant que « *subjective human beings with their own unique experiences* » ayant besoin d'interventions adaptées à leurs expériences subjectives singulières (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 263). Cette perspective se transpose en pratiques orientées vers la compréhension, selon trois dimensions de complexité (Carlén et Bengtsson, 2007). D'abord, le sentiment de désespoir est conçu comme le résultat de l'interprétation chez les personnes suicidaires que leur situation est inchangeable. Ainsi, leur recherche de solutions à leurs problèmes est freinée. Même lorsque des moments d'espoir surviennent, ils sont « *very fragile and only temporarily sustained* » (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 261). Puis, les participants remarquent une impression de manque de sens envers la vie ou de raisons de vivre chez les personnes suicidaires. Par exemple, celles-ci peuvent penser que personne ne tient à elles ou que leur suicide apporterait un « soulagement » à leurs proches (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 262, traduction libre). Les participants de la recherche attribuent ces interprétations à « *a kind of "tunnel" vision [...] characterized by the nurses as an overwhelming darkness, worthlessness, and weakness* » (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 262). Enfin, les participants pensent que la « *patients' tunnel vision could occasionally result in a twisted and distorted perception of reality* » (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 262). Le cas échéant, une impression de perte de contrôle et des pensées intrusives, voire obsessionnelles, sur le suicide surgissent (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 262). Dans certains cas, les participants de la recherche de Carlén et Bengtsson (2007) pensent que la possibilité du suicide est interprétée par les personnes suicidaires comme une manière d'avoir une maîtrise sur leur situation, ce qui les reconforte.

Une perspective compréhensive peut en plus s'appuyer sur des principes humanistes comme ce qui est présenté dans la méta-analyse qualitative de Gilje et Talseth (2014)<sup>6</sup>. Ces

---

<sup>6</sup> La méta-analyse comporte onze recherches.

chercheuses découvrent une conception qu'elles qualifient d'humaniste et de positive à propos des personnes suicidaires chez des infirmiers psychiatriques. Ces derniers se représentent les personnes suicidaires comme des êtres humains en souffrance. Dans la pratique, ils s'investissent dans l'établissement d'un lien thérapeutique fondamentalement humain avec les personnes suicidaires. Plus précisément, les pratiques d'intervention se caractérisent par une présence humaine et une attitude d'ouverture, d'engagement et de *caring*, celui-ci faisant référence à la bienveillance et à la compassion. Or, Gilje et Talseth (2014) défendent le besoin des personnes suicidaires d'avoir une relation humaine basée sur la confiance pour faciliter l'expression de leur souffrance et d'autres dimensions délicates de leurs vécus. Les chercheurs pensent même qu'une telle relation peut faire en sorte que les personnes entament un processus de rétablissement.

La souffrance des personnes suicidaires peut être étroitement associée ou directement attribuée à un trouble de santé mentale dans les perspectives des intervenants. Par exemple, Osafo, Knizek, Akotia et Hjelmeland (2012) ont mené des entretiens qualitatifs semi-dirigés avec des psychologues et des infirmiers qui travaillent dans des établissements offrant des services de santé et des services d'urgence. Une perspective qui émerge de l'analyse des données est que la source des idéations suicidaires constitue un trouble de santé mentale parce qu'il entraîne de la souffrance et un mal-être qui rend les personnes vulnérables (Osafo, Knizek, Akotia et Hjelmeland, 2012). Les participants à la recherche entretenant cette perspective pensent qu'en rétablissant l'état de santé des personnes suicidaires, celles-ci vont arriver à faire des prises de conscience, qui les amèneront à moins songer au suicide ou encore à ne plus y songer du tout. Alors, leurs pratiques sont d'abord orientées vers le *caring* et l'empathie pour établir un lien d'intervention dans lequel les personnes suicidaires se sentent à l'aise de s'exprimer sans se sentir jugées. Après, les participants s'attardent à l'identification du trouble de santé mentale pour offrir un traitement médical spécialisé (Osafo, Knizek, Akotia et Hjelmeland, 2012). Pour leur part, Boyer et Loyer (1996) ont mené des entretiens qualitatifs auprès d'acteurs œuvrant dans des organismes communautaires au Québec. La plupart de ces acteurs sont des directeurs, des coordonnateurs, des psychologues et des responsables cliniques. Un lien étroit entre le suicide et les troubles de santé mentale émerge dans la conception du suicide. Toutefois, les pratiques d'intervention s'appuient plus largement sur la détresse

psychologique des personnes. Plus précisément, l'intervention s'oriente vers le soutien individuel pour que les personnes suicidaires comprennent mieux leurs difficultés, que celles-ci soient liées à un trouble de santé mentale ou à d'autres aspects de leurs vécus. En somme, dans cette perspective, les expériences des personnes suicidaires sont comprises par les intervenants à partir d'une lunette subjective. L'on pourrait argumenter que l'association du suicide à la souffrance, et la souffrance à un trouble de santé mentale s'apparentent à la catégorisation. Cependant, en se penchant sur les pratiques qui en découlent, des différences notables s'observent.

### **1.3.3 L'exploration des expériences subjectives des intervenants pour enrichir la compréhension de leurs perspectives face au suicide**

Les résultats des recherches de Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen (2010) et de Carlén et Bengtsson (2007) offrent des éclairages supplémentaires qui enrichissent la compréhension des perspectives et des pratiques des intervenants. Pour y parvenir, ces chercheurs proposent de s'attarder aux expériences subjectives des intervenants.

Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen (2010) situent au centre de leur analyse le concept de « *inner door* » pour représenter l'attitude d'ouverture ou de fermeture des intervenants envers leurs propres expériences subjectives et celles des personnes suicidaires (p. 1398). Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen (2010) décrivent que, dans leurs interactions initiales avec les personnes suicidaires, la porte figurative des infirmiers est ouverte. S'ils interprètent leurs efforts d'intervention avec les personnes suicidaires comme étant en vain et qu'ils mettent en question leurs propres défaillances, ils éprouvent des sentiments de découragement, de frustration et d'angoisse. Ces sentiments affectent grandement leur moral, et ce, de manière négative. S'ils continuent d'éprouver ces sentiments et d'être incompréhensifs envers les expériences subjectives des personnes suicidaires malgré leurs formations continues, les intervenants réagissent en adoptant une attitude de fermeture face aux personnes suicidaires (Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen, 2010). Dans leurs pratiques, cela se traduit par l'évitement des personnes suicidaires, et l'emploi de mesures de contrainte et d'étiquettes péjoratives à leur égard.

À l'opposé, Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen (2010) soulignent que, lorsque les infirmiers éprouvent des défis dans leurs pratiques et des sentiments difficiles dans leurs

interventions avec les personnes suicidaires, ils peuvent réagir en se préparant émotionnellement et psychologiquement à rouvrir leur porte intérieure. D'un côté, une attitude d'ouverture leur permet de prendre connaissance et de s'enrichir des expériences subjectives des personnes suicidaires et, de l'autre côté, elle leur permet de réfléchir à leurs propres expériences subjectives qui sont difficiles. Ces avenues sont perçues par les intervenants comme étant plus utiles pour comprendre de manière positive et empathique les personnes suicidaires comparativement aux connaissances issues d'une perspective pathologique et épidémiologique du suicide (Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen, 2010). Conséquemment, leurs pratiques deviennent plus marquées de chaleur, d'écoute, de soutien et de sensibilité, permettant ainsi d'améliorer leurs relations d'intervention avec les personnes suicidaires pour que celles-ci se confient à eux. Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen (2010) pensent alors que les intervenants devraient s'attarder à rouvrir leurs portes intérieures pour à la fois changer leurs attitudes et leur relation d'intervention avec les personnes suicidaires.

Pour leur part, Carlén et Bengtsson (2007) pensent que les pratiques d'étiquetage par des infirmiers psychiatriques reflètent une prise de distance émotive par rapport aux personnes suicidaires. Les chercheurs proposent que cette prise de distance soit perçue par les infirmiers comme leur donnant accès à un cadre interprétatif plus gérable à la fois vis-à-vis du risque suicidaire et de leurs expériences avec les personnes suicidaires qui évoquent chez eux des sentiments difficiles. En d'autres mots, « *the nurses' emotional distancing may be a way to neutralize painful emotions that follow in the wake of care for patients with suicidal behaviour* » (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 263). Mais, lorsque les infirmiers adoptent une perspective compréhensive où ils sont plus proches des expériences subjectives des personnes suicidaires, ils arrivent à mieux les saisir dans leur complexité et à se les représenter en tant que « *subjective human beings with their own unique experiences* » ayant besoin d'interventions adaptées à leurs singularités (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 263). De plus, les infirmiers arrivent à mieux comprendre leurs propres expériences subjectives relativement à « *their own emotions, professional obligations, and the norms that guide the care system* » (Carlén et Bengtsson, 2007, p. 263).

Pour terminer sur les recherches portant sur les perspectives des intervenants, la réflexion des intervenants sur leurs expériences subjectives et sur celle des autres est la piste privilégiée

pour enrichir et complexifier leurs perspectives sur les personnes suicidaires, ce qui permet ensuite d'améliorer leurs pratiques d'intervention en matière de prévention du suicide. Or, cette dimension tend à être évacuée des formations (Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen, 2010; Carlén et Bengtsson, 2007). De plus, la place centrale accordée à la réflexion sur soi<sup>7</sup> et à la subjectivité des intervenants met en évidence, selon Gilje et Talseth (2014), l'importance d'offrir du soutien aux intervenants pour qu'ils puissent faire face aux défis professionnels en prévention du suicide et aux réactions subjectives qu'ils engendrent. En effet, les intervenants souhaitent être soutenus envers leurs sentiments qui émergent dans le contexte de leurs pratiques, et pour améliorer leur conscience de soi et leurs compétences professionnelles notamment par l'entremise de formations (Gilje et Talseth, 2014). Pour enchaîner la réflexion, je rends compte dans la section suivante d'une recension d'écrits scientifiques sur les réactions d'intervenants envers des manifestations suicidaires.

## **1.4 Les recherches sur les réactions des intervenants face aux manifestations suicidaires**

Un nombre grandissant de recherches portant sur les effets du suicide d'une personne accompagnée chez des professionnels ont été effectuées au cours des dernières décennies. Cet intérêt en recherche représente un changement important dans la mesure où, antérieurement, seules les expériences subjectives des proches étaient considérées (Sanders, Jacobson et Ting, 2005). Les expériences de ceux-ci n'ont, par ailleurs, commencé à faire l'objet d'études qu'à la fin des années 1960 (Cerel, McIntosh, Neimeyer, Maple et Marshall, 2014).

De manière générale, les recherches portant sur les réactions des intervenants face au suicide d'une personne qu'ils accompagnent adoptent un devis de recherche quantitatif, et les participants sont surtout des infirmiers, des psychologues et des psychiatres. De fait, peu de recherches abordant ce sujet ont un devis de recherche qualitatif et peu comportent des participants œuvrant en travail social ou en intervention sociale. Pourtant, ce sont des métiers largement présents dans le champ de la prévention du suicide (Ting, Sanders, Jacobson et Power, 2006). Dans l'ensemble, les chercheurs mettent en évidence des réactions tant sur le plan

---

<sup>7</sup> Gilje et Talseth (2014) emploient les termes de « self-understanding » et de « self-reflection » (p. 19).

professionnel que personnel, dont les effets et l'ampleur varient considérablement (Rothés et Henriques, 2017; Séguin, Bordeleau, Drouin, Castelli-Dransart et Giasson 2014; Ting, Sanders, Jacobson et Power, 2006; Linke, Wojciak et Day, 2002). Il semble que peu de recherches portent sur les réactions des intervenants face à d'autres manifestations suicidaires chez les personnes qu'ils accompagnent. Je présente brièvement des résultats de recherches sur les expériences de professionnels exposés au suicide d'une personne qu'ils accompagnaient et je rends également compte des données d'une recherche auprès d'intervenants travaillant en centres de crise communautaires.

#### **1.4.1 Les recherches sur les réactions des intervenants exposés au suicide**

À partir de leur revue de littérature sur les réactions des professionnels face au suicide d'un patient, Séguin, Bordeleau, Drouin, Castelli-Dransart et Giasson (2014) mettent en évidence des réactions affectives (par exemple, le choc, la tristesse, la culpabilité, le découragement, la honte, l'impuissance, l'impression d'incompétence, etc.), des réactions de stress et des effets sur la pratique professionnelle (par exemple, l'accroissement de vigilance, les comportements d'évitement envers les personnes suicidaires, la recherche de soutien informel, la recherche de soutien formel comme la supervision, etc.). Les stratégies d'adaptation les plus couramment employées par les professionnels sont le soutien informel de la part de proches et de collègues de travail, par exemple, et la supervision professionnelle (Séguin, Bordeleau, Drouin, Castelli-Dransart et Giasson, 2014).

Pour ce qui est de la recherche de Linke, Wojciak et Day (2002) visant à prendre connaissance des impacts d'un suicide sur les professionnels, elle prend la forme de questionnaires remplis par des professionnels d'une équipe de santé mentale communautaire. L'analyse des résultats par les chercheurs révèle, entre autres, des sentiments négatifs comme l'anxiété, l'irritabilité, la tristesse et la remise en question de ses compétences, une impression de vulnérabilité aux critiques, une position de distanciation par rapport aux clients, et des effets négatifs sur le sommeil et l'appétit. À l'opposé, des changements positifs dans les pratiques sont notés comme l'amélioration des compétences dans la tenue de dossiers et dans la recherche de soutien auprès de collègues ou sous la forme de supervision. Les participants à l'étude de Linke, Wojciak et Day (2002) sont particulièrement reconnaissants envers le soutien de leurs collègues

de travail, notamment dans le contexte de réunions d'équipe. Comme les chercheurs le suggèrent, les milieux dans lesquels plusieurs professionnels sont impliqués auprès d'un même client fait en sorte que davantage de professionnels subissent les contrecoups d'un suicide. En même temps, des occasions de soutien émergent selon Linke, Wojciak et Day, 2002. Or, ces chercheurs soulignent un manque de recherches sur le soutien offert dans une équipe d'intervention suivant des situations difficiles comme un suicide. Ils soulignent aussi la variabilité des effets d'un suicide sur les différents membres d'une équipe.

Quant à Ross, Sankaranarayanan, Lewin et Hunter (2016), ils ont envoyé des questionnaires à des professionnels, dont des infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux, des psychiatres et des médecins, travaillant dans le champ de la santé mentale pour connaître les effets cognitifs et émotionnels propres à la gestion de comportements suicidaires. En partant de ces résultats, les chercheurs proposent que l'intervention auprès des personnes suicidaires de manière quotidienne et continue est associée à un stress, à de l'anxiété et à une fatigue émotionnelle chez les intervenants. Ils remarquent aussi que ceux ayant suivi des formations sur l'importance de prendre soin de soi et la gestion du stress éprouvent un stress moindre. Dans l'ensemble, Ross, Sankaranarayanan, Lewin et Hunter (2016) considèrent que les professionnels travaillant en prévention du suicide représentent un groupe résilient.

La recherche qualitative de Ting, Sanders, Jacobson et Power (2006) porte sur les effets du suicide d'un client sur des travailleurs sociaux dans le champ de la santé mentale. En recourant à une approche séquentielle explicative, à des principes phénoménologiques ainsi qu'à une analyse thématique, les chercheurs mettent en évidence des réactions affectives, cognitives et comportementales chez les participants telles que le déni et l'incrédulité, le deuil et la perte, la colère, le blâme envers soi et la culpabilité, l'impression d'échec professionnel et d'incompétence, la responsabilité personnelle, l'impression d'isolement, ainsi que des comportements d'évitement, des sentiments intrusifs, des changements dans leurs pratiques professionnelles, de la justification et de l'acceptation. Pour en dire plus sur la justification, les discours des travailleurs sociaux comportent des propos soulignant la détermination des personnes suicidaires et le suicide comme un choix des personnes suicidaires. Dans leur recherche, Ting, Sanders, Jacobson et Power (2006) proposent notamment de mieux sensibiliser les travailleurs sociaux sur les effets personnels et professionnels du suicide d'un client, d'autant

plus qu'ils sont parmi les professionnels qui interviennent largement en prévention du suicide. Ils pensent aussi que d'autres recherches sur les stratégies d'adaptation des travailleurs sociaux seraient pertinentes pour accroître leur résilience.

En somme, les chercheurs suggèrent que le suicide d'une personne accompagnée par un intervenant entraîne dans la pratique des effets professionnels et personnels dont la gravité et l'ampleur varient. De plus, ces effets affectent plus largement les vécus des intervenants, c'est-à-dire leurs pensées, leurs sentiments et leurs actions.

### **1.4.2 Les recherches sur les réactions des intervenants exposés à d'autres manifestations suicidaires**

Fondaire et Larose (2007b) ont fait de l'observation participante, et elles se sont entretenues avec des intervenants et des coordonnateurs œuvrant dans un centre de crise communautaire, situé à Montréal<sup>8</sup>. Les participants s'expriment sur leurs réactions face à des défis dans l'intervention en situation de crise suicidaire. Ils rapportent, entre autres, des moments d'incompréhension et d'exaspération (Fondaire et Larose, 2007b). Concernant ce que Fondaire et Larose (2007b) désignent comme des « personnes fidélisées »<sup>9</sup> (p. 144) ou encore « «récurrent[e]s» du service » (p. 154), selon les propos des participants, les intervenants peuvent éprouver des sentiments d'irritation, d'impuissance et d'incompétence. Ils peuvent aussi ressentir de manière plus prolongée de la fatigue et de la déception au point d'entraîner une fatigue de compassion ou de l'épuisement professionnel (Fondaire et Larose, 2007b).

Brièvement, la fatigue de compassion réfère à un épuisement souffrant et profond autant sur le plan émotionnel que sur le plan physique dont les manifestations sont multiples autant dans la vie professionnelle que dans la vie personnelle. La fatigue de compassion est largement

---

<sup>8</sup> Le nombre de participants n'est pas précisé par les auteures.

<sup>9</sup> Fondaire et Larose (2007b) élaborent sur cette désignation : « L'une des particularités est leurs demandes d'aide répétées dans un schéma de vécu intense et en perpétuel recommencement. Elles se présentent alors fébriles, sous haute tension, avec un grand besoin de compréhension, alors que le rejet ne tarde à poindre dans la relation d'aide. Elles sont souvent récalcitrantes à tout contact, alors qu'elles expriment, violemment et de façon extrême, leur besoin de prise en charge. » (p. 144) Pour plus d'informations, lire Fondaire et Larose (2007a).



présente chez les professionnels de la relation d'aide (Mathieu, 2012). À la source de cette fatigue est une attitude de souci et de soutien envers l'autre sans suffisamment se ressourcer et prendre du recul (Mathieu, 2012). Ils sont ainsi exposés à une souffrance intense en écoutant et offrant du soutien à des personnes très souffrantes (Mathieu, 2012). La fatigue de compassion a aussi tendance à émerger dans des milieux dont les conditions de travail sont difficiles (par exemple, charge de travail élevée, peu de ressources de soutien pour les intervenants, faible satisfaction au travail, et climat de travail stressant, négatif, voire cynique) (Mathieu, 2012). Selon Acker et Lawrence (2009), le sentiment de compétence est essentiel pour se prémunir contre la fatigue et l'épuisement de compassion. Pour ce qui est de l'épuisement professionnel, il se réfère à un stress important provenant de conditions de travail difficiles et d'un manque de soutien du milieu (Mathieu, 2012).

Quant à Sjølie, Binder et Dundas (2017), ils ont mené une recherche qualitative de type ethnographique avec treize intervenants d'une équipe œuvrant dans une maison de résolution de crise et de traitement. Les chercheurs mettent évidence ce qui suit : l'expression d'une variété d'émotions, y compris celles perçues comme vulnérables ou encore inacceptables, est non seulement permise, mais encouragée dans les interactions entre les membres de l'équipe. En plus, ces émotions sont validées et reçues avec respect et parfois même avec de l'humour par les autres membres de l'équipe (Sjølie, Binder et Dundas, 2017). Or, les intervenants ressentent le besoin d'exprimer leurs émotions aux membres de leur équipe pour être validés dans leurs vécus, pour être soutenus dans la régulation de leurs émotions et pour parvenir à un « *reflexive stance* » (Sjølie, Binder et Dundas, 2017, p. 327) autant envers leurs sentiments et leur vécu intérieur<sup>10</sup> qu'envers ceux des personnes qu'ils accompagnent. En évitant des critiques excessives et injustes envers soi-même et de la part d'autrui qui pourraient mener à des débordements affectifs, la confiance des intervenants envers leurs compétences professionnelles est rétablie de sorte qu'ils demeurent efficaces dans leur travail (Sjølie, Binder et Dundas, 2017). Les chercheurs pensent que le soutien qu'ils mettent en lumière est d'une grande importance pour le bon fonctionnement d'une équipe. Aussi, ils précisent que ce soutien est particulier en ce qu'il ne peut être offert que par les membres d'une équipe d'intervention en raison du fait

---

<sup>10</sup> Sjølie, Binder et Dundas (2017) emploient l'expression « *inner life* » (p. 324).

qu'ils partagent des expériences avec les personnes qu'ils accompagnent et qu'ils sont tenus par le secret professionnel. Conséquemment, Sjølie, Binder et Dundas (2017) recommandent aux équipes d'intervention d'améliorer leurs habiletés de communication, d'acceptation et d'adaptation (« *coping* », p. 320) vis-à-vis des émotions difficiles et vulnérables.

En conclusion, il apparaît important de s'attarder aux expériences subjectives des intervenants, non seulement dans une optique d'amélioration des pratiques, mais également afin de favoriser leur bien-être pour qu'ils continuent de progresser dans leur travail. De plus, il semble important d'élargir le questionnement pour tenir compte non seulement des expériences des intervenants exposés au suicide dans leurs pratiques, mais également à d'autres manifestations suicidaires comme les passages à l'acte suicidaire et les états de crise récurrents. Pourtant, le regard sur ces expériences semble plutôt évacué dans les activités de formation initiale et continue. Dans la prochaine partie, je présente les connaissances actuellement les plus répandues sur le suicide.

## **1.5 Les connaissances les plus répandues sur le suicide**

Les connaissances abordées dans cette section portent sur les principaux repères théoriques et institutionnels véhiculés dans le champ de la prévention du suicide. En parallèle, il existe des connaissances spécifiques au sujet de la crise suicidaire. Conséquemment, je propose de présenter les connaissances actuellement les plus répandues à partir de ces deux champs de connaissances. Il semble pertinent de souligner que, malgré leur contribution unique et leur forte présence sur le terrain auprès de personnes suicidaires, les travailleurs sociaux réalisent assez rarement des recherches sur le suicide (Tremblay, 2012; Joe et Niedermeier, 2008). Ils ont en contrepartie davantage participé au développement des connaissances sur le concept de la crise suicidaire (Tremblay, 2012).

### **1.5.1 Les connaissances sur le suicide**

Le suicide est largement représenté comme un phénomène complexe et multifactoriel (MSSS, 2012; Lafleur et Séguin, 2008). Comme le soulignent Rothes et Henriques (2017), « *there is no universally accepted explanatory theory of suicide* » (p. 144). Au contraire, il existe de nombreuses théories diverses, et elles s'inscrivent dans des approches diversifiées, dont les

approches biologiques, sociologiques et psychologiques (Rothes et Henriques, 2017). Néanmoins, afin de favoriser le développement des connaissances et guider les pratiques, un cadre d'interprétation axé sur des définitions opérationnelles et des classifications standardisées des manifestations du suicide est largement proposé (Silverman et De Leo, 2016; OMS, 2014). Je présente dans les prochaines sections les connaissances sur la souffrance et la vulnérabilité des personnes suicidaires, les classifications des comportements suicidaires et des facteurs qui y sont associés, ainsi que des difficultés interpersonnelles reliées au suicide.

### **1.5.1.1 La souffrance et la vulnérabilité des personnes suicidaires au premier plan**

Comme abordé dans la conception dominante du suicide, celui-ci est perçu comme révélant un état de vulnérabilité (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012). Cette vulnérabilité émerge d'un trouble de santé mentale ou d'un mal de vivre qui est associé à une accumulation de situations d'adversité pouvant remonter dans le passé lointain de la trajectoire personnelle de l'individu (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012; Lamarre, 2014). Les chercheurs estiment qu'environ 90 % des personnes qui décèdent par suicide ont un trouble de santé mentale et que de 65 à 70 % d'entre elles présentent des troubles de comorbidité (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2006; cité dans Lafleur et Séguin, 2008). Les troubles de santé mentale les plus présents chez les personnes décédées par suicide sont la dépression majeure, les troubles de dépendance aux substances, les troubles de la personnalité et la schizophrénie (Mishara et Tousignant, 2004). Pour appuyer l'association étroite entre le suicide et les troubles de santé mentale, le suicide est abordé dans les plans d'action en santé mentale publiés en 2005 et en 2015, et ce, depuis la mise en place de la Stratégie québécoise d'action face au suicide publiée en 1998 (MSSS, 2015, 2005, 1998).

Les chercheurs pensent que la vulnérabilité et la souffrance accrues modifient les capacités d'interprétation des situations par les personnes atteintes (Séguin, 2012; Mishara et Tousignant, 2004). D'autres mettent en évidence une plus grande sensibilité chez les personnes suicidaires dans leurs interactions sociales, en particulier envers le jugement des autres (Gordon, Stevenson et Cutcliffe, 2014). Avec l'intensification des sentiments négatifs, en particulier du désespoir, les personnes en état de vulnérabilité interprètent progressivement leur souffrance comme intolérable (Joiner, 2010; Lafleur et Séguin, 2008). Les habiletés de raisonnement étant

affectées par une souffrance et des sentiments négatifs intenses, ces personnes arrivent difficilement à trouver des stratégies d'adaptation adéquates à leur souffrance, à se projeter au-delà de celle-ci et à saisir l'ampleur des conséquences de leurs comportements (Joiner, 2010; Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012; Fondaire et Larose, 2007a). Cela expliquerait ce qui fait que des personnes interprètent le suicide comme une solution (Séguin, 2012; Mishara et Tousignant, 2004).

Les intentions qu'entretiennent les personnes envers leurs actes suicidaires sont multiples. Par exemple, selon Désaulniers (2011) et Joiner (2010), elles peuvent les envisager comme un moyen pour :

- pour mettre fin à leur souffrance devenue intolérable;
- donner un sens à leur mort alors que leur vie n'en a plus;
- cesser d'être un fardeau pour leurs proches;
- cesser de se sentir aliénées et isolées d'autrui;
- retrouver une personne aimée qui est décédée;
- éviter l'humiliation à la suite d'un échec;
- se punir face à son sentiment de honte, etc.

Les intentions des personnes vis-à-vis du suicide peuvent changer assez rapidement, ce qui en complique l'évaluation (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll et Joiner, 2007). Ces changements sont reliés à l'ambivalence fortement présente chez les personnes suicidaires (Joiner, 2010).

### **1.5.1.2 La classification des comportements suicidaires et des facteurs de risque**

En général, les manifestations du suicide sont abordées sous forme de comportements suicidaires. On se réfère à des idéations ou à des pensées suicidaires, à des passages à l'acte suicidaire aussi appelés des tentatives de suicide et des parasuicides, et à des décès par suicide (Lafleur et Séguin, 2008; Mishara et Tousignant, 2004). Les passages à l'acte et les idéations suicidaires sont classifiés par les chercheurs selon leur niveau de gravité : pour les uns, la classification se fait en fonction des dommages physiques causés par l'acte et, pour les autres,

la classification repose notamment sur la présence ou non d'un plan suicidaire et la fréquence plus ou moins importante des idéations (Mishara et Tousignant, 2004).

Les facteurs liés au suicide sont généralement classés en quatre catégories. Alors que les trois premières catégories augmentent le risque des comportements suicidaires chez les personnes, la dernière catégorie le réduit (MSSS, 2012; Laflamme, 2007).

Premièrement, les facteurs prédisposants remontent au passé des personnes (MSSS, 2012). On identifie, entre autres, les antécédents suicidaires personnels et familiaux, les troubles de santé mentale, les troubles de dépendance aux substances, les problèmes de santé physique chroniques, le chômage, la croyance que le suicide est acceptable, le sensationnalisme dans la présentation du suicide dans les médias et l'isolement social (MSSS, 2010; Laflamme, 2007).

Deuxièmement, les facteurs contributifs accentuent la vulnérabilité individuelle au suicide déjà présente chez la personne (MSSS, 2012). Des exemples de ce type de facteurs sont le refus de demander de l'aide, la consommation abusive de substances, les conflits interpersonnels, l'isolement social, l'instabilité économique et l'impossibilité d'accéder à des services d'aide (MSSS, 2010; Laflamme, 2007).

Troisièmement, les facteurs précipitants renvoient à des événements déclencheurs pouvant accélérer la progression vers un passage à l'acte suicidaire (MSSS, 2012). Il peut s'agir d'une rupture amoureuse, d'une perte d'emploi, d'un échec professionnel, d'un problème judiciaire, de difficultés financières ou du décès d'un proche (MSSS, 2010; Laflamme, 2007).

Quatrièmement, les facteurs de protection augmentent la capacité de la personne à composer avec des situations difficiles (Laflamme, 2007). La recherche d'aide, la participation à des activités valorisantes, un bon état de santé physique et psychologique, de bonnes stratégies d'adaptation, un réseau social stable et soutenant, et l'accès à des services d'aide sont parmi des exemples qui s'inscrivent dans ce dernier type de facteurs (MSSS, 2012; Laflamme, 2007).

Il est également important de souligner que les difficultés socioéconomiques sont un autre facteur de risque significatif lié au suicide (MSSS, 2012). D'ailleurs, ce facteur a tendance à être lié à des troubles de santé mentale puisque les personnes les moins favorisées sur le plan socioéconomique sont souvent celles qui ont un moins bon état de santé psychologique et physique (MSSS, 2012).

### **1.5.1.3 Les difficultés interpersonnelles en lien avec le suicide**

Dans le champ de la prévention du suicide, il est largement reconnu que les proches ont un rôle important à jouer. Par exemple, ils constituent une raison de vivre pour les personnes suicidaires et ils leur offrent du soutien social (Mishara et Houle, 2008). Ils peuvent aussi les soutenir dans les démarches auprès d'intervenants œuvrant en prévention du suicide. Par exemple, les proches peuvent fournir des informations aux intervenants sur la personne suicidaire et sur les dynamiques environnementales, et ils peuvent « faciliter la prise de contact ou encore maintenir le lien d'aide avec la personne alors qu'elle résiste à poursuivre sa démarche » (Fondaire et Larose, 2007b, p. 145). Or, Vaiva (2008) souligne ce qui suit : « Dans les deux cas du suicide et des tentatives de suicide, c'est souvent moins la qualité ou la quantité d'un entourage proche qui est trouvée signifiante dans le contexte suicidaire, qu'une modification, un changement, dans l'entourage existant. » (p. 331)

Des impacts plus ou moins importants chez les proches des personnes suicidaires sont mis en évidence d'autant plus lorsqu'ils habitent avec elles et prennent soin d'elles (McLaughlin, McGowan, O'Neill et Kemohan, 2014). Parmi les sentiments que les proches peuvent éprouver sont l'inquiétude, le stress, l'impuissance, le découragement et l'épuisement (McLaughlin, McGowan, O'Neill et Kemohan, 2014; Mishara et Houle, 2008; Fondaire et Larose, 2007b). McLaughlin, McGowan, O'Neill et Kemohan (2014) relèvent en plus des sentiments de honte, d'impuissance et d'isolement à percevoir de la pression de la part de la personne pour maintenir le secret de leurs idéations suicidaires, par exemple. Conséquemment, il est assez fréquent que les proches de personnes suicidaires cherchent à s'éloigner, voire se désinvestir et rompre la relation (Fondaire et Larose, 2007b).

### **1.5.2 Les connaissances sur la crise suicidaire**

L'origine des connaissances sur la crise suicidaire remonte aux travaux de Lindemann (1944) et de Caplan (1961, 1964) dans un contexte américain marqué de « bouleversements sociaux » suivant la Première Guerre mondiale (Lefebvre et Larose, 2007, p. 52). Plus tard, les travaux de Lazarus et Folkman (1984) et d'Aguilera (1995), et des travaux de chercheurs québécois, dont Lecomte et Lefebvre (1986), Guay (1998), ainsi que Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) sont parmi ceux qui ont contribué à l'essor des connaissances en la matière.

Actuellement, une importante variabilité est constatée en ce qui a trait aux milieux dans lesquels sont employées les connaissances sur la crise (par exemple, centres hospitaliers, milieux scolaires, organismes communautaires), aux professionnels qui les déploient, à la durée et à la modalité des interventions (par exemple, face à face, téléphone, clavardage) et aux problématiques ciblées (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012). Malgré cet éclatement, un certain consensus existe quant à la conception de la crise suicidaire.

En 2015, la *Formation provinciale à l'intervention de crise* commence à être diffusée. Ce document de formation a été développé par D<sup>re</sup> Monique Séguin, une spécialiste de la prévention du suicide, et Madame Ginette Martel du MSSS (RESICQ, 2016). Outre le MSSS, le Regroupement des centres de crise du Québec démontre son appui (RESICQ, 2016, 2015). La formation étaye entre autres les phases du processus de crise, une typologie de crise, des modes d'intervention adaptés aux différents types de crises ainsi que les pratiques d'estimation du risque, de l'urgence et de la dangerosité suicidaires (Corporation de développement communautaire de la Haute-Yamaska, 2018; RESICQ, 2015). Je présente dans les paragraphes qui suivent les éléments contenus dans un ouvrage de Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) sur le processus de crise et la typologie de crise. Les modes d'intervention et l'estimation du risque sont présentés dans la section de ce mémoire sur les pratiques d'intervention individuelles actuellement les plus répandues.

### **1.5.2.1 Les processus de crise**

La crise consiste en une « confrontation à un évènement stressant qui amène l'individu à chercher des réponses pour réagir à cet évènement » (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, p. 6). En outre, « l'évènement est perçu comme une menace, une difficulté insurmontable qui dépasse les ressources d'adaptation d'un individu » (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, p. 6). La personne se trouve dans un état de déséquilibre, qui est synonyme d'un état de vulnérabilité dans la mesure où sa « capacité à faire face aux évènements stressants est affaiblie » (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, p. 7). Elle adopte des stratégies d'adaptation plus ou moins adéquates et de manière plus ou moins consciente, ce qui influence l'émergence ou non d'un état de déséquilibre selon Séguin, Brunet et LeBlanc (2012).

Un état de déséquilibre entraîne un état de crise dont le processus général se divise en trois phases selon Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) :

1. Premièrement, la phase aiguë se caractérise par une désorganisation causée par une tension croissante chez la personne.
2. Deuxièmement, la tension augmente jusqu'à être perçue comme intolérable. Afin de mettre un terme à sa souffrance, la personne peut passer à l'acte, celui-ci « prenant la forme d'un agir, comme la fuite, [d'] un comportement autoagressif (tentative de suicide) ou hétéroagressif (l'agressivité dirigée vers autrui) » (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, p. 8). Pour ouvrir une parenthèse sur le terme d'autoagressivité, Douville (2004) remarque qu'il est souvent employé dans la littérature scientifique comme synonyme à l'automutilation. Cependant, une distinction émerge dans la mesure qu'il est possible que l'autoagressivité ne mène pas à une mutilation du corps, dont la gravité est variable.
3. Troisièmement, dans la phase de récupération, la tension est partiellement diminuée quoique l'état de crise et la détresse perdurent puisque les difficultés qui en sont à l'origine n'ont pas été abordées. À cet égard, Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) soulignent l'importance du recours à l'aide de professionnels tout en remarquant que l'individu « sera ouvert à recevoir de l'aide si celle-ci est offerte avec empathie et si on lui présente des solutions concrètes et valables » (p. 8).

Estimant le processus général de crise comme étant insuffisant pour rendre compte de la crise suicidaire, Séguin (2012) propose un modèle plus adapté au processus de crise suicidaire. Ce modèle se compose de cinq étapes et s'insère dans la deuxième étape du modèle général précédent de Séguin, Brunet et LeBlanc (2012).

1. Premièrement, des stratégies d'adaptation ou des solutions à la crise variant en nombre et en degré de familiarité sont envisagées par la personne.
2. Deuxièmement, la personne met en œuvre et élimine progressivement des stratégies qu'elle évalue comme étant inefficaces. Le suicide apparaît de plus en plus manifestement comme solution pour régler le problème qu'est sa souffrance.



Les émotions négatives augmentent de même que la souffrance, ce qui mine l'énergie de la personne et lui donne l'impression d'être dépassée. La personne interprète sa situation surtout de manière négative. En particulier, elle interprète négativement des pertes ou des échecs multiples entraînant chez elle un sentiment de dévalorisation.

3. Troisièmement, la rumination du suicide survient alors que la personne en situation de crise perçoit progressivement le suicide comme la seule solution à sa souffrance considérée comme insupportable. Séguin (2012) pense, à cette étape, que les distorsions cognitives sont amplifiées au point d'entraîner une généralisation des sentiments négatifs et des « erreurs cognitives importantes » réduisant ainsi les capacités cognitives de la personne à chercher des solutions (p. 167).
4. Quatrièmement, une cristallisation des idéations suicidaires s'opère de sorte que « le suicide est considéré par la personne comme la solution ultime à son désarroi et à sa souffrance » pour reprendre le contrôle (Séguin, 2012, p. 167). Malgré l'ambivalence, « la décision est prise et le scénario suicidaire (où, quand et comment) s'élabore, si ce n'est pas déjà fait » (Séguin, 2012, p. 167). La cristallisation du suicide se caractérise aussi par une distanciation de la personne de son réseau social et par un isolement initié par la personne elle-même. Séguin (2012) remarque que cette étape peut survenir plus ou moins rapidement selon le type de crise et selon le caractère plus ou moins impulsif des personnes.
5. Cinquièmement, le passage à l'acte suicidaire devient imminent. L'évènement déclenchant le passage à l'acte est interprété par la personne comme une perte ou un échec s'ajoutant à ceux ayant antérieurement marqué le processus de crise suicidaire (Séguin, 2012).

Outre ces modèles de processus de crise, Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) proposent une typologie de crise.

### 1.5.2.2 La typologie de crise

Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) distinguent trois types de crises. À l'intérieur de chacun, un passage à l'acte suicidaire peut survenir quoique d'une rapidité et d'une intensité variables selon la vulnérabilité psychologique préalable et le déroulement du processus suicidaire (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012).

1. Premièrement, la crise psychosociale survient à la suite d'un événement déclencheur « de nature psychosociale, mais parfois aussi de nature développementale, par exemple, une perte, une rupture, une transition ou une série d'événements concomitants » (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, p. 10). Selon Séguin, Brunet et LeBlanc (2012), ce type de crise « demeure dans les frontières de la normalité » (p. 11). Ces chercheurs précisent aussi que la crise psychosociale, « comme le décrivait Caplan (1964), se produit généralement en l'absence de problèmes de santé mentale » (p. 11).
2. Deuxièmement, la crise psychotraumatique se caractérise par une interprétation de menace et une réaction de peur à la suite d'un événement traumatique, c'est-à-dire « un événement subit, catapulté, arbitraire et violent et d'une sévérité sans précédent » (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, p. 12). Dans ce type de crise, un problème de santé mentale peut être présent ou non.
3. Troisièmement, la crise psychopathologique se manifeste chez des personnes présentant des difficultés psychopsychiatriques complexes, ou bien une vulnérabilité psychologique selon Séguin, Brunet et LeBlanc (2012). Les auteurs parlent d'« état de vulnérabilité continu » (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, p. 13) et de « dynamique de vulnérabilité à long terme » (Poirier et Larose, 2007, p. 47). La crise psychopathologique survient rapidement, intensément et de manière récurrente : « l'épuisement, le découragement et le sentiment d'impuissance exacerbent l'effet de tous les événements négatifs, indépendamment de leur gravité, et suscitent une réponse d'une intensité [élevée] » (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, p. 13). En plus, « le risque de passage à l'acte peut être plus imminent et plus important chez une personne dont

la crise est de nature psychopathologique, compte tenu du fait qu'elle manque de stratégies pour abaisser le niveau de tension » (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012, p. 17). À cet égard, l'impulsivité, un trait caractéristique du trouble de personnalité limite, par exemple, entre en ligne de compte (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012).

En somme, les connaissances sur le suicide les plus répandues semblent pour la plupart s'inscrire dans une conception du suicide dans laquelle celui-ci est plutôt considéré comme un trouble individuel objectivé en comportements observables, mesurables et classifiés. Il en découle des pratiques d'intervention plutôt standardisées que je présente dans la prochaine partie.

## **1.6 Les pratiques d'intervention les plus répandues face au suicide**

La prévention du suicide cible à la fois la population en général dans une optique de santé publique, et des groupes spécifiques de personnes présentant un risque suicidaire (Lustman, 2008). Dans l'ensemble, deux orientations existent au Québec en matière de pratiques d'intervention individuelles. Alors que la première s'appuie sur l'approche orientée vers les solutions, la seconde prend racine dans les connaissances plus spécialisées sur la crise. Bien que leurs assises théoriques divergent, elles convergent dans la mesure où elles se concentrent toutes les deux sur les ressources et les capacités de résolution de problèmes des personnes. Je propose de présenter ces deux orientations pour enchaîner avec une analyse des modes d'intervention qui en découlent.

### **1.6.1 Les pratiques en prévention du suicide**

En 2010, le MSSS publie le document *Prévention du suicide : Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et des services sociaux*. Il a pour visée l'amélioration des compétences pratiques des intervenants selon « un cadre précis, uniformisé et à la fine pointe des nouvelles connaissances » issues des champs scientifiques et professionnels (MSSS, 2010). Les principes de l'approche orientée vers les solutions sont retenus parce qu'ils « favorisent une perception réaliste de la situation, ce qui permet de travailler sur l'ambivalence, de hâter le dévoilement de l'intention de suicide et de concevoir

des solutions de remplacement au suicide » (MSSS, 2010, p. 23). Par ailleurs, l'approche orientée vers les solutions est également privilégiée dans les centres de crise (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012). En outre, l'écoute empathique est mise de l'avant par le MSSS (2010). Selon le ministère, elle permet de « reconnaître la souffrance et la détresse [et de] se concentrer sur les forces et sur la résilience » des personnes suicidaires tout en les soutenant dans leur demande d'aide (p. 23-24).

En ce qui concerne les outils pratiques, la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire* créée par Suicide Action Montréal (SAM) et le Centre Dollard-Cormier–Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) est sélectionnée par le MSSS (2010). Cet outil comporte des principes de l'approche orientée vers les solutions ainsi que la classification de facteurs de risque prédisposants, contributifs, précipitants et de protection (SAM et CDC-IUD, 2011; MSSS, 2010). Dans les deux prochaines parties, je présente brièvement l'approche orientée vers les solutions, suivi du processus d'intervention en matière du suicide tel qu'étayé par le MSSS (2010).

#### **1.6.1.1 L'approche orientée vers les solutions**

Les principaux pionniers de l'approche orientée vers les solutions sont Steve de Shazer et Insoo Kim Berg. Dans cette approche, l'intervention est orientée sur le moment présent de sorte que l'intervenant n'a pas à comprendre en profondeur les problèmes d'une personne pour l'aider à résoudre rapidement et concrètement ses problèmes (Van de Sande, Beauvolsk et Renault, 2011). La personne est considérée comme l'experte de sa propre situation dans le sens où elle fait preuve de résilience, et elle détient les ressources et les compétences pour cultiver son potentiel (Van de Sande, Beauvolsk et Renault, 2011). L'approche orientée vers les solutions est évaluée pertinente en prévention du suicide parce qu'elle s'oriente vers la projection vers l'avenir ainsi que vers l'exploration des raisons de vivre, des projets et des rêves de la personne (Fanzolato, 2013). De plus, elle favorise le recours à des stratégies d'adaptation saines, positives et efficaces auxquelles la personne a eu recours dans le passé pour surmonter ses difficultés (Fanzolato, 2013). Il se peut, cependant, que la personne n'ait pas de telles stratégies dans son répertoire. Par exemple, il se peut que la situation de crise actuelle diffère

grandement de ses difficultés antérieures. Conséquemment, l'apprentissage de nouvelles stratégies se fait sous la directivité de l'intervenant (Greene, Lee, Trask et Rheinscheld, 2005).

### **1.6.1.2 Le processus d'intervention en matière de suicide et les mesures d'urgence exceptionnelles**

Le MSSS (2010) étaye les trois étapes du processus d'intervention auprès des personnes suicidaires. Ces étapes sont :

1. la création d'une alliance thérapeutique respectueuse marquée de confiance;
2. l'exploration rapide et brève de la situation pour diminuer la tension éprouvée chez la personne suicidaire en la laissant s'exprimer;
3. l'estimation de la dangerosité et de l'urgence du passage à l'acte.

Pour cette dernière étape, le professionnel s'appuie sur des outils, dont la grille conçue par SAM et le CDC-IUD, et sur son jugement clinique. De plus, un but orienté vers le futur est fixé afin de donner de l'espoir à la personne suicidaire. Des solutions sont recherchées à travers le processus d'intervention en tenant compte des ressources de la personne, et un plan d'action est précisé à partir de l'expertise du professionnel. Le processus d'intervention auprès des personnes suicidaires se clôt de manière sécuritaire, c'est-à-dire en mettant en place un suivi ou en ayant recours à des mesures d'urgence d'exception (MSSS, 2010). Celles-ci réfèrent aux mesures inscrites dans la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38).

