

Université de Montréal

Contribution des intervenants bénévoles et professionnels à la
construction du suicide en tant que problème social

par
Diane Champagne
Faculté des études supérieures

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

/ - - /

©Diane Champagne, 1997





BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Contribution des intervenants bénévoles et professionnels à la
construction du suicide en tant que problème social

présentée par
Diane Champagne

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

M. Claude Larivière, Université de Montréal	Président-rapporteur
M. Robert Mayer, Université de Montréal	Directeur de recherche
Mme Francine Gratton, Université de Montréal	Membre du jury
M. Nérée St-Amand, Université d'Ottawa	Examineur externe
M. Michael Strobel	représentant le doyen de la faculté des études supérieures

Thèse acceptée le 27 novembre 1997:

SOMMAIRE

SOMMAIRE

Cette recherche traite de la contribution des intervenants bénévoles et professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue dans la construction du suicide en tant que problème social. La visibilité du suicide en tant que problème social est récente au Québec et au Canada. Ce n'est que vers la fin des années 1970 que se manifestent des efforts d'organisation pour le prévenir. Un des moyens retenus pour le maîtriser est la formation des bénévoles et des professionnels.

Le but de cette étude est de cerner comment les intervenants bénévoles et professionnels légitiment et organisent leur pratique au sujet du problème du suicide. Cette étude s'articule autour de deux préoccupations. La première préoccupation est de comprendre la nature des significations entourant l'objet du suicide chez les intervenants. La deuxième préoccupation concerne l'analyse des pratiques d'intervention.

Pour comprendre ces préoccupations, nous avons utilisé une méthodologie qualitative qui s'inspire principalement de la méthode des récits de pratique de Bertaux (1971). Ainsi, nous avons procédé à l'analyse de quarante (40) entrevues auprès d'intervenants bénévoles et professionnels, d'écrits portant sur le suicide, l'action bénévole et professionnelle, de même que différents courants théoriques. Cette recherche s'inscrit principalement dans les courants théoriques du constructivisme, de l'interactionnisme symbolique, de la sociologie des représentations de la sociologie implicite et de la phénoménologie.

Nous avons déterminé notre problématique de recherche à l'aide d'une revue des écrits Québécois, Français, Américains et Européens. Cette partie initie à l'histoire du suicide en Occident. La revue des écrits a également porté sur la pratique des intervenants bénévoles et professionnels. Nous avons également tenu compte, pour l'élaboration

de notre cadre théorique des principales théories explicatives qui se sont développées pour étudier le phénomène du suicide.

Cette étude nous a d'abord permis de tisser des liens entre les pratiques des intervenants, leurs trajectoires sociales et le sens que ces derniers donnent à la situation du suicide.

Nous avons constaté que, malgré le fait qu'il peut y avoir plusieurs sens à cette expérience pour les intervenants, il en existe cinq (5) qui motive à intervenir en prévention du suicide. Ces motivations sont dans l'ordre d'importance : le développement personnel, l'opportunité de vivre des relations interpersonnelles significatives, le sens de la responsabilité sociale en regard de la valeur accordée à la vie, l'engagement professionnel et les croyances religieuses.

L'étude dégage également deux types de représentations en ce qui concerne la façon de percevoir le suicide. La grande majorité des sujets à l'étude insiste sur des déficits des personnes comme, le manque d'estime de soi, le manque d'amour, un état de souffrance intense, un manque d'alternatives, les valeurs qui s'écartent du choix de la majorité et l'accumulation des problèmes. Le deuxième type de représentation fait davantage référence à l'explication sociale de la désorganisation de la société qui se traduit par la crise économique, les pressions sociales, des conditions de vie inadéquates, l'absence d'un projet de société, la pauvreté et un réseau d'entraide affaibli au niveau de la famille.

Nos conclusions nous amènent également à découvrir une pratique fortement inspirée du modèle professionnel qui influence le processus de définition du suicide et de son intervention. Par ailleurs, les intervenants bénévoles exercent également une influence par les représentations qu'ils se font de l'objet du suicide et des façons d'intervenir. Nous avons pu établir que certaines lignes de forces se dégagent des discours des intervenants concernant les représentations qui sont à la base des pratiques. Un premier aspect est l'opportunité d'utiliser différentes facettes de son expérience de vie au niveau de l'intervention. L'importance de la protection de la vie demeure une

préoccupation centrale pour des intervenants. D'autre part, on juge important de diversifier davantage l'intervention. Finalement on dénonce la tendance à un mode d'organisation et de gestion technocratique calqué sur les services de l'état ainsi, que la tendance à s'accaparer de l'exclusivité de la problématique par la revendication de compétences exclusives pour intervenir en prévention du suicide. L'idéologie professionnelle dominante engendre deux types de pratiques. D'abord une pratique "paraprofessionnelle" (Guay,1984) où l'intervenant bénévole est entraîné pour une tâche spécifique par le biais d'une formation. Toutefois une pratique alternative basée davantage sur des qualités d'aidants naturels, plus proche des rapports humains quotidiens réussit à émerger. Enfin, cette analyse rend compte des multiples interactions et positions des acteurs en présence, autour de la question du suicide. Cette étude se distingue des autres études sur le sujet, non seulement par son approche méthodologique de type qualitatif, mais également par la perspective centrée sur la question du sens de l'intervention pour les intervenants.

Cette analyse invite également à porter une réflexion sur les pratiques d'intervention en cours dans le domaine de la prévention du suicide.

REMERCIEMENTS

Cette recherche est réalisée grâce au soutien et à l'encouragement de plusieurs personnes qui ont contribué à lui permettre d'atteindre la ligne d'arrivée. Je désire remercier toutes ces personnes chaleureusement.

Je tiens d'abord à remercier les intervenants bénévoles et professionnels (Aline, Annie, Ariane, Clifton, Daniel, Erick, Frédérique, Ghislain, Hélène, Isabelle, Louis, Lucille, Marie-Lou, Nicole, Pascal, Paul, Réjeanne, Sarah, Yvon et les autres) qui ont accepté de dévoiler patiemment et franchement leur expérience en prévention du suicide.

Je remercie également, Monsieur Robert Mayer, professeur à l'école de service social de l'Université de Montréal, qui a accepté la responsabilité d'agir à titre de directeur de recherche et qui a su me soutenir et me guider dans cette démarche doctorale.

Je remercie aussi ma famille qui m'a apporté tout au long de cette démarche encouragement et soutien en acceptant mon peu de disponibilité à lui consacrer. Je remercie également les personnes et les amis qui m'ont aidée au jour le jour à mener à terme ce projet.

Je souligne également le soutien financier de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue dans la transcription des entrevues.

Enfin, je tiens à remercier Mesdames Céline Hallé et Guylaine Flageole qui m'ont patiemment fourni l'assistance technique nécessaire à la transcription des entrevues et à la finalisation des travaux de la recherche.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	i
REMERCIEMENTS	iv
TABLE DES MATIERES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES SIGLES.....	viii
INTRODUCTION.....	1
<i>PREMIERE PARTIE : ASPECTS THÉORIQUES ET HISTORIQUES</i>	8
CHAPITRE I: LA PROBLEMATIQUE	9
1. Position du problème de recherche.....	10
1.1. Évolution des conceptions de la notion de suicide.....	10
1.1.1 L'antiquité et la logique de la raison.....	11
1.1.2 La chrétienté et la logique répressive.....	12
1.1.3 La société moderne et la logique de gestion de l'individu.....	14
2. Définition du suicide et des comportements suicidaires.....	25
3. Le phénomène du suicide en Abitibi-Témiscamingue.....	28
3.1 Profil et caractéristiques de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.....	30
3.2 La prévention du suicide en Abitibi- Témiscamingue.....	33
4. Pratique des intervenants bénévoles et des professionnels.....	35
5. Les objectifs et les questions de recherche.....	43

CHAPITRE II : LES ASPECTS THEORIQUES.....	4 6
1. Les principales théories explicatives du suicide.....	4 7
1.1 L'approche sociologique.....	4 7
1.2 L'approche médico-psychiatrique.....	4 8
1.3 L'approche biologique.....	4 9
1.4 L'approche stratégique.....	5 0
1.5 L'approche psychologique.....	5 1
1.6 L'approche écologique ou biopsychosociale.....	5 2
2. Les modèles théoriques retenus.....	5 4
2.1 L'interactionnisme symbolique.....	5 4
2.2 Le constructivisme.....	5 5
2.3 La sociologie des représentations.....	6 0
2.4 La sociologie implicite.....	6 2
2.5 La phénoménologie.....	6 3
 CHAPITRE III : LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	 6 6
1. L'approche méthodologique.....	6 7
2. Planification opérationnelle de la recherche.....	7 1
2.1 L'échantillonnage théorique.....	7 1
2.2 Caractéristiques générales des répondants.....	7 3
2.3 Le schéma d'entrevue.....	8 0
2.4 L'analyse des données.....	8 2
3. Les limites de la recherche.....	8 8
4. Les questions d'éthique.....	8 9
 <i>DEUXIEME PARTIE : LA PRESENTATION DES RESULTATS OU PAROLES D'INTERVENANTS BENEVOLES ET PROFESSIONNELS</i>	 9 2
 CHAPITRE IV : LES PROPOS DES INTERVENANTS BENEVOLES ET PROFESSIONNELS.....	 9 3
1. Trajectoire sociale des intervenants bénévoles et professionnels ou mécanismes conduisant à l'entrée dans le bénévolat.....	9 4

1.1 Les motivations à intervenir.....	95
1.2 Les représentations entourant l'objet du suicide.....	118
2. Pratiques des intervenants bénévoles et professionnels.....	138
2.1 Contexte de la pratique en prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue.....	138
2.2 Les axes privilégiés par la formation.....	161
2.3 Les représentations de l'intervention bénévole.....	176
2.4 Les modèles de pratique.....	186
2.4.1 La pratique paraprofessionnelle : un discours et des pratiques axées sur la crise.....	187
2.4.2 La pratique d'aidant naturel : un discours et des pratiques axés sur un dialogue amical.....	199
CHAPITRE V : RESUME, DISCUSSION DES RESULTATS ET CONCLUSION.....	210
1. Résumé et discussion des résultats.....	213
2. Conclusion et enjeux pour la recherche future et l'intervention.....	227
BIBLIOGRAPHIE.....	238
LISTE DES ANNEXES.....	260

Dans ce texte, la forme masculine est utilisée sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau I Répartition des participants à l'étude
selon les villes.....75
- Tableau II Répartition des participants selon
certaines variables
sociodémographiques.....76
- Tableau III Répartition du nombre de bénévoles selon
les villes de l'Abitibi-Témiscamingue.....78

LISTE DES SIGLES

CLSC	Centre local de services communautaires
CS	Centre de santé
CERNOQ	Conseil économique régional du Nord-Ouest québécois
CRSSSAT	Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
OPDQ	Office de la planification et de développement du Québec
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
MRC	Municipalité régionale de comté
RRSSSAT	Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

INTRODUCTION

Notre intérêt pour l'actuel sujet de thèse relève en fait de notre cheminement professionnel comme intervenante dans le champ des problèmes sociaux (Champagne, 1992). Cette expérience nous a constamment confrontée à une multitude de problèmes sociaux sans nécessairement nous amener à nous interroger de façon systématique sur leur caractère de construits collectifs (Mayer et Laforest; 1990 : 21). Notre sujet de thèse privilégie l'étude d'un de ces problèmes sociaux, soit le suicide. Nous nous intéressons particulièrement à la contribution des intervenants bénévoles et professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue dans la construction du suicide en tant que problème social.

Notre choix se justifie également par notre implication personnelle dans la prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue. Nous avons en effet exercé diverses fonctions au sein des services de prévention suicide : gestionnaire, intervenante bénévole, superviseure. Au départ, nous voulions réagir au modèle de maladie mentale préconisé en psychiatrie où l'on considère légitime d'intervenir par les médicaments ou l'internement, dans l'optique de protéger le malade contre la tentation du suicide. Scheff (1966) attribue cette attitude des psychiatres à la crainte d'être blâmés et poursuivis en justice à la suite d'une mauvaise décision.

Au Québec et au Canada, ce n'est que depuis un peu plus de vingt ans que le suicide comme problème social constitue une préoccupation importante pour la collectivité. La visibilité du problème se manifeste en effet avec les efforts d'organisation déployés pour le prévenir vers la fin des années 70, alors qu'on assiste à une dramatisation constante du discours public. Pourtant, le suicide est un phénomène universel qui a été observé dans la majorité des cultures et lors de diverses périodes de l'histoire du monde. Même s'il a des fondements bien réels,

l'importance qu'on lui accorde de même que les significations qui l'entourent sont malgré cela tributaires des acteurs qui réussissent à en imposer leur conception, leur définition, dans un contexte social, une période et une culture donnés.

En Abitibi-Témiscamingue, l'étude de Bordeleau (1977) contribue à la mise en évidence du suicide comme situation problème. Cette étude régionale fait état d'une situation alarmante quant à l'importante proportion des décès par suicide dans la région. La première action à laquelle elle donne lieu prend la forme d'une journée d'étude régionale dont l'objectif est de sensibiliser les organismes du milieu les plus concernés par le problème (réseau des affaires sociales et de la santé et la population en général). Cette journée est organisée par des professionnels de différents milieux, des gestionnaires, des policiers, etc. Ce colloque met en évidence le peu de concertation entre les divers intervenants plutôt que l'absence d'intervention auprès de la clientèle suicidaire.

C'est le début de la mobilisation communautaire vers une action concertée. L'un des moyens que l'on retient alors pour maîtriser le problème du suicide réside dans la formation des intervenants bénévoles. Ceux-ci sont donc formés et supervisés par des professionnels et leur travail correspond à celui que privilégient les centres d'intervention d'urgence, où les services d'écoute téléphonique représentent la forme d'intervention la plus connue.

La notion de bénévolat a été examinée par plusieurs auteurs. Notons, entre autres, la définition de Godbout, pour qui le terme bénévole renvoie à un « ... acte volontaire, librement accepté, gratuit au sens de libre ... Ces activités se situent hors du monde du travail et de la production, hors de la rupture créée par le rapport salarial. » (1992 : 109)

D'autre part, Guay (1984) nous offre une définition du bénévolat plus proche du monde professionnel en disant qu'il s'agit de la

forme la moins naturelle d'aide non professionnelle parce que c'est essentiellement un travail, même s'il n'est pas rémunéré. L'auteur rejoint cependant Godbout en situant le bénévolat comme un geste libre qui exprime une conscience humanitaire et communautaire et le sens des responsabilités sociales.

Notre étude a notamment pour but de cerner comment les bénévoles et les professionnels légitiment et organisent leur pratique. Ce projet de thèse nous semble innovateur par les perspectives théoriques selon lesquelles il aborde la question du suicide. À notre connaissance, les études traitant de la construction du suicide comme problème social ont été très peu exploitées (Douglas, 1966; Maxwell Atkinson, 1968, 1969 et 1971). L'objet d'étude proposé ici constitue une façon différente, mais complémentaire, de comprendre comment le suicide a émergé et s'est construit comme problème social au Québec et, plus particulièrement, en Abitibi-Témiscamingue. De plus, l'analyse des pratiques des intervenants bénévoles et professionnels pourra être l'occasion d'une réflexion sur l'action menée en ce domaine. Par ailleurs, cette étude pourra apporter une compréhension supplémentaire aux différents acteurs qui se préoccupent de la question du suicide. Nous pensons tout particulièrement aux personnes des organisations bénévoles en prévention du suicide qui ont déjà investi beaucoup d'énergie dans ce domaine et dont la contribution a été marquante dans la visibilité du suicide comme problème. Dans cette perspective, le présent projet d'étude reflète bien son caractère de recherche appliquée.

Nous avons utilisé une méthode qualitative pour effectuer notre recherche. Fondée sur des récits de pratique, elle a permis de nous immiscer dans l'expérience d'intervention quotidienne de quarante intervenants bénévoles et professionnels et de leur donner la parole.

Ces récits nous ont permis de suivre les trajectoires individuelles et d'investiguer les circonstances motivationnelles qui conduisent à l'implication comme intervenants dans le domaine de la prévention du suicide. Nous avons pu ainsi comprendre les rapports que ces personnes tentent d'établir avec les autres, de même que les liens qu'elles tissent entre leurs motivations, leur compréhension de la réalité du suicide et le sens qu'elles donnent à leurs interventions.

L'analyse se préoccupe également de saisir les modèles de pratique mis en place pour prévenir le suicide. Nous avons donc considéré : le contexte de la pratique, la formation dispensée, les représentations de l'intervention, ainsi que l'agir des intervenants en situation d'intervention.

Comme nous remettons en question le caractère objectif des problèmes sociaux, nous ne prétendons pas à une représentativité exhaustive des résultats. Il s'agit avant tout de l'exemplarité, de l'expérience vécue par quarante intervenants de la région de l'Abitibi-Témiscamingue qui oeuvrent en prévention du suicide. Cette recherche constitue donc l'expression d'un point de vue, au même titre que, dans la perspective du constructivisme, les différentes théories scientifiques sont considérées comme autant de points de vue, de regards sur une situation. À ce titre, nous effectuons nous-mêmes un travail de construction à l'aide de nos connaissances théoriques et de ce que nous savons du contexte d'intervention. C'est ainsi outillée que nous nous inscrivons comme participante non indifférente dans les rapports à soi et aux autres. C'est en regard de l'importance à saisir le sens des discours des intervenants que cette étude peut apporter sa contribution à un éclairage supplémentaire sur la connaissance du suicide et des actions d'intervention pouvant être menées pour le prévenir.

Notre projet d'étude s'inscrit également dans une perspective interdisciplinaire, puisque la situation du suicide ainsi que la

pratique des intervenants bénévoles et professionnels seront analysées en fonction du regard de différentes disciplines et théories. La notion d'interdisciplinarité a été étudiée par plusieurs auteurs (Boisot, 1971; Ladmiral, 1971; Resweber, 1981; Bouchard, 1990; Gusdorf, 1990; Germain, 1991) qui s'entendent pour affirmer que l'interdisciplinarité constitue une voie d'accès privilégiée pour saisir et analyser les phénomènes multidimensionnels comme celui de notre objet d'étude. Cette perspective nous guidera dans l'importance de confronter nos données aux regards de différentes disciplines comme la sociologie, l'histoire, l'anthropologie et la psychologie. Gusdorf (1990:873) définit ainsi l'interdisciplinarité : « Le principe de l'interdisciplinarité est une ouverture de la pensée, une curiosité qui se cherche au-delà d'elle-même, dans les connexions et solidarités du tissu de la connaissance. »

Notre étude se divise en deux parties. La première partie présente les aspects théoriques et historiques qui ont servi de guide à l'analyse du problème du suicide. Il est question, dans un premier temps, de camper la problématique en la situant dans l'évolution de la conception du suicide, de définir et de situer le problème dans son ensemble, particulièrement au Québec et en Abitibi-Témiscamingue. Viennent ensuite les principales théories explicatives du phénomène, ainsi que les perspectives théoriques orientant notre analyse. En conclusion, nous présentons la méthodologie utilisée pour la réalisation de notre étude.

La deuxième partie présente les résultats de l'analyse et nous invite à l'écoute des témoignages des intervenants. Cette partie permet de saisir les trajectoires individuelles ayant conduit à l'implication en prévention du suicide. Ensuite, sont signalées les particularités de la pratique d'intervention en prévention du suicide. Enfin, le dernier chapitre propose un résumé de l'étude, une discussion des principaux résultats, ainsi qu'une analyse de nos questions de recherche.

En conclusion, nous rappelons les grandes lignes de notre démarche de recherche, nos objectifs de départ ainsi qu'une synthèse de nos résultats et des pistes qui se dégagent pour la pratique et les recherches futures.

PREMIERE PARTIE

ASPECTS THÉORIQUES ET HISTORIQUES

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE

1. Position du problème de recherche

1.1 Évolution des conceptions de la notion de suicide

Afin de mieux saisir le cadre dans lequel s'inscrit l'action des intervenants bénévoles et professionnels et leur contribution à la construction du suicide en tant que problème social, nous allons tracer un bref historique de l'évolution des conceptions de la notion de suicide. Nous verrons que le comportement du suicide a été construit comme un problème social par les discours moral, légal, scientifique et politique des différents acteurs. L'évolution des conceptions se situe également à l'intérieur de périodes et de contextes sociopolitiques spécifiques. Il ressort que le suicide a été construit comme problème social par différents groupes d'acteurs à chaque processus (Spector et Kitsuze, 1977). L'analyse du contexte historique nous permettra de mieux comprendre la trajectoire du suicide à partir de la définition que lui donnent différents acteurs et des solutions qu'ils ont préconisées.

La recension des ouvrages portant sur l'histoire du suicide en Occident nous amène à retenir trois grandes périodes à travers lesquelles nous tenterons de dégager les principales conceptions portant sur le suicide. Dans le monde de l'Antiquité, nous retrouvons une conception plutôt permissive résultant de la pensée stoïcienne. La seconde grande période, celle de la chrétienté occidentale, se prononce avec autorité contre le suicide, en invoquant qu'il représente un crime et un péché contre Dieu alors que la troisième grande période, celle de la société moderne, pose le suicide en terme de problème et de maladie attribuable à l'individu.

1.1.1 L'Antiquité et la logique de la raison

Les attitudes du monde antique envers le suicide apparaissent comme étant plutôt neutres. Pour l'aristocratie, la mort est considérée comme le passage d'une forme d'existence à une autre et le suicide comme une façon humaine d'échapper à la vie difficile et à l'injustice. À cette époque, l'école de la pensée stoïcienne prône que le devoir de l'homme est d'obéir aux dieux, d'agir selon la raison, de suivre la nature (Veyne, 1980). Le suicide devient donc sujet d'admiration si la décision a été prise de façon raisonnable et en pleine liberté.

C'est donc à l'individu qu'il revient, en dernière instance, d'évaluer et de décider en regard de sa vie. Toutefois, il ne s'agit pas de n'importe quel individu. La morale stoïcienne est en effet différente pour les esclaves et les soldats. L'esclave ou le soldat qui se suicidait était considéré comme un lâche. Il ne pouvait être considéré comme ayant des motifs raisonnables et ne pouvait bénéficier de la liberté intérieure réservée à l'aristocratie. Ces suicidés étaient considérés comme une perte économique pour leurs maîtres et pour les droits de l'État. Lorsque l'acte du suicide était jugé répréhensible, une condamnation spéciale existait : les suicidés devenaient des esprits malfaisants qui inspiraient la peur chez les survivants. Pour contrer cette peur, les corps des suicidés devaient subir des rites purificateurs, soit la mutilation du corps pour empêcher l'âme du suicidé de revenir faire peur aux vivants.

L'originalité de cette période est cependant d'avoir reconnu ce que beaucoup de sociétés ne veulent pas reconnaître, soit le suicide réfléchi.