Tel qu'expliqué par le MSSS (2018) :

Au Québec, les droits et libertés de la personne sont garantis par les chartes québécoise et canadienne. Cependant, lorsqu'il devient nécessaire d'assurer la protection de la personne ou celle d'autrui, la loi permet de priver temporairement une personne de sa liberté en la gardant, contre son gré, dans une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux. Puisque la garde ainsi imposée porte atteinte aux droits à l'intégrité et à la liberté de la personne en l'absence de son consentement, son application doit être exceptionnelle et les dispositions prévues dans le cadre législatif pour ce faire, rigoureusement suivies. L'objectif ainsi poursuivi est d'atteindre un juste équilibre entre la protection des personnes et la préservation de leurs droits. (p. 3)

Plusieurs acteurs sont impliqués et agissent en collaboration dans la mise en œuvre d'interventions d'urgence exceptionnelles en prévention du suicide. Ils détiennent des rôles et

des responsabilités qui leur sont soit exclusifs, soit partagés avec d'autres acteurs. Pour ce qui est des intervenants travaillant dans les services d'intervention en situation de crise, il s'agit entre autres d'estimer la dangerosité liée à l'état mental et d'offrir du soutien pertinent aux personnes avec leur consentement libre et éclairé (MSSS, 2018). Il est à noter que l'estimation de la dangerosité « n'est pas un diagnostic médical ni un jugement définitif sur la dangerosité ce qui est une responsabilité des psychiatres » (Marsolais, 2005, p. 8). En cas de danger grave et imminent, et d'un refus de la personne de donner son consentement et de collaborer, l'article 8 de la P-38

permet qu'un agent de la paix puisse, sans l'autorisation du tribunal, l'amener contre son gré dans un établissement de santé et de services sociaux, généralement au service des urgences d'un centre hospitalier ou d'un CLSC [centre local de services communautaires] équipé des aménagements nécessaires, à la demande d'un intervenant d'un SASC [service d'aide en situation de crise] désigné. (MSSS, 2018, p. 13-14)

Un médecin a ensuite la responsabilité d'évaluer la situation et de déterminer si la personne est mise en garde préventive pendant un maximum de soixante-douze heures. Dans un tel cas, ni une autorisation du tribunal ni une évaluation psychiatrique ne sont exigées. Pour une garde en établissement plus longue, l'autorisation du tribunal et au moins une évaluation psychiatrique sont exigées (MSSS, 2018).

### **1.6.2 Les pratiques d'intervention en situation de crise suicidaire**

Comme mentionné précédemment, l'intervention en situation de crise est considérée comme spécialisée dans la mesure où des connaissances et des compétences supplémentaires sont requises pour la mettre en œuvre. Elle combine les connaissances à la fois sur la crise et sur la prévention du suicide. Quoique les équipes dans les centres de crise mettent en valeur depuis un certain nombre de temps le fait qu'elles détiennent une expertise en la matière, ce n'est que récemment qu'une formation provinciale visant à uniformiser les pratiques voit le jour, tel qu'expliqué précédemment. D<sup>re</sup> Monique Séguin est l'experte ayant participé à la création de cette formation. Donc, comme pour les connaissances les plus répandues, je m'appuie sur un ouvrage plus récent réalisé par cette chercheuse en collaboration avec d'autres chercheurs. Je commence par mettre en lumière les caractéristiques de l'intervention en situation de crise pour ensuite décrire l'estimation de l'urgence et de la dangerosité et deux modèles d'intervention :

l'un est plus vaste alors que l'autre est spécifique à la typologie de Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) présentée plus haut.

### **1.6.2.1 Les particularités de l'intervention en situation de crise**

Séguin et LeBlanc (2012) estiment que l'intervention en situation de crise se distingue d'autres approches d'intervention compte tenu des caractéristiques particulières des personnes en situation de crise. En dépit de leur diversité, toutes ces personnes éprouvent une intensité émotionnelle, étant pressées de diminuer leur souffrance qu'elles perçoivent comme insoutenable. Pourtant, elles ne trouvent pas et ne mettent pas nécessairement en œuvre des stratégies utiles ou adéquates, selon Séguin et LeBlanc (2012). Ces chercheuses se réfèrent par ailleurs à des données de recherche suggérant que les personnes en situation de crise sont « moins sur la défensive et davantage réceptives à l'aide proposée » (p. 34). Séguin et LeBlanc (2012) pensent à cet effet qu'il s'agit d'une occasion pour les professionnels « de créer un lien et ainsi de susciter l'engagement de ces personnes dans une alliance thérapeutique » (p. 34).

Séguin et LeBlanc (2012) dressent un portrait des caractéristiques propres à l'intervention en situation de crise. Elle est d'abord immédiate, en étant déployée dans un court délai suivant l'émergence de l'évènement déclencheur de la crise. Il en est ainsi en raison des comportements à risque que manifestent les personnes en état de désorganisation (Séguin et LeBlanc, 2012). L'intervention en situation de crise est ensuite brève, comportant des objectifs ciblés qui peuvent être atteints rapidement. Ceux-ci s'orientent vers la diminution de la tension reliée à la souffrance, le gain d'une impression de contrôle permettant l'émergence de l'espoir et l'implication de la personne dans un processus d'intervention subséquent (Séguin et LeBlanc, 2012). Puis, l'intervention en situation de crise est dirigée par le professionnel vu le potentiel de dangerosité que la personne suicidaire présente. Cette directivité est envisagée dans une optique de « bienveillance thérapeutique » (Séguin et LeBlanc, 2012, p. 36). Enfin, le professionnel adopte une position active de deux manières.

D'une part, le professionnel s'investit dans la création et le maintien d'un lien de confiance avec la personne en crise (Séguin et LeBlanc, 2012). Pour que celle-ci s'engage dans un plan d'intervention, il doit démontrer, entre autres, des compétences empathiques, authentiques, compréhensives, d'acceptation et d'écoute. Plus précisément, l'intervenant « doit

tout mettre en œuvre pour que la personne aidée ait une perception positive d'elle-même et doit lui transmettre la croyance selon laquelle il est avec elle et peut lui venir en aide » (Séguin et LeBlanc, 2012, p. 37). Il cherche aussi à diminuer l'ambivalence et à augmenter l'espoir chez la personne suicidaire en adoptant une position à la fois réaliste et optimiste. Séguin et LeBlanc (2012) rappellent que le lien de confiance peut être fragilisé ou encore rompu par la personne en situation de crise en tout temps de sorte que l'intervenant doit demeurer attentif et vigilant pour le maintenir.

D'autre part, l'intervenant est actif dans la mesure où il recueille de manière soutenue et rapide des informations. Cela lui permet d'estimer le risque et l'urgence, et d'orienter les interventions en conséquence, ce qui inclut la conception d'un plan d'action qui mobilise les réseaux d'aide (Séguin et LeBlanc, 2012). Quoique le plan d'action soit présenté comme un « projet commun », l'intervenant adopte une position directive tout en respectant le pouvoir décisionnel de la personne (Séguin et LeBlanc, 2012, p. 51). Il s'agit surtout de communiquer, selon Séguin et LeBlanc (2012), une reconnaissance de l'importance de la personne méritant « la meilleure intervention possible » (p. 51). Bref, Séguin (2012) insiste sur la nécessité de l'estimation de l'urgence et de la dangerosité du passage à l'acte dans toute intervention de crise, tout en maintenant à la fois l'alliance thérapeutique et l'engagement de la personne.

### **1.6.2.2 L'estimation de l'urgence et de la dangerosité en situation de crise**

L'estimation de l'urgence et de la dangerosité en situation de crise se fait rapidement par la collecte d'informations par l'intervenant auprès de la personne. Comme l'explique Séguin (2012), l'urgence réfère à l'imminence du passage à l'acte alors que la dangerosité réfère au degré de létalité et d'accessibilité du passage à l'acte. Ce dernier réfère aux actes de suicide, d'automutilation et d'agressivité contre autrui pouvant aller jusqu'à l'homicide. L'estimation de la dangerosité implique l'évaluation du plan, soit les moyens et l'endroit du passage à l'acte. L'estimation se fait assez rapidement pour déterminer si des mesures d'urgence sont requises. En l'absence d'une urgence, l'estimation se poursuit quoiqu'encore rapidement avec l'exploration des facteurs de risque (Séguin, 2012).

Séguin (2012) souligne l'ampleur de la souffrance des personnes suicidaires. Elle s'accompagne d'une perception de dépassement et d'incapacité à diminuer la souffrance, et d'un



sentiment d'impuissance. Le rôle de l'intervenant est, selon cette chercheuse, d'offrir un cadre ouvert, c'est-à-dire exempt de jugement, et une présence à titre de témoin de la souffrance. L'intervenant doit aussi accorder de l'écoute pour valider et diminuer la souffrance ainsi que transmettre de l'espoir par l'entremise d'une alliance thérapeutique marquée d'authenticité et d'honnêteté (Séguin, 2012). L'estimation de l'urgence et de la dangerosité étant expliquée, je procède avec la présentation des modèles d'intervention de crise.

### **1.6.2.3 Les modèles d'intervention de crise**

À partir de leur typologie de crise, Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) abordent des modes d'intervention de crise adaptés. Dans le cas de la crise psychosociale, les modes d'intervention privilégiés sont axés sur les ressources et les capacités de résolution de problèmes des individus. Un exemple de modèle est l'approche orientée vers les solutions.

Pour ce qui est de la crise psychotraumatique, Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) proposent des interventions brèves et des thérapies d'exposition.

Concernant la crise psychopathologique, Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) présentent un modèle d'intervention de crise de courte durée axé sur l'évaluation des problèmes et l'engagement de la personne en état de crise pour l'orienter vers des services spécialisés en santé mentale.

Bref, le processus d'intervention en situation de crise est plutôt structuré, linéaire et dirigé par les intervenants, ceux-ci étant en position de professionnels détenant des savoirs adéquats. Cette expertise est valorisée entre autres en évoquant la complexité de l'intervention en matière de prévention du suicide et de crise. Justement, Séguin et LeBlanc (2012) soulignent l'importance des formations pour soutenir les intervenants dans l'amélioration de leurs compétences. Or, cette complexité fait que des enjeux éthiques peuvent émerger. J'en aborde quelques-uns dans la partie suivante.

### **1.6.3 Des enjeux éthiques et légaux complexes**

L'intervention en prévention du suicide et en situation de crise suicidaire est perçue comme complexe par la plus grande partie des chercheurs et des praticiens. Dans cette optique,

le jugement clinique, les compétences et la responsabilité des professionnels sont perçus comme centraux pour prévenir des conséquences graves ou encore mortelles (Séguin et LeBlanc, 2012).

Le jugement clinique devrait être éclairé, objectif et rationnel, selon Séguin et LeBlanc (2012). Les chercheuses précisent ce qui suit : « Une prise de décision éclairée est primordiale, puisqu'une estimation erronée de l'urgence et de la dangerosité peut avoir des conséquences graves, voire potentiellement létales. » (p. 53) Conséquemment, une attitude calme, vigilante et distanciée par rapport aux personnes suicidaires et à leurs situations est prônée (Séguin et LeBlanc, 2012; Fondaire et Larose, 2007b). Le recours soutenu d'une telle attitude constitue cependant un défi pour les professionnels considérant l'intensité affective des situations suicidaires et de la continuité des interventions qu'elles nécessitent (Fondaire et Larose, 2007b). La rapidité de l'intervention en situation de crise, l'état de désorganisation des personnes accompagnées affectant leurs capacités à prendre des décisions éclairées, et le maintien de l'investissement des personnes accompagnées dans le processus d'intervention sont d'autres défis couramment rencontrés sur le terrain par les intervenants dans leurs efforts à exercer des jugements éclairés (Séguin et LeBlanc, 2012).

Les dilemmes éthiques et les enjeux légaux accentuent la complexité de l'intervention en prévention du suicide. Par exemple, les intervenants sont légalement tenus de divulguer des informations confidentielles lorsqu'ils estiment de manière raisonnable que les personnes présentent un risque sérieux de mort ou de blessure grave. Cependant, Mishna, Antle et Regehr (2002) soutiennent qu'il s'avère ambigu de porter un tel jugement entre autres en raison de la complexité des situations sur le terrain, d'un manque de clarté dans les lignes directrices légales et de la multitude d'interprétations des situations par les acteurs impliqués en fonction de leurs attitudes et leurs valeurs. De plus, « le respect de la confidentialité est important, puisqu'il permet de maintenir le lien et l'engagement qui sont essentiels à l'intervention » (Séguin et LeBlanc, 2012, p. 55).

Quant au plan éthique, les intervenants sont souvent pris dans des conflits de valeurs. Par exemple, entre la bienfaisance de la personne suicidaire et la bienfaisance de la collectivité, et entre la défense de l'autodétermination et de l'autonomie des personnes suicidaires et la protection sous le couvert du contrôle social (Mishna, Antle et Regehr, 2002; Cartuyvels, 2015). Selon Cohen (2001), les questionnements éthiques peuvent être amplifiés dans des situations où

la charge de travail des intervenants est accrue et le soutien organisationnel est insuffisant. Pour régler de tels dilemmes, Séguin et LeBlanc (2012) proposent, entre autres, le maintien de l'engagement des personnes suicidaires dans la relation d'intervention, le travail de collaboration entre professionnels et les formations pour améliorer les connaissances et les compétences des intervenants. C'est ainsi que je conclus les pratiques d'intervention actuellement les plus répandues en prévention du suicide et en intervention en situation de crise suicidaire. J'enchaîne en présentant des connaissances et des pratiques d'intervention moins répandues.

## **1.7 Des connaissances et des pratiques d'intervention moins répandues**

Les connaissances et les pratiques d'intervention abordées dans cette section se situent dans une conception alternative par rapport à la conception dominante du suicide présentée plus haut. Elle fait la promotion de pistes de réflexion et d'action pouvant entraîner un changement social. Je survole trois perspectives qui recourent le sujet de mon mémoire : la perspective de Gaulejac (2009) sur les formes de souffrances, la perspective principalement portée par Le Bossé (2016) sur le développement du pouvoir d'agir et la perspective de la réciprocité transformatrice de Gagnon (2006).

### **1.7.1 La souffrance au croisement du vécu individuel et du vécu social**

Selon Gaulejac (2009), la souffrance doit nécessairement être comprise dans une perspective complexe et contextualisée de croisement et de superposition entre le vécu subjectif et le vécu social. Ce faisant, le chercheur souhaite éviter des « réponses univoques qui “psychologisent” les problèmes sociaux » (p. 58).

Gaulejac propose que la souffrance individuelle comporte nécessairement une origine sociale ou collective. Il se réfère respectivement à des souffrances individuelles et sociales. En s'appuyant sur des témoignages et sur un examen de la littérature scientifique, ce chercheur soutient que la souffrance individuelle apparaît lorsque l'individu éprouve un écart majeur entre ses aspirations subjectives profondes et ses conditions de vie, les normes sociales de son milieu ou la stigmatisation sociale qu'il subit. Un individu qui détient peu ou aucun moyen concret

pour réduire cet écart se trouve limité dans ses possibilités d'action. Conséquemment, il se voit « contraint d'occuper une place sociale qui l'invalide, le disqualifie, l'instrumentalise ou le déconsidère », ce qui se transforme en souffrance sociale (Gaulejac, 2009, p. 51). Plusieurs conséquences à la fois sociales et subjectives apparaissent, par exemple, l'isolement social et des sentiments tels que la honte, la solitude, l'impuissance, l'humiliation, l'injustice et la frustration. Outre les traces persistantes laissées par ces conséquences, des traces physiques peuvent également apparaître, en particulier en situation de pauvreté (Gaulejac, 1989<sup>11</sup>).

L'individu continue cependant d'entreprendre des « luttes quotidiennes pour garder un minimum de dignité » et pour tenter de se défaire de sa souffrance (Gaulejac, 2009, p. 57). Il s'installe alors un « épuisement moral et intellectuel » de telle sorte que l'individu ressent une lourdeur à investir le peu d'énergie qu'il lui reste pour survivre au quotidien (Gaulejac, 2009, p. 55). En fin de compte, la souffrance peut mener à deux parcours différents : « Si elle pousse l'individu à s'en sortir, à se mobiliser pour améliorer ses conditions de vie et lutter contre l'invalidation dont il est l'objet, on pourra parler de souffrance créatrice. Si à l'inverse elle inhibe les capacités du sujet, on pourra parler de souffrance destructrice. » (Gaulejac, 2009, p. 52). Je pense que le suicide pourrait s'inscrire dans ce second parcours. Encore à l'intersection de la subjectivité et du contexte, la prochaine piste d'action alternative porte sur l'accroissement du pouvoir d'agir individuel et collectif.

### **1.7.2 Le développement du pouvoir d'agir pour valoriser l'expertise expérientielle**

Le Bossé (2003) est à l'origine de la perspective du développement du pouvoir d'agir. Il a formé cette notion à partir de celle de l'*empowerment*. Le pouvoir d'agir désigne d'abord un processus mené activement par des personnes, que ce soit des individus ou des collectivités,

---

<sup>11</sup> À travers ses expériences en tant que sociologue et travailleur social, Gaulejac (1989) remarque l'importance du sentiment de honte chez les jeunes en situation de pauvreté. Il s'attarde alors à une analyse critique de 600 histoires de vie pour faire émerger des liens entre ces dimensions. Cet article comporte une synthèse de cette analyse alors la version complète se trouve dans l'ouvrage *La névrose de classe* (1987) du chercheur. Brièvement, Gaulejac (1989) met en relief une origine à la fois psychique (en particulier, la honte), à la fois sociale de ce qu'il désigne comme la névrose de classe.

dans un contexte précis afin d'amorcer ou de contribuer à un changement (Le Bossé, 2003; Le Bossé et Dufort, 2001). Ce changement est à la fois concret et souhaité par les personnes, c'est-à-dire qu'il est important, légitime ou signifiant pour elles, dans leur vécu quotidien ou au regard de leurs aspirations existentielles (Le Bossé, 2016, 2003). Puis, le pouvoir d'agir réfère à un processus d'affranchissement des personnes envers leur souffrance et leur « impuissance réelle ou ressentie » face aux défis, aux obstacles ou aux contraintes sur les plans individuel et structurel (Le Bossé, 2003, p. 44). L'objectif est donc de « restaurer le mouvement d'épanouissement là où il est interrompu » (Le Bossé, Bilodeau, Chamberland et Martineau, 2009, p. 183). Le pouvoir d'agir réfère enfin à un processus interactif entre les besoins personnels (par exemple, accroître son sentiment de compétence, détenir un pouvoir d'influence), les ressources personnelles (par exemple, les connaissances, les compétences, le sentiment d'efficacité personnelle) et les ressources collectives disponibles (par exemple, les informations, les services, les possibilités d'actions légales et politiques, les budgets) (Le Bossé, 2003). Le but est d'articuler ces ressources pour que les personnes atteignent un plus grand pouvoir d'influence sur la distribution des ressources du milieu et leur accès (Le Bossé, 2003). Or, le rapport de domination de certains groupes sur d'autres et les conditions structurelles qui l'appuient font en sorte que la distribution des ressources collectives et leur accès sont inégaux entre les milieux et les groupes sociaux (Le Bossé, 2003).

Les processus fondamentaux du développement du pouvoir d'agir sont l'action et la « conscientisation » (Le Bossé, 2003, p. 37). Ils s'appuient sur une prise en compte et une compréhension de l'interdépendance entre les ressources individuelles et collectives dans un contexte précis (Le Bossé, 2003, p. 40). Les intervenants, aussi désignés « praticiens du social », qui souhaitent enrichir le pouvoir d'agir des individus ou des collectivités doivent adopter une identité professionnelle alternative, selon Le Bossé, Bilodeau, Chamberland et Martineau (2009) (p. 176). Ceux-ci proposent les rôles de « passeur » et d'allié stratégique accompagnant avec créativité et inventivité les personnes à désobstruer le passage vers l'épanouissement (p. 183). Le Bossé et Dufort (2001) suggèrent, pour leur part, le rôle d'agent multiplicateur en améliorant « l'accès aux ressources nouvelles ou existantes » et l'efficacité des personnes (p. 89). Ces chercheurs précisent au sujet du rôle des intervenants : « Le soutien psychologique, logistique

et informationnel qu'il procure crée les conditions pour que s'actualisent les compétences de ceux qui sont les véritables porteurs du changement. » (Bossé et Dufort, 2001, p. 89)

L'accompagnement offert par les intervenants consiste en « une véritable négociation des expertises afin qu'elles puissent converger vers l'atteinte d'une cible de changement commune » (Le Bossé, Bilodeau, Chamberland et Martineau, 2009, p. 186). La relation d'accompagnement est donc plus symétrique en matière de rapport de pouvoir (Le Bossé, 2016). De plus, l'accompagnement est ponctuel, et centré sur le contexte et le moment présents compte tenu de l'unicité et du dynamisme des situations (Le Bossé, 2016; Le Bossé, Bilodeau, Chamberland et Martineau, 2009). Il favorise également la réflexion, l'action de conscientisation ainsi que l'action autonome spécifique à chaque personne et à chaque collectivité (Le Bossé, 2016). La perspective suivante est la dernière que je présente qui s'inscrit dans une conception alternative à la conception la plus répandue du suicide.

### **1.7.3 La réciprocité transformative : où la rencontre de la richesse humaine favorise les mouvements de croissance mutuelle**

Alors que le concept de réciprocité est abordé par d'autres auteurs, Christian Gaignon (2006)<sup>12</sup> introduit le concept de réciprocité transformatrice. L'auteur le situe dans un paradigme plus constructif et plus éthique par rapport au paradigme qui domine le champ de la relation d'aide (Gaignon, 2007). Au centre de la réciprocité transformatrice, nous retrouvons des sujets engagés dans un mouvement mutuel de croissance et d'émancipation grâce à des rencontres fondamentalement humaines. Pour que les intervenants exercent leurs pratiques professionnelles de manière profondément humaine, le rassemblement de la sphère privée et de la sphère professionnelle de leurs vécus est promu, ce qui est contraire à la conception dominante : « Ce paradigme séparateur nous fait oublier que la richesse de la relation d'aide

---

<sup>12</sup> Le chercheur adopte une approche heuristique et le récit de vie pour sa recherche qualitative. Il se penche sur sa trajectoire de vie et sur sa pratique d'accompagnateur dans une visée de dépassement du clivage vie professionnelle-vie personnelle. Parmi les assises théoriques de ses réflexions, nous retrouvons l'approche systémique, la théorie de l'attachement et l'approche existentielle-humaniste.

émane notamment d'un regard qui porte sur la globalité de la vie de l'intervenant. » (Gaignon, 2006, p. 15)

Gaignon (2006) met en évidence deux dimensions fondamentales pour que les intervenants accèdent à la réciprocité transformatrice. D'une part, il est nécessaire que les intervenants exercent de l'introspection et de l'autoréflexion. Au sens de Gaignon (2006), ces outils permettent aux intervenants d'explorer avec honnêteté leur monde intérieur et de faire émerger des prises de conscience sur leurs responsabilités, sur leurs limites (par exemple, en ce qui a trait aux connaissances apprises, aux structures), ainsi que sur leurs déséquilibres dans les moments où ils témoignent le vécu et la souffrance d'autrui. Par exemple, Gaignon (2006) pense que les intervenants peuvent communiquer leurs limites aux personnes accompagnées et à l'équipe d'intervention afin de favoriser l'acceptation de leurs propres limites. Dans ce deuxième cas, l'expression de ses limites envers une situation percutante et des effets de celles-ci sur soi peut contribuer à diminuer la tension ressentie par l'équipe d'intervention et à « renforcer la complicité, la solidarité et la complémentarité » entre collègues (Gaignon, 2006, p. 131). Autrement dit, les limites et les souffrances des intervenants peuvent être transformées en ressources pour améliorer leurs pratiques. Or, le regard sur soi met en lumière « l'importance de prendre soin de soi quand on est inscrit dans les professions qui nous conduisent à prendre soin des autres » (Gaignon, 2006, p. 147). Des exemples de pistes pour prendre soin de soi sont de se respecter soi-même, de se faire confiance et de se ressourcer, selon Gaignon (2006).

D'autre part, la réciprocité transformatrice implique la création d'un mouvement circulaire dans lequel l'intervenant donne du soutien aux personnes et accepte de recevoir des apprentissages de celles-ci. Ainsi, les potentialités des personnes accompagnées sont reconnues en dehors de leurs difficultés (Gaignon, 2006). Les intervenants accompagnent les personnes à « s'autoriser à donner, [les] amenant ainsi à participer activement à faire grandir l'autre » (Gaignon, 2006, p. 154). Par ailleurs, se sentir utile et crédible éveille l'espoir. Les personnes accompagnées peuvent donc être libérées d'une position stigmatisée (par exemple, victime, coupable) pour accéder à une position valorisante et émancipatrice (Gaignon, 2006).

Finalement, le regard sur soi et l'activation d'un mouvement donner-recevoir par les intervenants sont essentiels pour libérer les potentiels de créativité et de croissance dans la relation d'accompagnement, et ce, autant chez les intervenants que chez les personnes

accompagnées. En se laissant surprendre et émerveiller par autrui pour en arriver à des découvertes enrichissantes, les intervenants occupent une position de lâcher-prise marquée d'authenticité et d'ouverture au lieu d'une position d'autorité et de contrôle qui se caractérise par une mise à distance de l'autre (Gaignon, 2006). De plus, la réciprocité transformatrice implique une attitude d'engagement et de responsabilité, ce qui est favorable, selon Gaignon (2006), à susciter l'investissement des personnes accompagnées et, plus largement, à une pratique plus éthique. La prochaine partie comporte une présentation globale des centres de crise communautaires.

## **1.8 Les centres de crise communautaires**

Le contexte d'intervention ciblé dans ce mémoire est celui des centres de crise communautaires. En prenant connaissance de l'historique de ces organismes, il est possible d'affirmer que leur contexte d'émergence et d'évolution semble avoir joué un rôle déterminant dans l'évolution de leurs identités et de leurs pratiques, jusqu'à ce jour. L'une des particularités des centres de crise communautaires est qu'ils se situent depuis leur création à l'intersection de deux catégories d'approches : celles enracinées dans les principes communautaires et alternatifs, et celles enracinées dans le système sociosanitaire québécois. Alors, dans le but de mieux comprendre les centres de crise communautaires, un tour d'horizon sociohistorique est effectué, suivi d'une présentation du contexte contemporain.

### **1.8.1 Le contexte d'émergence**

Avec la création de l'assurance maladie et l'augmentation des besoins de la population, les urgences hospitalières débordent durant les années 1970 (Lefebvre et Larose, 2007). Parmi les personnes qui les fréquentent largement, nous retrouvons les personnes touchées par la désinstitutionnalisation auxquelles peu de ressources de transition et de réintégration sociale sont allouées (Lefebvre et Larose, 2007; Doré, 1987). Entamée depuis les années 1960, la désinstitutionnalisation implique le déplacement progressif des services spécialisés pour le traitement des troubles de santé mentale sévères des centres hospitaliers psychiatriques vers des centres hospitaliers de soins généraux (Lefebvre et Larose, 2007; Jetté, 2008; Doré, 1987). Le « syndrome de la porte tournante » est désigné pour illustrer ce phénomène où les personnes



atteintes de troubles de santé mentale sévères ont recours de manière répétitive aux services pour de l'aide notamment envers leur souffrance (Lefebvre et Larose, 2007). En ce qui concerne les personnes suicidaires, elles ont également recours aux urgences hospitalières pour leur détresse, n'ayant aucune autre instance de soutien vers laquelle se tourner (Lefebvre et Larose, 2007).

Durant les années 1980, l'aggravation de la crise politique et économique contribue à ce que l'État québécois se retire graduellement de l'économie et du déploiement des services. Il s'appuie aussi progressivement sur des principes néolibéraux, ce qui contraste avec l'approche interventionniste de l'État-providence (Lavoie et Panet-Raymond, 2011). La responsabilité de la prise en charge des enjeux sociaux est alors déplacée vers les individus et leurs familles, ainsi que vers la communauté (Lefebvre et Fondaire, 2007). Ce changement réfère à ce que l'on appelle le virage ambulatoire (Jetté, 2008).

Parallèlement, les mouvements sociaux prennent de l'essor (Lavoie et Panet-Raymond, 2011). Parmi ceux-ci, notons le mouvement alternatif en santé mentale, qui s'« inscrit dans un courant nord-américain de remise en question de la domination médicale en psychiatrie » (RRASMQ, 2009, p. 4). Un nombre grandissant de regroupements se forment, dont le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, en 1983, et l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, en 1990 (Jetté, 2008; Lefebvre et Larose, 2007). Ces regroupements dénoncent avec ferveur le manque de correspondance entre les besoins des communautés et des personnes utilisant les services, d'un côté, et les pratiques du modèle médical prédominant, de l'autre côté (Lefebvre et Larose, 2007). En particulier, les usagers signalent des « modalités institutionnelle et organisationnelle d'une prestation de services perçue comme déshumanisante, dépendante et impersonnelle » (Jetté, 2008, p. 239).

Une pression est alors exercée sur le gouvernement québécois pour la mise en place de services d'inspiration alternative par ceux impliqués dans les mouvements sociaux (Lefebvre et Larose, 2007). En plus, le recours important aux urgences hospitalières persiste au courant de la première moitié des années 1980 (Demers et Lemieux, 1998). Cette situation entre avec prépondérance sur la scène publique en raison d'une couverture médiatique importante et d'une campagne électorale (Demers et Lemieux, 1998). Les premiers centres de crise, considérés

d'emblée comme des organismes communautaires, sont créés par le gouvernement québécois en 1986 (Lefebvre et Larose, 2007; Péladeau, Mercier et Couture, 1991). Ils ont comme « objectif principal de réduire l'engorgement des urgences des hôpitaux et de limiter le recours à l'hospitalisation » (Péladeau, Mercier et Couture, 1991, p. 268).

### **1.8.2 Le contexte de développement**

Les premiers centres de crise québécois reprennent le modèle américain implanté depuis la fin des années 1950 (Aujard, 2007; Lefebvre et Larose, 2007). Il s'agit de résidences situées dans la communauté qui offrent de l'hébergement et de l'intervention de crise à un petit nombre de personnes (Aujard, 2007; Lefebvre et Larose, 2007). Ce modèle est employé avec enthousiasme puisqu'il propose une intervention de crise « rapide et efficace » tout en situant la prévention au premier plan et en privilégiant sa mise en œuvre dans la communauté (Israël, 1991, p. 237). Quant à la perspective de la crise retenue, elle s'appuie sur celle de Caplan (1961, 1964) : « l'intervention de crise est ponctuelle et momentanée, et la crise est d'ordre psychosocial plutôt que médical », que les personnes présentent des antécédents psychiatriques ou non (Péladeau, Mercier et Couture, 1991, p. 268).

Durant les années 1990, les rapports de partenariat entre les centres de crise et le secteur public sont parfois marqués de tensions en raison de divergences dans les principes qui sous-tendent leurs perspectives et leurs pratiques (Lefebvre et Larose, 2007). Ces rapports de partenariat entraînent également une professionnalisation grandissante dans les centres de crise communautaires (Lefebvre et Larose, 2007). En d'autres mots, ce sont davantage des professionnels salariés que des bénévoles et des militants qui sont impliqués dans l'offre de services (Lavoie et Panet-Raymond, 2011; Lefebvre et Larose, 2007). Cette professionnalisation entraîne des changements de pratiques, celles-ci « s'appuyant désormais davantage sur des méthodes d'intervention reconnues » et se centrant sur l'offre de services (Jetté, 2008, p. 332). Les savoirs expérientiels et les « pratiques réciprocaires » favorables aux liens sociaux et au militantisme politique occupent de moins en moins de place (Jetté, 2008, p. 338).

Alors que certaines équipes en centres de crise défendent leur autonomie et leur adhésion aux principes communautaires, d'autres équipes privilégient une association plus étroite avec les établissements publics et une plus grande adoption de leurs principes institutionnels

(Lefebvre et Larose, 2007). En plus, des rapports de force s'exercent sur les centres de crise : alors que des membres de la communauté et des usagers promeuvent une approche alternative, des équipes du secteur public réclament un « accès privilégié et direct » en matière de références d'usagers ou encore une intégration des centres de crise à leur établissement (Lefebvre et Larose, 2007, p. 68). Conséquemment, des variations dans les principes et dans les fonctionnements s'installent graduellement entre les centres de crise (Lefebvre et Larose, 2007).

Les demandes de services augmentent dans les centres de crise communautaires, et les situations des personnes en situation de crise avec lesquelles les équipes œuvrent se diversifient et se complexifient (Lefebvre et Larose, 2008). Par exemple, de plus en plus de personnes aux prises avec des troubles de consommation, des difficultés socioéconomiques et de l'instabilité au niveau du logement sollicitent l'aide des centres de crise (Lefebvre et Larose, 2008). Le phénomène de la porte tournante commence alors à se produire dans les centres de crise (Lefebvre et Larose, 2008).

Les centres de crise communautaires sont de surcroît sollicités par le MSSS notamment pour la prévention du suicide avec la création de la Stratégie québécoise d'action face au suicide (MSSS, 1998). À cette époque, les équipes en centres de crise interviennent plus ou moins avec des personnes suicidaires (MSSS, 1998). En 2001, la politique québécoise de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire voit le jour (MSSS, 2001). Cette loi permet aux centres de crise de recevoir, au même titre que les autres organismes communautaires, un financement stable de l'État québécois tout en demeurant autonomes (Lefebvre et Larose, 2007; Jetté, 2008). En plus, les politiques instaurées et les orientations établies par le MSSS présentent les centres de crise communautaires comme des partenaires du réseau sociosanitaire, ce qui leur donne un certain pouvoir de négociation (Jetté, 2008).

En 2003, le Regroupement des services d'intervention de crise du Québec se forme et s'investit à faire valoir les principes communautaires et alternatifs au sein de leurs pratiques (RESICQ, s. d.). Selon Lefebvre et Larose (2007), sa mise sur pied tardive est attribuable aux difficultés dans la mise en commun des besoins et des enjeux diversifiés des centres de crise au Québec. Bien que des centres de crise communautaires se préoccupent de se trouver dans un rapport d'instrumentalisation avec le secteur public, il semble que les rapports de collaboration

se clarifient et s'améliorent progressivement au début des années 2000 (Lefebvre et Larose, 2007).

Au Québec, une tendance vers le « retour à l'hospitalocentrisme et à une gouvernance plus autoritaire et hiérarchique » a lieu à l'intérieur du système de santé et des services sociaux (Jetté, 2008, p. 370). Conséquemment, les organismes communautaires se trouvent à devoir délaissier une part de leur autonomie pour jouer un plus grand rôle de complémentarité (René, 2009). Un recours grandissant à l'approche néolibérale et aux mesures de privatisation par les dirigeants en politique et en santé publique dans une visée de réduction des dépenses de l'État s'observe (Lavoie et Panet-Raymond, 2011; Jetté, 2008; Lemelin, 2017). À propos du rapport de partenariat créé entre l'État québécois et le secteur communautaire, Jetté (2008) pense que « [l]a mise en valeur de ce type d'arrangements est cruciale parce qu'elle pourrait bien constituer un frein à la poussée de privatisation de certains segments des services sociaux et surtout des services de santé » (p. 376).

### **1.8.3 Le contexte contemporain**

Il est d'emblée important de préciser que plusieurs milieux offrent, au Québec, des services d'intervention de crise de manière diversifiée (Lefebvre et Larose, 2007). Les centres de crise font partie de cet ensemble de services d'intervention de crise. Ils se distinguent en offrant de l'hébergement aux personnes en situation de crise (MSSS, 2015; Fondaire, 2007). Une diversité en matière d'approches et de mandats se retrouve même dans l'ensemble des centres de crise (Lefebvre et Larose, 2007). Par exemple, les centres de crise diffèrent dans leur adhésion aux principes communautaires, alternatifs et institutionnalisés (Lefebvre et Larose, 2007). Je dresse tout de même un portrait global de ces organismes communautaires en m'appuyant sur les informations diffusées par le Regroupement des services d'intervention de crise du Québec (RESICQ), par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), dont certains centres de crise sont membres, et par le MSSS. Je présente d'abord la mission et l'équipe, puis je décris les repères du mouvement communautaire et de l'approche alternative en santé mentale. Je termine en survolant les rapports de partenariat.

### **1.8.3.1 La mission de l'organisme et la composition de l'équipe**

Les centres de crise communautaires au Québec ont comme rôle d'offrir des services gratuits et confidentiels en intervention de crise auprès d'individus en situation de crise ou en grande détresse ainsi qu'à leurs proches (RESICQ, s. d., 2015). L'intervention déployée dans les centres de crise est présentée comme spécialisée en référence à l'expertise développée à partir des connaissances et des pratiques issues du milieu communautaire, de l'approche alternative en santé mentale et des connaissances sur la crise (Lefebvre et Larose, 2007; RESICQ, s. d.). Elle est également multiforme : l'intervention téléphonique offerte en tout temps pour désamorcer la crise rapidement; l'hébergement de courte durée dans une visée de rétablissement du fonctionnement des personnes en situation de crise tout en offrant un milieu accueillant et sécuritaire; le suivi de crise étroit ou de courte durée; l'intervention mobile à l'intérieur de laquelle les intervenants se déplacent dans le milieu de vie des personnes si le degré de dangerosité le permet; le soutien aux proches de personnes vivant une situation de crise; et le soutien aux partenaires professionnels (MSSS, 2015; RESICQ, s. d.). D'autres dimensions centrales de leurs services sont la prévention du recours à l'urgence hospitalière et à l'intervention policière, la diminution de la durée de l'hospitalisation dans les unités psychiatriques, ainsi que l'estimation de la dangerosité et de l'urgence d'un passage à l'acte suicidaire, agressif, d'automutilation et d'homicide (MSSS, 2015; RESICQ, s. d.).

L'équipe d'intervention de crise se compose de professionnels provenant de divers domaines de formation relativement à la relation d'aide comme le travail social, la psychologie, la psychoéducation, l'éducation spécialisée, l'orientation et le counseling, la sexologie et la criminologie (RESICQ, s. d.). Cette équipe est soutenue par une équipe de coordination clinique, notamment sous la forme de supervision, et une équipe administrative (RESICQ, s. d.).

### **1.8.3.2 Les repères du mouvement communautaire et de l'approche alternative en santé mentale**

Quelques principes communautaires guidant les centres de crise demandent d'agir avec humanité, souplesse, créativité et professionnalisme. La lutte contre les préjugés et la sensibilisation auprès des instances, des partenaires et du grand public sont également promues

(RESICQ, s. d., 2016). Outre ces principes, les centres de crise peuvent adhérer à des principes alternatifs, dont ceux définis par le RRASMQ (2009) :

- La personne est considérée dans sa globalité, c'est-à-dire que l'on considère « autant ses fragilités que ses forces [et] son droit à la différence dans le respect de son intégrité » (p. 6);
- Les relations fondamentalement humaines imprégnées d'écoute, de respect et d'égalité contribuent au bien-être des personnes;
- Les troubles de santé mentale sont envisagés de manière positive et dynamique, de sorte que « les états de détresse et de déséquilibre sont considérés comme normaux [et] les moments de vulnérabilité et de souffrance sont perçus comme des expériences d'enrichissement » (p. 7);
- Le sens singulier que la personne attribue à son vécu se situe au premier plan de son bien-être;
- L'accueil profondément humain, « chaleureux et respectueux » envers soi-même, et envers les autres est encouragé (p. 8);
- L'entraide dans une optique de solidarité est valorisée;
- La promotion du pouvoir individuel et collectif est importante;
- Une attention particulière est accordée au rapport que la personne atteinte d'un trouble de santé mentale entretient avec sa médication.

Ces principes communautaires et alternatifs influencent l'organisation et la gestion des organismes communautaires ainsi que les rapports entre les intervenants et les personnes soutenues. D'une part, comparativement aux organismes dans le réseau institutionnel, ces relations se caractérisent d'une plus grande convivialité en s'appuyant sur un rapport de pouvoir plus égalitaire et d'un plus grand respect mutuel (René, 2009). Les pratiques adoptées sont à caractère plus humain (St-Amand, 2011). D'autre part, les organismes communautaires favorisent souvent la participation de leurs membres dans leur fonctionnement et dans leurs activités dans une vision démocratique (Lavoie et Panet-Raymond, 2011).

### **1.8.3.3 Les rapports partenariaux**

Les rapports de partenariat que les centres de crise communautaires entretiennent sont nombreux, complexes et diversifiés, selon les milieux. Ils sont en outre plus ou moins formalisés, quoique la tendance semble se diriger vers une formalisation grandissante selon les orientations proposées par le MSSS (Grenier et Fleury, 2009; MSSS, 2015 et 2012).

Parmi les partenaires avec lesquels les équipes des centres de crise communautaires entretiennent des rapports étroits, mentionnons les équipes des établissements publics du réseau sociosanitaire. Par exemple, Houle et Poulin (2009) ont recueilli des données à partir de fiches d'informations et d'entrevues semi-dirigées auprès de personnes hospitalisées après qu'elles aient posé un acte suicidaire et qu'elles se soient présentées à l'urgence. Houle et Poulin (2009) mettent en évidence que les centres de crise sont parmi les principaux services proposés à ces personnes. Pourtant, la continuité dans l'offre de services auprès des personnes suicidaires par différents établissements entretenant des rapports de partenariat demeure un défi (Houle et Poulin, 2009).

Pour leur part, Fondaire et Larose (2007b) ont effectué de l'observation participante et ont mené des entrevues avec des intervenants travaillant en centres de crise. Ceux-ci relatent des défis à relever dans les relations de partenariat, défis qu'ils attribuent aux différences dans les missions des établissements et dans les visions de l'intervention. Fondaire et Larose (2007b) évoquent même des situations où des professionnels d'autres établissements adoptent un discours médical de type prescriptif envers les intervenants en centres de crise.

Bref, la clarification des rôles et des responsabilités des acteurs impliqués ainsi que l'amélioration des rapports de partenariat basés sur la coopération semblent être un défi sur le terrain, mais une piste d'action importante à privilégier (Fondaire et Larose, 2007b).

## **CHAPITRE 2 : Perspectives théoriques**

Pour ce mémoire, j'ai recours à une orientation théorique dont la mise en œuvre est assez large et souple dans le contexte d'une analyse qualitative (Paillé et Mucchielli, 2013). En s'intéressant à dégager les perceptions des intervenants sur le suicide ainsi que leurs effets sur la pratique, la notion de représentation sociale se révèle pertinente.

### **2.1 L'émergence d'une préoccupation théorique pour les représentations sociales**

Le terme « représentation » provient d'Émile Durkheim (1893), quoique les réflexions initiales en la matière remontent au 17<sup>e</sup> siècle avec René Descartes (Orfali, 2000). Plus tard, « [c]'est Piaget qui, le premier, évoque les représentations dites sociales, mais ce sera [Serge] Moscovici qui établira l'idée d'une rationalité du sens commun et œuvrera pour sa reconnaissance conceptuelle » (Orfali, 2000, p. 237). Dans les décennies qui suivirent, la notion prend de l'expansion dans le domaine des sciences humaines et sociales, et c'est son caractère polysémique, en particulier, qui en permet un usage large et diversifié (Jodelet, 1989b; Orfali, 2000).

Dans l'approche axée sur la compréhension du contenu des représentations sociales, Jodelets (1989b) relève « deux orientations [...] qui ne sont pas exclusives de l'autre de l'autre » (p. 55). Dans la première orientation, les chercheurs rendent compte des composantes formant les représentations sociales ainsi que des principes qui font de ceux-ci un champ structuré et cohérent (Jodelet, 1989b). On considère, dans la deuxième orientation, qu'une représentation sociale comporte un noyau central stable dont la fonction est d'organiser les « éléments périphériques qui peuvent, eux, se transformer plus aisément » (Orfali, 2000, p. 247). Dans ce mémoire, je m'appuie sur la perspective théorique de Denise Jodelet qui s'inscrit dans la première de ces deux orientations et en continuité avec les travaux de Serge Moscovici. Avant de la présenter, j'aborde brièvement la perspective de Durkheim sur les représentations et le suicide.



## 2.2 Les représentations et le suicide selon Émile Durkheim

Émile Durkheim pense que la compréhension de la réalité sociale se fait par l'étude objective de phénomènes sociétaux (Durkheim, 1898). Il les saisit en tant que faits sociaux objectifs ordonnés et définis, et indépendants des natures individuelles. De plus, leur ensemble est plus grand de la somme de leurs composantes distinctes (Durkheim, 1897a). Dans son ouvrage *Les règles de la méthode sociologique* (1894), Durkheim jette les fondements de la méthode de recherche scientifique de la sociologie positiviste. Sa recherche empirique étayée dans son célèbre ouvrage *Le suicide* (1897) constitue une démonstration de cette méthode, ainsi qu'un prolongement des réflexions contenues dans son premier ouvrage *De la division du travail social* (1893). Je propose de brièvement présenter la perspective de Durkheim sur les représentations et ses propositions d'analyse sur le suicide, celles-ci étant incontournables pour les projets de recherche abordant les représentations et le suicide.

### 2.2.1 Les représentations collectives essentielles à l'ordre social

Pour Durkheim, la conscience collective permet la solidarité sociale, celle-ci étant nécessaire au maintien de l'ordre social. Cette conscience se compose de forces extérieures et supérieures aux individus qui pénètrent puis encadrent leurs consciences, et leurs volontés de pensée et d'action. « Quand la société est fortement intégrée, elle tient les individus sous sa dépendance, considère qu'ils sont à son service et, par conséquent, ne leur permet pas de disposer d'eux-mêmes à leur fantaisie. » (Durkheim, 1897b, p. 69) Parmi les forces collectives, nous retrouvons les représentations collectives.

Durkheim distingue les représentations individuelles des représentations collectives. Alors que les premières s'appuient sur les consciences individuelles, les secondes sont supérieures en « neutralis[ant] et [en] effa[çant] » les divergences individuelles (Durkheim, 1898, p. 18). Ainsi, les individus peuvent être reliés à des groupes sociaux et à la collectivité. En même temps, les représentations collectives et les représentations individuelles se ressemblent dans la mesure où elles se constituent à la rencontre de diverses composantes, et qu'elles agissent sur la pensée et l'action des individus. En outre, elles renvoient toutes les deux à un système organisé reliant les individus à des groupes sociaux et à la société (Durkheim,

1898). Bref, les représentations collectives jouent un rôle de régulation sociale. Selon Durkheim, le suicide émerge lorsqu'il y a une perturbation majeure de l'ordre social collectif.

### **2.2.2 Le suicide en tant que symptôme de désintégration sociale**

À partir de données statistiques, Durkheim affirme que le suicide se produit régulièrement et incontestablement dans chaque collectivité. En même temps, il met en évidence une hausse importante des taux de suicide depuis le 19<sup>e</sup> siècle qu'il attribue aux changements profonds accompagnant la modernisation des sociétés. Durkheim réfute que des conditions de nature individuelle, comme les états pathologiques de folie et d'alcoolisme, et des faits du milieu physique puissent constituer des causes déterminantes du suicide (Durkheim, 1987a). Il soutient plutôt la thèse des causes sociologiques, soit la désintégration des anciens cadres sociaux comme la confession religieuse, la société domestique et la société politique, et la division du travail. Au sens de Durkheim (1893), ces situations entraînent une différenciation sociale accrue et une multiplication des consciences individuelles au détriment d'une conscience collective : « c'est que nous ne savons plus où s'arrêtent les besoins légitimes et que nous n'apercevons plus le sens de nos efforts » (Durkheim, 1897c, p. 76). N'étant pas suffisamment encadrés, les individus deviennent désintégrés socialement. Cela étant contraire à la nature humaine selon Durkheim, les individus sont alors poussés vers le suicide.