1.1.2 La chrétienté et la logique répressive

Au début de la chrétienté, le suicide était très attirant pour plusieurs chrétiens parce qu'il offrait la possibilité de devenir martyr et d'entrer au ciel. De plus, l'Église prenait soin des membres survivants de la famille, ce qui enlevait toute culpabilité au suicide : cette attitude a persisté jusqu'au IV^e siècle. Plus tard, l'Église prend une position autoritaire et intransigeante contre le suicide. Saint-Augustin et Saint-Thomas d'Aquin sont les premiers à imposer cette logique religieuse. Désormais, le suicide est considéré comme un crime et un péché contre Dieu et la société (Farberow, 1988; Schmitt, 1980). Au cours des siècles suivants, le jugement de l'Église catholique témoignera d'un certain assouplissement, en attribuant au geste du suicide une signification de folie. La classification des types de suicides, étant beaucoup plus simple que la nôtre, visait à déterminer à qui seraient confiés les biens du suicidé, et quel sort serait réservé à son corps. Lorsque le suicidé était jugé atteint de folie, donc irresponsable de son acte, ses héritiers pouvaient conserver ses biens et son corps pouvait bénéficier de la sépulture en terre chrétienne. Le deuxième type de suicide, étant celui qui se tue pour toute autre raison que la folie, était déclaré responsable de son acte; les biens du suicidé étaient alors confisqués et son corps privé de sépulture chrétienne. Ce dernier type de suicide déshonorait la famille qui plaidait souvent l'irresponsabilité du suicidé pour y échapper; cette honte se traduisait entre autres par le rituel d'expulsion du corps du suicidé, qui avait force de réprimande collective (Schmitt, 1980).

L'Église conçoit le suicide comme un problème parce que défini comme un crime et un péché mortel. À partir de cette conception du problème, l'Église met en place une «stratégie spirituelle» pour prévenir les suicides. Il s'agit de la confession (Schmitt, 1980), laquelle prend valeur d'antidote du suicide. Ainsi, le seul fait pour un suicidé de se confesser, peu avant son suicide, est

interprété comme la preuve irréfutable qu'il n'a pu se tuer que dans un moment de folie.

La logique religieuse engendre la peur et la culpabilité par rapport au suicide. Delumeau (1983) démontre que ces sentiments sont particulièrement importants dans l'Occident du XIII^e au XVIII^e siècle. L'agressivité est fortement refoulée au profit d'un retournement contre soi. C'est par la notion de péché, qui génère peur et culpabilité que la religion chrétienne assure le contrôle sur les individus. Dans ce contexte, le suicide est considéré comme le refus de la souffrance et, par conséquent, comme un péché qui conduit tout droit en enfer. Pour Delumeau, l'Occident a intériorisé et individualisé la mauvaise conscience, le sentiment d'être indigne, sans valeur, mauvais, ce qui a comme résultat de s'en prendre à son être.

Le processus de criminalisation du suicide émerge au cours de la période du Moyen âge. Le christianisme, à cette époque, constitue une force politique importante qui a particulièrement fondé et façonné notre culture occidentale. C'est sous son influence que le suicide entre dans le domaine du droit. Forts de leur pouvoir, l'Église et l'État font alliance contre le suicide en adoptant une logique répressive qui dominera jusqu'au XX^e siècle. Le suicide est considéré comme un crime contre nature. La règle naturelle qui est la norme est celle de l'instinct de conservation. Pour Foucault (1975) cette notion de contre nature influence la pensée disciplinaire. Sur le plan civil, le candidat au suicide qui échoue dans sa tentative est passible de la peine de mort; s'il réussit, le procès est fait au cadavre comme s'il s'agissait d'un assassin bien vivant. Pour l'Église et l'État, la position est la suivante: ceux qui commettent le suicide avec toute leur raison et préméditation sont punissables et damnés, alors que ceux qui se tuent dans un état de folie ne sont pas punissables parce qu'ils ne sont pas responsables. Toutefois, au fil des années la justice et la religion montrent des attitudes plus souples en présupposant la folie ou l'accident pour ne pas porter préjudice au suicidant et à sa famille.

Ce n'est que vers le début du XIXe siècle que le suicide commence à être décriminalisé dans la plupart des pays occidentaux. Foucault (1975) traduira cette nouvelle attitude par l'adoucissement des moeurs de nos sociétés venant confirmer l'importance accordée à la vie humaine¹.

Cependant, on ne peut conclure que la décriminalisation de la tentative de suicide équivaut à la reconnaissance d'un droit au suicide. Comme nous le verrons plus loin, le suicide passe du crime à un problème de maladie non puni par la loi mais pris en charge par la médecine et, particulièrement, par la psychiatrie.

Cependant, avec la loi, un dernier lien demeure punissable, soit l'aide au suicide et la non-assistance à la personne suicidaire.

1.1.3 La société moderne et la logique de gestion de l'individu

Pour nous permettre de saisir les changements produits au niveau du statut et des conceptions du suicide, il s'avère opportun de nous situer dans l'importance qu'a pris l'individu dans notre société contemporaine. Il n'est pas dans notre objectif ici de faire l'histoire de l'individualisme. De nombreux auteurs ont abordé cette question fort élégamment avant nous. Mentionnons entre autres Tocqueville (1835-1840), Durkheim (1897), Morin (1970), Ariès (1975), Lasch (1981) et Lipovetsky (1983).

La montée de l'individualisme

C'est à la période de la Renaissance que s'amorce l'individualisme caractérisant à présent la société occidentale dans laquelle nous vivons. Les intérêts de la collectivité ont lentement cédé la place à la promotion de ceux de l'individu. Tout en rehaussant la valeur

¹ C'est en 1972, que la tentative de suicide cesse d'être considérée comme un acte criminel au Canada.

de la personne et la recherche de son propre bonheur, l'individualisme a eu un impact important sur les relations personnelles dans la société.

Pour Durkheim (1990), l'individualisme a comme résultat d'isoler les individus les uns des autres et de les éloigner de la vie sociale. Ce qui inquiète Durkheim, c'est l'anomie de la société qui se traduit par un manque de présence de la société auprès de l'individu, de même que son absence de contenu de la règle amenant à la désunion sociale.

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant de voir augmenter l'indifférence des uns face à ce que vivent les autres. Durkheim situe la cause profonde du suicide dans le degré d'intégration des individus à la société.

Des recherches en anthropologie nous offrent également des exemples intéressants concernant les conséquences inhérentes aux transformations des sociétés; Jilek et Aall (1988) et Murphy (1982) s'entendent pour dire que la majorité des groupes Amérindiens et Inuits, soumis à des changements socio-économiques brutaux et rapides imposés par la culture occidentale, ont créé une confusion de leur identité culturelle entraînant une perte d'estime de soi.

Le phénomène du suicide Scandinave représente une autre illustration intéressante à ce niveau. Le Danemark et la Norvège présentent un contexte culturel semblable et un développement comparable; pourtant, le taux de suicide au Danemark était trois fois plus élevé que celui de la Norvège en 1970 (Jilek et Aall, 1988). Jilek et Aall expliquent que la montée du modernisme a atteint plus fortement et plus négativement le Danemark alors que les visions modernes sur la vie de famille et l'éducation des enfants ont été plus lentes à atteindre la Norvège. Contrairement au Danemark, la Norvège a su préserver ses coutumes et ses traditions. D'après Jilek et Aall (1988), la conservation de leur

identité culturelle maintient les Norvégiens dans une plus grande stabilité émotionnelle et les protège ainsi du suicide.

Le Japon (Devos, 1973; Pinguet, 1984) est également un exemple de pays qui a réussi à s'intégrer au modernisme tout en préservant rigoureusement ses traditions et son identité. Toutefois l'excessive dépendance au groupe ne protège pas toujours du suicide qui est plutôt considéré comme une solution acceptable afin de retrouver l'estime de soi.

Des auteurs contemporains comme Lasch (1981) et Lipovetsky (1983) qualifient de «narcissique» le nouveau type de personnalité engendré par l'individualisme qui éloigne des valeurs de la tradition. Pour eux, cette ère narcissique est plus suicidogène encore que l'ère autoritaire.

Le mouvement humaniste vient appuyer cette montée de l'individualisme, où l'humain est devenu en quelque sorte objet de savoir. L'homme occidental moderne entretient donc l'espoir que les progrès de la science mettront un terme à la mort. La vie représente la valeur dominante. Nous comprenons qu'avec la prédominance de la valeur accordée à la vie, le suicide cause problème. Dans une perspective de progrès et de rendement, la mort naturelle et la mort volontaire n'ont pas leur place. On cherche à évacuer la question de la mort parce qu'elle remet en cause le progrès scientifique. La notion de progrès nous conduit au mythe de l'immortalité, au rejet de la mort. Dans son ouvrage L'homme et la mort, Morin (1970) nous dit que, par ses progrès successifs, la science doit nous conduire vers la possibilité de vaincre la mort. On en vient à considérer la mort comme une maladie à guérir. La peur de la mort est une réaction universelle. Plus que la mort naturelle, la mort par suicide est mal vue et constitue un puissant tabou dans nos sociétés occidentales. Alors que, dans la mort naturelle, le sentiment d'impuissance est dominant, dans le suicide, le rejet de la vie dont la personne s'est privée volontairement nous interpelle.

D'Amours et Kiely (1985) remarquent que l'annonce de la perte d'une personne par mort naturelle provoque en général un refus d'accepter cette perte comme étant réelle dans la première phase du deuil. Lorsque cette mort est causée par un suicide, ce déni s'avère encore plus important et plus traumatisant parce que le suicide n'est pas considéré comme une façon socialement acceptable de mourir. Le groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1987) rapporte que les personnes endeuillées par suicide ont un taux de suicide neuf fois plus élevé que la population générale.

C'est dans cette logique de gestion de la vie que le suicide a été soustrait du code criminel et qu'on en a fait une maladie. Il ne semble pas y avoir d'autre explication justifiant le transfert du suicide du pénal au médical, sinon la force du pouvoir médical. Szasz (1980 : 120) affirmera : «on n'a pas découvert que le suicide était une maladie : on a décidé que c'en était une.» Dorvil (1990 : 46) confirme que «c'est par le biais de la filière psychiatrique que la médecine a envahi tout un champ de problèmes sociaux : homosexualité, alcoolisme, suicide, naissance, stress, vieillissement, etc.» C'est avec justesse que Szasz dira que toute la psychiatrie moderne repose sur la réévaluation et la reclassification d'une foule de comportements jusque-là condamnés comme des péchés ou des crimes, pour en faire des maladies.

L'apparition des premières statistiques et la formulation des premières théories imposent la notion de suicide pathologique et fournissent un principe d'explication à l'intérieur de l'individu. Cette domination de la psychiatrie, contribue largement, à stigmatiser le suicide dans nos sociétés. Foucault (1975), dans son ouvrage Surveiller et punir, avance que si le suicide n'est plus puni par la loi, il est puni autrement. Au nom de la préservation de la vie, la médecine et ceux qui se donnent comme mission de prévenir le suicide n'hésitent pas à utiliser des moyens coercitifs comme l'internement obligatoire pour protéger une personne

jugée dangereuse pour elle-même. Szasz (1976) va dans le même sens en soutenant que la détention de personnes contre leur volonté constitue une forme d'emprisonnement, un crime contre l'humanité.

L'intervention de l'État et l'expertise des scientifiques

L'apparition des statistiques permet à l'État d'avoir plus facilement accès à des connaissances concernant la population et ainsi de faire des choix d'intervention et de corriger des situations jugées inacceptables. Les nombreux relevés statistiques des dernières années contribuent à faire émerger le suicide comme un nouveau problème social dont il faut protéger les personnes. Au niveau mondial, le taux de suicide connaît des écarts importants. Ainsi, selon le Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1987), le taux varie de 2,9 pour la Grèce à 44,9 pour la Hongrie par 100 000 habitants. Quant au Canada, avec un taux de 15,1 en 1983, il se classe au 11e rang des vingt-quatre pays qui ont fait l'objet d'une comparaison par l'organisation mondiale de la santé.

Depuis la seconde guerre mondiale et principalement depuis les années 1960, le Canada n'a cessé de voir progresser son taux de suicide. Comme cela s'est produit dans d'autres pays industrialisés, le développement social très rapide a été relevé comme ayant contribué à l'augmentation des taux de suicide. Ce développement rapide bouleverse les institutions et en particulier celle de la famille. Pour l'ensemble du Canada, les taux de suicide de 1960 à 1985² sont passés de 7,6 à 12,9 par 100 000 habitants tandis que de 1986 à 1992³, période la plus récente pour laquelle on possède des données statistiques, les taux sont passés de 14,0 à 13,0 par 100 000 habitants.

² Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1987), Le suicide au Canada.

³ Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1994), Le suicide au Canada.

Depuis les années 50, l'accroissement le plus marquant du taux de suicide se retrouve chez les jeunes, et particulièrement chez les hommes dans la vingtaine. Ainsi, selon le Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1994), le suicide arrive au troisième rang des causes de perte de vie chez les hommes et représente la sixième cause de perte de vie chez les femmes. Pour les deux sexes, hommes et femmes, le suicide est en progression depuis les années 60, bien que dans une moindre mesure pour les femmes.

En ce qui concerne le taux global de suicide entre les provinces et les territoires de 1989 à 1992, les territoires du Nord-Ouest occupent le premier rang, suivis de l'Alberta, du Québec et de la Saskatchewan (Groupe d'étude national sur le suicide au Canada, 1994).

En ce qui concerne le Québec, le taux de suicide a connu une hausse impressionnante. En 1983, le Québec présente le troisième plus haut taux de suicide au Canada. En trente ans, il est passé de 3,7 à 16,5 par 100 000 habitants (Comité de la politique en santé mentale, 1987 : 121). Comparativement au Canada, les taux de suicide de 1960 à 1985 au Québec sont passés de 5,0 à 16,8 par 100 000 habitants et de 17,0 à 17,6 pour la période de 1986 à 1992⁴. La mortalité québécoise par suicide a fortement augmenté au cours des dernières décennies. Toutefois, entre 1982-1984 et 1988-1990, on observe un faible mouvement à la baisse et une nouvelle remontée pour les années 1991-1992.

Comme pour le Canada, le suicide au Québec concerne davantage les hommes dans la vingtaine, suivi de ceux entre 40 et 54 ans.

Parallèlement à un accroissement du nombre de suicides, nous assistons à une augmentation des études qui se préoccupent de ce problème (Vedrinne et al., 1981). Cette reconnaissance de la

⁴ Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1994), Le suicide au Canada.

complexité du problème du suicide a ainsi contribué à la naissance de la «suicidologie» qui existe officiellement depuis 1969. Cette nouvelle science illustre l'importance accordée à la situation du suicide par un nombre important de groupes et de personnes en interaction pour définir le problème. Le terme de suicidologie, selon Schneidman, définit « toutes les études scientifiques concernant le phénomène du suicide ». Ce terme serait connu depuis 1929 mais fut innové par Schneidman, chef de file de la suicidologie américaine, avec Farberow et Litman, disciples de Dublin et Menninger.

L'existence de la suicidologie correspond à l'époque à laquelle furent créés, aux États-Unis, l'Association américaine de suicidologie à Chicago, et, en France, le regroupement d'Études et de prévention du suicide. La rencontre à un niveau mondial des suicidologues s'est effectuée dans le cadre de l'Association internationale pour la prévention du suicide, fondée par Ringel.

Les études de ces experts médicaux et professionnels ont eu une incidence sur la formulation des politiques sociales. En s'associant aux experts, l'État leur a permis de maintenir leur pouvoir d'expertise et leur mainmise sur l'étude du suicide. Les mouvements bénévoles, à notre connaissance, n'y ont pas participé. Ces études ont légitimé les positions de l'État et justifié les définitions des comportements suicidaires.

L'intervention de l'État face au problème du suicide a été tardive. Ce problème a été officiellement reconnu par l'État canadien en 1974 avec la parution de Nouvelle perspective de la santé des Canadiens à l'époque du ministre Lalonde (Groupe d'étude national sur le suicide au Canada, 1987:5). Les statistiques ont révélé qu'en 1971, le suicide était la cinquième cause de «décès prématuré». Cette réalité a créé une urgence d'agir pour l'État dans sa préoccupation de vies perdues à cause du suicide. Quelques années plus tard, l'État québécois vient à son tour reconnaître ce nouveau problème social, et manifester son

intention d'élaborer une politique de prévention du suicide. Au Québec, trois projets gouvernementaux ont marqué la construction de ce problème social.

Le premier avis concerne directement la prévention du suicide; il est élaboré par un groupe d'experts nommé « le comité de la santé mentale » (1982) qui situe la priorité de la prévention sur la gestion de la crise suicidaire. Il s'agit en fait d'une étape importante qui contribue à légitimer le suicide en tant que problème (Mayer et Laforest, 1990). Ce comité d'experts recommande également certaines actions de prévention primaire, dont la sensibilisation de la population au suicide et la formation d'intervenants; il demeure toutefois muet sur des actions pouvant avoir un impact sur les conditions de vie de la population. Dans un article concernant le suicide et les politiques sociales au Québec, Lacroix (1990:48) questionne la définition du concept de prévention. En effet, dans la façon dont est traitée la prévention, on pourrait y inclure tous les actes posés dans le domaine de la santé mentale. Nous éviterions, dit-il, des malentendus si le terme prévention était réservé aux interventions visant à empêcher l'apparition d'un problème. Le comité demeure également silencieux sur l'appartenance de la responsabilité du problème dans le réseau public.

En 1987, le comité de la politique de santé mentale (Rapport Harnois) poursuit sa réflexion sur le suicide qu'il considère clairement comme un problème social et de santé mentale. Contrairement à l'avis de 1982, il soutiendra l'importance de la contribution des organismes communautaires et invitera le réseau public à collaborer davantage avec eux. En parallèle à l'activité des experts du domaine médical, des experts du domaine social s'impliquent mais plus faiblement.

Par la suite, la commission Rochon (1988) inscrit sa lecture du problème du suicide dans la perspective du modèle médico-psychiatrique en l'incluant parmi les principales maladies

observées au Québec. Toutefois, la préoccupation pour le problème des tendances suicidaires chez les adolescents se retrouve parmi les problèmes sociaux fondamentaux qui touchent à des groupes à risque. À ce titre, la prévention du suicide s'inscrit dans la logique de protection des individus qui est dévolue aux services sociaux. Cette conception hiérarchique des problèmes et sa classification par « clientèle à risque » révèle une analyse très limitée des problèmes laissant pour compte une analyse critique des conditions de vie qui contribuent à construire les problèmes sociaux. Quant à l'importance de l'implication des groupes bénévoles, la commission réaffirme sa pertinence sans préconiser de mesures tangibles pour les soutenir. Cette conception vient légitimer et appuyer un pouvoir médical et psychiatrique déjà fort dans notre société.

Le suicide, défini comme maladie, continue de justifier l'intervention corrective face aux suicidaires et l'intervention préventive dans le cas de populations à haut risque. Au lieu de prévenir, le focus se place sur la surveillance des individus sans tenir compte du contexte économique et social. On ne se rend pas compte qu'on allonge non seulement la vie mais aussi la souffrance.

À travers l'intervention de l'État, nous pouvons voir comment s'est construit le problème social du suicide qui résulte d'un ensemble de stratégies mises en place par différents acteurs confrontant leurs conceptions et leurs intérêts (Berger et Luckman, 1986).

L'avant-dernier projet (Commission Rochon) nous permet de constater que les experts médicaux continuent d'être les spécialistes de la question du suicide et en conservent la responsabilité. En 1992, le Gouvernement du Québec se dote d'une politique de santé et de bien-être dont l'objet est :

- d'orienter l'activité du système de santé et de services sociaux en fonction d'objectifs de résultats;
- d'agir sur les causes communes qui sont à l'origine des problèmes de santé et de bien-être;
- de diriger le maximum d'efforts vers les groupes de population les plus vulnérables;
- de privilégier les solutions les plus efficaces pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

Dans le cadre de cette politique, le mandat est confié aux régies régionales de traduire les objectifs et les stratégies de la Politique de santé et de bien-être en fonction des caractéristiques sociosanitaires des populations régionales et de mettre en oeuvre des plans d'action pour rencontrer les objectifs et les stratégies fixés en concertation avec les établissements et organismes du milieu.

Pour la régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, un plan d'action détaillé en matière de santé et de bien-être est élaboré en août 1994.

Les problèmes retenus en matière de santé et de bien-être pour l'Abitibi-Témiscamingue sont répertoriés sous les cinq grandes rubriques suivantes : adaptation sociale, santé physique, santé publique, santé mentale et intégration sociale. C'est au niveau des problèmes en santé mentale que se retrouvent les comportements suicidaires, la détresse psychologique et les troubles mentaux.

Les objectifs spécifiques fixés concernant les comportements suicidaires sont les suivants :

- Rendre accessibles, dans chacune des MRC, des programmes de prévention du suicide en milieu scolaire, en milieu de travail et en milieu communautaire.
- Assurer des services d'intervention de crise psychosociale accessibles en tout temps dans le milieu immédiat de la personne qui présente un comportement suicidaire.
- Développer la complémentarité d'action entre le réseau sociosanitaire et les autres partenaires pour réduire les décès par suicide (RRSSSAT, 1994, p. 76-77).

De tous les définisseurs sociaux, les experts du domaine médical ont tenu le rôle le plus déterminant. Les scientifiques du domaine des sciences sociales ont été, quant à eux, plus absents. Les acteurs absents et pourtant les plus concernés ont été les intervenants bénévoles et les personnes qui ont fait des tentatives suicidaires.

Nous venons de voir que la signification et la définition du suicide évoluent dans le temps et selon les cultures. Ainsi une situation sociale deviendra un problème selon les normes et les valeurs en vigueur dans une période donnée d'une société. Ainsi l'histoire nous montre que le suicide a été considéré comme un acte de raison suscitant l'admiration dans le monde antique; par contre, ce traitement permissif était réservé à l'aristocratie. L'ère de la chrétienté viendra trancher radicalement en prônant une position autoritaire contre le suicide. Pour la religion chrétienne, le suicide représente un problème important, étant considéré comme un crime et un péché. Le christianisme, en imposant sa conception de condamnation du suicide au droit criminel, a rendu sa condamnation encore plus officielle.

Avec l'arrivée d'un nouveau contexte social où se développent l'urbanisation et l'industrialisation, la punition fait lentement place à une nouvelle forme de pouvoir qui est celui de corriger les

conduites jugées déviantes. Cette logique de correction s'inscrit dans l'importance accordée à la vie humaine et à l'individu.

Cet historique nous permet de constater que la vie est un bien dont l'individu est dépossédé au profit de trois grands définisseurs sociaux dans l'histoire de l'évolution de l'humanité : la religion, l'État et la médecine.

2. Définition du suicide et des comportements suicidaires

Cela nous amène à considérer la définition même du suicide qui est largement tributaire du pouvoir des acteurs. Lorsque le suicide était criminalisé il était défini juridiquement comme un homicide. À première vue, il semblerait facile de s'entendre sur une définition commune puisque le suicide est toujours le fait de s'enlever la vie. Pourtant il n'existe pas de définition universelle du suicide. La définition la plus commune (Tousignant, Mishara; 1981) suppose que la victime doit avoir manifesté l'intention de se suicider. Le problème de l'inférence des intentions n'est pas toujours simple, puisqu'on ne précise pas les critères pour établir cette intentionnalité. Dans une étude sur le rôle des définitions du coroner, Maxwell Atkinson (1968-1971) affirme que tous les coroners développent leurs propres règles d'explication.