À partir de l'étude des conditions de milieux sociaux, Durkheim propose une classification étiologique du suicide selon le degré d'intégration des individus à la société. Comme pistes de solution au suicide causé par la désintégration sociale et l'effritement des cadres sociaux, Durkheim (1897c) propose la réformation morale et la reconstitution des groupes sociaux pour que ceux-ci encadrent mieux les individus. En somme, le suicide en tant qu'objet de recherche est perçu par Durkheim comme un fait social qui existe indépendamment du sujet et qui est prévisible en étant régi par des lois. Dans cette perspective, la compréhension est orientée vers l'identification de ces lois alors que le sujet est évacué, puisque celui-ci est subordonné aux forces collectives. Autant les réflexions de Durkheim ont fourni un nouveau regard sur le suicide à l'époque, autant mon intérêt dans ce mémoire est orienté vers le sujet actif. C'est notamment pour cette raison que je choisis de m'appuyer sur la perspective de Denise Jodelet.

## **2.3 Les représentations sociales selon Denise Jodelet**

Jodelet (1989b) propose que :

les représentations sociales, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. De même interviennent-elles dans des processus aussi variés que la diffusion et l'assimilation des connaissances, le développement individuel et collectif, la définition des identités personnelles et sociales, l'expression des groupes, et les transformations sociales. (p. 36-37)

Dans cette optique, les représentations sociales sont présentées comme le produit à la fois d'une expression de la pensée par symboles d'un sujet sur un objet et d'une interprétation par un sujet d'un objet en lui donnant des significations, et ce, selon des processus interactifs complexes et multiformes (Jodelet, 2008, 1989b). La visée des représentations sociales est avant tout pratique en soutenant un sujet à percevoir un objet quelconque (un phénomène, un individu, un groupe social, une collectivité) nécessairement inscrit dans un contexte temporel, social et matériel particulier. Conséquemment, le sujet peut s'approprier l'objet et interagir avec lui dans la vie quotidienne (Jodelet, 2008). En plus d'être un produit, les représentations sociales sont comprises en tant que processus dynamiques évoluant continuellement « dans leur portée et dans leur contenu », et ce, selon les dimensions interactionnelles et contextuelles (Moscovici, 1976, p. 28).

Les représentations sociales « sont des phénomènes observables directement ou reconstruits par un travail scientifique » (Jodelet, 1989b, p. 31). Dans le premier cas, elles se manifestent concrètement à travers le langage (par exemple, les mots, les messages) et les espaces sociaux et publics comme « les moyens de communication de masse, les cadres imposés par les fonctionnements institutionnels, les hégémonies idéologiques, etc. » (Jodelet, 2008, p. 40). Dans le deuxième cas, les représentations sociales prennent la forme de savoirs et de conduites tacites (Jodelet, 1989a).

### **2.3.1 De l'acteur à l'agent**

Selon la compréhension qu'en propose Jodelet (2008), le « sujet énonciateur et producteur des représentations » (p. 25) réfère à l'être humain qui est considéré comme

« authentiquement social » (p. 28). Tantôt désigné comme acteur, tantôt comme agent, Jodelet (2008) met en lumière les distinctions entre ces termes :

S'écartant d'une conception de l'individu orienté par ses champs d'intérêt et ses intentions privées, le terme d'acteur est d'un usage généralisé dans les sciences sociales, depuis Parsons. Dans un premier temps, l'acteur a été considéré comme se manifestant par des conduites sociales, personnelles et collectives. Celles-ci reflètent des attributions de rôle, de statut, et dépendent de processus de socialisation. Elles sont définies par leur conformité ou leur déviance par rapport au système des normes dominantes en fonction duquel leur sens est fixé. Cette interprétation mettait en position de subordination l'acteur qui joue des rôles imposés par une place sociale, sans autonomie face à une société régie par les impératifs du pouvoir et du profit. L'évolution du traitement de la notion d'acteur a par la suite mis en exergue la possibilité de choix rationnels et la capacité d'opposition aux contraintes du système, la rapprochant de celle d'agent, particulièrement développée dans la tradition anglaise, inspirée par Giddens.

Poser l'individu comme agent implique la reconnaissance chez ce dernier d'un potentiel de choix de ses actions lui permettant d'échapper à la passivité vis-à-vis des pressions ou contraintes sociales, et d'intervenir, de manière autonome, dans le système des relations sociales en tant que détenteur de ses décisions et maître de son action. (p. 32-33)

Alors, la conception contemporaine de l'acteur rejoint celle d'agent dans la mesure où tous deux se réfèrent à des individus capables d'exercer des choix autonomes pouvant contrevenir aux contraintes et aux pressions composant les rapports sociaux. Le terme d'acteur se distingue cependant dans la mesure où il renvoie surtout à un individu à partir d'un rôle, d'un statut ou d'une position occupée dans un système de relations sociales.

Dans mon mémoire, cependant, j'utilise les termes « acteur » et « agent » de manière parfois interchangeable à l'instar d'autres auteurs. À mon sens, tous deux réfèrent à des personnes ayant le potentiel de faire preuve d'autonomie indépendamment de l'adhésion à un rôle ou à une position. Je pense aussi qu'étudier les perspectives des personnes selon un rôle ou une position présente le potentiel de minimiser la complexité des situations. En d'autres mots, les personnes occupent souvent des rôles et des positions multiples, et de manière simultanée. Au contraire, mon intention consiste à maintenir cette complexité de sorte que le savoir qui émerge de ce mémoire n'est représentatif que d'une partie d'une riche réalité.

### **2.3.2 Un savoir du sens commun**

Dans la théorie des représentations sociales, « *the conflicts between different forms of knowledge (common sense versus scientific knowledge, traditional versus modern knowledge)* »

est mis en lumière (Jodelet, 2012, p. 78). Les représentations sociales s'apparentent au savoir de sens commun ou au savoir naïf, en émergeant d'échanges sociaux dans la réalité quotidienne des sujets (Jodelet, 2012, 1989b). Une telle forme de savoir ou de connaissance se différencie de celle émergeant du monde scientifique, par exemple, « [m]ais elle est tenue pour un objet d'étude aussi légitime que cette dernière en raison de son importance dans la vie sociale » (Jodelet, 1989b, p. 36). La science peut être employée par des groupes sociaux comme un instrument de pouvoir et de contrôle. Or, les groupes sociaux adhèrent nécessairement à des valeurs et des croyances particulières de sorte qu'ils « ne sont jamais neutres » (Moscovici, 1976, p. 172). Pour tenter de minimiser ce risque, pour ce mémoire, j'ai donc réfléchi à ma subjectivité. En ce sens, ma démarche de réflexion sur ma posture d'étudiante-chercheuse est exposée dans le chapitre sur la perspective méthodologique.

### **2.3.3 Une approche des représentations sociales dans leur complexité autour de trois sphères**

Afin de les analyser dans leur complexité, Jodelet (2012, 2008) présente un schéma rendant compte de trois sphères dans lesquelles se constituent et émergent les représentations sociales.

Premièrement, la sphère subjective concerne « les processus qui opèrent au niveau des individus eux-mêmes » face à un objet inscrit dans leur environnement social et matériel (Jodelet, 2008, p. 38). D'un côté, les sujets construisent activement des représentations de leurs expériences concrètes à partir de dimensions cognitives (par exemple, le langage, les processus de raisonnement, de perception, d'interprétation et d'imagination, etc.), affectives (par exemple, les émotions, la sensibilité, les champs d'intérêt, les désirs, etc.) et identitaires (par exemple, une prise de position individuelle face à une expérience, un système de valeurs, une insertion dans des groupes sociaux et collectifs jouant un rôle de médiation entre la vie personnelle et la vie de groupe). Autant les interprétations et les perceptions des sujets peuvent s'inscrire dans un consensus collectif, autant elles peuvent s'y contraster comme je l'explique dans la section suivante qui traite de la liberté et du déterminisme. D'un autre côté, les sujets « intègre[nt] passivement [des représentations], dans le cadre des routines de vie ou sous la pression de la tradition ou de l'influence sociale » (Jodelet, 2008, p. 38). De la sorte, ils peuvent se trouver à

adhérer et participer tacitement à la formation et au maintien de dimensions oppressives (Jodelet, 2012). Or, il s'agit d'une dimension que je mets en lumière dans le chapitre de discussion de ce mémoire.

Deuxièmement, la sphère d'intersubjectivité réfère aux situations contextualisées d'interactions sociales établissant des représentations socialement partagées et validées (Jodelet, 2012, 2008). Concrètement, les agents directement impliqués dans cette démarche ainsi que leurs coparticipants tels que désignés par Jodelet (2012) mettent en œuvre des processus de communication tels que l'échange d'informations, l'interprétation, la négociation et la confrontation. Ces processus transforment les représentations divergentes pour en arriver à des représentations communes. Un exemple d'une telle situation selon Jodelet (2012, 2008) est l'intervention en contexte communautaire dont l'objectif est de changer le rapport qu'une personne entretient avec sa situation de vie. Cela est par exemple le cas dans l'intervention en matière de suicide alors que les intervenants accompagnent les personnes suicidaires afin qu'elle retrouve un espoir face à la vie.

Troisièmement, la sphère de transsubjectivité renvoie à l'environnement social et collectif qui domine en imposant des contraintes dans l'évolution des deux sphères précédentes (Jodelet, 2012). Elle les traverse de diverses manières, notamment par l'entremise des médias de masse, des cadres institutionnels, des pressions idéologiques et des rapports de pouvoir (Jodelet, 2012). La transsubjectivité se compose de normes et de valeurs fournissant des codes moraux pour nommer, comprendre et classifier les aspects de la réalité prétendument consensuelle, et pour y agir dans une optique de maintien et de concrétisation du lien social et de l'identité collective (Jodelet, 2012, 1989a). Alors que cette dernière sphère du schéma de Jodelet comporte des systèmes d'interprétation plus nouveaux comme ceux issus de la science, il y en a d'autres qui sont plus anciens (Jodelet, 1989a). Leur pérennité s'explique par ce qui est désigné comme la mémoire collective, qui réfère à « un système d'interprétation qu'on n'élimine jamais tout à fait au cas où surgiraient des situations nouvelles le rendant utile. Sorte de garantie contre l'inconnu de l'avenir » (Jodelet, 1989a, p. 300). Les visions et les croyances de la mémoire collective peuvent être enfouies ou encore surgir, notamment dans « une situation où des mesures doivent être élaborées par un groupe social contre une menace interne » (Jodelet, 1989a, p. 301). Plus précisément, il s'agit souvent d'une menace pour l'identité collective ou le

lien social soutenant l'équilibre et le mode de vie collectifs, ce qui évoque des sentiments de peur, d'angoisse et d'anxiété (Jodelet, 1989a). Des exemples d'actions employées de manière plus ou moins tacite<sup>13</sup> sont :

- le marquage et l'étiquetage d'individus pour en constituer un groupe dont le statut est distinct du restant de la collectivité;
- l'interprétation d'une menace comme un problème dangereux de nature individuelle et incurable;
- l'effacement dit symbolique des individus du groupe problématique en ignorant leur existence et leur caractère humains;
- l'imposition d'une distance affective, sociale et physique entre la menace et le restant de la collectivité pouvant aller jusqu'à la stigmatisation;
- la standardisation des réponses au groupe au point de devenir tacites chez les membres de la collectivité dans une optique de gestion et de tolérance de la coexistence avec la menace.

Il est à préciser que ladite menace est une construction de la collectivité en fonction de ses normes et de ses valeurs ainsi que d'autres fondements, dont ceux provenant de la religion et de la science (Jodelet, 1989a).

### **2.3.4 Les représentations sociales : entre déterminisme et liberté**

Dans le schéma de Jodelet, le langage et la communication sont centraux dans la constitution et la circulation des représentations sociales. Il y est également démontré que la subjectivité ainsi que le contenu symbolique et l'organisation des représentations sociales sont largement régis par des enjeux de pouvoir et de contrôle (Jodelet, 2012, 2008). Malgré ces

---

<sup>13</sup> Ces exemples sont tirés des analyses de Jodelet dans son œuvre *Folies et représentations* (1989). Elle y propose une élucidation de la formation et de la mise en pratique des représentations sociales sur la maladie mentale dans une communauté en France où, sous la direction d'un hôpital psychiatrique, des malades mentaux sont placés en familles d'accueil. À partir d'un devis de recherche qualitative, la chercheuse emploie différents outils, dont l'observation participante, l'entretien et le questionnaire pour la collecte de données.

déterminismes plus ou moins lourds pouvant placer les sujets dans des « états d’assujettissement », ceux-ci possèdent une marge de résistance, de confrontation, d’opposition, d’autonomie, de liberté et de créativité (Jodelet, 2008, p. 38). Concrètement, il s’agit de leurs pensées, de leurs actions, de leur position sociale et de leur identité. Dans cette optique, autant le changement individuel que social devient possible par l’entremise de plusieurs avenues contribuant à entreprendre des transformations représentationnelles (Jodelet, 2012). Lorsque les sujets réfléchissent <sup>14</sup> (dans la sphère subjective) <sup>15</sup> et communiquent (dans la sphère intersubjective) de manière critique, il est possible d’effectuer des prises de conscience sur les processus individuels, sociaux et collectifs qui contribuent à la préservation des rapports hégémoniques (Jodelet, 2012). Aussi, la prise de parole et la prise de pouvoir par les sujets de groupes sociaux opprimés permettent de faire ressortir et de valoriser à la fois leurs potentialités jusqu’alors niées et dévalorisées, et leurs savoirs qualifiés de populaires ou de naïfs. En plus, les connaissances qui en émergent peuvent servir d’appui dans la formation de nouvelles identités et de nouveaux besoins. Lorsque ces connaissances sont intégrées dans la communauté (ou encore dans un groupe social ou un milieu social) et peuvent faire l’objet de modifications par celle-ci, Jodelet (2012) parle de réflexivité sociale (« *social reflexivity* », p. 77).

---

<sup>14</sup> Jodelet (2008) parle de « réflexivité par questionnement » (p. 44).

<sup>15</sup> Le concept « *reflection-in-action* » de Donald A. Schön (1983, 1987) pourrait offrir une perspective supplémentaire et complémentaire. Un exemple d’approche intégrant les représentations sociales et les idées de Schön est l’ouvrage de Bourassa, Serre et Ross (1999). Brièvement, le concept « *reflection-in-action* » regroupe des processus par lesquels les personnes apprennent par l’expérience en réfléchissant à leurs actions. Schön (1987, 2016) a également développé le concept « *reflecting-in-practice* » pour étudier l’apprentissage dans la pratique professionnelle. Selon l’auteur, les savoirs qu’acquiert les professionnels deviennent « *increasingly tacit, spontaneous, and automatic* » (Schön, 2016, p. 60). Conséquemment, « *the practitioner may miss important opportunities to think about what he is doing [...] And if he learns, as often happens, to be selectively inattentive to phenomena that do not fit the categories of his knowing-in-action, then he may suffer from boredom or “burn-out” and afflict his clients with the consequences of his narrowness and rigidity* » (Schön, 2016, p. 61). Selon Schön (2016), c’est à travers la réflexion que le praticien peut remédier à ces situations. Plus précisément, le praticien doit adopter un regard critique sur ses savoirs tacites et « *make new sense of the situations of uncertainty or uniqueness which he may allow himself to experience* » (p. 61).



### **2.3.5 La théorie des représentations sociales et ses critiques**

Comme toute théorie, celle des représentations sociales est sujette à des critiques. Celles-ci portent principalement sur les dimensions conceptuelles et les démarches méthodologiques. Par exemple, des auteurs critiquent le choix théorique du concept de représentation sociale au lieu de représentation collective, ce qui renforcerait des visions orientées vers l'individualisation et la psychologisation (Ibañez, 1992). L'ambiguïté et la difficulté d'opérationnaliser les concepts, ainsi que le manque de rigueur méthodologique comme obstacles à l'avancement des connaissances sont d'autres exemples de critiques (Ibañez, 1992). En même temps, la notion de représentations sociales est de plus en plus employée dans les recherches en sciences sociales et humaines justement pour sa souplesse et son dynamisme. Ainsi, il est possible d'étudier une variété d'objets de recherche dans une variété de contextes (Orfali, 2000; Jodelet, 1989b).

Pour terminer ce chapitre, je dois dire que la perspective théorique de Jodelet me paraît la plus pertinente par rapport à mon mémoire. En étant elle-même assez globale, complexe et dynamique pour tenir compte des dimensions subjectives, sociales et collectives, elle est particulièrement adaptée pour offrir une bonne analyse du phénomène complexe qu'est le suicide. En plus, la perspective théorique de Jodelet permet de considérer une diversité de perspectives à l'intérieur de groupes sociaux ainsi que dans une collectivité plus large, et d'effectuer un rapprochement entre les représentations et les pratiques. Dans le chapitre suivant, je présente la perspective méthodologique sur laquelle s'appuie mon mémoire.

## **CHAPITRE 3 : Démarche méthodologique**

Dans ce chapitre, je présente les questions et les objectifs de recherche sur lesquels s'appuie ce mémoire, suivis du devis de recherche et des critères de scientificité. Par la suite, je détaille le terrain de recherche, l'échantillonnage, le recrutement et l'outil de collecte de données. Puis, le portrait des participants et la démarche d'analyse sont présentés. Pour clore ce chapitre, j'aborde des considérations éthiques en insistant sur le respect de la confidentialité et ma démarche de réflexion sur ma posture d'étudiante-chercheuse.

### **3.1 Les questions et les objectifs de recherche**

Mes questions de recherche sont les suivantes :

- Quelles sont les représentations du suicide chez des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires ?
- De quelles manières ces représentations influencent-elles les pratiques d'intervention en matière de suicide?

Ce mémoire comporte deux objectifs de recherche.

1. Faire ressortir les principales dimensions des représentations du suicide et des pratiques auprès de personnes suicidaires chez des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires;
2. Proposer des pistes de réflexion exploratoires autant sur ces représentations que sur leurs effets sur les pratiques des intervenants.

Des retombées potentielles de mon mémoire pourraient être d'enrichir les réflexions et les pratiques sur le terrain, ainsi que de contribuer à accroître la reconnaissance des savoirs expérientiels des intervenants. Le devis de recherche choisi est particulièrement propice à la reconnaissance de ces savoirs.

### **3.2 La perspective de recherche qualitative**

Le devis de recherche de type qualitatif à visée compréhensive est employé puisqu'il correspond le mieux à la perspective théorique de même qu'aux objectifs de recherche de ce

mémoire. La présente section a pour but de présenter la vision de la recherche qualitative employée pour ce mémoire afin d'éclairer la démarche méthodologique.

Généralement, la recherche qualitative porte sur la vie sociale (Charmillot et Dayer, 2007; Groulx, 1997). Celle-ci est envisagée en tant que construction par l'entremise de processus interactionnels, multidimensionnels et complexes nécessairement inscrits dans un contexte spécifique (Paillé et Mucchielli, 2013; Groulx, 1997). Au cœur de ces processus se trouvent les perspectives des acteurs sociaux. Elles sont placées au premier plan en recherche qualitative dans l'optique d'une meilleure compréhension de la vie sociale à partir de perspectives multiples et diversifiées. Ces perspectives tiennent également compte des contextes tout aussi multiples et diversifiés dans lesquels elles s'enracinent (Paillé et Mucchielli, 2013; Groulx, 1997).

Plus spécifiquement, les sujets sociaux réfèrent aux individus faisant partie d'une collectivité à travers leur position sociale et leur appartenance à divers groupes sociaux. Ils partagent avec ces groupes des perspectives ou un milieu de vie (Poupart, 1997). Par exemple, ces groupes peuvent être des associations, des groupes communautaires, des milieux professionnels ou des institutions (Groulx, 1997). La collectivité réfère non seulement à des groupes sociaux, mais aussi à la collectivité en tant qu'ensemble global (Groulx, 1997). Les sujets sociaux sont tous considérés comme actifs dans leurs interactions avec la collectivité, dans la mesure où ils attribuent quotidiennement des significations aux phénomènes en vue d'orienter leurs conduites de manière stratégique (Groulx, 1997; Laperrière, 1997). Ce faisant, ils s'appuient sur des dimensions individuelles et collectives comme des attitudes, des opinions, des connaissances, des discours et des actions, et en produisent pour former des savoirs communs (Charmillot et Dayer, 2007). Donc, les sujets sociaux agissent avec intentionnalité à l'intérieur de dimensions collectives pouvant constituer des contraintes ou des déterminismes auxquels ils ont par ailleurs participé au développement (Laperrière, 1997; Charmillot et Dayer, 2007). Il est important de souligner que les sens des phénomènes sociaux et des actions des sujets sont indissociables du contexte à l'intérieur duquel ils s'inscrivent (Paillé et Mucchielli, 2013). Ce contexte comporte plusieurs dimensions, dont des dimensions sociales, politiques, culturelles et historiques, et il évolue à travers le temps (Groulx, 1997; Laperrière, 1997). Dans ce mémoire, je tiens brièvement compte de ces dimensions, notamment en survolant, dans le

chapitre sur la recension des écrits, l'évolution historique de la compréhension du suicide et des réponses à ce phénomène ainsi que les contextes d'émergence et de développement des centres de crise communautaires.

À propos du processus de recherche qualitative, il est inductif et itératif. En d'autres mots, les composantes d'un projet de recherche telles que l'orientation théorique, les objectifs de recherche et l'analyse des données sont progressivement enrichies à travers une dynamique continue d'alternance entre les connaissances théoriques et les données empiriques (Charmillot et Dayer, 2007; Laperrière, 1997). Conséquemment, le processus qualitatif est assez souple et dynamique pour en arriver à une compréhension plus riche et plus proche du contexte (Paillé et Mucchielli, 2013). En outre, compte tenu de l'adhésion à une définition complexe, diversifiée et temporelle de la réalité sociale, on se réfère à des réalités sociales (Laperrière, 1997). Il est donc jugé impossible en recherche qualitative d'avoir une compréhension complète de la réalité sociale (Paillé et Mucchielli, 2013). Elle ne peut qu'être étudiée dans une perspective théorique et à partir d'objectifs de recherche spécifiques, ce qui produit des connaissances scientifiques partielles ou inachevées (Laperrière, 1997).

En recherche qualitative, la subjectivité du chercheur influence inévitablement son processus de recherche. En plus, cette subjectivité est mobilisée de manière à enrichir la compréhension de phénomènes sociaux (Paillé et Mucchielli, 2013). En d'autres mots, l'engagement continu du chercheur dans ses interactions avec les participants est promu dans l'optique où cela favorise l'émergence du sens et des connaissances (Laperrière, 1997). La subjectivité du chercheur réfère à sa posture théorique, sociale et affective développée par l'entremise de ses expériences académiques, professionnelles et personnelles (Paillé et Mucchielli, 2013). Or, des orientations envers la subjectivité en recherche qualitative ont pris de l'expansion. Une partie d'entre elles encourage l'usage du pronom « je » dans la présentation de la posture du chercheur, ce que je mets en œuvre dans ce mémoire. En particulier, j'aborde ma posture dans la partie de ce mémoire portant sur ma démarche de réflexion dans le présent chapitre.

À la lumière de ce qui est présenté jusqu'ici, quelques forces et retombées potentielles particulièrement pertinentes de la recherche qualitative valent le coup d'être soulignées. D'abord, l'intérêt pour les perspectives et les représentations des acteurs sociaux offre la

possibilité d'en observer les effets sur les pratiques, ou encore sur les politiques sociales et sur les vécus des acteurs sociaux (Groulx, 1997). Or, les intervenants dans ce mémoire s'expriment sur leurs vécus subjectifs ainsi que sur le soutien collectif au sens large offert aux personnes suicidaires. Il est également possible de faire ressortir dans la recherche qualitative les écarts entre les connaissances reconnues comme officielles dans les milieux professionnels et dans l'ensemble des structures, et les perspectives et les vécus des sujets sur le terrain (Groulx, 1997). Tout cela constitue une contribution particulièrement intéressante de la recherche qualitative dans la mesure où ces réalités sont difficilement accessibles et demeurent peu connues (Groulx, 1997). Groulx (1997) soutient qu'une telle « réflexion est d'autant plus nécessaire dans un contexte de restriction budgétaire où on maîtrise mal et on connaît peu les effets de ces restrictions sur les populations concernées » (p. 85).

Ensuite, en envisageant les connaissances comme arbitraires et relatives, il devient possible dans l'analyse des données de se distancier, voire de remettre en question les connaissances dominantes (Groulx, 1997). Du coup, un intérêt s'installe pour des perspectives diversifiées, y compris celles qui sont plus marginales. Cela favorise l'émergence de nouveaux questionnements et de nouvelles connaissances (Groulx, 1997). Une telle diversification permet alors une transformation des savoirs et même la possibilité d'adopter une perspective critique où l'objectif poursuivi est une transformation de la distribution du pouvoir au sein de la collectivité (Groulx, 1997). J'estime que mon mémoire ne s'inscrit pas dans une posture critique, mais il explore les pistes possibles pour entamer un changement social.

Puis, en réfléchissant en matière de processus, des questionnements émergent sur les trajectoires et les cheminements des acteurs sociaux ainsi que les stratégies qu'ils mettent en œuvre (Groulx, 1997)<sup>16</sup>. Enfin, le souci de demeurer proche du contexte local ou du milieu de vie permet de mieux en cerner les particularités et, conséquemment, d'en adapter les pratiques (Groulx, 1997).

---

<sup>16</sup> Ces questionnements peuvent, par exemple, prendre les formes suivantes : comment une personne en arrive-t-elle à se trouver dans cette situation? Quelles ressources a-t-elle mises en place pour composer avec la situation? Comment est-ce que les professionnels, en tant que groupe social, font dans cette situation? Comment les actions des professionnels et de l'ensemble des structures contribuent-elles à cette trajectoire?

En contrepartie, quelques limites du devis de recherche qualitative sont relevées. D'abord, certains considèrent que l'ampleur et la précision de sa contribution au développement des connaissances scientifiques et des pratiques sur les phénomènes sociaux sont moindres, c'est-à-dire « plutôt indirecte[s], secondaire[s] et diffuse[s] » (Groulx, 1997, p. 98). Une préoccupation pour les biais pouvant émerger de la mise à contribution significative de la subjectivité du chercheur tout au long du processus de recherche, soit ses capacités intellectuelles, sa créativité et son intuition, est ensuite soulevée (Groulx, 1997). À titre d'exemple, certains pensent que la formation d'un lien avec les participants pourrait nuire à la collecte de données et à l'analyse critique du chercheur (Groulx, 1997). Ensuite, la capacité du chercheur à saisir l'expérience des sujets est remise en question si l'on envisage qu'il la reconstruit, notamment par l'entremise de l'écriture (Charmillot et Dayer, 2007). Le statut d'autorité du chercheur est d'ailleurs évoqué dans le sens où il pourrait éclipser la diversité des points de vue (Charmillot et Dayer, 2007). Enfin, certains soutiennent que les chercheurs en recherche qualitative ne sont pas suffisamment immergés dans la situation qu'ils étudient pour prétendre la comprendre (Charmillot et Dayer, 2007).

Afin de remédier à ces limites, une interrogation par rapport au symbolisme et à la justesse des termes sélectionnés ainsi qu'une présentation détaillée et rigoureuse des méthodes de recherche dans l'écriture du projet de recherche sont suggérées (Groulx, 1997). J'expose, dans la partie subséquente du présent chapitre, des critères de scientificité ayant guidé la réalisation de ce mémoire. De plus, le chercheur est encouragé à se pencher de manière critique sur sa posture et son attitude tout au long de la réalisation du projet de recherche. C'est ce que je fais en présentant ma démarche de réflexion dans la partie de ce chapitre portant sur les considérations éthiques (Groulx, 1997).

### **3.3 Les critères de rigueur scientifique**

Dans l'optique d'étayer la qualité et la rigueur scientifique en recherche, des concepts-clés, des référents, des normes ou des critères sont proposés par différents auteurs. Pour ma part, je me réfère aux critères de scientificité proposés par Laperrière (1997) puisqu'ils renvoient à une vision de la recherche qualitative qui se rapproche de celle sur laquelle je choisis de m'appuyer dans le contexte de ce mémoire. Ainsi, Laperrière (1997) défend le fait que la validité

des résultats de recherches se réalise « en balisant ou en exploitant les ressources de la subjectivité » (p. 393) ainsi qu'« en promouvant une étude des phénomènes sociaux en contexte naturel » (p. 394). Dans la présente section, je présente les critères de scientificité tels que définis par l'auteure.

Premièrement, au lieu d'utiliser la validité interne, Laperrière (1997) propose trois critères dont chacun est présenté dans les lignes qui suivent. D'abord, par l'entremise du critère de la considération attentive de la subjectivité humaine, la concordance entre les interprétations de l'action humaine ayant émergé de l'analyse et les données objectives peut être démontrée. À titre de précision, la subjectivité humaine réfère au positionnement sur le plan théorique, affectif et social à la fois des participants à l'étude et du chercheur. Pour ce qui est des données dites objectives, Laperrière (1997) se rapporte aux éléments relatifs au contexte ou à la situation, dont les dimensions historiques et structurales, les conditions et les contraintes, ainsi que les groupes d'appartenance des acteurs sociaux. Dans ce mémoire, je respecte ce premier critère de Laperrière (1997) en portant attention aux données relatives aux contextes des centres de crise (par l'entremise de mes lectures pour la recension des écrits). Je porte également attention aux groupes d'appartenance révélés par les participants (par exemple, leur identité socioculturelle, leur expérience d'avoir vécu le suicide d'une personne en contexte personnel ou professionnel). À cet effet, j'ai préparé une fiche-résumé pour chaque participant comportant des données relativement à leur profil et des dimensions abordées, accompagnées d'extraits de l'entretien. De plus, j'ai porté attention à ma propre subjectivité à travers le processus d'analyse des données et de rédaction du mémoire comme je le détaille plus loin dans la section portant sur ma démarche de réflexion sur ma posture d'étudiante-chercheuse.

Ensuite, le critère de l'observation en contexte naturel consiste à analyser les données de recherche en tenant compte du contexte dans lequel elles s'inscrivent. Cela permet une analyse profonde ou dense, c'est-à-dire offrant un éclairage sur le sens des phénomènes sociaux étudiés. Ainsi, des descriptions suffisamment précises du contexte et des phénomènes sociaux sont nécessaires, ce que je tente de faire avec le premier chapitre de ce mémoire. De plus, ce deuxième critère de scientificité reflète, d'une part, une reconnaissance de la réalité et des phénomènes sociaux comme complexes et évolutifs, et, d'autre part, l'adhésion à une ontologie relativiste. Comme le rappelle Laperrière (1997), ces deux aspects sont reflétés à travers le choix

d'un devis de recherche inductif et ouvert où la possibilité de diverses interprétations est reconnue tant qu'une méthodologie rigoureuse est employée. Dans le cas de ce mémoire, j'adopte effectivement un devis de recherche qualitatif et une perspective relativiste pour tenter de bien saisir la complexité de mon objet de recherche.

Enfin, Laperrière (1997) aborde le critère de la concordance entre les observations empiriques et les interprétations des données. Grosso modo, il s'agit de confronter systématiquement les perspectives des participants et du chercheur de même que les interprétations qui ressortent de l'analyse à l'ensemble des données recueillies sur le terrain pour des fins de validation et de spécification. La description de phénomènes sociaux obtenue à la suite de l'analyse doit, en outre, être suffisamment parcimonieuse pour témoigner de l'intégration et de la réduction de l'ensemble des données aux aspects centraux. Je tente certes à travers ce mémoire de comparer les perspectives des participants et les miennes, et les interprétations des données à la totalité des données en utilisant des tableaux d'analyse.

Deuxièmement, comme alternative à la validité externe, Laperrière (1997) présente des critères à partir de deux positionnements dans le courant de la recherche qualitative au regard de la généralisation. Dans le cas d'un positionnement reconnaissant la possibilité d'une généralisation des résultats d'analyse à des situations semblables en tant qu'« hypothèses de travail », la spécification des caractéristiques du contexte, des sujets à l'étude et de la méthodologie ainsi que la diversification des lieux de collecte de données sont les critères mis de l'avant (Laperrière, 1997, p. 414). Quant à un positionnement soutenant que seuls les processus sociaux sous-jacents aux situations étudiées peuvent être généralisés, une description profonde et exhaustive des processus à la fois sociaux et symboliques doit être fournie. Dans le cas de ce mémoire, je tente de fournir les informations détaillées sur des critères de ces deux positionnements pour permettre aux lecteurs de repérer les informations nécessaires, selon leur positionnement au sujet de la généralisation.

Troisièmement, plutôt que de se référer à la fiabilité, Laperrière (2007) aborde le critère d'établissement d'une congruence parmi les données recueillies sur le terrain. Pour ce faire, l'ensemble des données est considéré systématiquement et expliqué selon des processus évolutifs à travers le temps et les contextes. L'auteure évoque également le critère de



reproductibilité et d'évaluation par d'autres chercheurs. Ce critère exige une description détaillée de la méthodologie de recherche, ce que je tente d'effectuer dans le présent chapitre.

Pour terminer, je tente tout au long de mon mémoire de respecter ces différents critères pour, d'une part, témoigner de la qualité et de la rigueur scientifique de mon travail et, d'autre part, maintenir une cohérence sur les plans de l'ontologie et de l'épistémologie. La section qui suit traite des considérations éthiques du mémoire.

### **3.4 Le terrain de recherche et la méthode d'échantillonnage**

Les centres de crise sont sélectionnés comme terrain de recherche en raison du rôle central qu'ils jouent en matière de prévention du suicide au Québec. De plus, en matière de faisabilité, il existe plusieurs centres dans la région du grand Montréal. La décision de limiter le terrain à un type d'organisme, le centre de crise, de même qu'à un titre d'emploi, celui d'intervenant, offre une certaine homogénéité qui favorise une compréhension plus riche de la problématique de recherche. Pour ce qui est du titre d'emploi, les intervenants sont des professionnels travaillant directement auprès des personnes ayant recours aux services en centre de crise et ayant reçu une formation en intervention en situation de crise (RESICQ, s.d.). Ils proviennent de divers domaines de formation relativement à la relation d'aide tels que le travail social, la psychologie, la psychoéducation, de l'éducation spécialisée, l'orientation et le counseling, la sexologie et la criminologie (RESICQ, s.d.). Le centre de crise où je suis employée comme intervenante a été exclu de l'échantillon pour des raisons éthiques citées plus bas.

L'échantillonnage est à la fois de type ciblé en se limitant aux centres de crise communautaires et de commodité selon les premiers intervenants répondant à l'appel de recrutement. Outre les considérations pratiques d'accessibilité et de coût, je demandais que les participants aient cumulé au moins trois années d'expérience en intervention dans un centre de crise, pour que les représentations du suicide soient mieux définies et que les participants aient suffisamment d'expérience pour porter un regard sur leurs pratiques d'intervention. La taille de l'échantillon visée était petite, soit environ une dizaine de participants, au regard des objectifs de recherche. À titre de rappel, ceux-ci consistent à faire ressortir les principales dimensions des représentations du suicide et des pratiques auprès de personnes suicidaires chez des intervenants

œuvrant dans des centres de crise communautaires ainsi qu'à proposer des pistes de réflexion exploratoires autant sur ces représentations que sur leurs effets sur les pratiques des intervenants (Savoie-Zajc, 2007).

### **3.5 Le recrutement**

La période de recrutement s'est déroulée de l'automne 2015 à l'hiver 2016. J'ai contacté par téléphone les directions des centres de crise communautaires situés sur l'île de Montréal, de même que les centres desservant l'île de Laval et les Laurentides. Lors de l'appel, j'informais d'abord le membre de la direction de mon projet de recherche et je lui demandais s'il souhaitait me soutenir dans ma démarche de recrutement. Lorsque ma demande était acceptée, les documents suivants lui étaient transmis par courrier électronique, et ce, avec son accord : l'annonce de recrutement, le document d'informations aux participants ainsi que le formulaire de consentement. Outre le synopsis verbal me guidant dans la prise de contact avec l'équipe de direction qui est en annexe 1, ces documents sont en annexes 2, 3 et 4. Je proposais également au membre de la direction que je me présente au centre de crise, lors d'une réunion d'équipe, par exemple, pour exposer mon projet de recherche directement à l'équipe d'intervention. Je demandais enfin, lors de cette prise de contact téléphonique, s'il était possible d'utiliser un local du centre de crise pour effectuer les entrevues au cas où cela serait le choix des participants.

En évaluant le niveau d'intérêt manifesté par les équipes dans les semaines suivant le début du recrutement, j'ai choisi d'élargir le territoire de recrutement pour inclure les centres de crise de Longueuil, de Valleyfield et de la ville de Québec, ainsi que le centre de prévention du suicide du Haut-Richelieu/Rouville. Pour ce dernier organisme, j'ai proposé la téléconférence comme moyen pour effectuer l'entrevue étant donné que le déplacement s'avérait compliqué pour moi. Si le participant proposait de se déplacer vers un endroit où il était plus simple pour moi de m'y rendre, je privilégiais évidemment cette option pour effectuer l'entrevue en personne.

J'ai envisagé de présenter des analyses préliminaires à un groupe d'intervenants d'un centre de crise afin de les valider et de les enrichir. Cependant, l'idée a été délaissée puisque l'intérêt manifesté par les équipes semblait avoir diminué.

Ma démarche a également consisté à contacter les centres de crise rattachés au réseau institutionnel des services sociaux et de la santé à Montréal, soit l'Appoint et l'équipe mobile de crise Résolution, celle-ci étant autrefois l'Entremise, afin d'élargir et de diversifier le bassin de recrutement. J'ai obtenu l'information complète sur les procédures pour l'obtention des certificats d'éthique alors que l'échantillon commençait à être suffisamment grand et que le matériel semblait suffisamment dense. Tout bien considéré, j'ai décidé, avec le soutien de ma directrice de recherche, de ne pas effectuer cette démarche d'autant plus qu'en me limitant aux organismes communautaires, cela renforçait la représentativité de l'échantillon.

Au terme du recrutement, huit des neuf équipes de direction que j'ai contactées ont accepté de me soutenir dans mon recrutement. La grande majorité des équipes de direction a décidé de se charger de parler à leur équipe d'intervention de mon projet de recherche plutôt que de m'inviter pour en faire la présentation. Tous les entretiens ont été effectués en personne. Au total, j'ai effectué dix entrevues pour l'analyse des données auprès de participants provenant de cinq centres de crise communautaires. L'outil de collecte de données est discuté ci-dessous.

### **3.6 L'outil de collecte de données**

L'outil de collecte de données utilisé dans ce mémoire est l'entretien semi-dirigé puisqu'il répond le mieux à la problématique et aux objectifs de recherche. J'ai utilisé un canevas d'entrevue pour me guider (annexe 5). L'entretien semi-dirigé constitue un outil particulièrement adapté pour étudier les perspectives et les représentations des acteurs sociaux qui « ne se laissent pas facilement appréhender, étant médiatisées au travers du jeu et des enjeux des rapports sociaux qu'implique nécessairement la relation d'entretien ainsi qu'au travers du jeu aussi complexe des multiples interprétations auxquelles le discours donne lieu » (Poupart, 1997, p. 198). Alors, en obtenant des témoignages sur les expériences des participants, il est possible à la fois de demeurer proche de leurs perspectives et du contexte dans lesquelles elles s'inscrivent, et de faire émerger le sens et les savoirs implicites des conduites sociales (Paillé et Mucchielli, 2013; Poupart, 1997). Le discours produit par les participants n'a de sens qu'au regard de l'entrevue, c'est-à-dire le canevas des questions posées, les caractéristiques du lieu et du moment de l'entrevue, et les caractéristiques de l'interaction avec le chercheur (Blanchet, 1987; Laperrière, 1997). Le sens est de fait coconstruit par les interprétations des participants et

du chercheur à propos des actions (Blanchet, 1987). Les participants sont envisagés comme des représentants d'un groupe d'appartenance particulier, tout en reconnaissant qu'ils participent à d'autres groupes dans la collectivité (Blanchet, 1987).

Autant l'entretien semi-dirigé propose une orientation du fait que le chercheur pose les mêmes questions dans le même ordre à l'ensemble des participants, autant il est souple en permettant aux participants de tout de même s'exprimer assez librement (Poupart, 1997). C'est par l'entremise de cette liberté d'expression qu'il est possible d'atteindre une certaine profondeur et une certaine complexité au niveau de leurs expériences (Poupart, 1997). L'entretien semi-dirigé est aussi souple dans la mesure qu'il s'adapte aux particularités du contexte de son déroulement et des caractéristiques des participants, et du chercheur (Patton, 2002). Pour en dire plus sur le contenu de l'entretien semi-dirigé, un canevas d'entrevue est employé. Celui-ci comporte un nombre raisonnable de questions suffisamment larges et ouvertes pour permettre une souplesse dans son exécution tout en abordant des aspects-clés en lien avec les objectifs de recherche (Paillé et Mucchielli, 2013; Patton, 2002).

Au courant du développement de la problématique de recherche, j'ai pu effectuer deux entretiens exploratoires avec des interlocutrices informelles. Ces deux interlocutrices sont des professionnelles d'expérience en intervention de crise suicidaire. Alors que j'ai pris contact avec l'une de ces interlocutrices par l'entremise de ma directrice de recherche, j'ai pris contact avec l'autre interlocutrice à travers mon réseau personnel. Lors du déroulement du premier entretien, je m'en suis tenu à prendre des notes alors que j'ai enregistré le second entretien puisque cela faisait partie d'une démarche scolaire dans le programme de maîtrise. Ces occasions m'ont permis de tester deux canevas préliminaires pour vérifier s'ils faisaient ressortir les aspects-clés des expériences des participants, s'ils étaient adaptés aux expériences délicates des participants, et si les questions étaient suffisamment claires et précises pour être comprises par les participants (Patton, 2002). En plus, j'ai pu mettre en pratique mes habiletés à conduire des entretiens semi-dirigés.

Par souci de transparence et de clarification, le canevas d'entretien débute avec une courte mise en situation qui rappelle le contexte du mémoire et les objectifs poursuivis (Patton, 2002; Blanchet, 1987). Cela permet aussi de susciter l'intérêt de l'intervenant à participer avec authenticité (Patton, 2002; Poupart, 1997). Avec l'accord des participants, j'allumais les deux

machines enregistreuses pour marquer le début de l'entretien (Poupart, 1997). Diverses dimensions des expériences des participants sont abordées dans le canevas d'entrevue. Ces dimensions concernent d'abord le profil et la trajectoire personnelle et professionnelle des intervenants. Les expériences professionnelles et de formation sont abordées, y compris celles spécifiquement en centre de crise. Quant à la trajectoire personnelle, celle-ci n'est pas abordée directement en raison du fait qu'elle pourrait être délicate dans le cas d'un sujet comme le suicide. Ainsi, la décision et la discrétion d'en parler reviennent aux participants. Ensuite, les représentations des personnes suicidaires sont traitées de manière large en abordant les trajectoires de celles-ci suivies des pratiques d'intervention. En abordant ces dernières, il est demandé aux participants qu'ils relatent des expériences passées ainsi que leur interprétation actuelle. Le canevas d'entretien se conclut en demandant notamment aux intervenants s'il y a d'autres aspects dont ils souhaitent discuter et en les remerciant pour leur participation.

En ce qui a trait au déroulement des entretiens, la durée de ceux-ci varie de 30 à 70 minutes. Cette variation, je pense, s'explique par des différences dans l'abondance et la rapidité des discours des participants. Le son de l'entretien est enregistré avec la permission des participants. Ceux-ci n'ont pas reçu le canevas d'entretien en avance dans l'optique de favoriser des réponses spontanées et plus naturelles aux questions, par opposition à des réponses pédagogiques ou largement répandues dans le domaine de l'intervention, par exemple (Blanchet, 1987). Je me suis investie dans la création d'un rapport de confiance et de respect de la prise de contact jusqu'à mon départ en étant courtoise et sociable (Poupart, 1997). En effet, tous les entretiens se sont déroulés dans le milieu de travail des intervenants (Patton, 2002). Pour encourager les participants à s'exprimer librement et pour les rassurer face à ce qu'ils expriment, j'ai respecté les moments de silence. Il m'arrivait également de hocher la tête et de prononcer des « hum-mm » de manière discrète (Patton, 2002). L'écoute que j'ai employée au courant des entretiens était non seulement active, mais critique (Laperrière, 1997). Donc, lorsque je l'estimais pertinent, je me permettais de poser des questions de suivi par rapport à des réponses des participants pour approfondir ou clarifier leurs propos et leurs perspectives (Patton, 2002; Poupart, 1997). En se faisant, j'essayais de le faire de manière à ce que l'entretien se rapproche d'une interaction plus naturelle (Patton, 2002). La prochaine section aborde la démarche d'analyse des données collectées au moment de l'entretien.

### **3.7 Le portrait des participants**

La première série de questions du canevas d'entrevue sert à dresser un bref portrait des participants à l'étude. Plus précisément, il est question du parcours personnel, académique et professionnel des intervenants travaillant en centre d'intervention de crise (Tableau I : 93). Ces données ont été recueillies à partir de questions ouvertes posées lors de l'entretien semi-dirigé puisqu'elles permettent des pistes d'éclairage supplémentaire à leurs représentations.

En tout, ce projet de recherche comporte dix participants, soit six femmes et quatre hommes. Concernant la formation générale, deux participants ont fait des études collégiales en sciences sociales ou en sciences de la santé. Les huit autres participants possèdent un baccalauréat dans les domaines du travail social, de la psychologie ou de la psychoéducation. Parmi ceux-ci, quelques-uns ont également complété un autre programme d'études collégiales ou universitaires en sciences sociales, en sciences naturelles ou dans d'autres domaines d'études.

Pour ce qui est du nombre d'années d'expérience d'intervention en centre de crise, trois intervenants ont de trois à cinq années d'expérience, deux intervenants ont de six à dix années d'expérience, trois intervenants ont de onze à vingt années d'expérience, et deux intervenants ont cumulé trente années d'expérience. Pour ce qui est des expériences d'intervention ailleurs qu'en centre de crise, six intervenants ont en plus cumulé de quatre à quinze d'années d'expérience auprès de personnes affectées par diverses situations, dont l'itinérance, la toxicomanie, la judiciarisation, la délinquance, la psychiatriation et les déficiences intellectuelles.