Pour Maxwell Atkinson, aucun être humain ne peut officiellement être appelé « suicidaire ». Ce concept est en lui-même problématique. Il dit qu'il ne faut pas perdre de vue, en étudiant les processus organisationnels qui mènent au suicide, que ce dernier constitue une forme minoritaire de comportement. Il considère que la réaction sociale aux individus suicidaires potentiels peut être un facteur déterminant du suicide réel. S'il pense que les autres s'attendent à ce qu'il se suicide, un suicidaire potentiel peut se suicider. Si au contraire, la réponse donne place à la confiance et à l'espoir, alors le suicide est moins probable.

Pour Maxwell Atkinson, il n'est pas facile de surmonter les problèmes pratiques qui consistent à choisir les indicateurs de concepts tels : avertissement, réaction sociale, intervention, isolement, acte suicidaire pour tirer des échantillons.

Douglas (1967) soulève un autre biais fondé sur le sexe dans une critique de l'usage des statistiques officielles sur le suicide accompli. Il soutient que le suicide chez les femmes peut être mieux dissimulé que chez les hommes lors de la certification des décès par les intervenants. En effet, la différence sexuelle de base dans le problème du suicide, c'est que plus d'hommes complètent leur suicide alors que plus de femmes tentent de se suicider (Lester, 1984). La notion de suicide accompli implique que la mort constitue un « acte réussi », alors que la tentative est un échec, un manque, une défaillance. Lester (1989) propose d'introduire un biais contraire en nommant les tentatives « suicides réussis » et les suicides complétés « suicides manqués ». Lester s'appuie sur Schneidman et Farberow (1957) qui ont décrit la « logique fautive » erronée selon eux du suicide accompli. Selon cette logique, le suicidé agirait comme s'il pouvait assister aux réactions des autres personnes après sa mort. Avec le biais introduit par Lester (1989), les suicidaires survivants sont encore là pour jouir des réactions des autres à leur entreprise, et donc ne sont pas coupables de logique erronée. Dans cette logique, la tentative de suicide est le plus commun des comportements suicidaires, mais aussi le plus rationnel, le plus adapté. La mort, plutôt que d'être la fin du suicide, peut signaler l'échec de l'acte suicidaire.

Trois importantes recensions d'écrits québécois sur le suicide consacrent une attention détaillée aux nombreuses théories sur le suicide et aux typologies qui en découlent (Grégoire et al., 1979; Morissette, 1984; Hanigan, 1987). Grégoire conclut sa présentation des différentes positions théoriques et définitions des comportements suicidaires en soulignant le consensus établi dans les années 1970 par le comité sur la prévention du suicide

du National Institute of Mental Health, aux États-Unis et qui est rapporté dans un texte préparé par Pokorni (1974). Pour les suicides complétés, cette définition comprend tous les décès dans lesquels un acte délibéré menaçant la vie et accompli par une personne contre elle-même, a causé effectivement la mort. Cette définition fut retenue au Québec par le Comité de la santé mentale (1982:3-4) et par certaines équipes de chercheurs dont Charron (1984:358). Elle a inspiré les recherches ultérieures mais n'a pas été adoptée par tous les chercheurs américains. Dans cette définition, la notion d'intentionnalité pose un problème parce qu'on peut étendre la notion de suicide jusqu'aux comportements destructeurs indirects (hyperobésité, anorexie, tabagisme, dépendance aux drogues, automutilation, accidents à répétition, sports violents, etc.).

Pour des constructivistes comme Maxwell Atkinson (1971), dont nous allons donner plus d'explication un peu plus loin, la définition du suicide devient problématique si on considère au départ le suicide comme une forme sociale et non pas naturelle de comportement. Les mortalités sont en fait définies par les contextes sociaux où elles prennent place. L'étiquette « suicide » sera donc appliquée seulement si les caractéristiques sociales associées au décédé sont consistantes avec les idées de la personne appliquant ce libellé aux types de facteurs qui causent le suicide. Les coroners par exemple définissent, pour la société, quelle sorte de comportement définit le suicide à un moment donné. En définissant certaines sortes de morts comme des suicides, les coroners disent au corps social, « ces types de morts sont des suicides, ce sont des sortes de situations dans lesquelles les gens se suicident et voici le type de gens qui se suicident » (Atkinson, 1971 : 172-173).

Ainsi, la définition du suicide et des comportements suicidaires n'est pas neutre et objective, mais elle suscite de nombreuses controverses et questionnements. Il en est de même pour les données statistiques concernant la mortalité par suicide. En effet,

il faut montrer de la prudence dans l'interprétation des données en raison de la grande diversité des méthodes utilisées pour l'attestation des décès, la méthode et le moment de la cueillette des données. Il importe également de tenir compte de la sous-estimation du nombre de décès par suicide imputable à la non-déclaration des suicides. Dubé (1991) avance trois types de sous-estimation : les suicides camouflés ou déguisés, la réticence de certains médecins ou coroners à poser le verdict de suicide et le problème d'interprétation du geste posé.

La partie suivante situe la problématique générale du suicide dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue où s'effectue l'étude. Elle trace également le profil et les caractéristiques de la région et la situation de la prévention du suicide.

3. Le phénomène du suicide en Abitibi-Témiscamingue

En dépit des questions que soulèvent les données concernant le suicide, voici quelques tendances qui ressortent de différentes études.

La région de l'Abitibi-Témiscamingue est la région du Québec qui a connu les hausses du taux de suicide les plus importantes au cours des dernières années. En 1981, les données de décès fournies par le ministère des Affaires sociales concernant la population du Québec révèlent un taux annuel de 30,5 de décès par suicide par 100 000 habitants en Abitibi-Témiscamingue, comparativement à 15,6 pour l'ensemble du Québec en 1981.

Toutefois, selon Caron et al. (1995), le taux de suicide de l'Abitibi-Témiscamingue a eu tendance à décroître légèrement de 1975 à 1991. Pour les années 1975-1976, il était de 27,6, comparativement à 24,7 pour les années 1986-1991. Ainsi, pour la période de 1986-1988, le suicide dans la région de l'Abitibi-

Témiscamingue se situe au troisième rang au Québec, précédé par la région du nord du Québec et de celle de l'Outaouais (Rapport de l'association québécoise de suicidologie, 1990).

Lester (1990) signale que les taux de suicide sont plus élevés chez les hommes dans la plupart des pays. Pour le Québec, on compte un (1) suicide de femme pour trois (3) suicides d'hommes. Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue 86 % des suicides se produisent chez les hommes (Caron et al.; 1995, Girard; 1996). Cette surreprésentation du suicide chez les hommes se retrouve également dans les études de Bordeleau (1977), Marquis et al. (1982), CRSSSAT (1984). L'étude du CRSSSAT fait également ressortir qu'il y a trois fois plus de tentatives suicidaires que de décès par suicide. De nombreuses études (Groupe d'étude national sur le suicide, 1987; Caron et al., 1995) signalent que les personnes séparées, divorcées et célibataires se suicident davantage que les personnes mariées.

En ce qui concerne l'âge, les taux régionaux (Caron et al., 1995) reflètent la même tendance que ceux du Québec où les 45-64 ans et les 25-29 ans présentent les plus hauts taux de suicide. Toutefois, la catégorie des 15-19 ans retrouve l'écart le plus élevé en région, soit 29.3, comparativement à 13.1 pour l'ensemble du Québec. Cependant, comme le révèle Caron et al. (1995), le nombre de suicide chez les moins de 25 ans a connu une baisse de 30 % en Abitibi-Témiscamingue entre les périodes de 1975-1980 et 1986-1991. Malgré tout, ce groupe d'âge demeure deux fois plus élevé que dans le reste du Québec. L'étude de Caron et al. (1995) signale également une progression de 120 % des suicides chez les personnes de plus de soixante ans. Une autre étude conduite auprès de la population de La Sarre en Abitibi-Témiscamingue (Champagne et al., 1989) révèle que plus de la moitié des répondants âgés de 65 ans et plus étaient d'accord pour dire qu'il y a des situations dans la vie où le suicide est la seule solution. Plusieurs autres études (Sakinofsky, 1982; Shulman, 1978; Burston, 1969; Benson et Brodie, 1975 cité par le

Groupe d'étude national sur le suicide au Canada, 1987) révèlent l'attitude plus acceptante de la population face au suicide d'une personne âgée. Le suicide a en effet davantage tendance à être considéré comme choix rationnel. De plus, les personnes âgées sollicitent en général moins souvent de l'aide et utilisent des méthodes plus efficaces et de façon moins impulsive que les groupes plus jeunes.

Comme notre étude a été conduite dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, il est opportun d'en présenter les grandes caractéristiques.

3.1 Profil et caractéristiques de la région de l'Abitibi-Témiscamingue

La pratique des intervenants bénévoles s'inscrit dans les caractéristiques sociales, culturelles et économiques de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (annexe I et II). Sous plusieurs aspects, on peut dire que l'Abitibi-Témiscamingue condense une série de caractéristiques communes à d'autres régions périphériques du Québec et du Canada. La région est un vaste territoire de 116,500 kilomètres carrés occupé par 159,182 habitants (1991).⁵

Ce vaste territoire compte 122 localités séparées l'une de l'autre par une distance moyenne de 25 kilomètres. On note également la décroissance démographique de plusieurs localités qui comptent souvent moins de 500 habitants. Au plan urbain, la région de l'Abitibi-Témiscamingue compte 12 villes dont six sont véritablement des villes de services.

Son infrastructure économique est fragile car trop appuyé sur l'exploitation de matières premières (mines, forêts et

⁵ Ces données sont tirées du volume : Histoire de l'Abitibi-Témiscamingue, (1995:486) sous la direction de Odette Vincent.

agroforestier) et le secteur des services. Comme d'autres régions québécoises et canadiennes, le taux du chômage est élevé, et la région présente des carences en biens et services.

Sur le plan économique, diverses études (CERNOQ, 1971; OPDQ, 1979) divisent la région en six zones socio-économiques ayant chacune leur spécificité. Ainsi dans les zones de Rouyn-Noranda et Val-d'Or, l'économie repose principalement sur l'exploitation des ressources minérales (cuivre, zinc, or). Les quatre autres zones (Témiscamingue, La Sarre, Amos, Senneterre) sont celles où dominent les secteurs forestiers et agricoles.

Dans une étude du CRSSSAT (1990) traçant le bilan de santé pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, il est révélé que la région connaît une baisse rapide de la natalité combinée à un solde migratoire négatif. Ces deux caractéristiques pourraient éventuellement conduire à une décroissance démographique. Dans son ensemble, la région présente des indices de désintégration, d'isolement et de dépression. Ces indices se caractérisent par une légère décroissance démographique, beaucoup de personnes sans emploi, un faible niveau de scolarité, une pénurie de professionnels de la santé, un accès géographique très limité aux ressources sociosanitaires.

Les résultats de la deuxième enquête de Santé Québec (1996) réalisée en 1992-1993 démontrent que l'Abitibi-Témiscamingue a pris un certain recul au niveau de la santé et des conditions de vie sociales par rapport à la première étude effectuée en 1987. La situation s'est surtout détériorée sur le plan de la santé mentale. En effet, la région compte davantage de personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique par rapport au reste du Québec. Concernant le suicide, une personne sur neuf a déjà songé au suicide comparativement à une sur douze ailleurs dans la province. Le rapport révèle également une augmentation des difficultés au niveau de la santé cardio-vasculaire depuis 1987, de même qu'une augmentation du nombre de familles

monoparentales et des personnes vivant seules. Du côté des gains, le rapport démontre une diminution de la consommation d'alcool et une augmentation des non-fumeurs.

Au plan de la scolarisation, la région démontre un taux très inférieur à la moyenne québécoise. Au Québec, 46,1 % de la population adulte de 15 ans et plus ne détient pas un diplôme d'études secondaires, contre 59,1 % en Abitibi et 53,2 % au Témiscamingue (Recension 1986, cité dans Marquis J.P., 1992). Une recherche conduite en 1992 par Marquis sur la question des valeurs et attitudes de la population de l'Abitibi-Témiscamingue vis-à-vis de l'éducation révèle une attitude « tièdement positive » vis-à-vis de l'éducation.

À ce tableau un peu sombre, la région de l'Abitibi a développé une sous-culture qui se caractérise selon Corin et al. (1990:54) par une étonnante inventivité dans la résolution de ces problèmes qui n'est toutefois pas homogène sur l'ensemble du territoire et qui se distingue probablement en fonction des grands secteurs économiques. Dans leur étude, les auteurs identifient trois sous-cultures qui permettent de qualifier le fonctionnement communautaire de la région. Ces trois sous-cultures sont regroupées autour de trois axes : l'axe intégration-désintégration; l'axe autonomie-dépendance; l'axe ouverture-fermeture. Ainsi le milieu forestier révèle une dynamique d'intégration-désintégration sociale qui rend difficile leur rapport à elles-mêmes. Le milieu agroforestier, pour sa part, est organisé autour d'une remise en cause de l'agriculture et un processus de déruralisation. C'est dans ce milieu qu'est évoqué le plus grand nombre de tentatives de suicide. Pour leur part, les communautés minières sont marquées par la précarité du développement minier. Cette étude démontre également la place qu'occupent trois catégories d'aidants (aidants locaux, aidants médicaux, aidants psychosociaux) auxquels la tendance est de demander de l'aide selon les problèmes présentés. Les résultats démontrent que les aidants psychosociaux dominent dans quatre des localités

étudiées en ce qui concerne les problèmes de suicide, tandis que les intervenants locaux dominant dans une seule localité.

En résumé, la région de l'Abitibi-Témiscamingue, bien qu'aux prises avec des conditions précaires qui viennent fragiliser son organisation sociale, fait souvent preuve d'originalité et de créativité pour résoudre les problèmes. Voyons maintenant l'élaboration de la prévention du suicide dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

3.2 La prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue

Comme nous l'avons souligné dans l'introduction, le déclencheur à la mobilisation communautaire est l'étude de Bordeleau (1977) faisant état de l'importante proportion des décès par suicide dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Cinq ans plus tard, le débat public reprend suite à la parution de l'étude provinciale conduite par Charron (1982) qui confirme que l'Abitibi-Témiscamingue a un pourcentage de décès par suicide supérieur au reste de la province. On réclame alors du Conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSSAT) une intervention rapide auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin d'améliorer la situation.

Un an plus tard, en 1983, le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue effectuait une étude visant à cerner davantage la problématique régionale et élaborer, par la suite, un programme d'intervention.

En 1984, on assiste à la création de plusieurs comités locaux en prévention du suicide répartis dans les principales villes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. En 1985, on comptait déjà

quatre comités locaux en phase d'implantation. (Table de concertation régionale en prévention du suicide, 1990).

Parmi les stratégies proposées au programme régional (CRSSSAT; 1985) en prévention du suicide, la ligne d'intervention téléphonique est mise en priorité et le service entre en fonction le 2 août 1985. Le service débute en offrant une disponibilité de 24 heures durant la fin de semaine seulement en raison du nombre restreint d'intervenants bénévoles ayant reçu une formation et de la disponibilité de superviseurs.

Dès le départ, pour assurer la concertation régionale, les comités locaux forment une table de concertation en prévention du suicide. En plus d'assumer un rôle de concertation et de coordination des actions régionales, la table de concertation s'implique à différents niveaux. Elle a notamment présenté un mémoire lors de la Commission Rochon en 1986 et en 1988 à la ministre Lavoie-Roux. En 1990, elle présente également un avis à la Commission parlementaire sur l'avant-projet de loi concernant les services de santé et les services sociaux.

De son côté, le CRSSSAT obtient l'autorisation du MSSS pour l'ouverture des postes d'intervenants communautaires en santé mentale dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) et dans les centres de santé (CS). Il est alors explicitement recommandé aux établissements du réseau d'accorder une priorité à la problématique du suicide et de procéder à des ententes avec les comités locaux en vue d'assurer le support requis à l'implantation du programme et plus spécifiquement en ce qui a trait à la supervision des intervenants bénévoles. De plus, le CRSSSAT assume le support professionnel et technique auprès de la table de concertation ainsi que la coordination régionale. Toutefois la subvention allouée par le MSSS est gérée par la table de concertation.

Ce rapide exposé nous a permis de rendre compte des conditions d'émergence du problème du suicide en Abitibi-Témiscamingue, de même que des stratégies élaborées par les différents acteurs pour contrer ce problème.

La section suivante poursuit la connaissance de la problématique et traite de la pratique des intervenants bénévoles.

4. Pratique des intervenants bénévoles et des professionnels

L'émergence du suicide comme problème social et scientifique entraîne la mobilisation de plusieurs groupes dont l'objectif est de prévenir le suicide. C'est au nom de la valeur de la vie humaine que différents groupes (bénévoles, professionnels, clergé, policiers, etc.) se donneront un mandat de surveillance de la vie en tentant de dissuader et d'aider les suicidaires. L'implication de ces différents acteurs illustre bien la société «panoptique» décrite par Foucault (1975:111) qui nécessite une multiplication des yeux pour assurer un meilleur contrôle social des comportements jugés indésirables par la société. Les efforts organisés pour prévenir le suicide sont relativement récents. Selon Morissette (1984), il faut retourner à la fin du XIXe siècle pour voir apparaître en Autriche, la société de recours volontaire de l'Emberg (1893-1904). En Grande-Bretagne, le mouvement des Samaritains fondé en 1953 a pris de l'ampleur et est devenu en 1963 une organisation internationale constituée entièrement de bénévoles et dont le financement est assuré principalement par les dons de la population et quelques octrois gouvernementaux. Aux États-Unis, le centre de prévention de Los Angeles fondé en 1958 par Farberow a été l'organisme pionnier dans le domaine de la prévention. Au Québec et au Canada, ce fut l'étude de Campagna en 1976 qui vint secouer les efforts d'organisation pour prévenir le suicide. Jusqu'à cette date, la prévention du suicide comme principale préoccupation au Québec était presque inexistante.

Le premier centre de prévention du suicide a été fondé en 1979 à Québec. Ce fut le premier au Canada. Dès le début des années 80, les bénévoles assument un rôle de leadership au niveau de la conscientisation et de la modification des conceptions face au suicide. Ces groupes ont réussi à mettre en place des organisations un peu partout au Québec. Ils ont demandé publiquement, par divers moyens (colloques, médias, etc.), le support et l'implication de l'État. Ils ont ainsi obtenu une reconnaissance publique et le support financier de l'État.

À partir de 1983, six autres centres ont vu le jour : Suicide-Action Montréal (1983), Centre de prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue (1983), Centre de prévention du suicide de la Haute Yamaska (1984), Service de prévention du suicide des Trois-Rivières, Carrefour intervention suicide (1984) à Sherbrooke, Centre de prévention suicide à Chicoutimi (1986). Au Canada, on comptait 99 services d'intervention en cas de crise ou de suicide en 1987 (Groupe d'étude national sur le suicide au Canada; 1987:52).

S'il y a eu un ralentissement dans le développement de l'action bénévole en Occident et une absence significative de visibilité au Québec jusqu'en 1979, c'est que l'État providence a massivement pris en charge les problèmes sociaux et de santé de toute la population. Dans ce contexte, c'est la logique de la professionnalisation qui domine sur les logiques d'actions charitables. Cette prégnance de la logique professionnelle atteint toutefois ses limites devant la croissance et la sévérité des problèmes engendrés par les difficultés économiques. De plus, la conception technique et la division du travail qui prévaut dans les organismes bureaucratiques empêchent le professionnel de concevoir la personne dans sa globalité, creusant ainsi de plus en plus la distance entre le professionnel et les personnes en demande d'aide. C'est en réaction aux limites du modèle professionnel que le bénévolat retrouve sa reconnaissance sociale. Souvent, comme ce fut le cas dans la prévention du suicide, nous

retrouvons la présence des professionnels associés au développement des organisations bénévoles.

Il est reconnu depuis longtemps qu'il existe des différences entre les modèles de pratique des professionnels et celui des bénévoles (Guay, 1984; Godbout, 1992; St-Amand, 1991; Romeder, 1981). Par ailleurs, ils constatent une diminution de l'écart entre ces deux types de pratiques. En effet, par le processus de financement de l'État, les organismes bénévoles se voient soumis au même contrôle que les professionnels. Voyons, dans un premier temps, la différence entre ces deux modèles de pratique.

Pratique des intervenants bénévoles

Nous pouvons situer les intervenants bénévoles de prévention du suicide dans ce que Guay (1985) nomme l'aide formelle. Il distingue deux types d'aide naturelle soit : l'aide informelle et l'aide formelle.

«L'aide formelle ou le volontariat constitue l'aide naturelle qui est plus structurée et qui se situe dans un cadre donné. Cette forme d'aide étant plus visible, c'est donc la seule qui est parfois utilisée par l'intervenant. Le support fourni par les membres de groupes d'entraide, d'alternatives, de groupes populaires et d'organismes bénévoles est de cet ordre. L'aide prodiguée par le paraprofessionnel, c'est-à-dire la personne qui a reçu une formation précise en vue d'intervenir dans un domaine particulier en fait aussi partie.» (Guay, 1985)

La formation des bénévoles en prévention du suicide est donc fortement empreinte par le modèle des professionnels. Cependant, on ne peut présumer que les connaissances professionnelles reçues sont intégrées telles quelles. Notre préoccupation est de connaître la nature de la pratique qui résulte de ce rapprochement entre deux modèles de savoir.

La formation des bénévoles comporte des notions théoriques sur le suicide, la crise suicidaire, la dépression, de même que sur l'intervention de crise et l'évaluation du potentiel suicidaire. Dans le cadre des programmes de formation, les bénévoles sont appelés à développer la capacité de reconnaître le risque suicidaire et l'urgence d'intervenir, sauf au centre de prévention du suicide de Québec où on retrouve trois niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire). Caplan (1964) définit ainsi ces trois niveaux :

- 1) La prévention primaire est orientée vers la réduction de l'apparition de nouveaux cas d'incapacité et de problèmes psychosociaux.
- 2) La prévention secondaire est orientée vers la réduction de la durée des problèmes psychosociaux qui se produisent inévitablement.
- 3) La prévention tertiaire est orientée vers la réduction des effets et des séquelles découlant des problèmes psychosociaux sévères.

Ailleurs, nous retrouvons majoritairement des services d'intervention téléphonique auprès de la personne suicidaire de même que des services de sensibilisation au problème du suicide. L'objectif central est de désamorcer la crise suicidaire. Dépendamment de la nature de la crise, la personne est orientée vers des services d'aide extérieure auprès d'un organisme ou d'un professionnel.