Tableau I. Caractéristiques des participants

Participants	10
Femme	6
Homme	4
Formation générale	
Niveau collégial	2
Niveau universitaire	8
Années d'expérience en intervention	
À travers leur parcours professionnel	
De trois à neuf années	2
De dix à quatorze années	5
Trente années et plus	3
En centre de crise spécifiquement	
De trois à cinq années	3
De six à dix années	2
De onze à vingt années	3
Trente années et plus	2

En explorant leur intérêt à effectuer de l'intervention auprès de personnes suicidaires, quatre participants répondent qu'ils travaillent dans ce champ davantage par concours de circonstances en ayant déniché un emploi en centre de crise que par intérêt particulier pour ce type d'intervention. Trois intervenants évoquent leur intérêt pour la santé mentale et trois intervenants parlent de leur intérêt pour la prévention du suicide. D'autres aspects de l'intervention en centre de crise qui plaisent à une bonne partie des participants sont la

stimulation du travail en lien avec les défis rencontrés ainsi que la diversité des situations qui rend le travail non routinier. Un aspect final proposé par certains participants est la possibilité accrue de susciter un changement chez la personne suicidaire. Ceci réfère à leur conception que l'état de celle-ci est plus malléable lorsqu'en situation de crise.

De plus, une proportion importante des participants mentionne au moins un suicide dans leur parcours personnel ou professionnel. D'une part, cinq participants signalent avoir été touchés par le suicide d'une personne dans leur réseau social plus ou moins élargi. Parmi ceux-ci, un participant pense que le suicide d'un proche constitue une importante source de motivation pour qu'il se soit impliqué professionnellement dans le champ de la prévention du suicide. Une autre participante hésite à établir un lien entre son expérience personnelle et son parcours professionnel qui l'a amenée à travailler en centre d'intervention de crise. Pour leur part, deux participants perçoivent qu'une telle expérience personnelle enrichit leur compréhension face à la détresse des personnes endeuillées par le suicide. Encore parmi les participants ayant été touchés par le suicide dans leur réseau personnel, deux d'entre eux signalent avoir eux-mêmes eu des idéations suicidaires à un moment dans leur vie. D'autre part, six participants rapportent qu'au cours de leurs années d'expérience professionnelle en centre de crise, ils ont connu au moins une personne qui recevait des services qui s'est suicidée. Le degré de proximité avec la ou les personnes étant décédées par suicide est variable selon leur rôle professionnel (par exemple, intervenant attitré, intervenant offrant du soutien ponctuel) et le contexte (par exemple, l'offre de services était en cours, la personne n'avait pas eu de contact avec le centre de crise depuis une plus ou moins longue période). Le portrait des participants étant maintenant présenté, ce qui suit constitue le cœur de l'analyse des résultats.

### **3.8 La démarche d'analyse**

La démarche d'analyse pour ce mémoire s'appuie principalement sur l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli (2013) en raison du fait qu'elle correspond au devis et aux objectifs de recherche de ce mémoire. Il est important de noter qu'aucun logiciel n'a été employé. Ma directrice de recherche m'a accompagnée à travers l'ensemble des étapes de la démarche d'analyse pour en valider la rigueur et la cohérence.



J'ai commencé l'analyse en transcrivant le verbatim de chacun des entretiens. Outre la transcription, plusieurs relectures des verbatim m'ont permis de m'imprégner du matériel brut. J'ai préparé une fiche pour chaque participant sur laquelle j'ai inscrit des informations saillantes de son profil et de sa trajectoire, ainsi que des aspects-clés qu'il a abordés sur les personnes suicidaires et ses pratiques d'intervention. Ces fiches m'ont permis de reconstituer le matériel et de me faire une vision d'ensemble autant de la réalité sociale telle que vécue par chaque participant que des dimensions-clés ressorties dans l'ensemble des entretiens.

J'ai par la suite procédé au mode d'inscription en marge en faisant des marquages et des commentaires directement dans les verbatim pour repérer et mettre en évidence les dimensions abordées par les participants (Paillé et Mucchielli, 2013). J'ai également formulé, dans la marge des verbatim, de courtes expressions pour résumer l'essentiel des idées des participants (Paillé et Mucchielli, 2013). Jusqu'alors, je restais le plus près possible du discours des participants en reprenant les propos de chacun.

En employant la démarche de thématization en continu de Paillé et Mucchielli (2013), j'ai effectué des annotations formelles de rubriques, de thèmes et d'énoncés appuyés par des extraits. En même temps, j'ai fait émerger les dimensions qui se rejoignent ou qui se contredisent pour construire sur le coup l'arbre thématique dans une fiche (Paillé et Mucchielli, 2013). J'ai progressivement précisé et clarifié les annotations formelles en tenant compte des objectifs de recherche et en les comparant continuellement à l'ensemble des données. L'écriture du texte a également grandement contribué à ce que je précise les thèmes dans le processus d'analyse. Elle m'a aussi permis de passer d'un travail plus descriptif vers un travail plus analytique. L'émergence du sens s'est faite par un « processus de contextualisation » des données avec ce que les participants conçoivent comme la réalité sociale au moment de l'entretien (Paillé et Mucchielli, 2013, p. 38). À cette étape, je me suis référée aux fiches des participants que j'avais créées.

La possibilité de présenter les résultats et les conclusions préliminaires du projet de recherche à des participants ou à des intervenants en centre de crise par l'entremise d'un groupe de discussion a été considérée dans le but d'enrichir l'analyse. Cependant, après quelques mois de recrutement, l'intérêt paraissait moins présent qu'anticipé de la part des directions des centres de crise dans la poursuite de la démarche de recherche de ce mémoire. Donc, il a été décidé que

je m'en tiens à établir des liens avec les écrits scientifiques recensés et à fournir des interprétations justes et cohérentes, le tout étant validé par ma directrice de recherche.

### **3.9 Les considérations éthiques**

Dans cette prochaine section, j'aborde le respect de la confidentialité ainsi que ma démarche de réflexion sur ma posture d'étudiante-chercheuse.

#### **3.9.1 Le respect de la confidentialité**

La préoccupation centrale des considérations éthiques pour ce mémoire est le souci du maintien de la confidentialité. Effectivement, les représentations des participants abordées sont non seulement personnelles, mais elles portent sur un sujet sensible, soit le suicide. Les formulaires de consentement signés par les participants, contenant leur identité, ainsi que les enregistrements audio sont gardés sous clé. Conformément aux normes de recherche de l'Université de Montréal, ces traces seront détruites la cinquième année suivant l'achèvement de ce mémoire. De toute évidence, le centre de crise où je travaille comme intervenante a été exclu de l'entièreté de la démarche de recherche pour ce mémoire par souci de confidentialité et pour éviter des conflits d'intérêts. Dès l'étape de la transcription, des prénoms fictifs ont été attribués aux intervenants. Aussi, toute information sujette à révéler l'identité des participants et le centre de crise où ils travaillent a été retirée du verbatim.

Des mesures ont été mises en place pour favoriser le bien-être des participants autant lors de la remise du formulaire de consentement que dans les étapes précédant l'entretien. Je me suis inspirée de réflexions proposées par Martineau (2007) et par Patton (2002). Concrètement, les intervenants ont, d'une part, été informés que, bien qu'il n'y ait pas de risque particulier à leur participation, les éléments abordés dans le contexte de l'entretien pourraient les amener à aborder ou se remémorer des situations difficiles. J'encourageais d'emblée les participants à me communiquer tout malaise pouvant survenir. Je pourrais ainsi interrompre l'entretien au besoin. D'autre part, j'ai informé les intervenants des retombées positives de leur participation, notamment en contribuant à enrichir les connaissances permettant de mieux orienter les pratiques sur le terrain, à valoriser les savoirs pragmatiques des intervenants et à les soutenir dans leurs réflexions sur leurs pratiques professionnelles. Les informations concernant

l'utilisation des résultats de recherche dans le contexte de ce mémoire ont en outre été fournies aux participants par souci d'honnêteté et de transparence. Ces réflexions éthiques m'ont également amenée à réfléchir sur mon rôle. Par exemple, lors de la réalisation des entretiens, je me suis souciée de dégager une attitude de respect et d'ouverture pour encourager la libre expression chez les participants (Martineau, 2007). Pour faire suite à cet effort de réflexion, une démarche plus détaillée à ce sujet se trouve ici-bas.

### **3.9.2 Ma démarche de réflexion envers ma posture d'étudiante-chercheuse**

Pour que la contribution de la subjectivité du chercheur en recherche qualitative soit éthique, il s'avère essentiel que celui-ci analyse de manière continue sa posture éthique dans ses interactions sur le terrain et les données de recherche (Paillé et Mucchielli, 2013; Laperrière, 1997).

Une posture d'équilibre est d'emblée encouragée en recherche qualitative (Paillé et Mucchielli, 2013). J'ai donc, d'une part, réfléchi à ma position de proximité avec le terrain et le sujet de recherche du fait que je travaille moi-même comme intervenante en centre de crise. Les référents professionnels que me procure ce rôle sont favorables dans mes interactions avec les données de recherche (Laperrière, 1997). Par exemple, mon confort et mon ouverture à discuter de dimensions entourant le sujet de recherche contribuent à un climat d'ouverture et d'aisance avec les participants, ce qui est favorable pour qu'ils dévoilent leurs expériences. En même temps, ces référents professionnels pourraient nuire à la visée de diversification des perspectives (Laperrière, 1997). D'autre part, j'ai réfléchi à la distance que me procure mon rôle d'étudiante-chercheuse ayant des référents théoriques. Cette posture contribue également à ce que je ne sois qu'à temps partiel sur le terrain. Par ailleurs, j'ai sélectionné ma problématique de recherche peu de temps avant que je sois embauchée dans un centre de crise. Un intérêt s'était certes manifesté auparavant, mais par l'entremise d'une autre expérience professionnelle en intervention et de formations.

J'ai mis en place quelques méthodes par souci de maintenir une proximité avec les perspectives des participants sans projeter les miennes sur celles des participants. En ce sens, voici quelques exemples de méthodes que j'ai mis en place.

Premièrement, au cours des entretiens, j'ai fait des clarifications lorsque les participants ne terminaient pas leurs idées ou qu'ils disaient tenir pour acquis que je comprenais ce qu'ils essayaient d'exprimer.

Deuxièmement, j'écrivais des notes en marge dans les écrits que j'ai produits lorsque je me remettait en question sur la justesse de mes interprétations (Martineau, 2007). Dans de tels cas, soit que je me laissais du temps pour bien y réfléchir et trouver des appuis pour l'interprétation, soit que je consultais ma directrice de recherche en lui nommant mon questionnement.

Troisièmement, lors de la démarche d'analyse, j'ai tenté de rester le plus proche possible du discours des participants.

Par ailleurs, je n'ai pas dévoilé ni aux équipes ni aux participants que je travaillais moi-même comme intervenante en centre de crise. À mon sens, cela renforçait la vision que la présente relation d'échange se centrait sur les participants en tant qu'interlocuteurs dont les réflexions et les propos sont valorisés et sur mon rôle d'étudiante-chercheuse (Martineau, 2007). La seule circonstance dans laquelle je me suis permis de dévoiler cette information fut lorsqu'un participant m'a interrogé à ce sujet dans une discussion informelle qu'il avait commencée à la suite de l'entretien. La perspective méthodologique étant présentée, le prochain chapitre porte sur la présentation et l'analyse des résultats.

## **CHAPITRE 4 : Présentation et analyse des résultats**

Ce chapitre de présentation des résultats constitue une proposition d'exploration à la fois des représentations des personnes suicidaires chez des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires, et des effets de ces représentations sur leurs pratiques d'intervention. Il met en lumière les principaux thèmes émergeant de l'analyse des informations obtenues lors des entretiens avec les participants. Le premier thème porte sur les représentations de la souffrance des personnes suicidaires. Cette souffrance est attribuable, selon les participants, à des éléments propres aux personnes suicidaires ainsi qu'à des éléments propres à la collectivité. Dans le deuxième thème, ce sont les représentations que les intervenants ont de leurs pratiques auprès des personnes suicidaires qui sont discutées. Le troisième thème porte sur les représentations que les intervenants entretiennent face à eux-mêmes, ce qui inclut la reconnaissance de leur part de subjectivité dans leurs pratiques et de leurs besoins de soutien.

### **4.1 Les représentations des intervenants au sujet de la souffrance des personnes suicidaires**

La deuxième série de questions du canevas d'entrevue avait comme objectif de mettre en lumière les représentations des personnes suicidaires chez les intervenants. En général, la souffrance fait l'unanimité auprès des intervenants en étant perçue comme une dimension unifiant la diversité des expériences suicidaires. Cependant, lorsque les intervenants discutent de manière plus explicite et approfondie de la souffrance chez les personnes suicidaires, leurs représentations diffèrent quelque peu. En effet, les dimensions individuelles, c'est-à-dire celles que les intervenants attribuent aux personnes suicidaires, occupent une place prépondérante dans l'ensemble de leurs discours en comparaison avec les dimensions relatives à la collectivité. Parmi ces dernières, le réseau social des personnes suicidaires, c'est-à-dire leur entourage, est davantage relaté par les intervenants que les dimensions collectives.

Au courant des entretiens, il arrive que des intervenants emploient les termes de souffrance et de détresse de façon interchangeable. Dans la littérature scientifique sur le suicide, la détresse et la souffrance sont des termes pouvant aussi être employés de manière interchangeable, ou bien l'un ou l'autre est privilégié sans qu'il y ait de précision sur le choix.

Une minorité de participants associent étroitement la souffrance ou la détresse à un état d'épuisement et à une impression de lourdeur pour qualifier à la fois les expériences des personnes suicidaires et leurs propres expériences avec ces personnes. Gaulejac (2009) emploie ces termes dans la présentation de ses réflexions sur les souffrances; il relate un « épuisement moral et intellectuel » (p. 55) au point que le vécu devienne « lourd » (p. 55). En plus, les intervenants accordent une grande importance à la souffrance des personnes suicidaires dans leurs représentations de celles-ci. Certains intervenants s'y réfèrent même en tant que « symptôme » ou « bobo ». Cela me rappelle un parallèle établi par Mishna, Antle et Regehr (2002) pour mettre en évidence un jugement moral différentiel entre des situations (à titre illustratif, la souffrance relative à des maladies physiques dégénératives et la souffrance émotionnelle due, par exemple, à un état dépressif chronique dont les symptômes demeurent importants). Finalement, en prenant connaissance des textes de Gaulejac (2009) et de Mishna, Antle et Regehr (2002), j'ai choisi de retenir pour ce mémoire le terme « souffrance » dans l'optique de rendre compte avec le plus de justesse les représentations des intervenants.

Alors que la majorité des intervenants parle de la souffrance des personnes suicidaires, il est intéressant de noter qu'une minorité d'entre eux y ajoute parfois les adjectifs « émotionnelle » ou « psychologique ». Les deux adjectifs révèlent une vision parcellaire centrée sur les dimensions psychologiques (Gaulejac, 2009). Afin de rendre compte avec justesse des propos des intervenants, c'est-à-dire sans qu'ils soient d'emblée interprétés dans une certaine perspective, j'ai choisi de me référer à la souffrance au sens large. Dans ce premier thème, les dimensions subjectives sont d'abord présentées suivies des dimensions collectives, toutes deux contribuant, selon les participants, à l'émergence et au maintien de la souffrance chez les personnes suicidaires.

#### **4.1.1 Les dimensions individuelles contribuant à la souffrance des personnes suicidaires**

Selon tous les intervenants, la compréhension de la souffrance des personnes suicidaires se fait par l'entremise d'une compréhension des dimensions de leur vécu individuel. En d'autres termes, les participants pensent que les réactions des personnes suicidaires, face à des situations qu'elles perçoivent comme difficiles, expliquent leur souffrance au moment de la crise

suicidaire. Plus précisément, toujours selon les intervenants, une compréhension des sentiments, des interprétations des situations difficiles et des actions des personnes suicidaires permet de saisir l'émergence et le maintien de leur souffrance dans le temps. Dans le présent sous-thème, j'aborde d'abord les dimensions des sentiments, des interprétations et des actions que les intervenants observent chez les personnes suicidaires, pour ensuite présenter la dimension de la fragilité, celle-ci émergeant de manière transversale dans les discours des intervenants.

#### **4.1.1.1 Les sentiments des personnes suicidaires**

À mon sens, les émotions renvoient à des réactions qui se produisent à un moment donné et qui se dissipent par la suite, alors que les sentiments sont plus stables et se construisent progressivement par l'entremise d'expériences vécues et par l'attribution de significations par les personnes. Afin d'illustrer de façon claire et riche les idées exprimées par les intervenants, j'ai choisi de retenir le deuxième de ces termes pour discuter de cette première dimension subjective chez les personnes suicidaires. En général, les intervenants relèvent trois sentiments exprimés par les personnes suicidaires.

Premièrement, l'ensemble des intervenants parle du désespoir pour rendre compte de la souffrance des personnes suicidaires. Ce sentiment est souvent associé à un état d'épuisement du fait que les personnes déploient des stratégies pour gérer la situation considérée comme la source de leur souffrance. Si les résultats découlant des stratégies qu'elles mettent en place s'avèrent infructueux, leur souffrance s'accroît. Au fur et à mesure que de tels efforts sont exercés par les personnes suicidaires, une fatigue de plus en plus prononcée s'installe autant sur le plan affectif que sur le plan cognitif. Cette fatigue peut contribuer à entretenir ou à accroître la souffrance, et à alimenter le sentiment de désespoir.

*Je dirais qu'en général... Mettons que je faisais une grosse bulle : le découragement dans l'avant, le désespoir, peu importe ce qu'ils vivent. [...] C'est comme si aller en avant devient impossible soit parce que c'est trop lourd, soit parce qu'ils ne voient pas de solutions pour continuer à avancer, soit parce qu'ils n'ont pas envie d'y aller seuls. (Élodie)*

*Ce qu'on voit souvent et les enseignements qu'ils donnent, je pense, sont assez valides, c'est quand les gens ne voient plus de solutions. Quand les gens ne voient plus de solutions et qu'il y a une détresse, une souffrance psychologique intense, et puis que le mental n'est plus capable de penser à toutes les solutions possibles, on est épuisé. Le suicide devient comme une option qui peut prendre de plus en plus de place. (Antoine)*

Deuxièmement, quelques intervenants parlent du sentiment de honte face au suicide : « *Tu parles de suicide... je ne pouvais même pas nommer ça. Pour elle, c'était honteux.* » (Louise) Les idéations suicidaires sont vécues comme un échec par les personnes, de sorte que les dévoiler démontre, selon elles, une certaine vulnérabilité : « *Oui, c'est considéré comme être en échec d'avoir des idées suicidaires, de ne plus vouloir vivre.* » (Marjolaine)

Troisièmement, la majorité des intervenants parle d'un sentiment de solitude largement présent chez les personnes suicidaires. Les intervenants croient que ce sentiment peut, à la fois, constituer une source de souffrance engendrant des idéations suicidaires et accroître une souffrance déjà présente chez des personnes contemplant déjà le suicide : « *Souvent, il y a l'isolement qui vient avec ce désespoir. [...] Parce que la solitude, dans ces moments, ça fait juste, comme, s'assombrir.* » (Justine) « *Je pense que la solitude, il n'y a rien de pire. Il n'y a rien de pire pour quelqu'un où les idées suicidaires sont en train d'émerger.* » (Cécile) Il est intéressant de noter que cette intervenante rappelle la distinction entre le sentiment de solitude et l'état d'isolement pour rappeler l'importance de l'interprétation par la personne suicidaire : « *Puis, des fois, c'est seulement un sentiment : l'isolement, ce n'est pas la réalité.* » (Cécile) Cette idée d'interprétation introduit d'ailleurs la prochaine dimension.

#### **4.1.1.2 Les interprétations des personnes suicidaires de leurs expériences**

Une bonne partie des intervenants souligne que les personnes suicidaires interprètent leurs vécus de manière diversifiée. Parmi ces intervenants, certains pensent que le suicide véhicule un sens ou une signification pour les personnes qui y songent et que le principe d'unicité se présente donc comme étant utile pour en prendre connaissance. Alors, dans la présente analyse, le terme « interprétation » désigne l'attribution par les personnes suicidaires d'une signification à leur expérience. Comme il est mentionné plus bas, les intervenants racontent que les personnes suicidaires interprètent leurs expériences à la fois à partir de ce qui émerge de leur monde intérieur et de leurs interactions avec le monde social.

Quelques intervenants mentionnent que des personnes songent au suicide en raison d'une interprétation d'impasse ou de perte de sens face à la vie. Elles ont l'impression que leurs efforts pour diminuer ou faire disparaître leur souffrance sont faits en vain : « *Ils arrivent à un point dans leur vie : "Mais, ça sert à quoi? Parce que je vais combattre cette patente que je suis en*



*train de vivre. Puis, demain matin, je vais avoir d'autre chose. Donc, quoi le but?"* » (Stéphanie)  
À cela peut s'ajouter l'interprétation d'être inutile, voire d'être un fardeau pour l'entourage.

*Accumulation de stressseurs, euh, de responsabilités. Des fois, ils ne se sentent plus en mesure de les assumer. Ils ne se sentent plus la bonne personne. Tu sais, quand ils en viennent à se dire intérieurement « ils vont être mieux sans moi ». Des fois, c'est des enfants. Des fois, c'est « je ne sers plus à rien ». (Justine)*

La plupart des intervenants relatent que les personnes suicidaires interprètent leur souffrance comme irréversible. Par conséquent, malgré la gravité et l'irréversibilité du suicide, les personnes suicidaires en viennent à l'identifier comme la seule option ou la seule solution qui leur reste relativement à leur souffrance. À ce sujet, les intervenants établissent un lien étroit avec le sentiment de désespoir discuté précédemment.

*C'est de vouloir mettre fin à leur souffrance. À force de réfléchir, de chercher des solutions et de ne pas en trouver, au final, ils finissent par réaliser que, bien, peut-être la meilleure solution, c'est de partir. L'idée du suicide apparaît, germe, et ça prend de la place, et de plus en plus de place, et puis « paf », un jour, ça devient la solution à leur problème. (Jérôme)*

*C'est sûr que la personne qui se présente... elle se présente dans un moment « x » de sa vie où elle veut mourir, où la vie manque de sens, ou il se passe quelque chose qui est grave, en? Quand quelqu'un veut mourir, ce n'est quand même pas rien. Puis mourir, bien, euh, c'est permanent. (Louise)*

En outre, quelques intervenants abordent la réflexion sur soi pour que les personnes suicidaires arrivent à réfléchir à leurs expériences et à mieux les comprendre. Les quelques intervenants qui en parlent suggèrent que cette réflexion puisse se développer avec le temps : « Tu sais, très souffrante. [...] Puis, peut-être qu'un moment donné, elle va arriver à mieux saisir ce qui se passe pour elle. » (Louise) « Il y a un de mes oncles qui me disait tout le temps, tu sais, il n'y a rien de plus sourd qu'un homme qui ne veut pas entendre. Bien, si le gars ne veut pas voir sa problématique, ce n'est pas évident. » (Thomas) Par rapport à ce que Thomas soulève, des intervenants évoquent l'action de se remettre en question ou de porter attention à soi-même au moment de la crise suicidaire ou à d'autres moments au courant de la vie. L'absence d'une telle démarche chez les personnes, notamment en raison d'une position de résistance ou de rigidité, peut en conséquence accroître leur souffrance au point d'entraîner une crise suicidaire, comme l'explique Antoine :

*La crise [...] intervient quand, d'une manière plus générale, il y a des schémas, des habitudes de pensées, des conceptions du monde, des croyances profondes qui deviennent profondément [d]ésadaptés à l'environnement. Vous savez, la vie a ce côté implacable, c'est-à-dire que les choses qui ne fonctionnent plus ou qui ne servent plus... à un moment donné, il faut les enlever, les éliminer. Et donc, si la personne est trop identifiée ou trop accrochée à ses vieilles habitudes, eh bien, il va falloir secouer les choses : ça va se faire de manière plus violente. Si elle est plus proactive à faire un travail sur elle, et de se préparer au changement, d'anticiper, de se remettre en question, de s'examiner, vous voyez? La crise sera plus douce ou bien il n'y aura pas de crise. (Antoine)*

La souffrance peut constituer un obstacle à la réflexion sur soi et même à la réflexion sur les conséquences d'un suicide (par exemple, sur l'entourage). Ainsi, les personnes suicidaires peuvent se trouver en quelque sorte déconnectées de cette réalité, tellement elles sont aux prises avec leur souffrance.

*Souvent, les gens minimisent l'impact que ça peut avoir sur les proches... en général là. Ils sont là-dedans, ils ne voient pas ça. Et donc moi... ça, c'est un des outils aussi que j'utilise, de leur parler un petit peu des données cliniques. De leur dire : « Vous savez, se remettre d'un suicide, euh, d'un deuil par suicide là, ça prend vraiment, euh, c'est beaucoup plus long, beaucoup plus difficile. Les gens se sentent très coupables, euh, c'est horrible comme expérience. » Donc, de faire prendre conscience de ça aux gens. (Antoine)*

*Ça ramène souvent les gens suicidaires qu'on leur rappelle ça : « Avez-vous pensé aux proches, ou même aux partenaires de travail? Ça là, c'est un effet tsunami. [...] Vous ne voulez pas déranger personne, c'est pour ça que vous choisissez de mettre fin à votre vie. Mais, vous allez déranger bien plus... c'est une vague de fond. » Puis, je pense qu'il y en a qui sont tellement... loin dans leur processus qu'ils ne sont pas capables d'analyser ça. Tu sais, c'est la solution. On l'a trouvé la solution : c'est ça. (Cécile)*

Les interprétations et les sentiments présentés ci-dessus influent sur les actions des personnes suicidaires qui sont abordées dans la section suivante.

#### **4.1.1.3 Les actions posées par les personnes suicidaires**

J'aborde maintenant les comportements que les intervenants observent chez les personnes par rapport à leur état suicidaire. Lorsqu'ils en parlent, ils les relient à une intention sous-jacente qui, elle, s'appuie sur des sentiments et des interprétations. Pour rendre compte de cela, j'opte pour le terme « action » afin de désigner les comportements ou les conduites observables exprimant une intention chez les personnes suicidaires. Ces actions peuvent prendre la forme de paroles ou de gestes et elles peuvent être effectuées de manière relationnelle ou avec soi-même.

À propos de ces dernières, une bonne partie des intervenants mentionne des actions autodestructrices en rapport avec la souffrance comme l'automutilation et la consommation excessive de substances comme la drogue et la médication : « *C'est une cliente qui s'automutile, c'est une cliente qui surconsomme des médicaments pas pour se tuer – pour juste gérer sa souffrance.* » (Stéphanie) Les intervenants qui en parlent soutiennent que ces actions portent ultimement atteinte à l'état d'être des personnes suicidaires, notamment en maintenant ou en augmentant leur souffrance : « *Donc, euh, quand ils consomment, ils deviennent un peu dépressifs.* » (Élodie) « *La conso, qui peut ne pas aider.* » (Cécile)

Pour ce qui est des actions des personnes suicidaires dans leurs interactions avec autrui, les intervenants mentionnent l'action de chercher du soutien auprès de proches ou de professionnels ou, à l'inverse, un repliement sur soi et un isolement de soi. C'est cette seconde situation qui est davantage abordée par les intervenants. Ces derniers l'expliquent de trois façons. Premièrement, la souffrance en est elle-même à la source : « *[S]ouvent, c'est que la personne ne va pas bien, ce qui fait que la personne va s'isoler et puis, bien, ne pas aller chercher de l'aide.* » (Jérôme) « *Quand les gens perdent espoir, puis ils se coupent du monde donc, ce n'est pas eux qui font l'effort d'aller vers les autres.* » (Yves) Deuxièmement, les intervenants évoquent les sentiments et les interprétations à la suite d'expériences passées de recherche de soutien qui ont été vécues négativement par les personnes suicidaires. Celles-ci peuvent alors ressentir de la méfiance ou de la crainte d'être jugées ou invalidées : « *S'il n'a pas l'impression d'être entendu, puis il a l'impression d'être jugé dans sa détresse, bon bien, à ce moment-là, euh, c'est certain qu'il n'aura pas une bonne expérience du fait de demander de l'aide.* » (Cécile) Troisièmement, la tendance personnelle à être réservé est interprétée par les intervenants comme un frein à la recherche de soutien d'autrui : « *C'est souvent eux qu'on va aller après le suicide, parce qu'[il] n'y avait pas de signe pour que l'entourage fasse un appel à l'aide. Donc, les gens qui sont très intérieurs, je trouve. [...] Il la définissait comme une personne très secrète et très intérieure.* » (Élodie)

À l'interface des représentations des sentiments, des interprétations et des actions des personnes suicidaires, la dimension de fragilité émerge dans les discours des intervenants. Je l'aborde dans la section qui suit.

#### 4.1.1.4 La fragilité des personnes suicidaires influence les perspectives des intervenants

La plus grande partie des intervenants emploie des termes relatifs à la fragilisation tels que « blessure », « vulnérabilité » et « brisure ». Or, l'ensemble des intervenants porte une attention particulière à de tels aspects de fragilisation dans l'ensemble de l'histoire de vie des personnes suicidaires. Ils pensent que la fragilisation chez les personnes suicidaires permet de mieux comprendre leur souffrance, leurs expériences subjectives (sentiments, interprétations et actions) ainsi que le déroulement de la crise suicidaire. Les intervenants envisagent aussi la fragilité comme une occasion de changement accrue parce que les personnes se montrent plus ouvertes au dévoilement de soi et au soutien d'autrui : « *Quand ils viennent à vivre une situation où tout leur univers s'écroule autour d'eux, bien, on a souvent cette fenêtre [...] où ce que les gens sont plus ouverts, où ce qu'ils laissent tomber un peu plus leur rigidité. C'est souvent là qu'on a de meilleurs résultats.* » (Élodie) « *[J]e trouve que ce sont des moments vraiment charnières où, hum, si la personne nous demande de l'aide, on peut vraiment faire un changement drastique parce que, si on n'est pas au pied du mur je dirais, les changements sont plus longs puis on revient en arrière...* » (Marjolaine) À l'inverse, la fragilité peut refléter une situation inchangeable, un sujet que j'aborde un peu plus loin dans cette section avec la récurrence des manifestations suicidaires. J'aborde aussi les aspects de fragilisation dont discutent les intervenants, tels que les expériences de trauma, la présence de troubles de santé mentale, la présence de certains traits de caractère et la récurrence de comportements suicidaires.

D'abord, la presque totalité des intervenants établit un lien étroit entre le suicide et la présence d'un trouble de santé mentale. La dépression majeure et le trouble de la personnalité limite sont spécifiquement nommés, le premier davantage que le dernier : « *Au minimum, les gens qui ont des idées suicidaires souffrent de dépression puis, sinon, c'est autre chose.* » (Stéphanie) En parlant du lien étroit entre le suicide et les troubles de santé mentale, certains intervenants rappellent que les expériences des personnes suicidaires demeurent diversifiées, même en présence d'un diagnostic. Autrement dit, le vécu d'une personne suicidaire ne peut pas être compris uniquement dans l'optique de son diagnostic en santé mentale : « *Les symptômes dépressifs à un moment donné, tu sais, il y a comme, euh, un effet d'assombrissement si on veut. [...] Mais, en même temps, c'est vraiment... ça dépend tellement de chacun. Comment c'est construit? Comment c'est vécu?* » (Justine) « *Quand on regarde la problématique du suicide,*

*souvent, on va l'associer à la dépression. On va l'associer au trouble de personnalité, souvent limite. Hum, on va associer le diagnostic au problème suicidaire. Mais, ce n'est pas juste ça. »* (Louise)

Ensuite, la majorité des intervenants évoque les traumatismes pouvant avoir été vécus par les personnes suicidaires dans un passé lointain, comme à l'enfance, ou dans un passé récent. Ils les abordent dans l'optique que de tels événements accentuent grandement la souffrance, notamment en occasionnant une perte importante de repères : *« Certaines difficultés ou, euh, certains traumatismes, des situations qui sont arrivées, qui font en sorte qu'ils n'arrivent pas à être fonctionnels et puis qu'ils perdent le tour un peu, qu'ils n'arrivent pas à trouver de repères. »* (Jérôme) *« Elle avait vécu beaucoup, beaucoup de traumatismes dans sa vie puis beaucoup de traumatismes récents. [...] Là, elle était rendue au bout. C'était une femme qui était chroniquement suicidaire, qui avait réussi à gérer... gérer jusqu'à ce moment. »* (Stéphanie) Une minorité d'intervenants évoquent également le trauma causé par un décès par suicide : *« Les crises psychotraumatiques. Ce que j'ai vu, ce sont des personnes, par exemple, qui ont des idées suicidaires après avoir perdu quelqu'un par suicide, ou pour aller la rejoindre parce que c'est comme s'ils allaient la retrouver. »* (Justine) *« Le sentiment d'abandon, de se faire abandonner [...], de perdre quelqu'un par suicide. Se faire abandonner : c'est ça. »* (Cécile) Les intervenants rappellent qu'un tel trauma peut grandement influencer l'émergence d'idées suicidaires.

Puis, une bonne partie des intervenants traite de la question de la récurrence des idées suicidaires ou encore des passages à l'acte suicidaire. Alors que certains intervenants parlent de personnes chroniquement suicidaires, d'autres intervenants pensent que le suicide fait partie intégrante de la dynamique personnelle chez certaines personnes. Dans les deux cas, la possibilité du suicide vient en quelque sorte prendre le dessus sur les expériences subjectives des personnes : *« Il a les gens qui sont chroniquement suicidaires. [...] Pour eux, la vie est un obstacle quotidien et ça fait partie un peu de leur dynamique. Ça les accompagne pas mal tout le temps, tout au long de leur vie. »* (Stéphanie) *« Il y a des gens qui ont des idées suicidaires chroniques depuis très longtemps pour diverses raisons. Ça peut être associé à des problèmes de santé mentale. »* (Antoine) De telles expressions suggèrent des représentations entretenues par les intervenants d'un mal-être persistant et inchangeable chez les personnes, peu importe les interventions. Dans

une autre perspective, il se pourrait, comme le suggère Louise, que la possibilité du suicide représente une fonction rassurante pour la personne suicidaire en lui donnant l'impression d'avoir ou de reprendre un pouvoir et une maîtrise sur sa propre vie : « *Tu as toute une partie de la clientèle... des gens qui viennent te voir et qui ont tout le temps été suicidaires. Puis, de penser qu'ils peuvent, qu'ils ont un pouvoir sur leur vie est de quoi de rassurant.* » (Louise) Ce manque de pouvoir face à sa propre vie pourrait être considéré comme une souffrance profonde en elle-même.

Quelques intervenants abordent par la suite des expériences de vie remontant à l'enfance chez certaines personnes suicidaires. Selon eux, il s'agirait d'une période de vie charnière qui permet d'éclairer avec justesse la situation suicidaire actuelle : « *C'est quoi son histoire de vie? Quand il faisait ça, quand il allait à l'encontre de ce qu'on lui demandait, c'était quoi les conséquences? C'est qu-, tu sais? C'est tout ça aussi, en? La personne, elle rejoue souvent son histoire.* » (Louise) Les difficultés vécues durant l'enfance deviendraient des obstacles à l'âge adulte, telles qu'expliquées par Thomas :

*Je ramène toujours ça à l'enfance. Oui, c'est malheureux, mais c'est ça. [L] individu qui a [eu] un manque flagrant, euh, d'affection parentale ou environnementale est beaucoup plus difficile à remonter, à solidifier adulte que Monsieur/Madame Tout-le-Monde qui, bon, [a] eu une belle enfance.* (Thomas)

Selon Élodie, des personnes suicidaires adhèrent également à cette perspective en évoquant d'emblée des événements survenus lors de leur enfance en parlant de leur souffrance actuelle : « *[O]n évite d'aller dans le passé, ce qu'ils ont souvent tendance à faire : "Dans mon enfance, j'ai vu telle affaire ce qui fait que là, ça m'a amené à..."* » (Élodie)

Enfin, certains intervenants relèvent l'impulsivité comme étant un trait de caractère chez une partie des personnes suicidaires. À ce sujet, la plus grande partie des intervenants soutient que l'impulsivité influe particulièrement sur le déroulement de la situation suicidaire, notamment sur les comportements suicidaires :

*Il dit « c'est une étincelle ». C'est ce qu'il m'a répondu. Une étincelle de vie qui a fait... une toute petite étincelle qui a fait qu'il ne s'est pas, euh... je trouve que cette image, elle explique bien l'imprévisibilité souvent chez l'homme. Ça arrive [claque des doigts], comme tout d'un coup, c'est, hum, comme une solution qui arrive rapidement puis [claque des doigts] qui repart souvent.* (Élodie)

Certains intervenants établissent un lien étroit entre l'impulsivité et la consommation excessive de substances, ainsi qu'entre l'impulsivité et le trouble de personnalité limite (TPL) : « *Il y a des types de TPL; on va dire des degrés de TPL. Il y en a qui sont plus, moins, beaucoup. [...] En fait, il y a un dicton qui dit "la mèche courte". Mais, eux autres, ils n'ont plus de mèche. C'est [claque des doigts] la flamme, puis ça pète.* » (Thomas)

Bref, comme je l'ai noté au début de cette section, les intervenants perçoivent les sentiments, les interprétations et les actions des personnes suicidaires sous un angle de fragilité. Ce terme est employé par une bonne partie des intervenants, en plus des termes « blessure », « vulnérabilité » et « brisure » utilisés par quelques intervenants : « *Il y avait plein d'éléments que je trouvais, tu sais, au niveau, hum, des facteurs fragilisant.* » (Stéphanie) « *Ils sont dans des périodes de vulnérabilité.* » (Justine) « *[L]es traumatismes des gens qui sont blessés, brisés de leur enfance, euh, les blessures de la dépression, sans doute...* » (Yves) Selon les intervenants, une même situation ou un même évènement difficile affecte différemment les personnes selon leur degré de fragilité : « *Il y a des personnes, les raisons pour lesquelles elles veulent s'enlever la vie, bien, pour nous, ça l'air bien banal. Mais, pour la personne, ça prend une proportion importante.* » (Jérôme) « *Il y en a qui vont se suicider parce qu'ils ont perdu leur brosse à dents.* » (Thomas)

À l'opposé de la perspective précédente, quelques intervenants se soucient de reconnaître le pouvoir des personnes suicidaires ou encore de les représenter en tant qu'experts de leurs propres vies : « *Puis, redonner le pouvoir à la personne, de dire : "Qu'est-ce que je vais faire ce cette vie-là?"* » (Louise) « *Et, surtout, ce que je me dis assez souvent : j'ai plus d'expérience, mais je ne suis pas experte. Donc, "vous êtes expertes dans votre propre vie, moi je suis experte dans la mienne".* » (Marjolaine)

En guise de conclusion de cette section portant sur les dimensions individuelles contribuant à l'émergence et au maintien de la souffrance chez les personnes suicidaires, les discours des intervenants convergent et divergent dans leurs représentations, entre autres en ce qui a trait au pouvoir des personnes suicidaires d'agir sur leur situation. Dans la prochaine section, je discute des dimensions collectives de la souffrance des personnes suicidaires.

## **4.1.2 Les dimensions collectives contribuant à la souffrance des personnes suicidaires**

Dans ce deuxième sous-thème, j'aborde les interactions entre les personnes suicidaires et la collectivité composée de groupes d'individus et d'organismes, ainsi que des repères normatifs. De façon générale, les contributions des dimensions collectives à la souffrance des personnes suicidaires occupent une place moindre dans les propos des intervenants en comparaison des dimensions individuelles. Lorsque les intervenants parlent de la collectivité, ils distinguent trois dimensions selon la proximité avec les personnes suicidaires : le réseau social composé de l'entourage comme les membres de la famille et les amis, les conditions de vie, dont l'emploi et le statut économique, ainsi que les repères collectifs comme les croyances et les valeurs normatives. Chacune de ces dimensions est traitée dans les sections qui suivent.

### **4.1.2.1 Le soutien du réseau social personnel des personnes suicidaires**

Une grande partie des intervenants croit que la prise en compte du réseau social est importante lorsqu'on tente de comprendre la souffrance des personnes suicidaires. Les intervenants portent particulièrement attention à l'interprétation des personnes suicidaires concernant l'étendue du soutien du réseau social et de la qualité du soutien offert.

Certains intervenants relatent des formes de soutien positif comme offrir de l'écoute et faciliter la mise en relation avec les organismes de soutien (par exemple, le centre de crise, l'urgence hospitalière) : « *Le monsieur appelle, euh, son neveu et il lui dit ça... un peu ce qu'il se passe. Puis là, son neveu dit : "Quand ça arrive, penses-tu qu'on devrait aller à l'hôpital?" Tu sais, il le connaît bien et il est allé avec douceur. Finalement, le monsieur accepte [...].* » (Justine) À l'opposé, une bonne partie des intervenants évoque l'interprétation par des personnes suicidaires que le soutien de leur réseau social n'est pas disponible ou encore dommageable en contribuant à leur souffrance. À cet égard, des difficultés de communication et une incompréhension de l'entourage envers la situation suicidaire sont majoritairement discutées par les intervenants.

*Des difficultés au niveau de la famille, des proches, que ce soit dans les difficultés dans le couple, de ne pas pouvoir communiquer avec son conjoint, ou avec ses enfants, ou avec*



*ses parents... les amis aussi. Le fait qu'il n'y ait pas... qu'il n'y ait pas cette possibilité de parler, je dirais, des vraies choses. (Marjolaine)*

*Souvent, les gens vont émettre des commentaires qui font en sorte que ça va un peu, euh, freiner la personne dans ses élans pour aller chercher de l'aide. [...] Les gens ne prennent pas toujours ça au sérieux ce qui fait que... ce n'est pas toujours évident pour la personne et encore plus lorsque cette pensée ou ce mal de vivre, il est récurrent, il est verbalisé de façon récurrente. (Jérôme)*

Une incompréhension de l'entourage au sujet de la situation suicidaire peut être attribuable, selon les intervenants, à la difficulté des proches de composer sur le plan affectif avec l'ampleur de la souffrance associée aux idéations suicidaires. Dans un tel cas, il peut être difficile pour les proches non seulement de saisir la situation, mais de l'interpréter avec justesse comme dans le cas suivant : « *C'est, euh, c'est comme une insulte, j'ai l'impression. On ne peut pas dire ça à personne, parce que la personne qui est en face de nous va le prendre personnellement.* » (Marjolaine) De plus, les proches pourraient croire qu'ils sont insuffisamment habiletés pour soutenir les personnes suicidaires soit par manque de disponibilité, soit par méconnaissance du phénomène et des organismes de soutien : « *Sa mère, elle savait qu'il n'allait pas. Elle savait qu'il n'allait pas bien, elle n'a pas agi. [O]n s'est demandé, comme : Savait-elle où appeler? Tu sais, à part le 911. Savait-elle quoi faire avec ça?* » (Justine) L'incompréhension et la faible disponibilité des proches peuvent contribuer à augmenter la souffrance des personnes suicidaires si celles-ci les interprètent comme une manifestation de jugement ou d'invalidation à l'égard de leur souffrance.

*[Ç]a été : « Bien non, ne fais pas ça. Tu sais, ça va aller mieux. Enveille, bouge-toi. » Il y a beaucoup, beaucoup de... oh, les gens, ils ne sont pas malveillants. Ils ne savent juste pas comment aider. C'est des proches, tu sais, ils voudraient juste... c'est dur de voir un proche qui souffre, ça fait de la peine, puis, t'es, t'es impuissant. Puis quand ça dure, puis ça perdure, et qu'il y a des comportements là-dedans puis de, de l'humeur qui est plus dépressive puis... tu sais, ça t'inquiète. (Louise)*

Pour conclure, les intervenants observent davantage de difficultés dans les interactions des personnes suicidaires avec leur réseau social, ce qui peut amplifier leur souffrance. De plus, ils remarquent, au sein du réseau social, une méconnaissance de la souffrance associée au suicide et des formes de soutien les plus utiles.

#### 4.1.2.2 Les conditions de vie des personnes suicidaires

Le deuxième niveau de collectivité abordé par les intervenants est celui faisant référence aux difficultés professionnelles et financières des personnes suicidaires. Quelques intervenants abordent de telles conditions de vie en tant qu'aspects pouvant entraîner des idéations suicidaires, voire précipiter un passage à l'acte suicidaire : « *Les statistiques parlent souvent des stress financiers chez les hommes, mais, hum, les femmes aussi le vivent. Donc, ça, le stress financier, des pertes d'emploi...* » (Justine)

Les difficultés financières et professionnelles peuvent aussi être liées à des actions autodestructrices qui, comme décrites plus haut, alimentent la souffrance. Ces actions peuvent également entraîner des difficultés dans d'autres sphères, dont la sphère relationnelle : « *Comme, par exemple, ils ont eu une rupture, euh, puis avant cette rupture, bien, ils ont eu des difficultés, ils se sont mis à boire. Puis là, ils perdent leur emploi, ils perdent leur femme, ils perdent, euh, tout. Tu sais, leur vie qu'ils ont construite.* » (Élodie) En somme, les intervenants pensent que les conditions de vie influencent les sentiments, les interprétations et les actions de personnes au point de les amener à considérer le suicide.

#### 4.1.2.3 Les repères collectifs plus larges

Les repères collectifs, comme mentionnés plus haut, réfèrent entre autres aux croyances et aux valeurs normatives influençant les interactions entre les individus et les groupes sociaux. Quelques intervenants abordent la montée de l'individualisme comme valeur normative contrastant avec la valeur de la solidarité sociale. Par exemple, des intervenants constatent la fragilisation des liens sociaux et une augmentation de l'isolement social dans l'ensemble de la collectivité : « *Ce qui me vient, c'est le manque de solidarité sociale ou le tissu social qui s'effrite. Probablement que, si on avait plus de solidarité entre nous, il y aurait moins de personnes seules.* » (Yves) L'individualisme véhicule un modèle normatif caractérisé par l'indépendance et l'autonomie. Par conséquent, songer au suicide est perçu comme un échec chez l'individu, comme le croit Marjolaine :

*Pour moi, on est dans une société où il faut être capable de faire les choses soi-même. Puis, bien, c'est le pendant de l'individualisme. Il faut traverser la vie tout seul, être capable de montrer qu'on est fort et qu'on peut tout gérer, ce qui n'est pas du tout vrai. On est des êtres humains : on n'est pas fait pour vivre seul. Donc, je pense que c'est cette*

*illusion qu'on entretient que s'il y a quelque chose qui vous arrive, que vous n'y arrivez pas seuls, bien, vous n'êtes pas capables... ce n'est pas regardé de façon positive. Donc, je pense que l'image que ces gens projettent prend beaucoup trop de place. (Marjolaine)*

La valorisation de la vie, quant à elle, évacue la mort comme sujet de discussion dans la sphère sociale ce qui, du coup, évacue le sujet du suicide.

*[I]l n'y a pas d'instance où les gens peuvent parler de, euh, leurs doutes, de leurs difficultés, de leurs idées suicidaires parce que c'est tabou. [...] J'ai un peu l'impression qu'on essaye en ce moment tous d'éviter de penser à la finitude, à la mort. [...] Je pense qu'on devrait se donner plus d'espace pour en parler. Ce serait moins effrayant puis peut-être que les gens auraient plus de facilité de parler des idées suicidaires. (Marjolaine)*

En étant représentée comme inacceptable, l'interprétation du suicide comme solution ou option chez les personnes qui y songent, telle qu'abordée précédemment, constitue alors une contradiction flagrante au consensus collectif selon Thomas :

*Il y a une devise qui dit au niveau suicidaire en formation professionnelle que, bon, « le suicide n'est pas une solution ». Mais, c'est comme répondre beaucoup. Euh, c'est que, bon, « Écoute, peut-être pour toi, ce n'est pas une solution. Mais, moi, c'est la seule que je vois, c'est la seule issue et ça fait tellement mal que je ne veux plus, je veux cesser ce mal. » (Thomas)*

C'est alors que des conceptions péjoratives et des préjugés envers les personnes suicidaires émergent et s'intègrent dans les discours des intervenants : « *[D]es phrases un peu générales : "ils recherchent de l'attention" ou "c'est de la manipulation"... Euh, toutes sortes d'idées qui sont un peu véhiculées dans la société. » (Jérôme)*

En guise de conclusion pour ce premier thème sur les représentations des intervenants au sujet de la souffrance des personnes suicidaires, les dimensions individuelles occupent une place prépondérante dans les discours des intervenants. Face à cela, certains intervenants en prennent conscience. La prochaine section porte sur les manières dont les représentations de la souffrance des personnes suicidaires influencent les pratiques des intervenants.

## **4.2 Les représentations des intervenants au sujet de leurs pratiques**

La troisième série de questions du canevas d'entrevue avait comme but de faire émerger les représentations entretenues par les intervenants au sujet de leurs pratiques avec les personnes suicidaires. L'analyse des résultats révèle deux ensembles de pratiques relativement à la création

du lien de confiance avec les personnes suicidaires et à la gestion du risque et de l'urgence suicidaires. En continuité avec le thème précédent, les dimensions collectives sont en général moins évoquées par les intervenants. Il est intéressant de noter que, dans les cas où les interventions donnent des résultats souhaitables, c'est-à-dire que les personnes suicidaires retrouvent un espoir et qu'elles s'investissent envers leur sécurité, les intervenants tendent à accorder de la considération à leur lien de confiance mutuel avec les personnes suicidaires. Par contre, dans les cas où les interventions entraînent des résultats moins souhaitables (par exemple, les personnes suicidaires continuent de ressentir du désespoir, elles ne s'engagent pas à assurer leur sécurité), les intervenants attribuent davantage la responsabilité aux personnes suicidaires. Je rends d'abord compte des pratiques relativement à la création du lien de confiance avec les personnes suicidaires pour enchaîner avec les pratiques dans la gestion du risque et de l'urgence suicidaires.

#### **4.2.1 La centralité de la création du lien de confiance avec les personnes suicidaires**

La création d'un lien de confiance avec les personnes suicidaires constitue une dimension de convergence dans les discours des intervenants. En effet, ils soutiennent que l'ensemble de leurs pratiques s'appuie sur le lien de confiance, de sorte que s'il n'est pas assez solide, l'intervention pourrait entraîner des résultats moins souhaitables. Pour développer et maintenir le lien de confiance, diverses composantes sont nommées telles que l'écoute active, le respect et la compréhension. Chacune est présentée dans les paragraphes qui suivent.

##### **4.2.1.1 Les pratiques relatives à l'écoute active**

La totalité des intervenants rencontrés parle de l'importance d'être à l'écoute des personnes suicidaires afin qu'elles s'expriment sur leur souffrance : « *Des fois, les gens... ils ont besoin de parler, tu sais : "Juste de dire ça me fait tellement du bien. Juste de pouvoir me déposer quelque part puis de parler de ce que je vis."* » (Louise) Quelques intervenants soulignent que les personnes suicidaires n'ont pas nécessairement l'occasion de s'exprimer comme elles en auraient besoin. La validation du vécu des personnes suicidaires est intégrante au processus d'écoute active, selon certains intervenants. Ce faisant, il est possible d'aborder,

par exemple, le sentiment de honte ou l'interprétation chez les personnes suicidaires que les idéations suicidaires représentent un échec personnel : « *Je l'ai écoutée beaucoup, validée, normalisée dans le sens où n'importe qui qui vivrait des émotions comme ça se sentirait de la même manière.* » (Stéphanie)

La majorité des intervenants donnent des précisions sur leur présence, c'est-à-dire l'accueil et la disponibilité qu'ils offrent aux personnes suicidaires lorsqu'ils se trouvent dans une position d'écoute :

*Il faut être créatif énormément au niveau de la crise pour avoir un lien, pour, euh, avoir la confiance, pour que quelqu'un nous fasse confiance. Travailler au niveau de la crise, c'est d'être le contenant finalement parce que la personne, elle, n'est plus en mesure de se contenir. C'est de travailler au niveau du contenant, c'est rester là, c'est d'être présent, c'est d'être disponible.* (Cécile)

Une minorité d'intervenants qualifie cette présence comme étant humaine : « *Je suis simplement, entièrement, présent avec la personne dans ce qu'elle me raconte et dans ce qu'elle vit. [...] C'est vraiment une affaire humaine donc, euh, c'est le lien humain.* » (Antoine)

Une minorité d'intervenants présente l'écoute comme une pratique entamant un désamorçage de la crise suicidaire. Dans cette optique, l'écoute diminue l'intensité des sentiments et des pensées qui sous-tendent les idéations suicidaires, puis ouvre une voie vers le recours éventuel à des pratiques de gestion du risque suicidaire.

*[Q]uand on parle de ce qui se passe, bien, à un moment donné... j'ai toujours l'image que ça libère de l'espace pour qu'autre chose puisse s'intégrer de plus positif que des idées noires qui tournent, qui tournent... puis, euh, l'absence de solutions ou l'absence d'issue.* (Justine)

*On va écouter ce qu'ils ont nommé [...]. Mais, si on va trop vite dans la recherche de solutions pour ce qui va s'en venir en avant, qu'on n'a pas laissé l'espace à calmer ce qu'ils vivent présentement puis à le nommer, bien, hum, ce n'est pas gagnant parce que l'émotion va être encore là. Donc ça, tu sais, ils vont revenir avec cette boule, cette charge qu'ils ressentent, qui fait que la seule solution, c'est le suicide.* (Élodie)

Dans la même optique de désamorçage, quelques intervenantes emploient l'humour pour tenter d'avoir un effet positif sur l'état d'être des personnes suicidaires : « *Je le faisais rire au quotidien un petit peu parce que ça diminuait un petit peu le stress.* » (Justine) « *J'utilise énormément l'humour, en fait, en intervention. Et quand la personne rit, pour moi, c'est une*

victoire. [...] Ça ne change pas la situation de la personne du tout, mais, euh, il y a eu un petit moment où tout ce qui est lourd a juste craqué un peu, on a ri. » (Marjolaine)

Finalement, pour les intervenants, l'écoute active est l'une des principales pratiques mises de l'avant pour créer un lien de confiance avec les personnes suicidaires, ainsi que pour diminuer la tension et la souffrance accompagnant les idéations suicidaires.

#### 4.2.1.2 Les pratiques relatives au respect

La plus grande partie des intervenants parle de l'importance de respecter les personnes suicidaires afin de leur renvoyer une image positive et de les valoriser : « *On est dans la crise et l'individu a besoin d'une assurance. Il a besoin de se sentir, de un, euh, qu'il est quelqu'un qui est respecté, et de deux, qui vaut la peine d'être aidé.* » (Thomas) Lorsque les intervenants parlent de respect, ils évoquent quasi systématiquement une absence de jugement envers l'expression des idéations suicidaires : « *Puis, d'être sans agenda, d'être vraiment prêt à rencontrer la personne là où elle est. Puis ça, on le voit : les gens, ils sont très sensibles. En général, on l'est tous, en? Au jugement, ou quoi.* » (Antoine) En ce sens, les intervenants reconnaissent que le jugement est un élément qui amplifie la souffrance des personnes suicidaires.

D'autres intervenants parlent de leur attitude d'ouverture à discuter du suicide, ce qui permet entre autres de rassurer les personnes suicidaires pour qu'elles s'expriment sans craindre des impacts dommageables sur l'état d'être des intervenants (par exemple, les déranger, les perturber) : « *Mais aussi, par mon vécu, par mon expérience au travers les ans, les gens peuvent être à l'aise de m'en parler directement. Moi, hum, ça ne me désorganise pas de parler du suicide.* » (Yves) « *Moi, je leur dis toujours : "Si vous avez des idéations suicidaires... ça fait partie de ce qu'on entend au quotidien. Donc, je ne veux pas que vous vous empêchiez de nous le dire. Vous ne nous dérangerez pas, puis vous ne nous perturberez pas."* » (Justine)

Quelques intervenants précisent que le respect démontré à l'égard des personnes suicidaires devrait également inclure le respect des limites de celles-ci, notamment en ce qui a trait au dévoilement de soi : « *Mettons, je dis : "OK, là, on parle puis tu ne veux pas trop m'en dire. Puis c'est correct. Tu sais, c'est légitime aussi. Tu ne vas pas tout me dire parce que tu ne me connais pas."* » (Thomas) « *C'est le respect de l'autre, le respect de mes limites, de ses*

*limites, le non-jugement, euh, la présence, même la distance est importante.* » (Cécile) En ce sens, la synchronisation et l'établissement d'un rapport de pouvoir plus égalitaire s'avèrent utiles pour créer le lien de confiance, comme le pense Thomas :

*La façon d'intervenir, pour moi, c'est essayer de te mettre le plus possible au même niveau que l'individu. Si t'arrives toujours avec la cravate... puis t'es droite, puis la madame est tout croche, penses-tu que tu vas avoir sa confiance? Oublie ça là, OK? [...] De se mettre au même niveau des gens, euh, je crois qu'on appelait ça la synchronisation.* (Thomas)

Le respect du rythme des personnes suicidaires est perçu comme un aspect important par la majorité des intervenants. Ceux-ci soutiennent qu'il est important d'accorder le temps nécessaire aux personnes suicidaires pour qu'elles se sentent suffisamment en confiance pour se dévoiler : « *Je pense qu'il ne faut pas être pressé parce que ça, c'est une erreur. Quand t'es pressé, bousculé, on dirait qu'il n'y a pas l'ouverture puis t'es comme ailleurs. Ils le sentent, en?* » (Louise) « *Ça a été long cette intervention. Juste le temps qu'on la sente désarmée. [E]lle nous l'a dit par après : "Vous ne me jugez pas, vous prenez le temps, vous n'essayez pas de me faire parler, vous ne parlez pas par-dessus moi; vous êtes là tout simplement."* » (Cécile) En lien avec le respect du rythme des personnes suicidaires, quelques intervenants rappellent les bienfaits de respecter aussi les silences pouvant survenir lors d'une intervention : « *Puis, tu sais, de laisser la place à la personne. Faire des silences, c'est très important. Si on parle trop, hum, on donne moins accès à ce qui va parfois monter, mais qu'ils ne sont pas capables de nommer parce qu'on a renchéri avec quelque chose d'autre.* » (Élodie) « *Des fois, elle ne te parle pas beaucoup, mais quand elle te parle, tu finis par avoir des éléments pour travailler. Quand elle ne te parle pas, là, c'est un peu plus problématique [...]. En même temps, accueillir quelqu'un qui ne parle pas, c'est correct aussi.* » (Louise) En somme, outre l'écoute active, les pratiques respectueuses sont essentielles dans la création d'un lien de confiance des intervenants avec les personnes suicidaires. Les pratiques compréhensives sont abordées ci-dessous.

#### **4.2.1.3 Les pratiques relatives à la compréhension**

Les intervenants ont presque tous parlé de la compréhension, à la fois comme dimension importante dans la création du lien de confiance et comme moyen permettant une estimation préliminaire de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. En fait, la plus grande partie des intervenants soutiennent qu'ils orientent et adaptent leurs pratiques à partir de leur

compréhension des personnes suicidaires et de leurs situations : « *Quand on a une bonne compréhension, hum, quand on a une idée de qui on a en face de nous, comment on peut les aider... ça va mieux, on peut trouver des solutions, on a des pistes d'idées.* » (Stéphanie) « *Dans le fond, de créer des liens avec des gens qui ont toutes sortes de modes de fonctionnement. Aussi, toutes sortes, euh, de tempéraments puis même, des fois, de cultures différentes. [...] Il faut toujours s'ajuster.* » (Yves) Certains intervenants évoquent même spécifiquement la prise en compte des troubles de santé mentale : « *Donc, quand on comprend bien la problématique à la base, la santé mentale, bien, c'est plus facile. Puis, après ça, bien, on oriente notre intervention aussi en fonction de la façon de réagir de la personne puis, euh, de ses caractéristiques.* » (Élodie)

De plus, quelques intervenants se disent soucieux d'accompagner les personnes suicidaires à mieux se comprendre elles-mêmes et à avoir une meilleure compréhension des circonstances dans lesquelles leurs idéations suicidaires ont surgi : « *Tu sais, de les aider à comprendre, prendre du recul, euh, de la situation, essayer de voir plus clair dans ce qu'ils sont en train de vivre parce que là, tout est... tout devient entremêlé.* » (Justine) Le dialogue occupant une place importante dans un tel processus, les intervenants pensent que les personnes suicidaires doivent tout de même démontrer une ouverture à effectuer une réflexion : « *Il faut être capable de dire : "Écoute, je comprends que tu souffres, je comprends ce que tu me dis. Mais toi, est-ce que tu entends... est-ce que tu comprends ce que je te dis? Est-ce que t'es prête à entendre ce que je vais te dire?"* » (Thomas)

Une minorité d'intervenants dit également s'attarder à la signification du suicide dans leurs efforts de compréhension : « *Poser des questions pour, euh, pour voir la conception qu'ils ont de leur problématique, ce qui fait qu'ils ont des idées suicidaires.* » (Jérôme) « *C'est quoi le sens pour cette personne de penser au suicide? Qu'est-ce que ce ça veut dire? Hum, parce que je pense que pour chaque personne, c'est différent.* » (Stéphanie) Dans une perspective similaire, certains intervenants portent une attention particulière aux forces des personnes suicidaires : « *Mais, tu sais, de comprendre pourquoi on arrive à ça? Puis, de voir qu'est-ce qu'on peut faire avec, hum, je dirais, leur personne, en? Ce qu'ils font, leurs forces, euh, leur vie.* » (Élodie) Par ailleurs, selon Marjolaine, la prise en compte des forces des personnes suicidaires permet d'établir un rapport de pouvoir plus égalitaire :



*Essayer vraiment de voir la personne dans sa globalité avec ses forces, son histoire, ses passions et pas juste une personne qui va mal. Ça nous met dans un rapport plus égalitaire; j'aime particulièrement. Donc, euh, oui, ça m'aide beaucoup au quotidien pour créer le lien avec la personne. (Marjolaine)*

En guise de conclusion du présent sous-thème, mentionnons que les pratiques d'écoute, de respect et de compréhension visant la création d'un lien de confiance s'apparentent à un souci de centrer les pratiques sur les besoins des personnes suicidaires. En même temps, les intervenants orientent largement leurs pratiques en fonction de leur rôle, tout particulièrement en ce qui a trait à la gestion du risque suicidaire. Un autre aspect intéressant qui émerge de l'analyse est que les pratiques relatives au lien de confiance s'appuient sur une vision plutôt individualisée, évacuant ainsi les dimensions collectives comme ce fut le cas dans le premier thème. Voyons ce qui en est des pratiques en gestion du risque et de l'urgence suicidaires.

## **4.2.2 La nécessité de la gestion du risque et de l'urgence suicidaires**

Une fois le lien de confiance établi entre les personnes suicidaires et les intervenants, ceux-ci s'en servent comme levier principal pour aborder le risque et l'urgence suicidaires. Ceci se fait autour de trois dimensions : susciter l'espoir chez les personnes suicidaires, les amener à s'engager envers leur sécurité et estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. À travers l'usage du lien de confiance, certaines autres dimensions intéressantes émergent, dont l'intuition et le lien de confiance entre les intervenants du centre de crise, ainsi que le recours aux mesures légales exceptionnelles dans les cas de danger grave et imminent.

### **4.2.2.1 La suscitation de l'espoir chez les personnes suicidaires**

Tous les intervenants parlent de la création de l'espoir comme pratique essentielle dans l'intervention de crise suicidaire. Certains intervenants décrivent les aspects qu'ils tendent à explorer afin d'éveiller l'espoir chez les personnes, dont les champs d'intérêt et les personnes significatives du réseau social. Une minorité d'intervenants précise que l'espoir suscité, aussi minime qu'il puisse paraître, doit s'ancrer dans la réalité : *« Euh, lui apporter de l'espoir du mieux que tu peux, OK? [S]i tu fais miroiter des idées, euh, magiques, tu sais... ce n'est pas bon. Donc, il faut vraiment l'amener dans une réalité. » (Thomas) « Il faut créer de l'espoir, il faut donner un tout petit peu d'espoir. Ça, non plus, n'est pas toujours évident, parce que la vie*

*après ça... bien, selon les, les situations, ça ne sera plus comme c'était avant, hm. C'est un gros deuil.* » (Cécile)

Il semble que le lien de confiance lui-même puisse contribuer à ce que les personnes suicidaires regagnent de l'espoir. Dans l'extrait suivant, Louise évoque la notion d'espoir avec vigueur et sincérité : *« Elle m'a dit un jour... j'ai dit de quoi, je ne pourrais même pas te le répéter [...], mais ça avait changé sa vie. Genre : "ça ne restera pas toujours comme ça, vous allez vous en sortir". Mais, tu sais, j'y crois tellement qu'il doit y avoir de ça aussi qui est transmis.* » (Louise) Parfois, le lien de confiance peut devenir l'unique source d'espoir. Le cas échéant, il est de mise de rappeler le contexte dans lequel s'inscrit la relation et même de favoriser la prise de pouvoir chez la personne suicidaire, selon Louise :

*J'avais une dame qui me disait en suivi : « Je ne me suicide pas parce que je me sens trop coupable avec tous les efforts que tu fais pour moi. » Bien là, je lui disais : « Oui, mais, on ne peut pas rester en vie pour ça. Vous devez trouver une raison de vous rester en vie parce que là, vous parler de relation, en? [...] Mais, je ne serai pas tout le temps là ce qui fait que vous ne pouvez pas vivre en fonction de moi, de ne pas me décevoir. » Mais, tu sais, c'est des interventions à faire, je pense. Puis, redonner le pouvoir à la personne, de dire : « Qu'est-ce que je vais faire de cette vie? »*

Quelques intervenants mentionnent qu'ils discutent avec les personnes suicidaires des conséquences d'un suicide sur leur entourage afin de les amener à en prendre conscience. Selon eux, cette pratique peut susciter de l'espoir chez certaines personnes suicidaires ou, du moins, accroître leur sentiment d'ambivalence face au suicide.

Une minorité d'intervenants relatent les défis que présente, dans leurs pratiques, la création de l'espoir chez les personnes suicidaires. Ils évoquent particulièrement la singularité des personnes et de leurs situations, ce qui nécessite une adaptation constante du côté des intervenants. À ce sujet, certains intervenants soulignent la pertinence de la dimension du sens : *« Je trouve que c'est un défi à chacune de ces personnes de trouver un angle qui va leur parler; qui va faire en sorte qu'elles vont pouvoir commencer à voir qu'un changement est possible. »* (Stéphanie) *« Quand tu arrives à, hum, donner sens à ce qui se passe, puis pas juste de donner sens... je dirais, de donner de l'espoir, la transmettre cet espoir-là que les choses peuvent être différentes... »* (Louise) En d'autres mots, plus l'espoir porte un sens précis pour la personne suicidaire, plus elle peut s'y accrocher fortement et s'investir à demeurer en sécurité.

En guise de conclusion de ce sous-thème, on observe une continuité dans l'ensemble des discours des intervenants quant à l'importance de susciter de l'espoir. En parallèle, les intervenants adoptent des pratiques pour obtenir l'engagement des personnes suicidaires vis-à-vis de leur sécurité. J'en discute dans la section ci-dessous.

#### **4.2.2.2 Le maintien de l'engagement à la fois des personnes suicidaires et des intervenants envers la sécurité**

Compte tenu du risque lié à la question du suicide et du mandat des centres de crise en matière de prévention du suicide, il est cohérent que tous les intervenants adoptent des pratiques entourant la sécurité des personnes suicidaires. Selon l'ensemble des intervenants, le lien de confiance avec les personnes suicidaires constitue le principal levier pour qu'elles s'investissent activement dans le processus d'intervention. La plus grande partie des intervenants en parle en employant divers termes tels que « collaboration », « engagement » ou encore « coconstruction ».

Les intervenants considèrent que l'investissement dans la sécurité des personnes suicidaires est nécessaire, et ce, autant de la part des personnes suicidaires que de la leur : *« Pour bien intervenir avec la personne, il faut que je me sente en sécurité. Pour ça, il faut qu'elle fasse aussi un bout de chemin. Dans le lien, il y a une rencontre et chacun doit faire son bout de chemin. »* (Antoine) *« “D'ici à demain, est-ce que vous pouvez m'assurer votre sécurité?” Puis, sinon : “Est-ce que vous pouvez m'assurer que vous allez appeler pour... regarde, qui est-ce qui pourrait appeler là?” Puis là, je vais mettre en place une relance pour le lendemain. »* (Louise) En même temps, une partie des intervenants souligne la nécessité de responsabiliser les personnes suicidaires : *« Si elle est consentante, si elle est en mesure de passer un pacte de non-passage à l'acte, bien, ça, c'est magnifique parce qu'on peut la récupérer dans nos services. [...] Il faut aussi responsabiliser ces gens. Il faut tenter d'avoir leur confiance. »* (Cécile)

Les intervenants que j'ai rencontrés mentionnent que le degré d'investissement dans un processus d'intervention varie d'une personne suicidaire à l'autre ainsi qu'à travers le temps, et ce, pour diverses raisons. Ils racontent, par exemple, qu'il y en a qui ne s'investissent pas dans une réflexion autant sur leurs idéations suicidaires que sur des aspects de leur vie qui contribuent

à leur souffrance. Cette idée rejoint ce qui a été discuté dans le premier thème sur la réflexion sur soi. Selon les intervenants, un faible investissement dans la réflexion se produit lorsque les personnes suicidaires sont dans un état de déni, en particulier lorsqu'elles présentent des troubles de consommation de substances : « *Si, par exemple, l'individu qui a un trouble d'alcool, puis qui est en dépression, qui a des idées suicidaires : ce n'est pas évident à remonter, surtout quand il ne reconnaît pas sa problématique.* » (Thomas) Dans les cas d'un désinvestissement de toute intervention extérieure, la majorité des intervenants évoque une situation de cristallisation des idéations suicidaires. Ils décrivent alors une position de fermeture chez les personnes à reconsidérer le suicide : « *Des gens qui sont cristallisés, qu'on sent qu'on n'a pas de prise, qui nous disent ce qu'on veut entendre qui fait qu'on ne peut pas appliquer la loi. [...] Elle était très fermée, tu sais : "C'est correct, je sais quoi faire si j'ai besoin... N'inquiétez-vous pas, ça va."* » (Justine) « *On n'a pas été capable de la mobiliser du tout. Du tout, du tout, du tout. Même pas un tout petit peu... [...] Le feeling que t'avais à son contact : c'était inaccessible.* » (Louise) Cette question de récurrence des idéations suicidaires est relevée par la plus grande partie des intervenants. Je m'y penche davantage dans la section suivante qui porte sur la dimension de la fragilité.

Certains intervenants racontent qu'ils considèrent le réseau de soutien dans leurs pratiques visant à susciter l'engagement des personnes suicidaires pour assurer leur sécurité. Il est question ici autant du réseau formel, composé des professionnels, que du réseau informel, qui renvoie à l'entourage personnel des personnes suicidaires. Du côté du réseau social informel, les intervenants reconnaissent l'importance des relations pour diminuer le sentiment de solitude, voire l'état d'isolement des personnes suicidaires : « *Des fois, c'est de les encourager à rester ou les remettre en lien avec leurs proches.* » (Justine) Les intervenants tentent aussi d'obtenir, par l'entremise du lien de confiance, l'autorisation des personnes suicidaires pour impliquer leurs proches dans les interventions. Cela s'avère pertinent, entre autres, pour intervenir directement auprès des proches. À ce sujet, deux exemples sont présentés par les intervenants. Le premier exemple consiste à outiller les proches pour qu'ils puissent mieux soutenir les personnes suicidaires : « *Dans les pistes de solutions, je pense que, le plus possible, d'obtenir la collaboration pour informer des adultes autour qui sont positifs et significatifs, qui vont pouvoir faire quelque chose. Au pire, leur donner le numéro des centres de crise.* » (Justine) Le

deuxième exemple d'intervention auprès des proches consiste à aborder leurs inquiétudes relativement à la recherche de soutien par autrui.

*Puis, l'autre clientèle que je vois beaucoup, c'est les gens qui sont plus aisés [...]. Puis, hum, ils sont plus réticents à l'intervention. [...] Donc, c'est des interventions qui demandent beaucoup de doigté puis, euh, beaucoup de dialogue aussi. [...] Bien, eux, c'était... moi, je sentais que c'était beaucoup l'image à ce moment-là. (Élodie)*

*Je pense qu'il faut que les gens sachent où se référer sans qu'ils pensent qu'il va y avoir de grosses conséquences [...]. Hum, il y a comme un cheminement à faire avec la personne pour l'amener à comprendre que : « Oui, il y a de la dangerosité. Puis oui, vous faites bien de vous inquiéter. Puis oui, il est temps de faire quelque chose. Puis oui, ça se peut qu'il soit fâché, mais il va être encore en vie. » (Justine)*

Du côté du réseau formel, une minorité des intervenants mentionnent qu'ils sollicitent les partenaires d'autres organismes pour assurer un filet de sécurité, c'est-à-dire pour mettre en place des moyens favorisant la sécurité des personnes suicidaires : « *Par exemple, de dire à son médecin de famille, qui la suit depuis 45 ans, qu'elle a fait une tentative de suicide. [...] Lui, il était, il est devenu complètement, euh, quasiment désorganisé. Puis moi, je trouvais ça important qu'il soit au courant.* » (Louise) « *Mais, dans le fond, c'est un travail d'équipe que je fais aussi. Oui, ce n'est pas seulement moi; c'est moi dans une continuité, euh, du réseau de la santé. [...] La problématique du suicide, c'est un problème individuel, mais on en parle en société aussi.* » (Yves) Le travail de partenariat entre organismes peut cependant comporter des défis, particulièrement en ce qui a trait à la communication en raison de la complexité des situations et du nombre élevé d'acteurs impliqués ayant chacun des rôles et des mandats spécifiques.

*Cette situation, je pense qu'elle n'était pas évidente. [...] Parce que c'était la diffusion des rôles aussi. À un moment donné, « C'est nous? C'est vous? », euh « Faites-vous quelque chose, vous autres ou...? » Puis là, on se parle, on ne se parle pas beaucoup, ou... je pense qu'il a manqué à ce niveau-là. Je pense que c'est ça les pistes de solutions : c'est de se parler, mais toujours dans l'objectif de sauver la personne. (Justine)*

Dans un autre ordre d'idées, quelques intervenants relèvent des défis dans l'engagement à la sécurité. Ces défis sont pour la plupart reliés aux caractéristiques personnelles des personnes suicidaires comme l'impulsivité et la cristallisation des idéations suicidaires. Selon les intervenants, ces deux défis présentent la même particularité : le lien de confiance s'avère assez inefficace pour susciter l'investissement des personnes suicidaires présentant de telles

caractéristiques, ce qui complexifie les pratiques d'intervention. Tout de même, il semble que la dimension relationnelle demeure pertinente.

*Je dirais que le défi, c'est d'arriver à créer le lien. Une fois que le lien est créé, euh... Aussi, il y a des gens effectivement qui sont très impulsifs, en? Puis, les deux personnes qui pourraient m'échapper dans cette conceptualisation, ce serait les gens très impulsifs et les gens, euh, très cristallisés. Les gens qui ont une logique, qui se sont fait un raisonnement où il est très, très établi, très solide, qui les amènent vers le suicide. Donc, là, il faut travailler à défaire, euh, la rationalisation, le scénario en quelque sorte. Pour les gens impulsifs, c'est d'essayer de leur apprendre à identifier les facteurs précurseurs. (Antoine)*

*Pour moi, ce qui est le plus difficile puis où ça me demande d'utiliser à peu près toutes les techniques que je connais, c'est la personne qui consomme, qui est imprévisible et impulsive, et qui n'est pas sûre pantoute qu'elle veut que tu l'aides ou qu'elle veut recevoir de l'aide. C'est ça, euh, qui est difficile parce que, souvent, il y a la personnalité, il y a du comportement, il y a de l'ambivalence... Ce qui fait qu'on a tout ça à travailler avant même de commencer à penser à aider quoi que ce soit. [...] Mais, des fois, euh, ça demande beaucoup de compétences relationnelles, plus que des outils de travail. (Louise)*

Ceci marque la fin de ce deuxième sous-thème. En résumé, tous les intervenants s'entendent sur la nécessité d'amener les personnes suicidaires à s'investir dans leur sécurité. Des différences de perspectives semblent cependant émerger à propos de l'ampleur de la mobilisation du réseau de soutien personnel ou professionnel. Malgré tout, il en ressort que l'engagement des personnes suicidaires à rester en sécurité est complexe, notamment en raison des caractéristiques personnelles et des défis dans les communications entre les professionnels de différents organismes. La prochaine section de ce chapitre porte sur les pratiques relatives à l'estimation de la dangerosité suicidaire.

#### **4.2.2.3 L'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire pour orienter les pratiques**

Dès la présence d'idéations suicidaires, l'ensemble des intervenants parle de la pratique d'estimation du risque et de l'urgence suicidaires. Cette estimation ne se fait qu'à la suite de la création de l'espoir et de l'investissement des personnes suicidaires envers leur sécurité. Dans cette optique, la réaction des personnes suicidaires et leur niveau de participation aux pratiques relatives à ces deux dimensions permettent d'estimer la dangerosité suicidaire.

D'une part, certains intervenants évoquent des dimensions qui pourraient soit augmenter le risque suicidaire, soit protéger les personnes d'un tel risque. Les intervenants disent porter

une attention particulière à ces dimensions afin d'en arriver à une estimation juste de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. Le soutien social, les troubles de santé mentale, les troubles de consommation, l'impulsivité, le potentiel agressif et l'habileté des personnes suicidaires à demander du soutien sont des dimensions souvent évoquées en termes de facteurs de risque et de protection.

*Donc, toute l'évaluation du risque : de ce qu'elle dit, de ce qu'elle dégage, de ce qu'elle s'engage à faire, de ce qu'elle vit, de ce qu'il y a autour, tu sais, de sa problématique en santé mentale versus, euh, quelqu'un qui n'en a pas, mais qui a tellement de stressés autour. Est-ce qu'il est seul? Est-ce qu'il a consommé? Tu sais, c'est toute cette gestion de risque. C'est ça le gros défi en crise suicidaire. (Élodie)*

Outre la prise en compte de telles dimensions, le lien de confiance permet, selon une bonne partie des intervenants, d'en arriver à une estimation plus représentative du danger et du risque. Ceci est particulièrement utile dans une situation où des enjeux de pouvoir complexifient la tâche, tel que décrit dans l'extrait suivant.

*De l'évaluer régulièrement : « Est-ce qu'il y a des changements? ». Hum, des fois, ça va être de poser... Je pense qu'on doit toujours poser la question directement au moins une fois à une personne. Après, ça devient différent. Tu sais, quand t'établis un lien avec quelqu'un, c'est d'être à l'écoute des signaux. Mais, avec une certaine clientèle, de poser les questions directement, tu te coincés et tu coincés la personne dans une lutte de pouvoir. Puis ça, je pense qu'il faut l'éviter. Donc, il faut à ce moment avoir un échange, un dialogue avec la personne qui va au-delà de l'évaluation du risque suicidaire dans l'immédiat. Mais, plus de porter une attention, une écoute, euh, une réflexion avec la personne sur l'ensemble de sa situation. [...]. Là, c'est : comment s'assurer de faire une intervention juste en fonction du risque réel puis pas nécessairement ce qui est dit? Hum, ce n'est pas évident... (Stéphanie)*

Par ailleurs, il est intéressant de souligner qu'une minorité des intervenants utilisent leur intuition pour partiellement les guider dans leurs pratiques, y compris celles relatives à l'estimation du risque suicidaire.

*En hébergement, je me fie vraiment à ce que les gens me disent puis, euh, bien, ce que je ressens là. Tu sais, si je ressens que c'est vrai puis que ça va ensemble, c'est cohérent : ça va. Mais, euh, il y a peut-être des fois où on sent que les gens veulent nous rassurer. Là, ça, on va aller, je vais aller vérifier un peu plus. (Justine)*

*Si on n'y allait pas là, il se pendait. Il se pendait dans la matinée. Tu sais, c'est des réussites là. Puis, on ne le savait pas. Mais juste à un moment donné, on dirait qu'on a un autre sens qui s'ouvre. On est incapable de le nommer, mais on sent qu'il faut réagir. On ne peut pas tout nommer dans la vie, en? On est bien handicapé parce que, souvent, on manque de mots. C'est... c'est de l'intuition. (Cécile)*

Cette intuition semble émerger à la fois du lien de confiance créé avec les personnes suicidaires et des connaissances issues de leur bagage d'expériences devenues implicites.

D'autre part, une bonne partie des intervenants parle du recours à des mesures légales lorsque les personnes suicidaires présentent un danger grave et imminent pour elles-mêmes en lien avec leur état mental et qu'elles refusent les services appropriés. Il s'agit de la loi P-38 et de l'article 27 du Code civil du Québec. Tous les intervenants qui abordent le recours à de telles mesures précisent qu'il s'agit de situations exceptionnelles. Ils sont unanimes à croire que la participation volontaire des personnes suicidaires aux interventions est privilégiée, notamment parce que le recours à des mesures contraignantes peut entraîner des conséquences dommageables. Parmi celles-ci, il y en a deux qui sont discutées.

La première est le « bris du lien de confiance ». Comme je l'ai abordée précédemment, les intervenants accordent une importance primordiale au lien de confiance pour diverses raisons, dont l'investissement dans la sécurité des personnes suicidaires. Donc, la rupture du lien de confiance contribuerait, selon eux, à augmenter la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. Dans cette optique, la personne pourrait décider, dans le futur, de ne pas solliciter de soutien lorsqu'elle est en état de crise suicidaire.

*Les interventions où on doit appliquer la loi P-38 finalement puis amener quelqu'un contre son gré à l'hôpital pour sa sécurité... [...] Moi, je ne trouve pas que c'est favorable. Bien, enfin, ça protège la personne. Mais après, elle ne voudra plus jamais aller à l'hôpital parce qu'elle aura été privée de liberté. Après, elle n'aura plus confiance dans les médecins, les intervenants puis les policiers pour l'aider dans des états de crise. [...] Dans le fond, ce n'est pas en une fois qu'on supporte quelqu'un. C'est en lui donnant envie de revenir, en lui donnant confiance. (Yves)*

La seconde conséquence possible de l'application de mesures légales exceptionnelles est que les personnes suicidaires se retrouvent entre les « mailles du filet ». Cette expression réfère à une faille ou une discontinuité dans les pratiques de soutien axées sur la sécurité des personnes suicidaires. Selon les intervenants, une telle situation peut arriver lorsque les personnes suicidaires dissimulent l'ampleur de leurs comportements suicidaires et lorsque des problèmes surviennent dans la communication entre les professionnels d'établissements. Ce deuxième aspect est mieux saisi lorsque l'on constate la multiplicité des acteurs impliqués, incluant les professionnels et les proches, et la complexité des situations. Par conséquent, il pourrait y avoir un manquement dans la mise en place de mesures de soutien suivant la sortie du centre



hospitalier, par exemple, de sorte que le danger du passage à l'acte suicidaire serait plus grand. Les intervenants disent que cette situation pourrait survenir en particulier lorsqu'il est question de personnes chez lesquelles les idéations suicidaires sont cristallisées. Pour pallier ces mailles du filet de sécurité, certains intervenants croient que la communication entre les professionnels des différents organismes devrait être améliorée pour qu'ils en arrivent à une vision commune ou, du moins, plus similaire.

*Quand c'est cristallisé, tous les moyens vont être bons pour, euh, passer au travers les mailles du filet. [...] Ça fait que du moment que cette personne est à l'urgence, ça relève du milieu hospitalier, des professionnels qui travaillent à ce niveau. C'est souvent là qu'on les perd. Tu sais, ces personnes retournent chez elles vingt-quatre heures après. Mais, on a comme l'impression de ne pas avoir été entendu quand on a fait le topo du « pourquoi » on amenait cette personne-là. (Cécile)*

*Euh, des gens qui sont cristallisés, qu'on sent qu'on n'a pas de prise, qui nous disent ce qu'on veut entendre qui fait qu'on ne peut pas appliquer la loi. [...] Mais, la dame qui s'est suicidée, je n'y arrive pas à voir... tu sais, à part la communication. Je l'ai vue, je l'ai rencontrée... je sais pourquoi elle est sortie de l'hôpital : c'est parce qu'elle disait ce qu'il fallait. Tu sais, on ne peut pas, hum, la loi nous empêche d'agir quand... on ne peut pas juste se fier à notre senti puis dire : « Madame, on va vous garder parce que je ne sens pas que vous allez bien ». Ça ne marche pas. (Justine)*

*Moi, j'estimais que la personne était cristallisée de mon évaluation extérieure. Mais, c'est avec des propos rapportés. Donc, je pense qu'on aurait pu faire un P-38 puis la personne, elle serait ressortie et elle l'aurait fait pareil, tu sais? Parce que le P-38, c'est un moyen d'urgence. Mais, ce n'est pas toujours la meilleure porte d'entrée pour, euh, être soigné parce que tout va se baser sur le médecin qui évalue à l'urgence. Donc, si la personne est relativement en contrôle puis elle dit « oui, oui, tout va bien », elle peut sortir là. Ce qui fait que c'est toujours mieux d'avoir la collaboration de la personne; essayer de travailler avec elle. (Élodie)*

Malgré la communication entre les professionnels, la définition de la dangerosité demeure difficile à comprendre et à agencer avec la volonté des personnes suicidaires sur le terrain, selon Justine :

*On le sait que, quand il y a de la dangerosité, on peut, euh, lever la confidentialité pour assurer la sécurité de la personne. Mais je vous avoue que, même à l'interne, des fois-là, quand on essaye de se comprendre, cette loi-là, on ne la comprend pas toujours tant que ça. [...] C'est sûr que s'il y a un P-38 là, OK, on est à l'aise. C'est correct là. Tu sais, la dangerosité est claire. Mais, c'est quand la dangerosité est moins... ça nous empêche d'appliquer la loi. Puis là, c'est : on peut appeler? On peut... tu sais? Ce qui fait que là, on essaye avec la personne... Mais, si la personne, elle ne veut pas et qu'on la sent encore à risque, mais qu'on n'a rien pour, euh, intervenir, hum... Des fois, j-, je pense qu'on pourrait en faire un tout petit peu plus. Mais encore là, c'est ça : il faut respecter la loi.*

*Mais la loi, il me semble que c'est clair que si la personne présente un danger, euh, que la confidentialité est levée... Mais je pense que c'est là, où, tu sais : il est où le danger? Je ne le sais pas.*

Des intervenants remarquent aussi chez certaines personnes suicidaires un faible dévoilement de soi ainsi qu'une difficulté à solliciter du soutien : « *Ce n'est pas des gens qui vont s'ouvrir beaucoup. [O]n n'aura pas nécessairement accès au plan puis à tout ce qui se passe à l'intérieur de lui... Hum, tu sais, il ne va pas nécessairement nous rappeler si on quitte puis que ça ne va pas.* » (Élodie) Par conséquent, la tâche d'estimer la dangerosité et l'urgence suicidaires se révèle compliquée. Cela semble d'autant plus problématique puisque les personnes présentant ces caractéristiques ne rechercheront pas nécessairement du soutien si les idéations suicidaires s'amplifient ou si un passage à l'acte devient imminent.

En guise de conclusion de la présentation du deuxième thème, il est intéressant de rappeler que c'est presque l'entièreté des intervenants qui établit un lien étroit entre le suicide et les troubles de santé mentale dans leurs représentations des personnes suicidaires. Or, en discutant de leurs pratiques d'intervention, seulement une minorité des intervenants évoquent cette dimension lorsqu'il est question d'orienter leurs pratiques, ce qui reflète une divergence dans leurs discours sur leurs pratiques. Par contre, le lien de confiance constitue le levier central servant de fil conducteur dans leurs pratiques. Conformément au premier thème, seulement quelques intervenants parlent d'impliquer le réseau de soutien formel ou informel, ce qui suggère que les pratiques d'intervention s'appuient plutôt sur une vision individuelle du suicide. Il n'en demeure pas moins que les pratiques des intervenants peuvent être difficiles à exercer compte tenu de la complexité des situations et de l'implication de nombreux acteurs. La prochaine section aborde le troisième thème, soit les expériences des intervenants avec les personnes suicidaires.

### **4.3 Les représentations des intervenants au sujet d'eux-mêmes**

En répondant à l'ensemble des questions du canevas d'entrevue portant sur leurs profils ainsi que sur leurs trajectoires personnelles et professionnelles, leurs représentations des personnes suicidaires et de leurs pratiques avec celles-ci, les intervenants révèlent les représentations qu'ils entretiennent à propos d'eux-mêmes. Les intervenants reconnaissent une

part de subjectivité dans leurs pratiques ainsi que la possibilité d'être touchés par la souffrance des personnes suicidaires. Pour composer avec cela, ils expriment des besoins de soutien.

### **4.3.1 Une reconnaissance par les intervenants de l'influence de leurs subjectivités sur leurs pratiques**

En discutant des personnes suicidaires et de leurs pratiques avec celles-ci, les intervenants reconnaissent une part de subjectivité dans leurs pratiques. À cet égard, quelques intervenants évoquent leur bagage issu de leurs expériences professionnelles et personnelles : « *Tu sais, on est deux à partir en intervention : moi puis un autre, c'est à deux là, ce qui fait qu'on part chacun avec nos représentations, chacun, intérieurement, notre mandat; ce n'est pas pareil. On a chacun notre histoire personnelle, euh, tu sais, en?* » (Cécile) « *[M]ême si on a un certain détachement puis qu'on essaye de faire un travail sur soi, bien, on a des perceptions, on a parfois des jugements tu sais, que... bon. Puis ça, ça teinte notre lecture des interventions.* » (Élodie) Les intervenants reconnaissent que leur subjectivité imprègne leurs représentations et leurs pratiques. En plus, une minorité d'intervenants reconnaît que le langage ou le choix des mots employés évoquent des représentations : « *Tu sais, "suicide", c'est, comme, léger. C'est comme... ah. Mais "tuer"... "tuer", c'est plus grave, en?* » (Justine) « *On va dire... on va prendre un langage "intervenant" : TPL plus, euh... bipolaire ou TPL plus dépression. Tu sais?* » (Thomas) Il arrive aussi que quelques intervenants évoquent leurs repères culturels :

*Moi, je viens d'une culture mixte. [...] En Afrique, on parle beaucoup de la mort. C'est quelque chose qui est, hum... c'est moins tabou. On en parle différemment en fait. Je dirais différemment. Pas... pas plus. [...] C'est quelque chose qui a toujours été présent, euh, dans ma vie. C'est des choses on parlait puis ça fait partie de la vie.* (Marjolaine)

*On avait fait, euh, des ateliers où on devait sensibiliser les étudiants par rapport au problème du suicide. Et ça m'avait beaucoup frappé les réponses qu'ils donnaient, surtout au niveau, je dirais, de ma communauté [...] Bien pas, pas forcément au niveau de ma communauté, mais au niveau de la culture noire.* (Jérôme)

En lien avec cette question de la communication, quelques intervenants parlent de l'émergence de jugements au cours de leurs pratiques qui influencent ces dernières. Selon certains intervenants, ces jugements prennent racine dans les discours véhiculés dans la collectivité.

*Supposons qu'il y a une cliente qu'on connaît, qui téléphone souvent. Puis, euh, qui téléphone et qui commence ses appels par : « J'ai envie de mourir. ». [I]ls vont sortir des phrases un peu générales « ils recherchent de l'attention » ou « c'est de la manipulation », euh... toutes sortes d'idées qui sont un peu véhiculées dans la société que tu penserais que tu ne retrouverais pas au niveau de tes collègues. (Jérôme)*

*Tu sais, le préjugé ou l'impression qu'on a que les femmes, c'est des appels à l'aide, c'est des ODM [overdoses médicamenteuses] : « Ce n'est pas sérieux, elles veulent juste avoir de l'attention ». [...] En tout cas, il me semble que je retiens ça dans les statistiques. C'était les hommes, les hommes, les hommes. Eux, quand ils le font, c'est pour le faire puis ce n'est pas pour... Mais moi, j'ai vraiment l'impression que c'est terminé là, euh, les femmes le font aussi. Je pense qu'il va falloir le concevoir dans nos interventions. (Justine)*

La nécessité, voire la pression de comprendre et d'agir rapidement face au risque suicidaire pourrait être une autre raison pour que les intervenants en viennent à de tels raccourcis intellectuels véhiculant un jugement.

*C'est, comme, de prendre des décisions rapidement avec une clientèle que... des fois, on ne peut pas poursuivre notre évaluation puis qu'on est poigné avec les émotions de « ah non, non, je n'ai pas fait mon travail comme j'aurais souhaité... je n'aurais pas... je n'ai pas posé les questions que j'aurais dû poser » ou « je ne l'ai pas pris sérieusement quand elle me disait ces choses-là ». (Stéphanie)*

Il se pourrait aussi que le jugement émerge d'une certaine saturation ou d'une certaine fatigue, en particulier face aux personnes contemplant fréquemment le suicide.