Une étude comparative a été réalisée auprès des bénévoles et des professionnels en santé mentale travaillant au centre de prévention de Los Angeles et au London Samaritain Center (Hirsch, 1982). Cette étude rapportée par le Groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1987:53) montre que les utilisateurs accordent une cote plus élevée aux bénévoles qu'aux professionnels pour ce qui est de la chaleur humaine, la patience et l'attitude non condescendante envers le client. D'un autre côté, les professionnels sont mieux cotés pour ce qui est des techniques

générales d'entrevue. Lester (1970), par contre, dans une étude pour mesurer la relation thérapeutique avec le client lors d'interventions téléphoniques faites par des bénévoles et des professionnels, arrive à des résultats un peu plus élevés pour les professionnels. Dans la même veine, Knickerbocker et McGee (1973) ont démontré des niveaux équivalents d'authenticité personnelle chez les aidants. Par ailleurs, les bénévoles manifestent plus d'empathie et de chaleur humaine.

Le travail de bénévolat probablement soutenu par des valeurs humanitaires d'aide ou des valeurs religieuses semble donc recevoir un accueil favorable de la part des utilisateurs de services. Pour sa part, Morissette (1984:342) dira que les premiers efforts de prévention du suicide sont passés de considérations morales et éthiques pour sauver l'âme et le corps des personnes suicidaires, à des considérations d'ordre médico-sociales. Ces modifications de motivation nous révèlent bien les changements qui ont prévalu dans la société où les sciences humaines ont émergé comme un nouveau pouvoir chargé de contrôler l'état de santé de la population. Le suicide devient donc un problème à maîtriser plutôt que comme jadis, un crime à punir.

La majorité des services de prévention du suicide utilise l'intervention téléphonique et privilégie le modèle d'intervention de crise. La philosophie qui prévaut est la suivante:

- l'accent est mis sur le soutien affectif immédiat dans les situations de crise;
- on mise surtout sur les services téléphoniques en vue d'assurer une permanence vingt-quatre heures sur vingt-quatre;
- dans la plupart des cas, l'anonymat de l'appelant et de l'écoutant bénévole est garanti;
- l'emplacement du centre n'est pas révélé sauf dans les cas des centres de dépannage;
- le client doit lui-même solliciter de l'aide;

- on évite les soins spécialisés de longue durée.

(Groupe d'étude national sur le suicide au Canada, 1987:52)

Mais quelles sont les qualités recherchées chez les intervenants bénévoles? Fox (1976) et Lortie (1983) mentionnent que l'organisme des Samaritains en Angleterre recherche comme candidats bénévoles des gens mûrs, dotés d'un bon sens commun leur permettant d'écouter et de reconnaître l'état de détresse des appelants. Nous retrouvons l'équivalent à Los Angeles où la sélection des bénévoles est basée sur des critères comme la motivation, la maturité, le sens des responsabilités, la sensibilité, la capacité de croissance personnelle et l'habilité à faire face efficacement à une situation de crise (Schneidman et Farberow, 1968).

Lortie (1983) définit l'écoute des Samaritains différemment de celle d'un professionnel. On demande aux bénévoles d'écouter sans interpréter, sans émettre de jugement de valeur. Le bénévole doit servir de miroir à son interlocuteur. Après, il doit vérifier si le suicidaire a utilisé de moyens pour s'en sortir et lui propose des alternatives.

Lorsque le suicidaire est déjà passé à l'acte en prenant par exemple des pilules, le bénévole doit tenter d'obtenir le nom et l'adresse de la personne en lui expliquant qu'il existe des équipes de secours mobiles qui peuvent se rendre à son domicile. Dans le cas où la personne refuse, le bénévole demeure au téléphone et accompagne le suicidaire.

Pratique des intervenants professionnels

De manière générale, les modèles de pratique professionnels sont guidés par des règles bureaucratiques qui favorisent la compartimentation et l'individualisme. Dans ce modèle, le professionnel doit se plier à une vision individualisée des

problèmes et même à une fragmentation de l'individu. Cette fragmentation de l'individu est rendue possible en décomposant les services à offrir entre plusieurs spécialistes pour une même personne. Le professionnel est de plus soumis aux normes et critères de l'institution. Il se doit de suivre des procédures standardisées.

Toutefois le professionnel n'est pas complètement assujéti à l'application mécanique des exigences de l'institution. Son univers conceptuel est aussi influencé par sa formation académique, sa propre expérience de pratique et son expérience de vie personnelle.

Il demeure qu'avec un tel fonctionnement, il est peu probable qu'une relation significative puisse s'établir entre le professionnel et la personne en demande d'aide.

Ainsi ficelées par les règles bureaucratiques, les qualités personnelles et humaines, de même que l'expression de la créativité sont fortement étouffées. Comme motivation, le professionnel tire ses gratifications de son statut social et de la satisfaction à trouver réponse aux problèmes d'une autre personne.

Les modèles utilisés pour intervenir auprès des personnes suicidaires peuvent en fait se répartir en deux grandes catégories. Signalons d'abord les interventions de type analytique auxquelles s'ajoutent souvent une médication anti-dépressive et les interventions que l'on qualifie d'intervention en situation de crise.

Dans les interventions de premier type, les recherches de Lesse (1962) montrent l'importance de l'expression de l'agressivité. On insiste également sur l'importance d'amener les patients à prendre conscience que leurs problèmes résultent d'une mauvaise adaptation à leur entourage.

Le deuxième type d'intervention préconise plutôt l'intervention en situation de crise. Farberow (1967) l'un des fondateurs du premier centre de prévention du suicide aux États-Unis donna le pas à ce type d'approche qui est aujourd'hui majoritairement adoptée par les centres de prévention du suicide. Selon cette approche, l'intervention auprès d'une personne suicidaire doit être active, autoritaire et doit impliquer les personnes significatives de l'entourage de la personne. Contrairement à d'autres types d'intervention, le thérapeute doit intervenir rapidement et sans beaucoup d'information. Un consensus se dégage également sur l'importance que la personne suicidaire puisse s'exprimer face au suicide et sur l'importance d'impliquer les proches de l'entourage.

Nous savons que l'attitude des personnes qui côtoient la personne suicidaire a un impact important sur la suite des idées suicidaires, et peut aussi agir comme facteur précipitant du suicide (Schneidman et Farberow, 1957; Lester et Lester 1971). Ainsi, les attitudes des différents intervenants professionnels et bénévoles méritent d'être examinés. Plusieurs études démontrent l'incapacité d'un bon nombre de professionnels (omnipraticiens, infirmières, thérapeutes, etc.) à comprendre la souffrance vécue par le suicidaire. Ces résultats démontrent que le suicide demeure un geste stigmatisé et honteux dans notre société (Stengel et Farberow, 1968). Shein (1976) relève deux éléments à cette incapacité, soient le manque d'information sur la problématique du suicide et l'anxiété personnelle vécue face au suicide. D'autres études comme celles de Bloom (1975) démontrent l'impact de la réaction affective de rejet du thérapeute face aux patients suicidaires.

Ces réflexions sur les modèles d'intervention des intervenants bénévoles et professionnels nous indiquent que l'intervention demeure fortement dominée par le paradigme médico-scientifique axé sur le traitement individuel du problème, ceci autant chez les professionnels que chez les bénévoles.

Un autre constat est que l'interdit social du suicide qui frappe les sociétés occidentales est encore important. Bien souvent le suicide effraie et est perçu comme le résultat d'une folie. Cet interdit social encourage trop souvent la recherche d'explications de blâme individualistes.

Que ce soit par anxiété, par manque de formation, par absence de discussion, les patients suicidaires éveillent un malaise chez les intervenants.

Par ailleurs, il semblerait que les bénévoles soient davantage à l'écoute des suicidaires, qu'ils leur accordent plus de temps pour exprimer leurs sentiments de désespoir. Le facteur temps doit donc être retenu car il pourrait expliquer les différences d'attitudes adoptées par les bénévoles et les professionnels auprès des suicidaires.

5. Les objectifs et les questions de recherche

La réalisation de ce projet de thèse vise un objectif d'analyse et un autre qui a trait à l'action.

Le premier objectif de cette recherche est de porter une réflexion théorique sur la construction du suicide défini comme problème social par les intervenants bénévoles et professionnels et de contribuer ainsi à l'amélioration des connaissances concernant la problématique du suicide. De façon plus spécifique, il s'agit de décrire le processus qui a conduit à la reconnaissance du suicide comme problème. Il s'agira également de décrire la nature des significations entourant l'objet du suicide chez les intervenants bénévoles et professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue.

Le deuxième objectif veut rendre compte de la réalité des pratiques des intervenants bénévoles et professionnels en Abitibi-Témiscamingue et susciter la réflexion sur ces pratiques.

De façon plus spécifique, il s'agit de décrire et analyser les modèles de pratique des intervenants bénévoles et professionnels pour tenter de déterminer comment ces pratiques contribuent à la légitimation du suicide comme problème social.

Nous tiendrons compte également dans cette recherche des caractéristiques personnelles des intervenants bénévoles et professionnels, soit l'âge, le sexe, l'occupation, la motivation, l'expérience personnelle avec la situation du suicide. Il y a lieu également de connaître la structure de l'organisation des services de prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue, les relations entre les différents acteurs. Finalement, il nous faudra situer cette pratique en rapport avec le contexte sociopolitique et tenir compte des politiques de l'État concernant ce problème.

Les questions de recherche

Ces objectifs soulèvent des questions concernant ce que nous connaissons moins bien, c'est-à-dire le champ des perceptions et des significations qui guide nos attitudes et nos actions. La recension des écrits a mis en évidence l'importance du sens à l'égard de l'objet du suicide. Pour Schutz⁶, philosophe et sociologue, le sens est quelque chose qui se construit à partir d'éléments du passé et d'une anticipation du futur. Appliqué au contexte de notre recherche, quelles sont les perceptions des intervenants bénévoles et professionnels concernant le suicide et comment ces perceptions sont-elles mobilisatrices pour l'intervention? Quel est le sens que les intervenants donnent à leur expérience d'intervention en prévention du suicide? Il s'agit ici d'identifier les traces ou les indices de sens à travers l'expression des événements tels que vécus et ressentis par les sujets intervenants. Cette recherche d'indices s'effectue à travers les récits de pratique des intervenants qui, selon l'avis de Pineau

⁶ Tiré de : Burrell, G. et Morgan, G. (1979) *Sociological paradigms and organisational analysis*, Aldershot, Hampshire : Gower, p. 243-247.

et LeGrand (1993 : 3), s'y prêtent bien. Ils définissent l'histoire de vie comme étant «une recherche et une construction de sens à partir de faits temporels personnels». Existe-t-il un ou plusieurs sens pour chaque intervenant? Comment ce sens se construit-il?

Ces questionnements s'inscrivent sous l'angle du sens de cette expérience dans la vie des intervenants et, de ce fait, dans une épistémologie d'inspiration phénoménologique qui s'intéresse principalement à la dimension significative des expériences (Bachelor et Joshi, 1986).

Dans le contexte de la pratique en prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue comme ailleurs, deux types d'intervenants sont impliqués, soit des bénévoles et des professionnels. Comment se distingue leur façon d'intervenir? Il existe dans les écrits différents avis à ce sujet. Les intervenants bénévoles réussissent-ils à développer une pratique singulière ou une pratique qui s'apparente à celle de la logique des professionnels? C'est ce que notre étude tente de comprendre puisqu'il existe selon toute vraisemblance des liens étroits entre ces deux types d'intervenants.

CHAPITRE II
LES ASPECTS THÉORIQUES

Ce chapitre présente les théories les plus largement retenues pour comprendre le phénomène du suicide. En fait, il n'existe aucune théorie capable à elle seule de rendre compte du suicide. Les théories qui se sont développées pour étudier le suicide représentent en fait les différents discours, les croyances de la société à son égard.