*Puis, euh, je pense que c'est facile de tomber, euh, dans ce piège-là où ce que, euh, comme la personne, elle téléphone chaque jour pour dire, vous savez, qu'elle a des idées suicidaires puis qu'elle veut mourir. [...] Parce que ça m'arrive, par moments, que, écoute, euh, je sais que la pers-, j'utilise le langage... je sais que la personne ne va pas se suicider ce qui fait que je n'interviens pas comme si la personne était sur le point de s'enlever la vie. (Jérôme)*

Dans tous les entretiens, les intervenants reconnaissent leur part de subjectivité au point de révéler des perspectives sur le suicide qui me semblent appartenir à la sphère personnelle. En effet, autant lors des entretiens qu'au courant de l'analyse des données, il m'a semblé que le ton sur lequel s'exprimaient les intervenants était plus personnel.

D'un côté, le suicide est considéré comme un choix obligé qui est étroitement lié au désespoir, ce sentiment occasionnant une réduction du champ de possibilités.

*Donc, c'est des gens qui, euh, ne voient que du noir, ne voient que du négatif, ne voient pas le bout du tunnel, encore moins la lumière. Ce qui fait que c'est des gens qui ont, euh, au moment de la crise, peu d'alternatives, peu de solutions. [...] Il y a une autre chose*

*qu'ils disent que j'aime plus ou moins : oui, en partie, c'est vrai que c'est son choix à lui, ce n'est pas le mien. (Thomas)*

*Pour moi, le suicide, ce n'est pas acceptable. [...] Mais, je sais que j'ai des collègues qui ne sont pas contre le suicide, que des fois, euh, ils sont nuancés eux autres. Moi, je ne suis pas nuancée. Puis, euh, ça doit affecter ma pratique. [...] Ce n'est pas une question de morale ou de valeurs. Je pense juste que ce n'est pas un choix éclairé. Je pense que c'est un choix dans un manque d'options à un moment donné puis que, euh, c'est le désespoir. (Justine)*

Dans une autre optique, un intervenant présente le suicide comme une erreur commise par manque de conscience spirituelle, de sorte que les conséquences n'en sont pas bien saisies :

*C'est un philosophe qui a un ami psychiatre qui avait eu une expérience de mort imminente extrêmement puissante, euh, au cours duquel il s'est comme décorporé. [Le Christ] lui a montré aussi, euh, un jeune qui s'était suicidé. Et là, [...] il était dans une autre forme d'enfer, il était prisonnier de sa culpabilité, de vouloir réparer ça sans pouvoir le faire vu qu'il était dans un espace de monde parallèle. [...] Il y a beaucoup de résultats dans ce sens-là. [...] Bon, tout ça, ça me fait penser qu'on est des êtres spirituels à la base qui a une expérience physique. Et donc, euh, dans cette perspective-là, le suicide, c'est, euh, c'est se tromper de cible. En fait, c'est croire résoudre les problèmes, mais ça ne fait que... je veux dire, ce n'est pas mortel dans le sens où on ne peut pas mourir dans cette perspective-là. Par contre, le fait d'avoir commis un acte comme ça, ça rajoute bien des conséquences. (Antoine)*

Pour leur part, quelques intervenants croient que leur rôle d'intervenant en centre de crise, un organisme dont le mandat est la prévention du suicide, les positionne nécessairement du côté militant pour la vie : « *Moi, ce que je leur dis c'est que : "Je ne pourrai pas vous empêcher de vous suicider, mais c'est sûr que, en venant me voir, vous vous laissez une chance qu'on regarde autre chose, d'autres alternatives. Mais, moi, je ne peux pas adhérer à ça."* » (Louise) « *Moi, je ne peux pas répondre à la question : est-ce que les gens devraient vivre plus longtemps ou, euh, lutter pour rester en vie? Mais, moi, je sais que ce que je fais, ça pèse du côté de la vie.* » (Yves)

De l'autre côté, certains intervenants conçoivent le suicide comme étant un choix en quelque sorte libre, dans la mesure où la contrainte est difficile : « *C'est difficile de travailler avec quelqu'un qui est très suicidaire. Je trouve ça difficile moi parce que son choix est fait.* » (Cécile) « *Peut-être qu'on ne peut jamais être sûr de rien. Il n'y a jamais aucune garantie, en? Les gens, euh, quelque part, ils ont leur liberté puis, euh, on ne les contrôle pas, on ne les*

*maîtrise pas là.* » (Élodie) Le suicide peut même être perçu comme un choix acceptable dans l'exercice du libre arbitre :

*Pour moi, la porte de sortie, tu pouvais la prendre, euh, quand tu voulais. C'est-à-dire, euh, quand je parle de porte de sortie, bien, un peu... s'enlever la vie. [...] Au fur et à mesure, euh, dans mon cheminement académique ou professionnel, bien, cette question-là, elle est souvent revenue. Et puis, euh, je ne pourrais pas dire comme ça que j'ai trouvé une réponse.* (Jérôme)

Par ailleurs, certains intervenants proposent des questionnements plus profonds sur le plan éthique :

*Ouais, je ne pense pas que ce soit nécessairement mal le suicide parce que... j'ai un peu de misère en fait avec la question d'enlever le libre arbitre à une personne. C'est une des missions, euh, du centre de crise : on a la capacité en fait de demander à ce qu'une personne soit vue par un psychiatre, euh... C'est l'article 8 de la P-38 en fait qui fait qu'on peut faire hospitaliser quelqu'un. Donc, c'est quelque chose de très, hum, coercitif puis je me pose souvent la question de : « Pourquoi on fait ça? ». On le fait pour les autres, mais je pense qu'on le fait aussi beaucoup pour nous-mêmes... » (Marjolaine)*

*C'est où le rôle de l'intervenant par rapport à quelqu'un qui veut mettre fin à ses jours? Tu sais, ultimement, a-t-on raison d'intervenir? Est-ce qu'on devrait intervenir? Est-ce que la personne devrait prendre cette décision-là par elle-même? [...] C'est un petit peu le fondement de tout ce que je fais. Je me dis : si quelqu'un me dit ça, c'est parce que quelque part à l'intérieur de lui, il a des doutes. Il y a quelque chose qui fait en sorte... sinon, il le garderait pour lui parce qu'il se doute bien qu'ici, on va intervenir, on va faire les choses, on va discuter de ce qui va se passer... Ce qui fait que je me rassure, hum... je rationalise beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup par rapport à ça.* (Stéphanie)

Malgré ces dévoilements, alors que la plus petite partie des intervenants reconnaît une certaine influence de leur perspective personnelle, une grande majorité soutient qu'il peut arriver à s'en distancier dans l'exercice de leurs pratiques en centre de crise : « *En fait, hum, ma mission est différente de ma vision.* » (Marjolaine) « *Hum, je veux dire, ce qu'on en pense là ou même ce qu'on fait soi-même [...], ça ne change pas ce qu'on a à faire comme intervenant. Ce n'est pas nos valeurs personnelles qui font qu'on fait de la prévention du suicide.* » (Yves) « *Lorsque je fais mon travail, j'arrive très bien à concevoir que mon but, c'est d'aider la personne à ne pas arriver, hum, à commettre le suicide. Mais, en même temps, ma conception théorique, philosophique, c'est toute autre chose.* » (Jérôme)

En somme, les intervenants reconnaissent leur part de subjectivité en parlant ouvertement de leurs conceptions plus personnelles du suicide. Or, seule une minorité reconnaît

que cette subjectivité peut les influencer dans leurs pratiques d'intervention. En effet, la plupart des intervenants disent parvenir à se distancier de leurs conceptions plus personnelles dans le contexte de leur travail en centre de crise. Il semble alors qu'ils en minimisent les influences. Dans un autre ordre d'idées, compte tenu de la place qu'occupe la subjectivité des intervenants, ceux-ci remarquent que la souffrance des personnes suicidaires peut les affecter. Ceci est discuté dans le sous-thème suivant.

### **4.3.2 Une reconnaissance par les intervenants de leurs réactions envers la souffrance**

Outre le fait de reconnaître l'influence de leurs subjectivités sur leurs pratiques, les intervenants abordent aussi les réactions pouvant survenir face à la souffrance des personnes suicidaires. Je choisis d'employer le terme de « réaction » puisque ce que décrivent les intervenants me semble de nature personnelle, soit leurs sentiments et leur bien-être. En général, les intervenants abordent trois manifestations de la souffrance des personnes suicidaires qui suscitent des réactions chez eux : le maintien des idéations suicidaires après les interventions, un passage à l'acte suicidaire et un décès par suicide.

Premièrement, une minorité des intervenants parle de la nécessité de tolérer le risque suicidaire. Plus précisément, il s'agit selon eux d'accepter que les idéations suicidaires perdurent au-delà des interventions ou resurgissent possiblement de manière récurrente. Malgré cette volonté de tolérance, le processus se révèle exigeant dans la pratique, autant sur le plan cognitif que sur le plan sentimental.

*Il faut être capable de tolérer ça puis de ne pas se dire en objectif que, euh, elle ne sera plus suicidaire quand elle va sortir de mon bureau. [...] Puis, je trouve que quand je vais bien, j'ai plus de tolérance au risque que quand je vais moins bien. Oh, si je suis plus anxieuse, plus fatiguée, j'ai moins de tolérance. (Louise)*

*Cette intervention était émotivement très difficile pour elle, mais aussi pour moi. Hum, d'entendre l'ampleur de sa souffrance, puis de juste tolérer et de ne pas être dans le « bon, bien, tu me dis tu n'es pu capable; enveille, je t'amène [tape des mains] à l'hôpital ». Tu sais, ce n'était pas ça. Je ne pense pas que c'était ça qui était aidant. On l'avait déjà fait. Ce n'était pas ça. Dans le moment, c'était vraiment de l'accueillir, selon moi, et de tolérer le risque, tolérer sa souffrance qui était d'une très, très, très grande ampleur. (Stéphanie)*

La question de la tolérance semble être une façon pour les intervenants de composer avec des sentiments difficiles comme l'impuissance :

*Euh, sinon, il y a tous ceux qui ont des dépressions, euh, disons que, hum, les problèmes de santé mentale chroniques [...]. Dans le discours suicidaire, c'est de voir aussi que, derrière ça, bien, il y a tout le désespoir puis la lourdeur de ce qu'ils portent au quotidien. Donc, euh... Tu sais, la résolution de problèmes à ce moment-là, elle devient aussi difficile. On devient... on devient rapidement démuni devant cette clientèle.* (Élodie)

Deuxièmement, la plus grande partie des intervenants raconte, de leur côté, avoir connu une personne ayant eu recours aux services du centre de crise qui a posé un acte suicidaire. Pour certains intervenants, cet agissement est perçu comme un « bris du lien de confiance ».

*Donc, une personne, vous savez, que j'ai beaucoup investie, qui a fait une tentative plus grave, qui s'est ouvert l'aorte là. Et ça, c'est vrai que ça m'a... après coup, euh, ç'a été difficile. Bien, ça a été difficile, euh, parce qu'il y a eu un bris du lien, vous voyez? Que, quand quelqu'un fait quelque chose comme ça, qu'il n'a pas appelé avant alors qu'il y avait un lien fort qui était établi.* (Antoine)

*Il est monté dans sa chambre puis il a vidé le pot de Tylenol. Mais, je dis... tu sais, il en restait peut-être, euh, cinq, six, sept. [...] Ce n'est pas le fun ces affaires-là. Moi, ce que je vis, c'est de la rage puis je suis en colère. [...] Puis j'ai dit : « Mais, je ne comprends pas. Comment ça se fait que vous ayez fait ça? » J'ai dit : « On vient quand même de prendre une heure ensemble. »* (Louise)

Troisièmement, dans les cas où le passage à l'acte suicidaire aboutit en décès, les intervenants relatent des réactions affectives plus vives : « *Ouais, j'ai encore de la peine un peu en pensant à lui.* » (Antoine) « *C'est sûr qu'en tant qu'intervenant, tu te dis bon, "c'est malheureux". Euh, j'ai pleuré un peu. J'ai pleuré d'impuissance [...].* » (Élodie) « *Ce n'est pas le fun là : tu fais une intervention puis, dans la nuit, la personne, elle se suicide. Puis, hum... c'est toujours dur aussi.* » (Justine) Le blâme de soi et le doute de ses compétences semblent également émerger : « *Quand le suicide arrive, ça te remet en doute. [T]u as l'impression d'avoir raté ton intervention. Mais ça, c'est le côté émotionnel parce que le côté rationnel, c'est que, euh, on a pas mal été au bout de ce qu'on pouvait faire.* » (Élodie) Aux réactions affectives s'ajoutent des réactions cognitives afin de trouver un sens au suicide. Dès lors, les intervenants décrivent un tiraillement entre le côté rationnel et le côté affectif : « *[S]ouvent, ça va te rattraper. On a bien beau être rationnel dans notre tête... parce que s'il fallait chaque fois qu'on soit touché beaucoup... c'est sûr, ça vient nous chercher. Mais bon, il faut tenter de rester rationnel.* » (Cécile) « *C'est que le travail, euh, j'essaye de bien le faire, ce qui fait que ça finit par t'habiter. [...] Puis euh... parfois, je n'en prends pas conscience.* » (Jérôme) En considérant leur part de contribution, une interprétation d'échec peut émerger.



*Euh, mais, tu sais, il y a des ratés aussi. On a des ratés... Mais, si tu regardes sur tout le nombre d'interventions que tu fais dans ta vie ou que t'as faites jusqu'au moment que ça arrive, bien là, tu dis « OK, ce n'est pas nécessairement moi-là qui est en faute », tu sais? [...] Mais, euh, il y a une autre partie qui te revient. Par exemple : Est-ce que j'ai bien fait mon travail? Et ça, c'est une autre chose, tu sais? (Thomas)*

Bref, une tension s'opère entre les dimensions cognitives et affectives chez les intervenants vis-à-vis des manifestations de souffrance chez les personnes suicidaires. Une telle tension peut être lourde à porter et peut entraîner de la fatigue, ce qui affecte négativement les intervenants autant dans leurs pratiques qu'au regard de leur bien-être. En contrepartie, les intervenants doivent faire preuve de résilience pour composer avec cette tension. Par rapport à ce qui vient d'être présenté, les intervenants parlent de leurs besoins de soutien, ce qui constitue l'objet du prochain sous-thème.

### **4.3.3 Les besoins de soutien exprimés par les intervenants**

Les exigences cognitives et affectives propres à leur travail en centre de crise font que la plus grande partie des intervenants parle de l'importance de considérer leur état de bien-être. Ceci peut s'accomplir en prenant soin d'eux-mêmes, ou avec du soutien d'autrui comme des collègues, des superviseurs et des formateurs comme j'en discute dans les pages suivantes.

#### **4.3.3.1 Le besoin de se soutenir eux-mêmes**

Lors des entretiens, les intervenants parlent des pratiques qu'ils peuvent mettre en œuvre par eux-mêmes pour favoriser leur bien-être. D'une part, une minorité d'intervenants évoque la réflexion sur soi. L'objectif est de prendre connaissance de la dimension subjective, en particulier en ce qui concerne le vécu affectif, pour mieux en maîtriser les effets sur les pratiques d'intervention.

*Dans les pistes... de prendre soin de soi. Puis, d'être capable de s'évaluer et de dire : « OK, aujourd'hui, est-ce que c'est réaliste? Qu'est-ce que je pense? Est-ce que j'ai raison de m'en faire ou est-ce que je suis plus anxieuse aujourd'hui, ou je suis plus fatiguée, ou, euh... qu'est-ce qui fait ça? » (Louise)*

*La piste de solution, je dirais, c'est vraiment un travail au niveau des intervenants. D'être capable, euh, de faire un travail un soi, d'avoir un esprit un peu autocritique. D'être capable de s'asseoir parfois après une intervention puis de dire : « OK, là, ça n'a pas marché, euh, la personne n'a pas collaboré. Est-ce que moi, dans ce que je dégageais, il y avait quelque chose? Est-ce qu'il s'est passé quelque chose dans ma vie, puis que j'étais*

*peut-être moins ouverte ce soir-là? Est-ce que, euh, je pourrais améliorer cette façon dans mon savoir-être? » (Élodie)*

La réflexion sur soi est également utile pour que les intervenants déterminent leurs limites. En étant conscient de celles-ci, il devient possible de les respecter, ce qui contribue positivement au bien-être des intervenants : *« De m'apprendre à mettre des limites, euh, d'arrêter de me surinvestir, euh, d'arrêter de vouloir, euh, sauver à tout prix [...]. Déjà là, euh, je trouve que c'est vraiment salutaire. » (Cécile)*

D'autre part, la majorité des intervenants privilégie un certain détachement ou une certaine distance entre la sphère personnelle, notamment sur le plan affectif, et la sphère professionnelle.

*Il y a des cas lourds à supporter. Il y a des cas pas faciles, il y a des cas qui, hum... des fois, tu te dis... Tu sais, moi, j'ai appris avec le temps, euh, avant même, je te dirais... oui, avant même que je devienne travailleur social : j'avais appris à me secouer la peau du dos comme les chiens ou les chats font. Bien, plutôt les chiens... puis enlever les puces. Tu sais, le surplus. (Thomas)*

*Quand on part le soir puis qu'on dit : « Bien là, je laisse ce qui a au travail, je m'en retourne chez moi. »... tu sais, je fais un travail de détachement. Si je dis, par exemple, dans mon quotidien, moi, les journées que je travaille, j'ai toujours un rituel. [...] Pour ma part, c'est très aidant puis ça me permet d'avoir cette distance entre l'univers personnel et l'univers professionnel. Puis ça, je pense que c'est sain, hum, pour le savoir-être. (Élodie)*

Quelques intervenantes envisagent cette distance comme un moyen de protection, voire de survie : *« Comment on peut intervenir sans se briser? Tu sais, en se protégeant. » (Élodie)*  
*« On veut être disponible, tout ça. Mais il y a une partie de nous qu'on veut protéger. » (Marjolaine)*  
*« Je pense que c'est une façon pour moi de survivre avec tout ce qu'on entend et tout ça : j'ai de la difficulté à me souvenir d'interventions. » (Stéphanie)* En plus, les intervenants soutiennent que cette distance affective leur permet d'orienter davantage leurs pratiques en fonction de leur expertise : *« C'est que la formation de la grille de dangerosité [...] nous permet de nous détacher de l'individu quand même pour, euh, empêcher d'être imprégné par la problématique de l'individu et, euh, de ne pas avoir peur de poser les bonnes questions. » (Thomas)*  
*« Eux, c'était leur frère. [...] De mon observation puis de mes expériences personnelles, hum, quand on vient pour évaluer une situation avec laquelle on est proche, ça devient difficile. [I]ls étaient proches émotivement aussi de leur évaluation. » (Élodie)*

Deux principales stratégies apparaissent ainsi être privilégiées par les intervenants pour prendre soin d'eux-mêmes : la réflexion sur soi, d'une part, la distance entre la sphère professionnelle et la sphère personnelle, d'autre part. En général, il y a un certain recoupement dans les discours des intervenants dans le sens que la majorité des intervenants évoquant la première de ces stratégies parle aussi de la seconde stratégie. Donc, dans l'ensemble, les intervenants exercent de la réflexion davantage sur leurs pratiques qu'en ce qui a trait à leur ressourcement. Je passe maintenant à la présentation des façons qu'autrui peut leur offrir du soutien.

#### **4.3.3.2 Le besoin d'être soutenu par autrui**

La grande majorité des intervenants exprime des besoins de soutien de la part de l'équipe du centre de crise. Celle-ci se compose des autres intervenants et de leurs superviseurs, tels que la direction générale et la coordination clinique.

Les intervenants nomment trois besoins en ce qui a trait au soutien recherché auprès de leurs superviseurs. Premièrement, le besoin de se faire accorder une liberté et une confiance dans leur travail : « *On a la chance; je veux dire, on a très peu de soucis de performance, d'évaluations et tout ce que vous voulez là. [...]. Mais, on a une confiance et une liberté très, très grandes dans le travail.* » (Antoine) Deuxièmement, le besoin de se sentir reconnu dans leurs forces et dans la difficulté que représente l'intervention en situation de crise suicidaire : « *Tu sais, le travail d'intervention... je ne le sais pas s'il y a un métier plus difficile que ça dans le monde. [...] Quand on se sent, euh, non reconnu dans nos forces ou, euh... c'est difficile. C'est plus difficile à ce moment-là. Ou non reconnu dans notre souffrance.* » (Cécile) Troisièmement, le besoin d'être accompagnés dans leurs efforts de réflexion en vue d'améliorer leurs compétences professionnelles : « *D'être capable parfois de s'asseoir avec sa coordonnatrice puis de dire : Regarde, j'ai fait une intervention hier, je ne suis pas bien, ça n'a pas été, euh... Est-ce qu'il y a de quoi que j'aurais pu améliorer dans ma façon... tu sais, dans ma façon de parler?* » (Élodie) « *Moi, je ne suis jamais contre à revenir sur les situations pour, euh, regarder ce qui s'est passé. [...] Tu sais, si c'est arrivé, euh, il y a peut-être quelque chose qui a glissé. Sûrement que quelque chose a glissé. Puis... c'est quoi?* » (Justine)

Pour ce qui est des besoins de soutien de leurs superviseurs ainsi que de leurs collègues intervenants, ils nomment en général la communication, la cohésion et la confiance. La communication peut avoir lieu dans un contexte de discussions au sujet de pratiques d'intervention, comme le suggère Jérôme :

*Peut-être aussi des rencontres où on peut discuter de nos différentes expériences avec des personnes ou ce qu'on a trouvé difficile. Ça nous permettrait [...] d'écouter d'autres personnes dire de quelle façon elles auraient approché cet appel alors que, des fois, on ne voit pas du tout de la même manière. (Jérôme)*

Plus spécifiquement, les intervenants parlent d'un besoin d'accompagnement dans la gestion du risque suicidaire, ce qui peut susciter une fatigue sur le plan réflexif et sur le plan des sentiments : « *De tolérer, parfois, une situation où le risque est élevé. [...] Puis, on est dans une équipe avec des gens autour de nous pour nous soutenir [...]. Ça peut prendre beaucoup d'espace émotif et intellectuel puis là, ça amène la fatigue et tout ça.* » (Stéphanie) « *[D]ans la gestion de risque, on ne peut pas porter la vie d'une personne tous seuls sur nos épaules. [...] Il y a des intervenants qui s'épuisent et qui deviennent malades parce que c'est difficile d'être toujours dans la souffrance des autres.* » (Élodie) Cet accompagnement peut, par exemple, prendre la forme d'une confrontation de leurs perspectives : « *De pouvoir avoir des collègues. [...] Au centre de crise, on travaille tous dans la même affaire ce qui fait qu'on a tout le temps un vis-à-vis à qui on peut se confronter.* » (Louise) « *J'ai parlé à la personne au téléphone [...] Donc, j'ai le senti de la personne. Puis là, je vais en parler, mettons avec ma collègue. Mais elle, elle ne lui a pas parlé ce qui fait qu'elle a les faits. Donc, elle a une vision, hum, [...] plus extérieure.* » (Élodie)

En outre, une minorité d'intervenants exprime un besoin de recevoir des formations pour améliorer et diversifier leurs compétences professionnelles : « *Mais c'est sûr, plus tu en fais, meilleur tu deviens, et plus tu vas aller chercher des expertises qui sont précises.* » (Louise) Par ailleurs, certains intervenants abordent le soutien dans une optique collective, tel que présenté ci-dessous.

#### **4.3.3.3 Un effort collectif jugé insuffisant par les intervenants**

Les intervenants se préoccupent de favoriser un mieux-être chez les personnes suicidaires sur le plan collectif. Les intervenants soutiennent qu'il est important que tous les

professionnels œuvrant auprès de ces personnes effectuent leur travail avec justesse. Cependant, ils relèvent des défis à cet égard, surtout dans le réseau public de la santé et des services sociaux. C'est en ce sens qu'une intervenante défend l'expertise des centres de crise communautaires et l'usage de pratiques s'inspirant de principes alternatifs :

*Je pense que l'affaire qui m'inquiète le plus pour l'avenir c'est, euh, la venue du 811. Tu sais, ça a l'air politique, mais ce ne l'est pas. Je suis vraiment plus inquiète pour la qualité des services offerts aux personnes. [...] Il faut continuer d'avoir une réponse humaine aux personnes. Probablement, ce qu'il va arriver, c'est qu'on va bonifier notre offre d'hébergement, bonifier, euh, l'offre de l'équipe mobile. [...] Hum, de ne pas perdre l'expertise. Il faut continuer d'exister. (Justine)*

Pour sa part, Thomas déplore un manque de correspondance entre la durée du soutien offert dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et l'ampleur des besoins des personnes en souffrance. Il semble que la valeur de justice sociale sous-tend ses propos :

*Le fait d'allouer, euh, une heure, six semaines ou dix semaines, euh... à une personne qui a un trouble de santé mentale, pour qu'elle s'en sorte, euh... on alloue ça à une personne dite normale, en? Sans diagnostic, sans rien. [...] Moi, je ne trouve pas ça réaliste en tant que travailleur social, en tant qu'individu. Je ne trouve pas ça réaliste, euh, sous le prétexte de manque d'argent. [...] On dirait qu'on gère la santé mentale comme on gère la pauvreté : [...] on ne s'en occupe pas réellement.*

Dans le même ordre d'idées, Antoine remarque la difficulté qu'a le personnel hospitalier à accorder du temps aux personnes suicidaires. Il évoque surtout les conditions et le contexte de travail, mais aussi les différences dans les perspectives d'intervention.

*Ça faisait un mois qu'il était hospitalisé. C'est pendant une de ses sorties un weekend de l'hôpital que, euh... [...] Tout de suite, mon réflexe, c'était de dire... bien, de ce que je sais de l'hôpital... Quand j'étais évaluateur, j'allais souvent à l'hôpital. C'est que, je me suis dit bien, là-bas, il n'a pas, il n'a pas établi un lien fort. À mon avis, c'est comme ça que j'interprète : c'est qu'il ne s'est pas senti soutenu. Il a vécu une détresse importante et puis... parce qu'après un mois à l'hôpital... Vous savez, avec les infirmières, c'est plus le côté professionnel qui prévaut. Bon, ça dépend aussi beaucoup du monde. Mais, euh, il y a beaucoup d'instabilité dans les shifts et tout ça, il voit le psychiatre une fois de temps en temps, les gens sont tous pressés, c'est rare qu'ils... ils n'ont pas une heure et demie à passer, euh, à vraiment être à l'écoute de la personne comme ça là. Ça arrive peut-être, mais ce n'est pas la règle de ce que je connais de l'hôpital en tout cas.*

Bref, ces quelques intervenants parlent des défis dans les pratiques des professionnels en mettant davantage l'accent sur les contextes de travail et leurs contraintes dans la gestion et l'allocation des ressources.

Pour conclure ce chapitre, je peux dire que des convergences et des divergences émergent dans les représentations des personnes suicidaires chez les intervenants, de leurs pratiques et d'eux-mêmes. J'ai tenté à travers mon analyse de jeter progressivement les bases d'une argumentation à partir de mon orientation théorique. Le prochain chapitre s'attarde davantage à cette argumentation en établissant des liens avec les écrits ayant été recensés précédemment.

## CHAPITRE 5 : Discussion

Les objectifs de ce mémoire sont, d'une part, de faire ressortir les principales dimensions des représentations du suicide et des pratiques auprès de personnes suicidaires chez des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires, et, d'autre part, de proposer des pistes de réflexion exploratoires autant sur ces représentations que sur leurs effets sur les pratiques des intervenants. Il ressort effectivement de l'analyse des données que les intervenants construisent activement des représentations leur permettant de percevoir les personnes en situation de crise suicidaire, de se percevoir eux-mêmes dans leur rôle d'intervenants, et d'orienter leurs pratiques, tout cela en contexte des centres de crise communautaires.

Dans l'ensemble, j'explore des facettes de ces représentations en les situant sur deux axes divergents, mais complémentaires.

Selon le premier axe, les personnes suicidaires sont perçues, d'un côté, comme des individus fragiles, distincts du reste de la collectivité. Il est ainsi bénéfique que des professionnels les encadrent, autant pour leur bien-être que celui de la collectivité. De l'autre côté, les personnes suicidaires sont représentées en tant qu'agents de changement. Il suffit de les reconnaître dans leurs potentialités et de les soutenir dans le développement de leurs marges d'autonomie.

Selon le deuxième axe, les intervenants se perçoivent eux-mêmes, d'un côté, en tant qu'acteurs réfléchis, selon ce qui est défini comme les bonnes pratiques en matière d'intervention en situation de crise suicidaire, et de l'autre côté, en tant qu'agents réflexifs ayant besoin d'être reconnus et soutenus dans leurs subjectivités.

Les représentations des intervenants envers les personnes suicidaires avec qui ils travaillent correspondent pour la plupart à la représentation sociale dominante du suicide et aux pratiques véhiculées par les principales institutions impliquées dans le champ de la prévention du suicide. À titre de rappel, dans cette représentation, le suicide correspond à un trouble individuel lié à une vulnérabilité. La représentation est alors orientée vers un encadrement plus ou moins important de l'intervenant, en fonction de l'estimation du risque (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012; MSSS, 2010). À la lecture de Jodelet (2012), on se situe dans la sphère transsubjective où l'environnement socialement collectif impose avec prédominance des

contraintes dans l'évolution des représentations sociales, et ce, par l'entremise de systèmes d'interprétation composés de normes et de valeurs qui fournissent ces codes moraux. Non seulement les intervenants évoluent-ils dans cet environnement en tant qu'agents sociaux singuliers, ils y évoluent aussi en tant qu'acteurs détenant un rôle social. Dans notre cas, il s'agit du rôle d'intervenant en contexte de centres de crise communautaires, dont le mandat est d'intervenir en situation de crise suicidaire et, ultimement, en prévention du suicide. Dans ces deux positions sociales, les intervenants intègrent activement et passivement des représentations présentes dans l'environnement collectif. Dans le cas de ce dernier processus, les intervenants peuvent ainsi se trouver à adhérer et à participer de manière tacite au maintien et à l'expansion de certaines formes d'oppression (Jodelet, 2012). Bref, en tenant compte de cette optique théorique, il est cohérent que les principales représentations des personnes suicidaires chez les intervenants, en tant que groupe social, soient conformes à la représentation qui est la plus répandue socialement.

Malgré cette conformité, les intervenants rencontrés dans le cadre de ce projet de recherche entretiennent, quoique dans une moindre mesure, des représentations des personnes suicidaires plutôt alternatives en comparaison de celles qui sont prédominantes. Ces représentations existent dans l'environnement social et collectif, mais dans une étendue d'action moins importante (Lustman, 2008; Mishna, Antle et Regehr, 2002). À titre de rappel, une lunette socialement plus large, voire critique, est employée dans une conception alternative à la conception dominante, pour tenir compte de dimensions symboliques, sociales, politiques, économiques et structurelles. De plus, les sujets sont envisagés dans leurs singularités et sont valorisés dans leurs savoirs provenant de leurs expériences de vie (Roy, 2013; Otero, 2012; St-Amand, 2011; Collin et Suissa, 2007). Cette conception alternative peut se traduire, par exemple, dans la pratique par la complexification du regard porté sur les personnes suicidaires pour tenir compte des dimensions contextuelles citées précédemment, par l'aiguïsement de la réflexion critique, par la prise de conscience et la réflexion sur sa contribution à l'évolution et au maintien de l'hégémonie de certains groupes, ainsi que par le développement du pouvoir d'agir individuel et collectif des individus et des groupes opprimés (Le Bossé, 2016; Jodelet, 2012; St-Amand, 2011; Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen, 2010). À partir de la théorie des représentations sociales de Jodelet (2012), la plus faible présence des représentations



alternatives du suicide est attribuable à sa divergence par rapport aux codes moraux socialement dominants dans la collectivité. Par contre, elle existe dans la sphère de l'intersubjectivité, soit des contextes d'interactions sociales dans lesquels des représentations sociales sont partagées et validées. Dans l'optique de mon mémoire, le contexte communautaire québécois dans lequel des agents s'accordent pour promouvoir l'approche communautaire alternative en serait un bon exemple. Les centres de crise cités dans ce mémoire s'inscrivent tous dans ce contexte bien que, dans la pratique, ils adhèrent plus ou moins aux principes communautaires et alternatifs comparativement aux principes institutionnalisés (Lefebvre et Larose, 2007). Ces différences organisationnelles sont la raison pour laquelle des intervenants dans certains centres de crise entretiennent davantage une représentation alternative par rapport à une représentation plus répandue du suicide.

En même temps, les intervenants rencontrés travaillant dans un même centre de crise peuvent souscrire différemment aux représentations dominantes et moins répandues du suicide. Or, la sphère intersubjective de Jodelet (2012, 2008) ne peut en rendre compte en se centrant sur les situations contextualisées établissant des représentations sociales partagées et validées. Il convient, à la place, d'avoir recours à la sphère subjective de la perspective théorique de la chercheuse pour apporter un éclairage sur ces divergences. Dans cette sphère, il est envisagé que les sujets construisent activement des représentations selon leurs cognitions (par exemple, le langage, le raisonnement, la perception, l'interprétation et l'imagination), leurs dimensions affectives (par exemple, les émotions, la sensibilité, les champs d'intérêt, les désirs) et leurs repères identitaires (par exemple, la prise de position individuelle, le système de valeurs, l'insertion dans des groupes sociaux et collectifs assumant un rôle de médiateur entre la vie personnelle et la vie de groupe) (Jodelet, 2012, 2008). Des différences personnelles entre les intervenants relativement à leurs intérêts professionnels et à leurs expériences de vie sont effectivement abordées dans le portrait des participants dressé dans le troisième chapitre de ce mémoire ainsi que dans l'analyse et la présentation des résultats dans le chapitre précédent. Par exemple, les parcours académiques et professionnels varient entre les intervenants. De plus, une partie des intervenants a songé au suicide ou a été touchée par le suicide dans leur vie professionnelle ou personnelle. Des repères identitaires sur les plans culturel et spirituel ont

également été mentionnés par certains intervenants. Bref, ces dimensions subjectives pourraient expliquer les divergences dans les représentations des intervenants.

Jodelet (2012, 2008) met également en évidence, dans la sphère de la subjectivité, une marge de résistance, de confrontation, d'opposition, d'autonomie, de liberté et de créativité des sujets sur leurs pensées, leurs actions, leur position sociale et leur identité. Le changement individuel et social devient dès lors possible par la transformation des représentations sociales. La chercheuse évoque la prise de conscience et la réflexion critique sur les processus individuels, sociaux et collectifs participant à la conservation de rapports hégémoniques comme pistes potentielles vers le changement. Elle cible aussi l'expression des savoirs profanes et des potentialités. De plus, Jodelet (2012) aborde la prise de pouvoir par les sujets de groupes sociaux opprimés dont la mise en commun de représentations et d'expériences peut mener à l'établissement de nouveaux repères identitaires et de nouveaux besoins sociaux.

Dans ce mémoire, les intervenants expriment leur autonomie, notamment par l'expression de leurs subjectivités puisant dans leurs savoirs expérientiels. En outre, il leur arrive d'adopter un discours élargi et critique envers le contexte social, et de reconnaître les potentialités et les savoirs expérientiels des personnes suicidaires. Cependant, il me semble que la traduction de cette autonomie dans la pratique est en grande partie filtrée jusqu'à en être simplifiée ou transformée, de telle sorte que les rapports de pouvoir existants sont soutenus tacitement. Je me demande si cela s'explique en raison d'un manque d'accès à des informations et à des outils d'approches d'intervention alternatives, ou à un soutien insuffisant ou un délai insuffisant pour les mettre en œuvre. Sinon, se pourrait-il que ce soit parce que les occasions pour exercer la réflexion critique sont limitées ou, encore, parce qu'il y a des contraintes organisationnelles et des pressions sociales? Il semble que le manque de soutien organisationnel face à la lourdeur cognitive et affective inhérente à l'intervention en situation de crise suicidaire, comme cela est relevé par les intervenants, constitue un autre obstacle dans l'exercice de l'autonomie des intervenants. Ainsi, bien que les membres du Regroupement des centres d'intervention de crise du Québec soutiennent le recours à une approche communautaire alternative, je me questionne sur la difficulté de la concrétiser dans la pratique en raison de contraintes de sources multiples, telles que le manque de ressources des centres de crise communautaires face aux besoins grandissants des personnes en situation de crise, ainsi que les

contraintes et les exigences des structures extérieures. Par exemple, le ministère de la Santé et des Services sociaux demande de manière plutôt autoritaire une uniformisation des pratiques entre les établissements. Conséquemment, certaines formes de savoirs et de pratiques s'imposent au détriment de certaines autres (René, 2009). Bref, la combinaison de ces contraintes pourrait en venir à réduire la marge d'autonomie et de réflexion des intervenants, et à moduler de manière plus importante leurs représentations. En somme, plusieurs pistes peuvent expliquer les divergences des représentations chez les intervenants par rapport à celles qui prédominent dans leur groupe social d'appartenance dans le contexte des centres de crise communautaires ou encore dans la collectivité sociale plus large.

Dans les sections qui suivent, j'aborde de manière plus approfondie les dimensions des représentations sociales émergeant de l'analyse des données citées au début de ce chapitre, et je les mets en relation avec les écrits recensés dans le premier chapitre. Reprenant le modèle du chapitre précédent, je commence par les représentations des personnes suicidaires suivies des pratiques d'intervention, et je termine avec les représentations que les intervenants entretiennent au sujet d'eux-mêmes. Pour conclure ce chapitre, je présente quelques limites de mon processus de recherche ainsi que quelques pistes potentielles pour de futures recherches.

## **5.1 Les représentations au sujet des personnes suicidaires : entre une fragilité qui les distingue et les potentialités qu'elles présentent**

Tous les intervenants se représentent les personnes suicidaires comme étant souffrantes. En précisant leur compréhension des dimensions qui sous-tendent cette souffrance, l'ensemble des intervenants évoque de manière plus nombreuse et plus détaillée des dimensions individuelles comparativement à des dimensions collectives.

Concernant les dimensions individuelles, c'est la représentation de fragilité des personnes suicidaires qui est mise en évidence relativement à un trouble de santé mentale, à une expérience de trauma ou à des traits de caractère personnels. La présence d'une seule de ces dimensions ou bien un croisement de celles-ci peut faire en sorte que la fragilité prend le dessus sur le caractère ou la dynamique personnelle des individus. Cette situation peut correspondre à une catégorie de chronicité suicidaire évoquée par les intervenants. À l'opposé, une

représentation du pouvoir d'autodétermination des personnes suicidaires émerge dans les discours de quelques intervenants.

Quant aux dimensions collectives, la souffrance est mise en contexte au regard du réseau social, des conditions de vie socioprofessionnelles ainsi que des valeurs et des croyances normatives. Une distinction sociale des personnes suicidaires émerge sous les formes de l'isolement, de la stigmatisation et des préjugés sociaux. Dans les paragraphes qui suivent, je propose une analyse plus détaillée des dimensions individuelles et collectives des représentations des personnes suicidaires émergeant dans les discours des intervenants, en relation avec des écrits scientifiques. Je tente aussi de faire ressortir cette tension qui existe entre une représentation des personnes suicidaires comme étant fragiles et socialement distinctes, et une représentation de ces personnes au regard de leurs potentialités.

### **5.1.1 La perspective individuelle**

Les intervenants que j'ai rencontrés parlent d'emblée de la souffrance des personnes suicidaires à partir de dimensions individuelles, soit des sentiments, des interprétations et des actions. Les sentiments relevés sont le désespoir, la solitude et la honte ainsi que les interprétations de perte de sens, d'impasse dans la vie, d'être inutile et d'être un fardeau. Les intervenants racontent que les personnes suicidaires interprètent le suicide en tant que solution à leur souffrance, un problème qu'elles perçoivent comme immuable. Les données de mon mémoire recourent les connaissances globales sur le suicide, notamment celles contenues dans les textes de Désaulniers (2011) et de Joiner (2010), de même que les connaissances sur la souffrance selon la perspective de Gaulejac (2009). Ces chercheurs rendent toutefois compte d'une plus grande diversité et richesse de sentiments (par exemple, l'impuissance, l'humiliation, la frustration) et d'interprétations (par exemple, donner un sens à sa mort alors que sa vie n'en a plus, mettre fin aux états d'aliénation et d'isolement social, éviter l'humiliation à la suite d'un échec, se punir de son sentiment de honte) (Désaulniers, 2011; Joiner, 2010; Gaulejac, 2009).

Pour en ajouter sur les interprétations des personnes suicidaires, mentionnons que les intervenants pensent qu'elles démontrent peu de réflexion envers elles-mêmes. En ce sens, ils évoquent soit un état de résistance ou de déni, par ailleurs relié à la possibilité d'un prolongement dans le temps de la crise, soit un état en quelque sorte déconnecté des

conséquences du suicide tellement les personnes sont aux prises avec leur souffrance. Cette conception rejoint celles de Gordon, Stevenson et Cutcliffe (2014), de Séguin, Brunet et LeBlanc (2012), d'Osafo, Knizek, Akotia et Hjelmeland (2012) et de Fondaire et Larose (2007b) qui véhiculent un manquement dans les habiletés de prise de conscience par les personnes suicidaires qui est attribuable à une vulnérabilité, ce que je discute plus loin dans cette section. Dans la même perspective que mes résultats, Séguin, Brunet et LeBlanc (2012), Joiner (2010) et Mishara et Tousignant (2004) abordent un changement dans les habiletés d'interprétation et dans les stratégies d'adaptation chez les personnes suicidaires. À la source de cette altération, selon ces chercheurs, se trouve la prégnance de la souffrance et de sentiments négatifs intenses.

Il est également brièvement suggéré, dans mes données, que le suicide puisse présenter une fonction rassurante en donnant aux personnes l'impression d'avoir une maîtrise sur leurs vies ou, du moins, sur la situation qui entraîne leur souffrance. Cela converge avec les données de recherche de Brand, Gibson et Benson (2015), dans leur étude auprès de personnes détenant un plan suicidaire, et de Carlén et Bengtsson (2007), dans leur étude des perspectives d'infirmiers. Il me semble que cette perspective est moins explorée dans les études scientifiques parce que les manifestations suicidaires sont d'emblée qualifiées comme inadéquates (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012; Fondaire et Larose, 2007a) ce qui, comme le soutiennent Brand, Gibson et Benson (2015), réfère à une perspective simplifiée. Il me semble aussi que la discussion concernant le besoin des personnes suicidaires d'avoir l'impression de maîtriser leurs vies est également, du coup, évacuée. Pourtant, Gordon, Stevenson et Cutcliffe (2014) et Brand, Gibson et Benson (2015) mettent en évidence ce besoin chez les personnes suicidaires. Séguin (2012), pour sa part, évoque un besoin de reprise de contrôle chez les personnes envers une situation de crise suicidaire, mais elle n'aborde pas le besoin de prendre le contrôle au-delà de cette crise et sur l'ensemble du parcours de vie.

En ce qui a trait aux actions des personnes suicidaires, les intervenants les conçoivent d'une part comme étant autodestructrices. L'automutilation et la surconsommation de substances sont proposées comme exemples. Ces actions autodestructrices peuvent survenir antérieurement à la crise suicidaire et contribuer à son apparition ou bien pendant son déroulement afin de composer avec la souffrance. Cette deuxième situation rejoint le texte de Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) dans lequel on y décrit une évacuation partielle et temporaire

de la tension occasionnée par la souffrance, sans pour autant l'éliminer en n'agissant pas sur ce qui sous-tend la souffrance et la crise. Quant à la surconsommation de substances, il est communément reconnu dans la littérature scientifique en matière de suicide qu'elle peut constituer à la fois un facteur prédisposant et un facteur contribuant. Dans ces deux catégories, une accentuation de la vulnérabilité individuelle est soulignée (MSSS, 2010; Laflamme, 2007). Alors que les intervenants que j'ai rencontrés emploient exclusivement le terme d'automutilation, Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) s'y réfèrent en tant que comportement autoagressif qui s'inscrit dans le registre de la dangerosité. Comme Douville (2004) le précise, l'autoagressivité regroupe l'automutilation, mais celle-ci se distingue en causant une blessure corporelle plus ou moins grave. Je me demande si les traces physiques résultant de l'automutilation pourraient s'apparenter au symbolisme des traces physiques de la misère et de la faim en situation de pauvreté, tel qu'évoqué par Gaulejac (1989). Autrement dit, pourraient-elles contribuer à la concrétisation de la différenciation sociale des personnes suicidaires par rapport au restant de la collectivité, dans les représentations sociales des intervenants?

D'autre part, les intervenants se représentent les actions des personnes suicidaires dans une optique de diminution des habiletés relationnelles. Mentionnons spécifiquement la diminution des demandes d'aide, le repli sur soi, ainsi qu'un isolement de soi. Parmi les exemples de sentiments négatifs sous-jacents à ces actions que les intervenants évoquent, nous retrouvons la méfiance et la crainte de jugement ou d'invalidation. Similairement, Gordon, Stevenson et Cutcliffe (2014) mettent en évidence une plus grande sensibilité chez les personnes suicidaires dans leurs interactions sociales, surtout face au jugement des autres. Séguin (2012) met également en lumière une prise de distance par les personnes suicidaires de leur réseau social jusqu'à devenir socialement isolées lorsque le suicide devient cristallisé dans leurs pensées. Cette situation est par ailleurs attribuable à l'augmentation et à l'intensification de leur souffrance et de leurs idéations suicidaires. Désaulniers (2011) et Joiner (2010) proposent des exemples en ce sens, comme ceux présentés dans la section étayant les connaissances les plus répandues sur le suicide.

L'analyse des résultats met en lumière que la lecture des intervenants des dimensions individuelles (les sentiments, les interprétations et les actions) chez les personnes suicidaires est filtrée par une représentation de fragilité. À cet effet, ils évoquent largement des expériences

traumatiques récentes ou plus lointaines comme être endeuillé par un suicide, un trouble de santé mentale et des traits de caractère. Les intervenants considèrent, pour la plupart, que ces dimensions peuvent faire en sorte que l'idée du suicide devient prépondérante dans les vécus des personnes et que la souffrance les amène à se refermer sur le suicide comme solution pour la diminuer. Les dénominations de récurrence suicidaire, de chronicité suicidaire et d'intégration du suicide dans la dynamique personnelle sont relevées dans les discours des intervenants. Parfois, un lien avec un trouble de santé mentale chronique est en plus mis en relief.

Ces résultats d'analyse rejoignent ce qui est mentionné dans la littérature scientifique sur le suicide. La représentation de vulnérabilité individuelle est en effet grandement présente (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012; Mishna, Antle et Regehr, 2002). Elle est perçue comme sous-tendant une souffrance importante largement accompagnée d'un trouble de santé mentale, ce qui rejoint mes résultats (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012; Lamarre, 2014; Mishara et Tousignant, 2004). De plus, elle se manifeste par la transformation des sentiments et des interprétations des personnes suicidaires de manière négative de sorte que leurs recherches de solutions se limitent progressivement au suicide (Séguin, Brunet et LeBlanc, 2012).

Les termes de récurrence et de chronicité se retrouvent également dans les écrits scientifiques sur le suicide. En particulier, Fondaire et Larose (2007a) parlent de « personnes fidélisées » (p. 144) et relatent l'expression « les “récurrents” du service » (p. 154) utilisée par les participants de leur étude. Pour leur part, Carlén et Bengtsson (2007) rapportent les étiquettes de « patients en rechute » et « chroniquement suicidaires » employés par les infirmiers psychiatriques avec lesquels ils se sont entretenus (p. 261, traduction libre). À part cela, la récurrence suicidaire est rattachée dans les écrits scientifiques sur le suicide à un trouble de santé mentale chronique, aussi désigné comme sévère/grave et persistant comme dans le texte de Séguin, Brunet et LeBlanc (2012).

La catégorisation par la dénomination et la représentation de vulnérabilité des personnes suicidaires se trouvent par ailleurs dans l'approche du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette instance adopte en plus les catégories de facteurs prédisposants, contributifs et précipitants qui augmentent la vulnérabilité individuelle au risque suicidaire (MSSS, 2012, 2010). Le refus de demander de l'aide et la surconsommation de substances sont des exemples de facteurs relevés, ce qui rejoint les propos des intervenants dans ce mémoire (MSSS, 2010;

Laflamme, 2007). Par ailleurs, un antécédent traumatique, avoir une personne de son réseau social qui est passé à l'acte suicidaire et être endeuillé par le suicide sont largement reconnus comme des facteurs augmentant la vulnérabilité individuelle au suicide (MSSS, 2010; Laflamme, 2007).

En somme, jusqu'ici, les représentations des intervenants dépeignent majoritairement les personnes suicidaires comme individuellement vulnérables et distinctes en étant plus isolées socialement, et abordées selon des dénominations et des catégories. Cependant, par opposition à une représentation de fragilité individuelle, une représentation des personnes suicidaires à partir de leurs potentialités à composer avec les épreuves est abordée de manière qualitativement moins importante dans les discours des intervenants. Les savoirs expérientiels des personnes suicidaires de même que le sens qu'elles attribuent à leurs vécus sont ainsi valorisés par les intervenants, de même que le potentiel vers l'expansion de leur autonomie et de leurs potentiels d'action pouvant mener à un changement bénéfique. Cette perspective rejoint ce que Gaulejac (2009) qualifie de souffrance créatrice où les personnes peuvent mobiliser leurs capacités pour lutter contre l'invalidation qu'elles subissent. De plus, elle converge partiellement avec une représentation sociale alternative du suicide en reconnaissant et valorisant les savoirs profanes (Roy, 2013; Otero, 2012; Collin et Suissa, 2007), et en se référant à l'approche du développement du pouvoir d'agir (Le Bossé, 2016). En effet, lorsque les intervenants abordent les personnes suicidaires en tant qu'agents pouvant susciter un changement, celui-ci semble davantage se situer au niveau individuel. Le développement du pouvoir d'agir, cependant, concerne en plus un changement collectif. Tout de même, les dimensions collectives sont effectivement discutées par les intervenants, ce dont je rends compte dans la partie qui suit.

### **5.1.2 La perspective collective**

La souffrance des personnes suicidaires est contextualisée par les intervenants à partir de trois dimensions. Dans cette perspective, la souffrance n'apparaît pas et n'est pas maintenue uniquement par des dimensions individuelles, mais aussi par des dimensions collectives.

Premièrement, bien que le réseau social puisse être soutenant en offrant de l'écoute et en facilitant la mise en relation avec des organismes, il est plus souvent sujet à des difficultés relationnelles, ce qui ajoute à la souffrance des personnes suicidaires. Les intervenants associent



ces difficultés, d'une part, à la difficulté pour les proches de composer avec la souffrance des personnes suicidaires, et, d'autre part, à une incompréhension sous-tendue par une méconnaissance de l'expérience suicidaire chez les proches. Il est, entre autres, relevé par les intervenants dans ce mémoire que les proches peuvent se sentir impuissants, blessés et attristés de savoir qu'une personne qui leur est chère est suicidaire et souffrante. Cependant, les personnes suicidaires se sentent jugées et invalidées en interprétant un manque de soutien et de disponibilité de leurs proches. McLaughlin, McGowan, O'Neill et Kemohan (2014), Mishara et Houle (2008) et Fondaire et Larose (2007b) obtiennent des résultats similaires sur les sentiments que peuvent éprouver les proches de personnes suicidaires. Ils vont par contre plus loin en expliquant que l'ampleur des sentiments négatifs des proches à soutenir les personnes suicidaires peut en venir à affecter grandement les vécus des proches. Ceux-ci peuvent aussi se trouver eux-mêmes dans un état de souffrance et d'épuisement. Cela peut, selon Fondaire et Larose (2007b), contribuer à ce que les proches se distancient des personnes suicidaires ou encore qu'ils se désinvestissent auprès d'elles. Les intervenants que j'ai rencontrés n'abordent pas cela. Or, l'isolement social et un changement dans le réseau social personnel sont considérés comme des facteurs de risque pour le suicide (MSSS, 2010; Vaiva, 2008; Laflamme, 2007).

Deuxièmement, les intervenants discutent des conditions de vie socioprofessionnelles comme des dimensions contribuant à la souffrance des personnes suicidaires. Les difficultés professionnelles comme la perte d'emploi et les difficultés financières sont relevées par les intervenants dans ce mémoire. Ces expériences sont effectivement reconnues dans les écrits sur le suicide comme contribuant à augmenter la vulnérabilité au suicide (MSSS, 2010; Burrows, Auger, Roy et Alix, 2010; Laflamme, 2007). Otero (2012) enrichit la réflexion en abordant les inégalités sociales et de santé qui contribuent à la souffrance des personnes qui sont socialement et financièrement défavorisées. Pourtant, l'auteur note une tendance vers la réduction des efforts politiques de lutte contre la pauvreté.

Troisièmement, les intervenants s'expriment sur des valeurs et des croyances normatives, et leurs effets sur la perception du suicide. Selon eux, l'individualisme contribue à la fragilisation des liens sociaux, entraînant ainsi l'isolement social et l'évacuation de la mort comme sujet de discussion. Les intervenants évoquent également les préjugés sociaux circulant dans la collectivité au sujet des personnes suicidaires. Ces résultats recourent l'observation de

la montée de l'individualisme par Champagne (1998), et les analyses de Roy (2013) et d'Otero (2012), parmi d'autres, concernant la stigmatisation et les préjugés sociaux. Gaulejac (2009), pour sa part, insiste davantage sur les conséquences dévastatrices des préjugés sociaux et de la stigmatisation sociale sur le bien-être et les vécus des personnes qui les subissent. Les intervenants dans ce mémoire insistent moins sur ces aspects. Or, Gaulejac (2009) met, par exemple, en lumière la relégation à une position sociale dans laquelle les personnes sont dévalorisées au point d'exprimer une lutte quotidienne à composer avec leur souffrance et à préserver une parcelle de leur dignité humaine. Il insiste aussi sur la distinction entre la souffrance individuelle ou subjective, et la souffrance sociale ou collective, et le fait que la première implique nécessairement la seconde.

Pour terminer sur les représentations des personnes suicidaires chez les intervenants, ceux-ci réfléchissent aux dimensions collectives à la source de la souffrance suicidaire et s'expriment parfois même de manière critique à ce sujet. Cependant, l'analyse des données révèle que les dimensions individuelles occupent la plus grande partie qualitative de leurs discours. Conséquemment, les personnes suicidaires sont davantage perçues comme fragiles et socialement distinctes que des agentes de changement. De plus, les propos des intervenants demeurent proches, quoique moins approfondis, des connaissances dominantes et alternatives du suicide. Des facettes des représentations des personnes suicidaires étant explorées au regard d'écrits scientifiques, je me penche dans la prochaine section sur leurs effets sur les pratiques.

## **5.2 Les pratiques d'intervention : entre une orientation plutôt encadrante et une orientation d'accompagnement**

Les représentations des intervenants au sujet des personnes suicidaires se traduisent avec cohérence dans leurs pratiques et en permettent même une meilleure compréhension. Je divise cette section selon les résultats d'analyse. Comme dans la section précédente, je tente de relever une tension entre une orientation plutôt encadrante et une orientation plutôt d'accompagnement dans les pratiques d'intervention en situation de crise suicidaire.

### **5.2.1 La création du lien de confiance**

En ce qui a trait aux pratiques visant la création du lien de confiance, les intervenants abordent la souffrance des personnes suicidaires selon les besoins d'écoute, de validation et de respect de celles-ci. Les intervenants considèrent également que les pratiques axées sur ces besoins permettent un désamorçage de l'intensité de la crise suicidaire ouvrant du coup la voie vers un changement. Lorsque des pratiques axées sur la compréhension sont réalisées, un changement se produit cependant : les intervenants s'orientent vers l'estimation préliminaire de la dangerosité suicidaire ainsi que vers l'établissement d'un dialogue nécessitant la participation des personnes suicidaires face à ce qu'ils proposent. En même temps, les intervenants se présentent comme accompagnateurs dans l'amélioration de la compréhension des personnes suicidaires de leurs situations et dans la mise en relief de leurs forces, c'est-à-dire leurs capacités positives à composer avec des épreuves. Certains se soucient même d'établir une relation de pouvoir plus équilibrée, et de favoriser le développement du pouvoir d'agir des personnes suicidaires. Il est intéressant de le noter : la dimension de trouble de santé mentale n'est abordée que par une minorité des intervenants lorsqu'il est question de leurs pratiques d'intervention, ce qui représente une divergence avec leurs représentations des personnes suicidaires.

Les pratiques d'écoute, d'empathie, de compréhension et de validation nommées par les intervenants dans ce mémoire sont largement reconnues dans les écrits sur l'intervention en situation de crise suicidaire. Elles favorisent à la fois l'établissement d'un lien de confiance considéré essentiel et la communication avec les personnes en situation de crise suicidaire, diminuant ainsi la tension qu'elles éprouvent (Séguin, 2012; MSSS, 2010). Les discours des intervenants se distinguent toutefois dans la mesure où ils abordent leur présence dans une optique d'humanité. Cette perspective provient possiblement de l'approche alternative en santé mentale (RRASMQ, 2009). Envisager les personnes suicidaires à partir de leurs forces et d'une perspective positive en général rejoint également l'approche alternative en santé mentale, tout en étant prescrit par Séguin et LeBlanc (2012) et le MSSS (2010) dans une visée de résolution de problème.

Quant à l'estimation préliminaire survenant assez rapidement dans l'établissement du lien de confiance, cela concorde avec les pratiques prônées dans le champ de la prévention du suicide (Séguin et LeBlanc, 2012; MSSS, 2010). Dans cette optique, il est question que

l'intervenant adopte un rôle directif dans l'estimation de la dangerosité, de l'urgence et des capacités de personnes suicidaires pour conséquemment orienter les interventions (Séguin et LeBlanc, 2012; MSSS, 2010). Par ailleurs, la conception du dialogue avec les personnes suicidaires entretenue par les intervenants réfère à la sphère d'intersubjectivité de Jodelet (2012) où les sujets impliqués adoptent des processus de communication tels que l'échange d'idées, l'interprétation, la négociation et la confrontation pour transformer les représentations divergentes en représentations communes. Concernant la moindre place de la question des troubles de santé mentale dans les discours des intervenants sur leurs pratiques en comparaison à leurs discours sur les personnes suicidaires, Boyer et Loyer (1996) en arrivent au même résultat dans leur sondage auprès d'acteurs en organismes communautaires québécois. Leurs données révèlent, en fin de compte, que la souffrance plus générale guide les pratiques sur le terrain au lieu des troubles de santé mentale, ceux-ci étant représentés comme une seule facette de la souffrance.

### **5.2.2 La gestion du risque et de l'urgence suicidaires**

Pour ce qui est des pratiques relatives à l'estimation et à la gestion du risque suicidaire, elles s'appuient toutes sur le lien de confiance comme il est véhiculé dans le champ de la prévention du suicide (Séguin et LeBlanc, 2012; MSSS, 2010). D'abord, la création de l'espoir est présentée comme essentielle par les intervenants que j'ai rencontrés, comme cela est prescrit dans le champ de la prévention du suicide (Gilje et Talseth, 2014; Séguin et LeBlanc, 2012; MSSS, 2010). Les intervenants soulignent que cette démarche peut constituer un défi étant donné la grande diversité des personnes suicidaires et de leurs situations. La piste qu'ils proposent est de s'appuyer sur le lien de confiance et d'avoir recours à la dimension du sens. Le recours à la dimension du sens correspond à ce que le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec prône, en plus de la reconnaissance de la singularité ou de l'unicité (RRASMQ, 2009).

Puis, l'engagement des personnes suicidaires envers leur sécurité apparaît essentiel dans mes données. Il s'appuie sur le lien de confiance et sur l'espoir suscité chez les personnes suicidaires. Or, lorsque la crise suicidaire diminue ou se résorbe, les intervenants attribuent le résultat à un investissement des personnes suicidaires et d'eux-mêmes, ce qui renvoie à une

relation bidirectionnelle. Cependant, lorsque la crise suicidaire perdure au-delà des interventions, les intervenants rencontrés ciblent des dimensions individuelles chez les personnes suicidaires, comme l'impulsivité, ainsi que la cristallisation des idées suicidaires comme entravant l'investissement des personnes suicidaires envers leur sécurité. Ainsi, la responsabilité est plus mise du côté des personnes suicidaires. Pour revenir au terme de la cristallisation employé par les intervenants en référence à être fixé sur le suicide, il provient probablement de Séguin (2012). Cette chercheuse ainsi que d'autres acteurs dans le domaine comme le MSSS (2010) et Joiner (2010) insistent sur l'ambivalence qui demeure fondamentalement présente dans la crise suicidaire. Cela constitue une divergence des propos des intervenants dans ce mémoire. En effet, ils abordent l'ambivalence, mais ils n'insistent pas sur ce sentiment.

La perception d'un engagement bidirectionnel à l'intérieur de la relation d'intervention renvoie à une vision alternative du suicide dans laquelle les savoirs expérientiels des personnes suicidaires sont reconnus, respectés et valorisés (Roy, 2013; St-Amand, 2011; Otero, 2012; Collin et Suissa, 2007). Comme des intervenants s'y sont référés en abordant leurs représentations des personnes suicidaires, l'approche du développement du pouvoir d'agir peut être employée dans une telle optique (LeBossé, 2016). Cependant, il semble que, dans la pratique, une vision alternative à celle qui prédomine est moins employée dans l'estimation et la gestion du risque suicidaire au profit d'une orientation plus directive et encadrante.

En effet, les intervenants abordent le terme de responsabilisation qui concorde avec la vision prônée à la fois en prévention du suicide et dans le contexte plus large des services sociaux. Plus précisément, les personnes qui reçoivent les services ont la responsabilité de s'engager dans le processus d'intervention (MSSS, 2005). De plus, lorsque les résultats des interventions diffèrent des attentes professionnelles et organisationnelles, les intervenants ont tendance à s'en distancier pour plutôt jeter la responsabilité sur les personnes soutenues, selon Gagnon (2006). Ce que décrivent Séguin et LeBlanc (2012) au sujet de la possibilité de rupture du lien de confiance par la personne en situation de crise suicidaire semble s'inscrire dans cette perspective. Bref, des pratiques de déresponsabilisation par les intervenants pour responsabiliser individuellement les personnes suicidaires entraînent une dévalorisation, une culpabilisation et une mise à l'écart social de celles-ci. De telles situations sont d'autant plus concrètes lorsque

des étiquettes sont employées pour décrire les personnes (St-Amand, 2011; Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen, 2010). De plus, l'identification de caractéristiques personnelles par les intervenants s'inscrit dans la logique prédominante axée sur la catégorisation, autant dans le champ de la prévention du suicide que dans d'autres champs collectifs. Les chercheurs Séguin, Brunet et Leblanc (2012) et les participants de l'étude de Carlén et Bengtsson (2007) mettent également en relief l'impulsivité comme trait de caractère personnel à considérer dans la compréhension du déroulement de la crise suicidaire et de l'évaluation du risque. Alors, bien que les intervenants adhèrent en plus ou moins grand nombre à une perspective alternative du suicide, il semble que la perspective dominante du suicide soit surtout mise en œuvre dans leurs pratiques. Cela s'explique probablement par la responsabilité des intervenants de prévenir le suicide, de sorte que des pratiques uniformisées sont prônées d'autant plus dans le contexte de partenariats entre professionnels de différents établissements.

Justement, les intervenants avec lesquels je me suis entretenue parlent d'impliquer le réseau de soutien formel et informel des personnes suicidaires dans l'optique de favoriser l'engagement des personnes suicidaires à demeurer en sécurité. Tout de même, la plus grande partie de mes données se centre sur l'intervention individuelle. Pour ce qui est des proches, un souci de les outiller pour soutenir les personnes suicidaires est particulièrement soulevé. L'implication des personnes suicidaires et de leurs réseaux personnels et professionnels constitue effectivement une étape importante dans la prévention du suicide (Séguin, Brunet et Leblanc, 2012; MSSS, 2010). En même temps, mes données correspondent à celles de Boyer et Loyer (1996) : situer la souffrance au premier plan dans la manière d'envisager les personnes suicidaires se traduit, dans la pratique, en interventions principalement ciblées vers elles, délaissant alors d'autres acteurs.

En ce qui a trait au travail de partenariat avec d'autres professionnels d'organismes d'intervention, la complexité des situations et l'implication de nombreux acteurs peuvent entraver, selon les intervenants rencontrés, la communication axée sur la sécurité des personnes présentant un risque suicidaire. Par ailleurs, Fondaire et Larose (2007b) mettent également en lumière des difficultés dans la communication entre les intervenants en centres de crise et les professionnels d'autres établissements. Comme les intervenants dans ce mémoire, ces chercheuses attribuent les difficultés à des différences dans les visions des établissements.

Enfin, quant à l'estimation de la dangerosité suicidaire en tant que telle, elle est axée sur les facteurs de risque et de protection dans mes données. À travers ce processus, le lien de confiance demeure important. L'estimation en fonction de catégories de facteurs par les intervenants en vue de diriger leurs pratiques en conséquence correspond à la vision consensuelle prédominante dans la prévention du suicide (MSSS, 2012 et 2010; Séguin, 2012). Pour leur part, Cartuyvels (2015), Roy (2013) et St-Amand (2011) se préoccupent, avec l'usage de catégories comme les facteurs de risque, d'en arriver à une représentation univoque et réductrice des vécus des personnes suicidaires.

L'intuition apparaît comme un point d'appui dans la démarche d'estimation de la dangerosité suicidaire pour les intervenants avec lesquels je me suis entretenue. À part Fondaire et Larose (2007b) qui la reconnaissent comme outil d'intervention ainsi que des échanges ponctués d'humour, ces dimensions ne sont généralement pas abordées dans les textes sur les pratiques d'intervention en matière de suicide. Les intervenants de ce mémoire recourent également à l'humour comme outil pour soutenir les personnes suicidaires avec leurs sentiments négatifs. Je crois que cela démontre encore une fois que les intervenants interrogés dans le cadre de ce mémoire sont des agents subjectifs réflexifs, c'est-à-dire qu'ils s'appuient sur leur subjectivité pour alimenter leur autonomie, malgré les pressions sociales s'exerçant sur eux. J'y reviens dans la prochaine section.

Dans le cas où l'estimation révélerait un danger grave et imminent, et que la personne ne s'investit pas envers sa sécurité, les intervenants que j'ai rencontrés nomment le recours exceptionnel à des mesures légales de contrainte. En même temps, ils partagent des préoccupations et des questionnements sur les conséquences de telles mesures : le « bris du lien de confiance » au point où la personne suicidaire refuserait subséquemment du soutien; et un manquement dans l'établissement d'un filet de sécurité. Dans ce dernier cas, soit que la personne suicidaire dissimule l'ampleur de la dangerosité de son état, soit que la communication avec les autres acteurs impliqués auprès de la personne suicidaire a été défailante. La difficulté dans la transposition du concept de dangerosité sur le terrain tout en composant avec la volonté des personnes suicidaires est soulignée. Cette perception des intervenants rejoint la complexité des situations sur le terrain et les questionnements éthiques décrits dans la littérature sur le suicide (Séguin et LeBlanc, 2012; Mishna, Antle et Regehr, 2002).

Séguin et LeBlanc (2012) pensent, comme les intervenants rencontrés pour ce mémoire, qu'il est difficile de prendre des décisions éclairées en raison de l'intensité affective des situations et de la nécessité de prendre des décisions rapidement, tout en maintenant le lien de confiance avec les personnes suicidaires. Cependant, Séguin et LeBlanc (2012) évoquent aussi l'état de désorganisation des personnes en situation de crise, ce que mes données ne révèlent pas. Les questionnements éthiques des intervenants avec lesquels je me suis entretenue ainsi que leurs positionnements semblent davantage rejoindre les réflexions de Mishna, Antle et Regehr (2002). Ces chercheurs décrivent des conflits de valeurs entre la bienfaisance individuelle et la bienfaisance collective, d'une part, et entre le respect de l'autodétermination et de l'autonomie des personnes suicidaires et la protection sous le couvert du contrôle social, d'autre part. En effet, mes données suggèrent un souci chez les intervenants de tenir compte de la volonté des personnes suicidaires et, donc, d'éviter de l'évacuer lorsque possible. Mais, par leur rôle en prévention du suicide, les intervenants se disent eux-mêmes contraints de recourir à des mesures légales de contrainte avec les personnes suicidaires. En même temps, ils se questionnent sur ce qui sous-tend cette obligation ainsi que sa validité. Cela rejoint ce que Mishna, Antle et Regehr (2002) mettent en lumière, soit que les intervenants sont obligés de tout mettre en œuvre pour empêcher les personnes de se suicider, en présentant le suicide comme un phénomène pouvant être prévenu en mettant en œuvre les pratiques prescrites. Mes données diffèrent de Mishna, Antle et Regehr (2002) sur un point : alors que ceux-ci se préoccupent d'une représentation des personnes suicidaires dont les habiletés de raisonnement sont affectées par la souffrance, ce qui ouvre la porte à la possibilité d'abus de pouvoir, les intervenants avec lesquels je me suis entretenue n'abordent pas ce point.

En guise de conclusion de cette section, il convient de souligner les tensions dans les pratiques qui viennent d'être mises en évidence. Par moments, les intervenants participent de manière favorable au développement de l'autonomie des personnes suicidaires, alors que dans d'autres circonstances, ils travaillent de manière directive et encadrante avec ces personnes. Cette variation dans le positionnement des intervenants peut être saisie à l'intersection de différentes approches dans leur rôle de prévention du suicide en centres de crise communautaires : d'un côté, l'approche dominante en prévention du suicide où le rôle prescrit à l'intervenant est plutôt directif en étant orienté vers l'exercice d'une autorité d'estimation, de



bienveillance et de protection (Séguin et LeBlanc, 2012; Lustman, 2008; Mishna, Antle et Regehr, 2002); de l'autre côté, une approche alternative dans laquelle le développement du pouvoir d'agir individuel et collectif est promu (RRASMQ, 2009).

### **5.3 Les représentations des intervenants au sujet d'eux-mêmes : entre agents subjectifs et acteurs rationnels**

Je propose que les intervenants se perçoivent de deux manières opposées, mais complémentaires. D'une part, ils sont des agents subjectifs parce qu'ils exercent leur autonomie en adhérant à une vision alternative du suicide, et en réfléchissant, de manière critique, à eux-mêmes et à leur contexte. Autrement dit, ils se perçoivent comme autonomes par rapport à leur rôle social d'intervenant travaillant en prévention du suicide. De plus, ils sont connectés à leurs subjectivités multiples qui sont liées à leurs savoirs expérientiels, et à des dimensions personnelles comme leurs sentiments, leurs identités et leurs valeurs.

D'autre part, au sens de Jodelet (2008), ils sont des acteurs rationnels détenant un rôle au sein du champ organisé de la prévention du suicide qui sous-tend une vision collectivement prédominante. J'ajoute le qualitatif « rationnel » pour rendre compte du fait que les pratiques des intervenants se réfèrent à ce qui est collectivement défini comme la « bonne » vision du suicide, c'est-à-dire la vision la plus largement répandue. Ce qualitatif permet aussi, je pense, de souligner que ces méthodes s'appuient sur des savoirs scientifiques présentés comme logiques et consensuels à partir d'une seule réalité véritable. Dans cette optique, les savoirs expérientiels ainsi que les sentiments qui y sont rattachés sont filtrés selon la vision normative. Mes résultats d'analyse suggèrent donc que les intervenants oscillent entre ces deux représentations d'eux-mêmes tout en essayant activement de les harmoniser. La position d'agent subjectif occupe toutefois la plus grande part des discours des intervenants.

Les représentations des intervenants à propos du suicide et de leurs pratiques envers ce phénomène sont traversées de représentations au sujet d'eux-mêmes. Les lignes qui suivent permettent un retour d'ensemble sur mes données. Les intervenants reconnaissent tous leur subjectivité en exprimant assez ouvertement leurs visions à la fois du suicide, des repères et des efforts collectifs pour le prévenir. Dans mon analyse, la subjectivité est reliée au savoir

d'expériences autant professionnelles que personnelles des intervenants plutôt qu'aux savoirs prédéfinis dans la vision dominante du suicide. Les intervenants reconnaissent que leur subjectivité peut influencer leurs pratiques, notamment en suscitant des réflexions sur des enjeux éthiques et des dimensions collectives comme les préjugés collectifs qui peuvent en venir à s'immiscer dans leurs discours. De manière intéressante, les visions des intervenants convergent en représentant le suicide comme un choix, mais divergent entre la nature contraignante ou libre de ce choix. Tout de même, ils pensent, pour la plupart, parvenir à une distanciation entre leur subjectivité et leurs pratiques, pour veiller à leur bien-être et pour mieux exercer leurs pratiques. En même temps, les intervenants révèlent qu'une telle séparation peut être difficile à maintenir face à la souffrance des personnes suicidaires, surtout lorsque les idéations suicidaires se maintiennent après les interventions, ou lorsqu'un passage à l'acte suicidaire ou encore un décès par suicide a lieu. Ces situations se révèlent particulièrement exigeantes pour les intervenants et entraînent chez eux des réactions affectives et cognitives. C'est au regard de l'exigence sur le plan subjectif de leur travail que les intervenants expriment des besoins de se soutenir eux-mêmes et d'obtenir du soutien de la part des acteurs de leur contexte organisationnel. Bref, il émerge les dimensions suivantes que j'aborde ci-dessous : conceptions du suicide, conceptions de la distanciation, réactions envers la souffrance, réflexions morales et besoins de soutien.

### **5.3.1 Les conceptions du suicide : entre un choix contraignant et un choix libre**

Dans les visions exprimées par les intervenants, le suicide est généralement perçu comme un choix contraignant ou un choix libre. D'un côté, la représentation du suicide comme choix contraignant renvoie surtout à la conception prédominante du suicide. Ce choix est représenté comme le résultat d'affectation dans les habiletés d'interprétation chez les personnes suicidaires, comme véhiculé dans le texte de Séguin (2012). Il s'agit, à la limite, d'un choix passif dans la mesure où la personne est victime de ses propres interprétations et elle commet une erreur par mégarde dans un effort de reprendre le contrôle sur la situation qui occasionne son état de crise suicidaire (Séguin, 2012; Gagné et Dupont, 2007; Lustman, 2008). Le terme de choix réfère aussi, je pense, à une perception d'individualisation, ce qui s'inscrit également dans la conception dominante du suicide (Roy, 2013; Cohen, 2001).

De l'autre côté, la représentation du suicide comme choix éclairé renvoie davantage à une conception alternative du suicide telle que celle présentée par Brand, Gibson et Benson (2015). Ces chercheuses proposent que le plan suicidaire puisse représenter une stratégie permettant de mieux composer avec la détresse. Plus précisément, il peut accroître le sentiment de maîtrise et d'autonomie des personnes suicidaires en leur offrant la possibilité de mettre fin à leur souffrance si elle devient intolérable, et en leur donnant le choix de continuer de vivre ou non. En d'autres mots, au lieu de dévaloriser les perspectives et les expériences des personnes en classifiant d'emblée le suicide comme un choix erroné, il est utile de prendre en considération leurs choix actuels pour éventuellement les remplacer. L'autonomie et le pouvoir d'autodétermination des personnes sont alors reconnus.

### **5.3.2 Les réactions des intervenants envers la souffrance : entre la rationalité et la subjectivité affective**

Mon analyse de données révèle une tension entre les dimensions cognitives et affectives, ce qui reflète une tension entre les positions d'acteurs rationnels et d'agents subjectifs décrites précédemment. La plus grande part de la littérature scientifique porte sur les réactions des professionnels face aux suicides de personnes auprès desquelles ils intervenaient. Ces professionnels sont le plus souvent des psychologues, des psychiatres, des médecins ou des infirmiers. Il y a alors peu de recherches sur les réactions des intervenants sociaux ou des travailleurs sociaux et encore moins dans un contexte où le travail d'équipe est étroit, ce qui rejoindrait celui des centres de crise communautaires. En plus, les recherches portent sur les décès par suicide alors que, dans mes données, les intervenants décrivent des réactions lorsqu'un passage à l'acte suicidaire survient ou lorsque les idéations suicidaires se maintiennent au-delà des interventions. En tenant compte de cela, j'enchaîne avec la mise en relation de mes données avec celles d'autres recherches.

Les données sur les réactions affectives et cognitives des intervenants aux manifestations de souffrance des personnes suicidaires rejoignent celles d'autres recherches quoique de manière moins détaillée. La tristesse, l'impuissance, la déception, la colère, la remise en doute de ses compétences, le blâme de soi et l'interprétation d'échec ressortent particulièrement de mon analyse et convergent avec les résultats de Séguin, Bordeleau, Drouin, Castelli-Dransart et

Giasson (2014), de Ting, Sanders, Jacobson et Power (2006) et de Linke, Wojciak et Day (2002) relativement aux réactions des intervenants à un décès par suicide de personnes auprès desquelles ils intervenaient. Mes résultats rejoignent aussi les sentiments d'impuissance et d'incompétence décrits par Fondaire et Larose (2007a) chez les intervenants face aux états récurrents de crise suicidaire.

Mes résultats, cependant, ne révèlent pas une impression de responsabilité personnelle et d'isolement, de blâme ou d'aliénation comme le mentionnent Ting, Sanders, Jacobson et Power (2006), ni des impacts psychosomatiques comme le relèvent Linke, Wojciak et Day (2002). À l'instar de Linke, Wojciak et Day (2002), je pense que cela pourrait être attribué à la variabilité des effets de différentes manifestations de souffrance des personnes suicidaires sur les intervenants. Il se pourrait aussi que les caractéristiques du contexte de travail du centre de crise communautaire puissent entrer en ligne de compte, tout comme la plus petite taille de l'équipe et le travail étroit avec les collègues.

Mon analyse révèle une lourdeur cognitive et affective à gérer le risque suicidaire au point que la fatigue puisse s'installer chez les intervenants. Ce résultat rejoint ceux de Ross, Sankaranarayanan, Lewin et Hunter (2016) qui interprètent un stress et une fatigue émotionnelle répandus chez les intervenants gérant le risque suicidaire au quotidien et de manière continue. Par ailleurs, la résilience dont les participants dans cette recherche font preuve est également soulignée par Ross, Sankaranarayanan, Lewin et Hunter (2016). Un aspect qui n'est pas ressorti de mon analyse est la lourdeur de la responsabilité de prévenir le suicide comme décrit par Mishna, Antle et Regehr (2002). Ces chercheurs pensent qu'en concevant le suicide comme un acte qui est possible de prévenir en mettant en œuvre des pratiques validées, cela ajoute une pression aux intervenants dans leur rôle de prévention du suicide.

### **5.3.3 Les réflexions éthiques des intervenants au croisement de la rationalité et de la subjectivité**

En s'exprimant sur leurs visions du suicide, les intervenants rendent compte de repères collectifs parfois de manière critique. En effet, ils abordent les préjugés qu'ils peuvent eux-mêmes se trouver à reproduire malgré eux, et ils défendent des valeurs d'humanisme et de justice sociale dans les services sociaux pour les personnes éprouvant de la souffrance. La réflexion sur

sa propre subjectivité, et le regard critique sur soi-même et la collectivité dont les intervenants dans ce mémoire font preuve rejoint ce qui est promu par deux ensembles de chercheurs : les chercheurs se penchant sur la question des représentations comme Gilje et Talseth (2014), Osafo, Knizek, Akotia et Hjelmeland (2012) et Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen (2010), et les chercheurs défendant une conception alternative à celle qui prédomine dans le domaine de l'intervention comme LeBossé (2016), St-Amand (2011) et Gagnon (2006).

Les réflexions éthiques contenues dans mes données coïncident avec celles de la littérature sur la prévention du suicide présentée comme complexe et multidimensionnelle. En particulier, comme dans mes données, le degré de directivité de l'intervention et la violation de la confidentialité sont abordés par Séguin (2012) et Mishna, Antle et Regehr (2002) pour rendre compte de la complexité de l'intervention en situation de crise suicidaire. En ce qui a trait aux questionnements des intervenants sur les normes et les valeurs sous-jacentes aux structures et aux modalités d'intervention dans le champ de la prévention du suicidaire, ils rejoignent davantage l'approche alternative qui promeut une réflexion complexe et contextualisée qui, en plus, offre la possibilité d'entamer un changement social (Cartuyvels, 2015; Roy, 2013).

### **5.3.4 Les besoins de soutien exprimés par les intervenants au croisement de la rationalité et de la subjectivité**

Mon analyse de données révèle des besoins de soutien chez les intervenants. Alors qu'ils déterminent des manières qu'ils peuvent prendre pour se soutenir eux-mêmes, ils en nomment d'autres qui dépendent du soutien de leur équipe, soit leurs collègues et leurs superviseurs.

#### **5.3.4.1 Le soutien que les intervenants s'accordent envers eux-mêmes**

Dans un premier temps, les intervenants parlent de réfléchir sur soi, ce qui leur permet de porter attention à leur vécu subjectif et de connaître leurs limites pour prévenir la fatigue. Cela rejoint les propositions de Gagnon (2006) qui parle en termes d'autoréflexion et de prises de conscience. Dans la même perspective, l'ouverture des intervenants envers leurs propres expériences subjectives est recommandée par Tzeng, Yang, Tzeng, Ma et Chen (2010). Selon ces chercheurs, une attitude d'ouverture permet aux intervenants de mieux se comprendre et d'entretenir une conception plus positive d'eux-mêmes dans l'exercice de leurs pratiques, en

particulier avec des personnes éprouvant plusieurs crises suicidaires. Gagnon (2006), lui, encourage les intervenants à faire de l'introspection et de l'autoréflexion pour d'abord prendre conscience de leurs limites et de leurs souffrances, puis les transformer en ressources pour améliorer leurs pratiques. Quant à Gilje et Talseth (2014), elles encouragent la réflexion sur soi (« *self-reflection* », p. 19) chez les intervenants pour mieux comprendre leurs réactions et pour complexifier leurs perspectives. Gordon, Stevenson et Cutcliffe (2014) soulignent la réflexion chez les intervenants comme moyen pour saisir les manières dont ils seraient affectés par les préjugés et les croyances culturelles péjoratives à propos des personnes suicidaires.

Les intervenants parlent aussi d'un besoin de distanciation ou de détachement entre leurs subjectivités personnelles et la sphère professionnelle, selon deux optiques. En s'identifiant en tant qu'acteurs rationnels, les intervenants considèrent que la distanciation de leurs propres subjectivités leur permet de mieux œuvrer à la prévention du suicide. Cette vision rejoint la vision normative dans le champ de la prévention du suicide dans laquelle il s'agit de la bonne position à adopter par les intervenants (Séguin et LeBlanc, 2012; Fondaire et Larose, 2007b). En effet, ce sont les pratiques basées sur des données probantes et donc, uniformisées, qui sont promues dans une visée de diminution du suicide (MSSS, 2010). Paradoxalement, les pratiques prescrites dans la prévention du suicide comportent aussi un déploiement important d'empathie par les intervenants pour éveiller l'espoir chez les personnes suicidaires (Séguin et LeBlanc, 2012; MSSS, 2010). Mais, comme l'expliquent Séguin et LeBlanc (2012), les intervenants ont le rôle de maîtriser et de filtrer leurs sentiments pour qu'ils concordent avec les pratiques consensuelles de sorte que leurs prises de décisions et les actions qui en découlent soient « éclairée[s] » (p. 53).

Dans une perspective d'agents subjectifs, les intervenants conçoivent la distanciation des personnes suicidaires comme un moyen pour protéger leur bien-être subjectif. Ce résultat ressemble aux résultats de Carlén et Bengtsson (2007). Les intervenants rencontrés pour ce mémoire nomment une stratégie générale de mise en distance, comme les participants de la recherche de Carlén et Bengtsson (2007). En plus d'offrir un cadre interprétatif plus simplifié, la distanciation permet, selon Carlén et Bengtsson (2007), d'amoinrir les sentiments négatifs que les intervenants peuvent ressentir en travaillant auprès de personnes suicidaires, ce qui rejoint mes données. En contrepartie, Carlén et Bengtsson (2007) soulignent que la

distanciation, en particulier sous la forme d'étiquetage, nuit cependant à une représentation complexe et subjective des personnes suicidaires en tant qu'êtres humains uniques, ce que les participants de ce mémoire ne soulignent pas. Gagnon (2006), pour sa part, défend au contraire un rapprochement entre la vie privée et la vie professionnelle des intervenants comme source d'enrichissement autant pour les intervenants que pour les personnes accompagnées.

#### **5.3.4.2 Le soutien que les intervenants souhaitent recevoir de leur équipe**

Les intervenants abordent des besoins de soutien de la part de leurs collègues et de leurs superviseurs. Mon analyse révèle d'abord le besoin chez les intervenants de se faire accorder une liberté et une confiance dans leurs pratiques, de se sentir reconnus dans leurs forces et dans les difficultés que comporte l'intervention en situation de crise suicidaire et de se faire accompagner dans leurs efforts de réflexion par leurs superviseurs. Linke, Wojciak et Day (2002) identifient également le besoin de reconnaissance chez les intervenants. Ensuite, les intervenants que j'ai rencontrés disent avoir besoin d'une bonne communication, de cohésion et de confiance autant avec leurs superviseurs qu'avec leurs collègues, notamment en contexte de réunions d'équipe, ce qui rejoint les résultats de Linke, Wojciak et Day (2002). Enfin, le besoin de formations identifié par les intervenants pour améliorer leurs compétences professionnelles en intervention en matière de suicide rejoint les résultats de la recherche de Gilje et Talseth (2014) et les recommandations de Séguin et LeBlanc (2012).

Quelques dimensions n'émergent pas de mon analyse comparativement à d'autres recherches. Les intervenants n'abordent pas le soutien informel de la part de l'entourage personnel, comme cela est relevé par Séguin, Bordeleau, Drouin, Castelli-Dransart et Giasson (2014). Ils ne nomment pas non plus le soutien formel sous la forme de supervision individuelle externe et de thérapie individuelle, comme le suggèrent Ting, Sanders, Jacobson et Power (2006). En m'inspirant de certaines conclusions des travaux de Linke, Wojciak et Day (2002), il se peut que le soutien informel n'ait pas été évoqué par les intervenants que j'ai rencontrés puisque ce soutien est secondaire, pour eux, comparativement au soutien de collègues et de supérieurs dans le contexte de travail. Une autre donnée qui ne figure pas parmi les miennes est la proposition d'assouplissement vis-à-vis du suicide en considérant qu'il peut survenir. Autrement dit, de percevoir qu'il n'est pas toujours possible de le prévenir comme cela est mis

en lumière par Linke, Wojciak et Day (2002). Cette perspective viendrait par ailleurs régler la préoccupation de Mishna, Antle et Regehr (2002) à propos d'une représentation dominante dans laquelle le suicide est véhiculé comme largement évitable, ce qui peut placer les intervenants dans une position difficile.

## **5.4 Les implications et les limites de ce mémoire**

Mon analyse des résultats semble venir appuyer la proposition selon laquelle les pratiques en prévention du suicide sous-tendent des représentations composées de perspectives, de croyances et de valeurs subjectives (Gilje et Talseth, 2014; Gordon, Stevenson et Cutcliffe, 2014). Comme tout projet de recherche suivant une démarche scientifique, il est nécessaire de faire un tour d'horizon des implications de mes résultats d'analyse ainsi que les limites de ma démarche.

### **5.4.1 Les implications et les recommandations**

Mon mémoire s'applique d'abord et avant tout aux équipes d'intervention en centres de crise communautaires impliquées dans la prévention du suicide. L'espoir est que son contenu soit utile pour nourrir les réflexions personnelles et professionnelles des équipes, ainsi que les réflexions collectives des acteurs travaillant dans des institutions clés dans le champ de la prévention du suicide comme les chercheurs et les décideurs politiques. Ainsi, il devient possible d'améliorer le bien-être des intervenants et les pratiques, et même d'entrevoir des changements dans les représentations sociales. Mes résultats d'analyse pourraient également contribuer à accroître la reconnaissance des savoirs de terrain des intervenants et de l'approche alternative communautaire. Or, il apparaît important de, à la fois, s'attarder et nourrir les subjectivités des intervenants pour créer des potentialités diverses. Ensuite, il est possible que les implications de mon mémoire puissent être élargies à d'autres professionnels travaillant dans d'autres milieux d'intervention connexes dans lesquels la prévention du suicide est présente. Enfin, mon mémoire présente une valeur heuristique en valorisant le recours au concept de représentations sociales pour étudier d'autres phénomènes dans le domaine des sciences sociales et humaines. Bref, l'originalité générale de mes résultats est qu'ils permettent d'apporter un éclairage sur la



réalité méconnue et difficilement accessible des représentations sociales des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires au sujet du suicide.

À partir de mes résultats, il est possible de proposer certaines recommandations. Premièrement, à l'instar de Ting, Sanders, Jacobson et Power (2006), il serait important d'offrir des formations aux intervenants travaillant en intervention sociale, comme l'intervention de crise et la prévention du suicide, sur l'importance de prendre soin de soi et des pistes potentielles en ce sens. La constitution de telles formations pourrait se faire à partir des expériences riches d'intervenants. En effet, des intervenants ont partagé avec moi des stratégies créatives, évocatrices et inspirantes.

Deuxièmement, en m'appuyant sur les données de Sjølie, Binder et Dundas (2017), il serait pertinent que les équipes d'intervention aiguisent leurs habiletés de communication et soient proactives à offrir des espaces pour que les intervenants expriment leurs sentiments et leurs pensées considérées vulnérables ou encore inacceptables. De tels espaces semblent essentiels pour permettre une résilience chez les équipes et chez les intervenants à composer avec les défis de leur travail, ainsi que pour restaurer et maintenir leurs sentiments de compétence et d'efficacité. Or, Acker et Lawrence (2009) mettent en évidence que le sentiment de compétence est essentiel pour se prémunir contre la fatigue et l'épuisement de compassion.

Troisièmement, je propose de créer davantage d'espaces de réflexion pour les intervenants puisqu'il s'agit d'un besoin nommé par ceux-ci. Ces espaces peuvent avoir lieu dans une diversité de contextes et prendre de multiples formes. La visée d'une telle démarche est de permettre aux intervenants de s'exprimer sur leurs expériences et d'y trouver un sens pour améliorer leur bien-être ainsi que leurs pratiques.

Je propose quelques pistes de recherches futures. D'abord, il serait intéressant de reproduire ma démarche de recherche en intégrant un groupe de discussion avec des intervenants pour, d'une part, leur présenter les analyses préliminaires, et, d'autre part, pour obtenir leur rétroaction pour enrichir les données. Il pourrait aussi être intéressant d'élargir le terrain de recherche pour inclure des intervenants du réseau institutionnel des services sociaux et de la santé. À cet effet, des comparaisons pourraient être faites entre les contextes d'intervention communautaires et institutionnels.

Ensuite, plusieurs chercheurs soulignent un manque de recherches sur les réactions des intervenants aux décès par suicide de personnes auprès desquelles ils travaillent. À partir de mes résultats de recherche, je crois qu'il vaudrait la peine d'élargir ce regard pour inclure les réactions des intervenants à d'autres manifestations de souffrance des personnes suicidaires, soit les idéations suicidaires qui se maintiennent ou qui reviennent au-delà des interventions et les passages à l'acte suicidaire. De telles situations semblent entraîner des réactions significatives chez les intervenants. En les comprenant mieux, il pourrait être possible de mieux outiller les intervenants face à de telles situations.

Puis, avec l'évolution des technologies, je pense qu'il serait intéressant d'étudier l'intervention en situation de crise par texto et par clavardage. De telles initiatives existent depuis un certain temps auprès des jeunes, notamment avec les organismes Tél-Jeunes, au Québec et Jeunesse, j'écoute, au Canada, ainsi qu'avec des adultes avec l'organisme Crisis Text Line, aux États-Unis.

Finalement, je pense qu'il serait pertinent d'explorer la position de distanciation chez les intervenants qui ressort de mes données, à partir de la démarche de réciprocité transformatrice de Gagnon (2006) dans des contextes d'intervention en situation de crise et de prévention du suicide.

#### **5.4.2 Les limites de ma démarche**

Ce projet de recherche comporte un certain nombre de limites dont il est important de tenir compte. Premièrement, une question pourrait être ajoutée dans le canevas d'entretien pour connaître l'âge exact des participants; cela aurait fourni une donnée sociodémographique de base pour mieux décrire l'échantillon.

Deuxièmement, la profondeur des entretiens qualitatifs qui ont été réalisés dans le cadre de ma recherche est limitée, ce qui peut être attribuable au fait qu'une seule entrevue a été menée auprès de chaque participant et que leur durée pouvait être assez courte. À titre de rappel, la durée de mes entretiens varie de 30 à 70 minutes. En plus, il s'agissait de ma première expérience à mener des entretiens dans le contexte d'une démarche de recherche. La présentation des résultats préliminaires à un groupe d'intervenants a été envisagée pour étoffer et approfondir le

contenu, mais, au moment où j'ai voulu le proposer aux directions des centres de crise, j'ai remarqué une baisse d'intérêt.

Troisièmement, puisqu'il s'agissait de ma première expérience d'analyse de données de recherche, la mise à contribution de ma subjectivité était possiblement moins favorable qu'un chercheur expérimenté.

Quatrièmement, mon immersion sur le terrain s'est limitée à des entretiens qualitatifs avec des intervenants sur leurs conceptions et leurs pratiques. Je n'ai pas posé de questions sur le contexte organisationnel, comme, par exemple, les valeurs et les approches promues par le centre de crise ainsi que le fonctionnement des équipes, c'est-à-dire la division des tâches d'intervention plus informelle et des tâches d'intervention plus formelle sous la forme de rencontres à l'intérieur et à l'extérieur du centre de crise. En outre, ma démarche ne comportait pas d'observation sur le terrain, ce qui aurait pu apporter des dimensions supplémentaires à mes données. Bref, la connaissance que j'ai produite dans le contexte de ce mémoire est nécessairement partielle et inachevée (Laperrière, 1997).

Pour conclure la discussion, les représentations des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires sur les personnes suicidaires et sur eux-mêmes sont multiples, et traversées de points de tension et de points de complémentarité. Les personnes suicidaires sont perçues, d'un côté, comme des individus fragiles, distincts du reste de la collectivité, et qui bénéficient d'un encadrement plus ou moins important au regard de leur bien-être et de celui de la collectivité. D'un autre côté, elles sont représentées comme des agents subjectifs qui ont besoin d'être reconnus dans leurs potentialités et soutenus dans le développement de leur autonomie et de leur pouvoir d'agir. Les intervenants se perçoivent en tant qu'acteurs réfléchis selon ce qui est défini comme les pratiques adéquates en matière d'intervention en situation de crise suicidaire, et aussi en tant qu'agents subjectifs ayant besoin d'être reconnus et soutenus dans leurs subjectivités, autant pour favoriser leur bien-être que pour mieux exercer leur rôle en prévention du suicide. Le principal apport de ce mémoire est d'explorer certaines des facettes d'une réalité difficile à accéder et relativement méconnue.

# Conclusion

Ce mémoire a pour objectifs de faire émerger les principales dimensions des représentations du suicide et des pratiques auprès de personnes suicidaires chez des intervenants œuvrant dans des centres de crise communautaires, et de proposer des pistes de réflexion exploratoires autant sur ces représentations que sur leurs effets sur les pratiques des intervenants. J'ai choisi le milieu des centres de crise communautaires comme terrain de recherche en raison de ses particularités. D'abord, faisant partie du secteur communautaire, ces organismes occupent une place particulière dans la mesure où ils se situent à l'interface de perspectives alternatives et de perspectives plus répandues dans le système sociosanitaire public. Les équipes souhaitent à la fois maintenir une autonomie dans les approches, les pratiques et le fonctionnement de l'organisme, et obtenir une reconnaissance du MSSS qui nécessite qu'elles fassent des concessions pour s'intégrer au réseau sociosanitaire. Ensuite, les centres de crise communautaires furent initialement mis sur pied pour désengorger les urgences hospitalières et répondre aux situations de crise dans une perspective psychosociale. Cependant, une complexification et une diversification des situations des personnes ayant recours à leurs services, notamment en ce qui a trait aux troubles de santé mentale et de consommation, ont eu lieu, ainsi que l'attribution de mandats supplémentaires par le MSSS, comme la prévention du suicide en 1998. Ces changements ont nécessairement entraîné des modifications dans les visions et les pratiques ainsi qu'une professionnalisation des équipes. Bref, les centres de crise se trouvent au croisement d'une vision plutôt psychosociale et d'une perspective plutôt biomédicale. Enfin, le contact que les intervenants ont avec les personnes suicidaires est particulier étant donné qu'ils se déplacent dans les milieux de vie de celles-ci pour intervenir ou encore qu'ils interviennent auprès d'elles, en hébergement, qui constitue un milieu de vie temporaire.

J'ai réalisé dix entretiens individuels semi-dirigés d'une durée variant de 30 à 70 minutes auprès d'intervenants travaillant en centres de crise communautaires. La démarche d'analyse employée est l'analyse thématique, sans recourir à un logiciel. Il ressort principalement de l'analyse des données que les intervenants construisent activement des représentations leur permettant de percevoir les personnes en situation de crise suicidaire, de se percevoir eux-

mêmes dans leur rôle d'intervenants, et d'orienter leurs pratiques, tout cela en contexte des centres de crise communautaires.

Pour ce qui est des représentations des intervenants au sujet des personnes suicidaires qui guident leurs pratiques, elles convergent de manière qualitativement majoritaire avec la représentation sociale dominante du suicide et les pratiques les plus véhiculées dans le champ de la prévention du suicide. Plus précisément, les personnes suicidaires sont perçues comme des individus qui se distinguent du reste de la collectivité en raison de leur fragilité, dont la souffrance est à la source. La souffrance, quant à elle, émerge et est maintenue, selon les intervenants, par les dimensions individuelles suivantes : des sentiments difficiles, des interprétations négatives et des actions orientées vers l'isolement de soi. En même temps, les intervenants attribuent la souffrance à des catégories telles que les traumatismes, les troubles de santé mentale et les traits de caractère, ainsi que l'envahissement du suicide sur l'expérience subjective des personnes suicidaires, de sorte que leur situation devient chronique. Dans cette perspective, ce sont les intervenants qui possèdent les meilleures connaissances et compétences pour assurer le bien-être des individus et celui de la collectivité. Les pratiques sont orientées selon l'évaluation que les intervenants font du risque et de l'urgence suicidaires. La création du lien de confiance semble avoir une visée plutôt instrumentale, c'est-à-dire qu'elle a comme objectif que les personnes suicidaires adhèrent au processus d'intervention. Or, ce dernier est principalement décidé par les intervenants pour assurer la sécurité des personnes suicidaires.

En parallèle, les intervenants entretiennent, quoique dans une moindre mesure, des représentations qui rejoignent une conception alternative de la représentation sociale dominante du suicide. Dans cette perspective, les personnes suicidaires sont représentées comme des agents de changement qui méritent d'être reconnus dans leurs potentialités et d'être soutenus dans le développement de leur autonomie et de leur pouvoir d'agir. Ainsi, l'apparition et la continuité de la souffrance sont saisies à partir de dimensions contextuelles, soit le soutien du réseau social personnel et les conditions de vie des personnes suicidaires. Les pratiques des intervenants sont orientées vers la création d'un lien authentiquement humain, la prise en compte des significations subjectives que les personnes suicidaires attribuent à leurs vécus uniques, sur la considération des forces des personnes suicidaires ainsi que sur l'implication des réseaux de soutien. Donc, le regard est posé ailleurs que sur la souffrance et les défaillances personnelles.

Bref, les différences dans les représentations des intervenants sur les personnes suicidaires semblent diverger selon les cadres organisationnels dans lesquels les intervenants œuvrent et évoluent, ainsi que leurs expériences.

En ce qui concerne les représentations des intervenants à propos d'eux-mêmes, les intervenants reconnaissent que leur subjectivité, celle-ci étant reliée à leurs savoirs expérientiels au lieu des savoirs prédéfinis par autrui et qu'ils ont assimilés, peut influencer leurs pratiques. Par exemple, ils abordent des réflexions critiques sur des enjeux éthiques et des dimensions collectives comme les préjugés collectifs. Cependant, les intervenants disent, pour la plupart, se soucier de distancier leur subjectivité de leurs pratiques pour préserver leur bien-être et adopter de meilleures pratiques. Or, le maintien d'une séparation entre la sphère personnelle et la sphère professionnelle peut être difficile envers la souffrance des personnes suicidaires à laquelle ils font face. Cela est d'autant plus vrai dans les cas où les idéations suicidaires se maintiennent au-delà des interventions et lorsqu'un passage à l'acte suicidaire survient. Ces situations se révèlent particulièrement difficiles pour les intervenants et elles entraînent chez eux des réactions affectives et cognitives. C'est au regard de l'exigence sur le plan subjectif de leur travail que les intervenants expriment, d'une part, le besoin de se soutenir eux-mêmes pour enrichir leur réflexion sur soi et leur capacité à maintenir une séparation entre leur vie personnelle et leur vie privée. D'autre part, ils souhaitent obtenir, de la part des membres de l'équipe du centre de crise, du soutien envers leur autonomie et leur réflexion, ainsi que la reconnaissance de leurs forces et des défis de l'intervention en situation de crise suicidaire.

En somme, ce qui ressort principalement de l'analyse des données est la volonté des intervenants à effectuer des réflexions parfois critiques et à exprimer leur autonomie autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de leur rôle de prévention du suicide. Cependant, le contexte organisationnel et collectif plus large limite les occasions en ce sens. Conséquemment, leurs représentations et leurs pratiques ont tendance à adhérer tacitement aux représentations du suicide qui prévalent socialement, et qui ont tendance à dévaloriser les savoirs subjectifs et d'expérience au profit de savoirs experts et consensuels. Pourtant, les subjectivités et les expériences autant des intervenants que des personnes qu'ils accompagnent ont le potentiel d'enrichir les pratiques et d'améliorer l'état d'être de tous ceux qui sont impliqués.

Malgré les limites de ce projet de recherche, ce mémoire pourrait contribuer à accroître la reconnaissance des savoirs expérientiels des intervenants sur le terrain et de leurs besoins de soutien. Ce mémoire pourrait également contribuer plus largement à la reconnaissance des enjeux et de la contribution particulière des organismes communautaires dans les services sociaux québécois. Pour ce qui est des pratiques sur le terrain, ce mémoire présente le potentiel d'encourager les intervenants à réfléchir et faire des prises de conscience au sujet de leurs représentations, de leurs effets sur leurs pratiques et des retombées de celles-ci, notamment en ce qui concerne des enjeux d'éthiques. Par exemple, les intervenants peuvent employer dans leurs discours des expressions dont ils ne mesurent pas l'ampleur des effets dommageables qu'elles peuvent causer. À la lumière des résultats, je recommande que les intervenants soient davantage formés sur les facteurs contextuels qui influencent le risque suicidaire. Les pratiques pourraient être améliorées ou, du moins, enrichies. Ce mémoire pourrait aussi fournir des pistes de réflexion et d'action pour les directions des centres de crise, pour mieux soutenir les intervenants et améliorer les pratiques.

En ce qui a trait à la recherche en travail social sur le suicide, ce mémoire pourrait constituer un apport en ce sens. Ce mémoire pourrait aussi servir de point de référence pour d'autres recherches portant sur les représentations des praticiens œuvrant dans d'autres milieux. Il pourrait être intéressant d'effectuer une recherche comparative entre les représentations des intervenants qui travaillent dans le secteur communautaire et ceux qui travaillent dans le secteur public des services sociaux et de la santé. Je pense qu'il serait aussi pertinent d'explorer davantage les enjeux éthiques rencontrés par les intervenants sur le terrain puisque mes données suggèrent qu'ils suscitent des réactions et des questionnements.

## Bibliographie

- Acker, G. M. et Lawrence, D. (2009). Social Work and Managed Care. *Journal of Social Work*, 9(3), 269-283. doi : 10.1177/1468017309334902
- Aguilera, D. C. (1995). *Crisis Intervention: Theory and methodology*. Saint-Louis, Missouri : Mosby.
- Association québécoise de prévention du suicide. (2013). *À propos*. Repéré à <https://www.aqps.info/a-propos/>
- Aujard, M.-F. (2007). La suicidologie, un outil de gestion du comportement. *Recherches sociographiques*, 48(3), 161-174. doi : 10.7202/018008ar
- Blanchet, A. (1987). Interviewer. Dans A. Blanchet, R. Ghiglione, J. Massonnat et A. Trognon (dir.), *Les techniques d'enquête en sciences sociales* (p. 81-126). Paris, France : Dunod.
- Borgeat, F. et Dongier, M. (2015). Le changement de nos valeurs et certitudes au long de ce demi-siècle. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 163-175. doi : 10.7202/1033049ar
- Bourassa, B., Serre, F. et Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Boyer, R. et Loyer, M. (1996). La prévention du suicide par la prévention des troubles mentaux : où en sommes-nous au Québec? *Santé mentale au Québec*, 21(2), 139-157. doi : 10.7202/032402ar
- Brand, S., Gibson, S. et Benson, O. (2015). Planning on Dying to Live: A Qualitative Exploration of the Alleviation of Suicidal Distress by Having a Suicide Plan. *Suicidology Online*, 6(2), 61-68. Repéré à [www.suicidology-online.com/pdf/SOL-ISSUE-6-2.pdf](http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-ISSUE-6-2.pdf)
- Burrows, S., Auger, N., Roy, M. et Alix, C. (2010). Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990-1995. *Public Health*, 124, 78-85. doi : 10.1016/j.puhe.2010.01.008
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. New York, New York : Grune et Stratton.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventative psychiatry*. New York, New York : Basic Books.



- Carlén, P. et Bengtsson, A. (2007). Suicidal patients as experienced by psychiatric nurses in inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 257-265. doi : 10.1111/j.1447-0349.2007.00475.x
- Cartuyvels, Y. (2015). Transformations dans la santé mentale : entre la science et le sujet. *Criminologie*, 48(1), 15-35. doi : 10.7202/1029346ar
- Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R. A., Maple, M. et Marshall, D. (2014). The Continuum of “Survivorship”: Definitional Issues in the Aftermath of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 591-600. doi : 10.1111/sltb.12093
- Centre de prévention du suicide de Québec. (s. d.). *Le CPSQ*. Repéré à <https://www.cpsquebec.ca/le-cpsq/>
- Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie. (2006). Historique du CRISE. Repéré à [http://www.crise.ca/fr/cr\\_historique.asp?section=crise& sujet=historique](http://www.crise.ca/fr/cr_historique.asp?section=crise& sujet=historique)
- Champagne, D. (2001). Les pratiques des intervenants bénévoles et des intervenants professionnels en prévention du suicide. Dans H. Dorvil et R. Mayer, *Problèmes sociaux, Tome II : Étude de cas et interventions sociales* (p. 509-532). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Champagne, D. (1998). Contribution des intervenants bénévoles et professionnels à la construction du suicide en tant que problème social. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal.
- Charmillot, M. et Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. Actes du colloque Bilan et prospective de la recherche qualitative de l'Association pour la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, (3) (h.s), 126-139. Repéré à <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>
- Cohen, D. (2001). La médicalisation. Dans H. Dorvil et R. Mayer (dir.), *Problèmes sociaux, Tome I : Théories et méthodologies* (p. 217-242). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Collin, J. et Suissa, A. J. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 25-33. doi : 0.7202/016048ar

- Corriveau, P., Perreault, I., Cauchie, J.-F. et Lyonnais, A. (2016). Le suicide dans les enquêtes du coroner au Québec entre 1763 et 1986 : un projet de recherche inédit. *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 69(4), 71-86. doi :10.7202/1036515ar
- Corporation de développement communautaire de la Haute-Yamaska. (2018). *Formation provinciale à l'intervention de crise*. Repéré à <http://cdchauteyamaska.ca/event/formation-provinciale-a-lintervention-de-crise/>
- Demers, L. et Lemieux, V. (1998). La politique québécoise de désengorgement des urgences. *Canadian Public Administration*, 41(4), 501-528. doi : 10.1111/j.1754-7121.1998.tb00219.x
- Désaulniers, L.-G. (2011). *Le suicide. En comprendre les multiples facettes*. Montréal, Québec : Éditions Québecor.
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157. doi :10.7202/030407ar
- Douville, O. (2004). L'automutilation, mise en perspectives de quelques questions. *Champ psychosomatique*, 4(36), 7-24. doi : 10.3917/cpsy.036.0007
- Durkheim, É. (1898). *Représentations individuelles et représentations collectives*. Paris, France : Presses universitaires de France. doi :10.1522/cla.due.rep1
- Durkheim, É. (1897a). *Le suicide. Livre I*. Paris, France : Presses universitaires de France. doi : 10.1522/cla.due.sui2
- Durkheim, É. (1897b). *Le suicide. Livre II*. Paris, France : Presses universitaires de France. doi : 10.1522/cla.due.sui2
- Durkheim, É. (1897c). *Le suicide. Livre III*. Paris, France : Presses universitaires de France. doi : 10.1522/cla.due.sui2
- Durkheim, É. (1893). *De la division du travail social*. Paris, France : Presses universitaires de France. doi : 10.1522/cla.due.del1
- Durkheim, É. (1894). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris, France : Presses universitaires de France. doi : 10.1522/cla.due.reg1
- Fanzolato, S. (2013). *Les faces cachées de l'intervention en situation de crise* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, Québec : Groupe Modulo.

- Fondaire, M. (2007). Pour introduire le sujet. Dans S. Larose et M. Fondaire, *Détresse psychologique en situation de crise* (p. 11-17). Outremont, Québec : Les Éditions Quebecor.
- Fondaire, M. et Larose, S. (2007a). Pour un nouveau modèle en intervention de crise : trajectoire et territoire. Dans S. Larose et M. Fondaire, *Détresse psychologique en situation de crise* (p. 85-132). Outremont, Québec : Les Éditions Quebecor.
- Fondaire, M. et Larose, S. (2007b). Relation à la crise, empathie, intuition, marginalité. Dans S. Larose et M. Fondaire, *Détresse psychologique en situation de crise* (p. 133-202). Outremont, Québec : Les Éditions Quebecor.
- Gaignon, C. (2007). De la relation d'aide à la relation d'êtres. *Défi Jeunesse : Revue professionnelle du Conseil multidisciplinaire*, 11(3), 17-24. Repéré à [https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss\\_ceim/ZoneProfessionnelle/Professionnel/RevueProfessionnelleDefiJeunesse/2006\\_2007\\_Volume\\_13/2007\\_06\\_RevueDefiJeunesse\\_Vol\\_13\\_No\\_3.pdf](https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_ceim/ZoneProfessionnelle/Professionnel/RevueProfessionnelleDefiJeunesse/2006_2007_Volume_13/2007_06_RevueDefiJeunesse_Vol_13_No_3.pdf)
- Gaignon, C. (2006). *De la relation d'aide à la relation d'êtres : la réciprocity transformatrice*. Paris, France : Harmattan.
- Gaulejac, V. de (2009). Souffrances objectives, souffrances subjectives. Dans T. Périlleux et J. Cultiaux (dir.), *Destins politiques de la souffrance* (p. 47-59). Toulouse, France : ERES. doi : 10.3917/eres.peril.2009.01.0047
- Gaulejac, V. de (1989). Honte et pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 128-137. doi : 10.7202/031522ar
- Gaulejac, V. de (1987). *La névrose de classe*. Paris, France : Hommes et groupes éditeurs.
- Gagné, G. et Dupont, D. (2007). Les changements de régime du suicide au Québec, 1921-2004. *Recherches sociographiques*, 48(3), 27-63. doi : 10.7202/018003ar
- Gilje, F. L. et Talseth, A. G. (2014). How psychiatric nurses experience suicidal patients: a qualitative meta-analysis. Dans J. R. Cutcliffe, J. C. Santos, P. S. Links, J. Zaheer, H. G. Harder, F. Campbell, R. McCormick, K. Harder, Y. Bergmans et R. Eynan (éds.), *Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research* (p. 11-23). New York, New York : Routledge.
- Gordon, E., Stevenson, C. et Cutcliffe, J. R. (2014). Transcending suicidality: Facilitating revitalizing worthiness. Dans J. R. Cutcliffe, J. C. Santos, P. S. Links, J. Zaheer, H. G.

- Harder, F. Campbell, R. McCormick, K. Harder, Y. Bergmans et R. Eynan (éds.), *Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research* (p. 11-23). New York, New York : Routledge.
- Greene, G. J., Lee, M.-Y., Trask, R. et Rheinscheld, J. (2005). How to Work With Clients' Strengths in Crisis Intervention: A Solution-Focused Approach. Dans A. R. Roberts (dir.), *Crisis Intervention Handbook : Assessment, Treatment, and Research* (3<sup>e</sup> éd., p. 64-89). New York, New York : Oxford University Press.
- Grenier, G. et Fleury, M.-J. (2009). Les organismes communautaires en santé mentale au Québec : rôle et dynamique partenariale. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 101-126. doi : 10.7202/029761ar
- Groulx, L.-H. (1997). Contribution de la recherche qualitative à la recherche sociale. Dans J. Poupart, L. H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pirès (dir.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* [rapport] (p. 76-107). Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Guay, J. (1998). *L'intervention clinique communautaire : les familles en détresse*. Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Haut Conseil de la santé publique. (1993). La politique de la santé et du bien-être : Québec, juin 1992. *Actualité et dossier en santé publique* (n° 2), 6-8. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/MSSS/2551188687.pdf>
- Houle, J. et Poulin, C. (2009). *Le suivi des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide*. Repéré sur le site du Directeur de santé publique de Montréal : [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications\\_resume.html?tx\\_wfqbe\\_pi1%5Buid%5D=929](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/publications/publications_resume.html?tx_wfqbe_pi1%5Buid%5D=929)
- Ibañez, T. (1992). Some critical comments about the theory of social representations – Discussion of Rätty & Snellman. *Papers on Social Representations*, 1, 21 -26. Repéré à <http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>
- Institut national de santé publique du Québec. (2015). La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2012 – Mise à jour. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/1939>
- Israël, M. (1991). L'intervention de crise dans un établissement hospitalier : aspects théoriques et pratiques. *Crise et intervention*, 16(2), 237-252. doi : 10.7202/032236ar

- Jetté, C. (2008). Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence : Trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux. Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Jodelet, D. (2012). Interconnections between social representations and intervention. Dans A. S. de Rosa (dir.), *Social Representations in the "Social Arena": the Theory in Contexts faced with "Social Demand"* (p. 77-88). New York, New York : Taylor and Francis. Repéré à <https://ebookcentral.proquest.com/lib/umontreal-ebooks/detail.action?docID=1039279>
- Jodelet, D. (2008). Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales. *Connexions*, 1(89), 25-46. doi : 10.3917/cnx.089.0025
- Jodelet, D. (1989a). *Folies et représentations sociales. Préface de Serge Moscovici*. doi : 10.1522/030110944
- Jodelet, D. (1989b). Représentations sociales : un domaine en expansion. Dans D. Jodelet (dir.), *Les représentations sociales* (p. 31-61). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Joe, S. et Niedermeier, D. (2008). Preventing Suicide: A Neglected Social Work Research Agenda. *British Journal of Social Work*, 38, 507-530. doi : 10.1093/bjsw/bcl353
- Joiner, T. (2010). *Myths about suicide*. Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press.
- Jones, S., Krishna, M., Rajendra, R. G., et Keenan, P. (2015). Nurses' attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. *Journal of Mental Health*, 24(6), 423-429. doi : 10.3109/09638237.2015.1019051
- Kodaka, M., Inagaki, M., Poštuvan, V. et Yamada, M. (2012). Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(5), 452-459. doi : 10.1177/0020764012440674
- Kopp-Bigault, C., Walter, M. et Thevenot, A. (2016). The social representations of suicide in France: An inter-regional study in Alsace and Brittany. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(8), 737-748. doi : 10.1177/0020764016675652
- Laflamme, F. (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : Guide de pratique clinique*. Repéré sur le site de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec : <http://collections.banq.qc.ca/ark://52327/1564633>
- Lafleur, C. et Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec, Québec : Presses de l'Université Laval.

- Lamarre, S. (2014). *Le suicide, l'affaire de tous : vers une nouvelle approche*. Montréal, Québec : Éditions de l'Homme, une société de Québecor média.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L. H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pirès (dir.). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* [rapport] (p. 392-418). Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Lavoie, J. et Panet-Raymond, J. (2011). *La pratique de l'action communautaire* (3<sup>e</sup> éd.). Québec, Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, New York : Springer.
- Le Bossé, Y. (2016). Soutenir sans prescrire : aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC). Québec, Québec : Éditions ARDIS.
- Le Bossé, Y. (2003). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51. doi : 10.7202/009841ar
- Le Bossé, Y., Bilodeau, A., Chamberland, M. et Martineau, S. (2009). Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités : quelques enjeux relatifs à l'identité professionnelle et à la formation des praticiens du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 174-190. doi : 10.7202/038969ar
- Le Bossé, Y. et Dufort, F. (2001). Le pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes et des communautés : une autre façon d'intervenir. Dans F. Dufort et J. Guay, *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social* (p. 75-115). Saint-Nicolas, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Lecomte, Y. et Lefebvre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 122-142. doi : 10.7202/030352ar
- Lefebvre, Y. et Larose, S. (2007). Quand l'histoire construit ses traces. Dans S. Larose et M. Fondaire, *Détresse psychologique en situation de crise* (51-83). Outremont, Québec : Éditions Québecor.
- Lemelin, A. (2017). *L'impossible réforme : Pourquoi notre système de santé est-il toujours en crise?* Montréal, Québec : Éditions du Boréal.

- Lester, D. et Lester, G. (1971). *Suicide: The Gamble with Death*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. doi : 10.1176/ajp.101.2.141
- Linke, S., Wojciak, J. et Day, S. (2002). The impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin*, 26, 50-52. doi : 10.1192/pb.26.2.50
- Lustman, M. (2008). De la prévention du suicide comme question sociologique. *Frontières*, 21(1), 15-22. doi : 10.7202/037870ar
- Marsolais, G. (2005). *Estimation de la dangerosité dans le cadre de la Loi P-38.001. Cahier de formation à l'intention des services d'aide en situation de crise désignés par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal*. Montréal, Québec : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/55896>
- Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion. Actes du colloque Recherche qualitative : les questions de l'heure. *Recherches qualitatives*, (5) (h.s.), 70-81. Repéré à <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>
- Mathieu, F. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook: Creative Tools for Transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization* (1<sup>re</sup> édition). New York, New York : Routledge. Repéré à <https://www.taylorfrancis.com/books/9781136633126>
- McLaughlin, C., McGowan, I., O'Neill, S. et Kemohan, G. (2014). The burden of living with and caring for a suicidal family member. *Journal of Mental Health*, 23(5), 236-240. doi : 10.3109/09638237.2014.928402
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Garde en établissement de santé et de services sociaux*. (Publication n° 17-917-07W). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002036/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*. (Publication n° 17-914-17W). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec* (Publication n° 12-202-04F). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000486/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Prévention du suicide — Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* (Publication n°10-247-02). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000751/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 — La force des liens* (Publication n° 05-914-01). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000786/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/sacais/action-communautaire/politique-reconnaissance-soutien.asp>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide – S'entraider pour la vie*. (Publication n°97-237). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000211/>
- Mishna, F., Antle, B. J. et Regehr, C. (2002). Social Work with Clients Contemplating Suicide: Complexity and Ambiguity in the Clinical, Ethical and Legal Considerations. *Clinical Social Work Journal*, 30(3), 265-280. doi : 10.1023/A:1016045431637
- Mishara, B. L. et Houle, J. (2008). Le rôle des proches dans la prévention du suicide. *Perspectives Psy*, 47(4), 343-349. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2008-4-page-343.htm>
- Mishara, B. L. et Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse : son image et son public* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide – l'état d'urgence mondial*. Repéré à [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778\\_fre.pdf?ua=1&ua=](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1)



- Orfali, B. (2000). Les représentations sociales : un concept essentiel et une théorie fondamentale en sciences humaines et sociales. *L'Année sociologique, Troisième série*, 50(1), 235-254.
- Osafo, J., Knizek, B. L., Akotia, C. S. et Hejelmeland, H. (2012). Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 691-700. doi :10.1016/j.ijnurstu.2011.11.010
- Otero, M. (2012). Repenser les problèmes sociaux : Le passage nécessaire des populations « problématiques » aux dimensions « problématisées ». *SociologieS, Théories et recherches*, mis en ligne le 15 novembre 2012. Repéré à <http://sociologies.revues.org/4145>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2013). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, Californie : Sage Publications.
- Péladeau, N., Mercier, C. et Couture, L. (1991). Les centres de crise et les services en santé mentale : l'expérience du sud-ouest de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 267-288. doi : 10.7202/032238ar
- Poirier, M. et Larose, S. (2007). La crise dans tous ses états. Dans S. Larose et M. Fondaire, *Détresse psychologique en situation de crise* (p. 19-50). Outremont, Québec : Éditions Quebecor.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, L. H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pirès (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* [rapport] (p. 198-237). Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. (2009). *L'Alternative en santé mentale*. Repéré à <http://www.rasmq.com/philosophie.php>
- Regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec. (s. d.). *RESICQ*. Repéré à <https://www.centredecrise.ca/resicq>
- Regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec. (2015). *Rapport d'activités 2014-2015*. Repéré à <https://www.centredecrise.ca/publications>

- Regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec. (2016). *Rapport d'activités 2015-2016*. Repéré à <https://www.centredecrise.ca/publications>
- René, J. (2009). L'individualisation de l'intervention dans les organismes communautaires : Levier ou barrière à la prise en charge démocratique? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(1), 111-124. doi : 10.7202/039663ar
- Ross, V., Sankaranarayanan, A., Lewin, T. J. et Hunter, M. (2016). Mental Health Workers' Views About Their Suicide Prevention Role. *Psychology, Community and Health*, 5(1), 1-15. doi : 10.5964/pch.v5i1.174
- Roths, I. A. et Henriques, M. R. (2017). Health Professionals' Explanations of Suicidal Behaviour: Effects of Professional Group, Theoretical Intervention Model, and Patient Suicide Experience. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 76(2). 141-168. doi : 10.1177/0030222817693530
- Roy, M. (2013). L'individualisation et la médicalisation du travail social dans le domaine de la « santé mentale ». *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(1), 226-237. doi : 10.7202/1018047ar
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, (5) (h.s.) 99-111. Repéré à [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v5/savoie\\_zajc.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf)
- Sanders, S., Jacobson, J. et Ting, L. (2005). Reactions of Mental Health Social Workers following a Client Suicide Completion: A Qualitative Investigation. *Omega Journal*, 51(3), 197-216. doi : 10.2190/D3KH-EBX6-Y70P-TUGN
- Schön, D. A. (2016). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. London, New York : Routledge. Repéré à [https://atrium.umontreal.ca/primo-explore/fulldisplay?docid=UM-ALEPH002755250&context=L&vid=UM&search\\_scope=Tout\\_sauf\\_articles&tab=default\\_tab&lang=fr\\_FR](https://atrium.umontreal.ca/primo-explore/fulldisplay?docid=UM-ALEPH002755250&context=L&vid=UM&search_scope=Tout_sauf_articles&tab=default_tab&lang=fr_FR)
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco, Californie : Jossey-Bass.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York, New York : Basic Books.

- Séguin, M. (2012). L'intervention en situation de crise autoagressive. Dans M. Séguin, A. Brunet et L. LeBlanc (dir.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (2<sup>e</sup> éd., p. 160-177). Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur, Chenelière éducation.
- Séguin, M., Bordeleau, V., Drouin, M.-S., Castelli-Dransart, D. A., et Giasson, F. (2014). Professionals' Reactions Following a Patient's Suicide: Review and Future Investigation. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 340-362. doi : 10.1080/13811118.2013.833151
- Séguin, M. et LeBlanc, L. (2012). La conduite de l'entretien clinique. Dans M. Séguin, A. Brunet et L. LeBlanc (dir.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (2<sup>e</sup> éd., p. 32-56). Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur, Chenelière éducation.
- Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2012). Éclaircissement du concept de crise : présentation d'une typologie de la crise. Dans M. Séguin, A. Brunet et L. LeBlanc (dir.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (2<sup>e</sup> éd., p. 20-31). Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur, Chenelière éducation.
- Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. et Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–263. doi : 10.1521/suli.2007.37.3.248
- Silverman, M. M. et De Leo, D. (2016). Why There Is a Need for an International Nomenclature and Classification System for Suicide. Editorial. *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(2), 83-87. doi : 10.1027/0227-5910/a000419
- Sjølie, H., Binder P.-E., et Dundas, I. (2017). Emotion work in a mental health service setting. *Qualitative Social Work*, 16(2), 317-332. doi : 10.1177/1473325015610181
- St-Amand, N. (2011). *Repenser le service social?* Ottawa, Ontario : Merriam Print.
- Suicide Action Montréal et Centre Dollard-Cormier–Institut universitaire sur les dépendances. (2011). Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Dans J. Bazinet, F. Roy et B. Lavoie, *Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide de*

- bonnes pratiques : Cahier du participant* (2<sup>e</sup> éd., p. 21). Québec, Québec : Association québécoise de prévention du suicide.
- Shneidman, E. S. et Farberow, N. L. (1957). *Clues to Suicide*. New York, New York : McGraw-Hill.
- Suicide action Montréal. (2018). *À propos de nous*. Repéré à <http://suicideactionmontreal.org/a-propos-de-nous/>
- Tait, G., Carpenter, B., De Leo, D. et Tatz, C. (2015). Problems with the coronial determination of 'suicide'. *Mortality*, 20(3), 233-247. doi : 10.1080/13576275.2015.1012489
- Ting, L., Sanders, S., Jacobson, J. M. et Power, J. R. (2006). Dealing with the Aftermath: A Qualitative Analysis of Mental Health Social Workers' Reactions after a Client Suicide. *Journal of Social Work*, 51(4), 329-341. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/23721217>
- Tremblay, G. (2012). Service social : une longue tradition d'intervention lors d'une crise suicidaire. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 209-221. doi : 10.7202/1014952ar
- Tzeng, W.-C., Yang, C.-I., Tzeng, N.-S., Ma, H.-S. et Chen, L. (2010). The inner door: toward an understanding of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1396-1404. doi : 10.1111/j.1365-2702.2009.03002.x
- Vaiva, G. (2008). Les suicidants et leur entourage familial. *Perspectives Psy*, 47(4), 330-334. Repéré à [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=PPSY\\_474\\_0330](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PPSY_474_0330)
- Van de Sande, A., Beauvolks, M.-A. et Renault, G. (2011). *Le travail social : théories et pratiques* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, Québec : Gaëtan Morin Éditeur.

## **Annexes**

## **Annexe 1 : Synopsis verbal de prise de contact avec les membres de la direction des centres de crise**

Bonjour Madame/Monsieur,

Je m'appelle Nicole Huot et je suis une étudiante à la maîtrise en service social à l'Université de Montréal, sous la direction de Marie-Laurence Poirel, professeure adjointe à l'École de service social.

Dans le cadre de ma maîtrise, je réalise un projet de recherche sur les conceptions et les représentations que les intervenants ont du suicide. Je dois compléter une dizaine d'entrevues auprès d'intervenants psychosociaux œuvrant en centre de crise, depuis au moins cinq ans. La participation des intervenants consiste en une seule entrevue d'une durée de 60 à 90 minutes dans un lieu et à un moment qui leur convient. L'objectif général de mon projet de recherche est de mieux comprendre les représentations du suicide chez les intervenants psychosociaux et leurs effets sur leurs pratiques. Des retombées potentielles de mon projet de recherche pourraient être d'améliorer les pratiques sur le terrain et de contribuer à accroître la reconnaissance des savoirs des intervenants de terrain.

La **confidentialité** des renseignements fournis par les participants est assurée.

Je souhaite savoir quelle serait la meilleure façon de recruter des intervenants de votre équipe pour participer à ma recherche : a) vous parlez aux intervenants de mon projet puis vous leur transmettez mes coordonnées; b) je vous transmets une annonce de recrutement à mettre sur le babillard dans le bureau des intervenants; ou c) je me présente en réunion d'équipe pour expliquer mon projet de recherche et transmettre des coordonnées.

Comme je l'ai mentionné, le moment et le lieu de l'entrevue seront déterminés selon ce qui convient à l'intervenant. Si celui-ci le souhaite, serait-il possible d'avoir accès à un endroit tranquille dans votre centre de crise pour effectuer l'entrevue? Dans ce cas, dès que j'aurai de l'information, je vous préciserai le moment de l'entrevue. Comment puis-je vous prévenir : par téléphone ou par courrier électronique?

Je vous remercie beaucoup de votre soutien.

## **Annexe 2 : Annonce pour le recrutement**

### **« Représentations du suicide chez des intervenants psychosociaux œuvrant dans des centres de crise »**

#### **Invitation à participer à une recherche**

Bonjour,

Je m'appelle Nicole Huot et je suis une étudiante à la maîtrise en service social à l'Université de Montréal. Dans le cadre de ma maîtrise, je réalise une recherche sur les représentations que les intervenants psychosociaux ont du suicide. Je souhaite rencontrer des intervenants psychosociaux qui travaillent avec des personnes suicidaires en centre de crise depuis au moins cinq ans et qui souhaitent parler de leurs expériences.

L'objectif général de mon projet de recherche est de mieux comprendre les représentations que les intervenants psychosociaux ont du suicide et leurs effets sur leurs pratiques. Des retombées potentielles de mon projet de recherche pourraient être d'améliorer les pratiques sur le terrain et de contribuer à accroître la reconnaissance des savoirs des intervenants de terrain.

La participation au projet de recherche consiste en une seule rencontre d'une durée de 60 à 90 minutes. Le lieu et le moment de la rencontre seront choisis selon ce qui vous convient. Les thèmes qui seront abordés lors de l'entrevue sont : a) le profil et la trajectoire personnelle et professionnelle de l'intervenant; b) les représentations du suicide; et c) les pratiques d'intervention.

La confidentialité est assurée.

Pour participer au projet de recherche ou pour avoir plus d'information, veuillez communiquer avec moi par courrier électronique à l'adresse [nicole.fagan.huot@umontreal.ca](mailto:nicole.fagan.huot@umontreal.ca).

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la présente annonce.

Nicole Huot  
Étudiante à la maîtrise en Service social  
Université de Montréal

## **Annexe 3 : Document d'information aux participants**

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Nicole Huot et je suis une étudiante à la maîtrise en service social à l'Université de Montréal, sous la direction de Marie-Laurence Poirel, professeure adjointe à l'École de service social. Dans le cadre de mon projet de recherche sur « Représentations du suicide chez des intervenants psychosociaux œuvrant dans des centres de crise », je dois compléter une dizaine d'entrevues auprès d'intervenants œuvrant en centre de crise depuis au moins cinq ans.

Dans la littérature scientifique, les auteurs soulèvent qu'à travers les époques et les sociétés, les conceptions du suicide et les manières d'intervenir face à ce phénomène ont évolué entre autres en lien avec les changements dans les normes, les valeurs, les idéologies et les attitudes. Des résultats de recherches suggèrent que les pratiques en prévention du suicide s'appuient implicitement sur des croyances, des valeurs (Gordon, Stevenson et Cutcliffe, 2014) et des visions que les intervenants ont du suicide (Gilje et Talseth, 2014).

L'**objectif général** de mon projet de recherche est de mieux comprendre les représentations que les intervenants psychosociaux ont du suicide et leurs effets sur leurs pratiques. Des retombées potentielles de mon projet de recherche pourraient être d'améliorer les pratiques sur le terrain et de contribuer à accroître la reconnaissance des savoirs des intervenants de terrain.

La **participation** au projet de recherche consiste en **une seule rencontre d'une durée de 60 à 90 minutes** qui sera enregistrée avec votre permission. Le lieu et le moment de la rencontre seront choisis selon ce qui vous convient. Les **thèmes** qui seront abordés lors de l'entrevue sont : a) le profil et la trajectoire personnelle et professionnelle de l'intervenant; b) les représentations du suicide; et c) les pratiques d'intervention.

La **confidentialité** est assurée.

Cette annonce n'est pas un formulaire de consentement pour le projet de recherche et ne vous engage en rien. Si vous désirez participer à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec moi par courrier électronique à l'adresse [nicole.fagan.huot@umontreal.ca](mailto:nicole.fagan.huot@umontreal.ca). Je vous remercie de l'attention que vous porterez au présent document.



## Annexe 4 : Formulaire de consentement



### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

#### « Représentations du suicide chez des intervenants psychosociaux œuvrant dans des centres de crise »

Étudiante chercheuse : Nicole Huot, étudiante à la maîtrise  
École de service social, Université de Montréal

Directrice de recherche : Marie-Laurence Poirel, professeure adjointe  
École de service social, Université de Montréal

---

Vous êtes invités-ées à participer à un projet de recherche intitulé « **Représentations du suicide chez des intervenants psychosociaux œuvrant en centre de crise** ». Avant de prendre une décision concernant votre participation, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les objectifs et conditions de participation du projet de recherche. S'il vous plaît, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante chercheuse qui vous présente ce document.

#### 1. Objectifs de la recherche

L'objectif général de mon projet de recherche est de mieux comprendre les représentations que les intervenants psychosociaux ont du suicide et leurs effets sur leurs pratiques.

#### 2. Participation à la recherche

Votre participation à la recherche consiste à accorder une entrevue individuelle à l'étudiante chercheuse. L'entrevue devrait durer de 60 à 90 minutes et elle sera enregistrée pour faciliter l'analyse des données. Le contenu de l'entrevue portera sur le profil et la trajectoire personnelle et professionnelle de l'intervenant, les représentations des personnes suicidaires, et les pratiques d'intervention. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec l'étudiante chercheuse selon ce qui vous convient.

### **3. Critères de participation**

Pour participer, vous devez avoir au minimum cinq années d'expérience en intervention auprès de personnes suicidaires en contexte de centre de crise.

### **4. Avantages et bénéfices**

En participant à ce projet de recherche, vous contribuez à améliorer la compréhension des représentations des intervenants psychosociaux face au suicide, à améliorer les pratiques sur le terrain et à accroître la reconnaissance des savoirs des intervenants de terrain. Votre participation à ce projet de recherche pourra également vous donner l'occasion de réfléchir sur votre pratique, ce qui pourra constituer un bénéfice général pour votre pratique professionnelle.

### **5. Risques et inconvénients**

Il n'y a pas de risque particulier lié à votre participation. Cependant, il se peut que le sujet et les questions qui vous sont posées vous amènent à aborder ou vous remémorer de situations difficiles que vous vivez présentement ou que vous avez vécues dans le passé. Si vous ressentez un malaise quelconque, n'hésitez pas à en parler avec l'étudiante chercheuse qui vous interviewera.

### **6. Confidentialité**

Les renseignements que vous donnerez dans le cadre de l'entrevue demeureront confidentiels et ne seront utilisés que dans le cadre de ce projet de recherche. Vous vous verrez attribuer un prénom fictif. Les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé et dans un fichier électronique protégé par un mot de passe. Aucun renseignement permettant de vous identifier d'une façon quelconque ne sera divulgué ou publié. La transcription de l'entrevue et l'enregistrement audio seront conservés pour une durée de sept ans suivant la fin du projet de recherche, qui est prévue pour 2016. Lors de la diffusion des résultats de la recherche, la présentation sera rédigée de telle sorte que personne ne sera capable d'identifier ni les participants ni les organismes pour lesquels ces derniers travaillent. Seules les données rendues anonymes ne permettant pas d'identifier les participants pourront être conservées après la fin du projet de recherche.

### **7. La participation volontaire et le droit de retrait**

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'entrevue, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse dont les coordonnées se situent sur la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de l'entrevue, les renseignements personnels vous concernant et recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

## 8. Consentement

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus et avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche. De plus, je comprends les objectifs, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de participer à ce projet de recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à ce projet de recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision. Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

## 9. Engagement de l'étudiante chercheuse

Je déclare avoir expliqué les objectifs, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de ce projet de recherche et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées. Je remettrai une copie signée du présent formulaire au participant.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Pour toute question relative au projet de recherche ou pour vous retirer du projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse, Madame Nicole Huot, à l'adresse courriel [nicole.fagan.huot@umontreal.ca](mailto:nicole.fagan.huot@umontreal.ca)

Vous pouvez également communiquer avec la directrice de recherche, Madame Marie-Laurence Poirel, à l'adresse courriel [marie-laurence.poirel@umontreal.ca](mailto:marie-laurence.poirel@umontreal.ca).

Toute plainte relative à votre participation à ce projet de recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca)

L'ombudsman accepte les appels à frais virés.

**Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis au participant.**

## **Annexe 5 : Canevas d'entrevue**

### **1. Introduction à l'entrevue**

- Merci de votre participation
- Comme vous le savez, je m'intéresse à la question des représentations que les intervenants psychosociaux ont face au suicide.
- Rappel du contexte et des objectifs de la recherche
- Rappel de la durée de l'entrevue
- Avez-vous des questions avant de débiter l'entrevue?
- Signature du formulaire de consentement

### **2. Début des séries de questions**

#### **2.1 Profil et trajectoire personnelle et professionnelle de l'intervenantE**

- Pouvez-vous me parler un peu de vos expériences de formation?
- Selon vos expériences, quels sont les aspects de ces formations qui vous ont le plus soutenus jusqu'à présent dans vos interventions auprès de personnes suicidaires? Pourquoi et en quel sens?
- Cela fait combien d'années que vous travaillez comme intervenant psychosocial?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en centre de crise?
- Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à la question du suicide et à travailler en centre de crise?

#### **2.2 Représentations des personnes suicidaires**

- Vous travaillez avec des personnes suicidaires. Pouvez-vous me parler des personnes suicidaires auprès desquelles vous intervenez?
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées par ces personnes? Comment en sont-elles arrivées à là selon vous? Qu'est-ce qui y a contribué?

### **2.3 Pratiques d'intervention**

- Selon vous, quelles sont les bonnes pratiques à adopter auprès de personnes suicidaires? Et quelles sont, selon vous, les pratiques les plus aidantes?
- Quels sont les principaux défis dans l'intervention auprès de personnes suicidaires? Quelles pistes de solutions pourriez-vous suggérer?
- Pourriez-vous me donner un exemple d'une intervention que vous considérez comme « réussie » et d'une intervention que vous considérez comme plus difficile?

### **3. Fin de l'entrevue**

- Y a-t-il d'autres éléments que vous auriez souhaité que l'on aborde lors de cette entrevue? Si oui, lesquels?
- Si j'ai besoin de clarifier certains éléments que vous avez abordés lors de l'entrevue, me permettez-vous de communiquer avec vous? Comment préférez-vous que j'entre en contact avec vous?
- Une stratégie de diffusion des résultats de recherche auprès des participants et d'autres intervenants est prévue. La forme, le contexte, le lieu et le moment de cette stratégie de diffusion restent encore à être déterminés. Lorsque j'aurai plus d'informations, je vous les transmettrai.
- Merci de votre participation et bonne continuation.