1. Les principales théories explicatives

En raison de la nature multidimensionnelle du suicide, la meilleure stratégie qui permet d'avoir une vue d'ensemble consiste à faire appel à plusieurs théories explicatives. L'objectif ici est de présenter les approches les plus retenues comme cadres conceptuels à l'approche théorique du suicide. Il s'agit de l'approche sociologique, médico-psychiatrique, biologique, stratégique, psychologique et écologique.

1.1 L'approche sociologique

L'initiateur de cette approche est le célèbre Durkheim (1879) qui explique le taux et le type de suicides observés dans une société par le degré d'intégration et de régulation de cette dernière. Nous pouvons retenir qu'une forte intégration où l'individu est absorbé par le groupe produit une forme de suicide de type altruiste dans lequel la personne se sacrifie au bénéfice du groupe social. À l'inverse, une société désintégrée marquée par une très grande individualisation produit le suicide égoïste. Un autre type de motivation suicidaire est ce que Durkheim appelle le suicide anémique qui découle d'une déréglementation généralisée de la société (absence de réglementation) et le suicide fataliste qui résulte d'un état d'oppression matérielle et morale (excès de réglementation).

Pour Durkheim, il ne s'agit donc pas d'un phénomène individuel. Ce ne sont pas les individus qui se suicident, mais la société à travers eux. Il situe la cause profonde du suicide dans le degré d'intégration des individus à la société et dans l'action régulatrice que celle-ci exerce sur leur psychisme. Cette recherche qui met l'accent sur les corrélations statistiques a eu un effet considérable, d'abord pour fonder la sociologie sur des bases scientifiques et ensuite au niveau des recherches sur le suicide. Malgré les critiques adressées à Durkheim et les reformulations de sa théorie (Grégoire, 1979), cette étude demeure encore aujourd'hui déterminante par sa contribution d'avoir fait du suicide un objet de science.

1.2 L'approche médico-psychiatrique

Le second modèle dominant est celui que l'on qualifie de «médico-psychiatrique» et qui a été fortement influencé par les interprétations freudiennes de la psychopathologie. Contrairement à Durkheim, Freud attribue le comportement suicidaire à des causes individuelles liées à l'état de santé physique ou mentale. Il n'existe aucun texte de Freud explicitement consacré au suicide. Toutefois une synthèse des recherches de Freud devrait nous aider à saisir l'influence de cet auteur sur l'explication du problème du suicide.

En 1910, dans Psychopathologie de la vie quotidienne, Freud identifie des facteurs qui peuvent conduire au suicide. Il s'agit de la culpabilité ressentie suite à un désir de mort envers un proche; de l'identification à un parent suicidaire; de la perte d'une gratification libidinale. Pour Freud, la conduite suicidaire peut signifier soit un sentiment de revanche, soit une demande d'aide, soit la fuite d'une humiliation.

En 1917, Freud publie Deuil et mélancolie. Son principal concept est celui de l'introjction. Freud suppose que la perte d'objet est

réelle et consciente dans le deuil mais imaginaire dans le cas de la mélancolie. Il dira que cet objet d'amour et de haine serait «introjecté». De cette ambivalence surgiraient des sentiments de culpabilité que l'individu retournerait contre lui-même. Pour Freud, la dépression est le résultat d'une désorganisation du moi qui se juge très sévèrement, ce qui amène les conduites suicidaires.

En 1920, Freud développe une théorie plus complexe du suicide dans Au-delà du principe du plaisir. La tendance suicidaire est alors considérée comme une pulsion innée qui repose sur le concept de «l'instinct de mort» qui s'oppose à «l'instinct de vie». Durant cette même période, Freud développe sa théorie de la personnalité qui comporte trois instances : le ça, le moi et le surmoi. Il reprend alors son explication de la mélancolie en postulant que le surmoi, très puissant, finit par détruire le moi. La conduite suicidaire est alors suscitée par la rupture entre le moi et le surmoi.

Les interprétations de Freud demeurent un fondement important pour la plupart des auteurs qui fondent leur vision du suicide sur la pathologie. Toutefois, il existe des explications qui ne sont pas fondées sur la pathologie, mais plutôt sur le vécu de l'individu et la dynamique des sentiments ressentis. Il s'agit de l'orientation de la psychologie humaniste. Stengel (1964); Rubenstein et al. (1958); Morissette (1987) considèrent le suicide comme un appel à l'aide, une communication.

1.3 L'approche biologique

Cette approche émet une série d'hypothèses mettant le suicide en rapport avec la défaillance de l'organisme ou certains facteurs de l'environnement physique (la biorythmie, la climatologie, la morphologie corporelle, l'activité bioélectrique, la biochimie du cerveau, etc.). Ray (1983) pense que la prédisposition héréditaire

est probablement liée, du moins en partie, à la prévalence familiale plus élevée de certaines pathologies psychiatriques comme la dépression. Au niveau de l'approche biologique, il semble davantage s'agir d'une série d'hypothèses plutôt que d'une théorie du suicide.

Depuis le début des années 80, un certain nombre de chercheurs ont confirmé la corrélation entre le suicide et le taux de sérotonine. En étudiant la dépression, Asberg (1975)⁷ et son équipe ont identifié une déficience spécifiquement chimique, c'est-à-dire concernant la sérotonine dans le cerveau des suicidants qui ont expérimenté de profondes difficultés vitales.

1.4 L'approche stratégique

Baechler (1975) nous présente une théorie du suicide qu'il définit comme stratégique en ce sens que l'individu cherche une solution à un problème existentiel dans le fait d'attenter à sa vie. Il insiste sur l'individu libre et total et ne croit pas que le comportement suicidaire soit sous l'influence d'un seul facteur (sociologique, psychologique ou psychiatrique).

Tenant compte de ces considérations, il croit que le suicide devrait plutôt faire l'objet d'une science spécifique. Sa définition du suicide englobe les tentatives de même que les suicides effectifs. Baechler soutient que chaque société construit un ou plusieurs sens du suicide. Sous cet angle, Baechler s'inscrit dans le paradigme de l'approche phénoménologique.

À cet effet, l'auteur retient quatre grands types de suicide : les suicides échappatoires (la fuite, le deuil et le châtement); les suicides agressifs (la vengeance, le crime, le chantage et l'appel);

⁷ Tiré de Toyomasa, F. (1990-1991) «Théories du suicide dans une perspective interdisciplinaire» in Bulletin de psychologie, no 401, tome XLIV, mai-juin 1991, p. 389.

les suicides oblatifs (le sacrifice et le passage); les suicides ludiques (l'ordalie et le jeu).

Contrairement à d'autres auteurs, Baechler considère le suicide comme un acte positif et une conduite logique. La théorie de cet auteur nous ouvre des voies de recherches intéressantes en mettant l'accent non plus sur les statistiques, mais sur les patterns de suicide propres à chaque société.

1.5 L'approche psychologique

L'approche psychologique emprunte particulièrement aux conceptions psychanalytiques élaborées par Freud, ainsi qu'aux théories de développement de la personnalité et de la dynamique de leur conduite. Grégoire et Phaneuf (1979) retracent le point de vue de trois (3) auteurs en ce qui concerne le développement de la personnalité. Léonard (1967 cité dans Grégoire et Phaneuf, 1979) propose une théorie «développementale» du suicide qui aurait son origine dans le conflit de dépendance/indépendance vécu par l'enfant. Pour Ringel (1953 cité dans Grégoire et Phaneuf, 1979), c'est l'influence d'expériences traumatisantes vécues durant l'enfance qui jouera un rôle dans le développement de l'individu et son instinct de conservation. Enfin pour Quidu (1970 cité dans Grégoire et Phaneuf, 1979), les traits de la personnalité du suicidaire sont communs à ceux du délinquant, c'est-à-dire aucune tolérance aux frustrations; démission face à la vie; futilité des relations sociales et frivolité du caractère.

Menninger (1938) apporte une contribution importante aux théories introduites par Freud. Il soutient que le suicide peut être mieux compris si on y distingue les trois composantes psychiques suivantes : le désir de tuer, le désir d'être tué et le désir de mourir. Dans le suicide, les impulsions sont dirigées sur la personne dans une expression de haine et d'hostilité contre soi. La seconde composante «le désir d'être tué» résulte de la

répression du désir de tuer. Quant au désir de mourir, il se traduit en termes de désespoir, d'épuisement, de découragement qui arrive souvent après de longues périodes de conflits, de dépression, de souffrance. Un nombre important d'études ont pu vérifier les thèses avancées par Menninger. Mentionnons entre autres les travaux effectués par Shneidman (1960).

En fait, il n'existe pas à proprement parler de théorie psychologique du suicide, mais plutôt l'énoncé de différents éléments, de différentes hypothèses d'une théorie.

1.6 L'approche écologique ou biopsychosociale

Ce modèle fait référence à une approche globalisante fondée sur l'analyse systémique. Selon ce modèle, le phénomène du suicide est considéré comme étant la résultante d'une interaction entre l'individu et son milieu. Ce milieu est représenté par plusieurs systèmes écologiques imbriqués les uns dans les autres. L'environnement de l'individu est d'abord composé de microsystèmes (Bronfenbrenner, 1989) qui font référence aux différents milieux de vie de l'individu (famille, école, travail, groupe de loisirs, etc.) Les relations entre ces différents milieux de vie influencent le développement de l'individu et forment le mésosystème, c'est-à-dire les différents réseaux sociaux comme le travail, les loisirs, les associations, le bénévolat. On nomme l'exosystème les éléments de l'environnement qui n'impliquent pas la participation directe de l'individu mais exercent une influence importante sur son développement. Il s'agit de l'ensemble des contextes qui influencent la vie quotidienne. La dernière structure de cet environnement est le macrosystème qui est constitué par l'ensemble des croyances et des normes qui définissent une culture. La réaction de l'individu à ces différents environnements sera variable selon les caractéristiques particulières de chaque individu (biologiques, psychologiques, etc.) Selon ce cadre de référence, les conduites suicidaires sont

situées dans leur contexte, en tenant compte des différentes composantes de l'environnement et de l'individu ainsi que l'interaction entre les deux.

Comme le phénomène du suicide est complexe, il existe actuellement une tendance à favoriser ce modèle dans l'étude du suicide. C'est à la lumière de ce paradigme que fut conduite une recherche auprès d'adolescents dans des écoles secondaires de Montréal en 1987 et 1988 par Tousignant, Bastien et Hamel (1994). Cette étude tient compte de l'écologie familiale et du réseau social en rapport avec les tendances suicidaires sérieuses chez des adolescents. Les résultats indiquent que tous les sujets (78 suicidaires et 72 non-suicidaires) présentent un score élevé de manque d'attention de la part d'au moins un des deux parents. Les résultats indiquent également que les parents des suicidaires se séparent moins souvent de façon définitive que le groupe de comparaison, mais que les familles des suicidaires vivent plus de changements de structure familiale après un premier bris. Au niveau du réseau de soutien, les résultats montrent une tendance élevée des suicidaires à se diriger vers des adultes et principalement des adultes de la parenté. Par ailleurs, les suicidaires semblent s'intégrer moins facilement avec leurs pairs.

Nous avons voulu dégager ici les théories prépondérantes qui ont marqué plus spécifiquement la connaissance du suicide. Nous nous devons d'aborder le travail des pionniers : Durkheim et Freud dont les modèles alimentent encore aujourd'hui le débat autour de la question du suicide. Leurs modèles s'opposent catégoriquement et sont unidimensionnels. Pour Durkheim, le suicide dépend de causes strictement sociales et pour Freud, il dépend de causes strictement individuelles. L'apport de l'approche biologique et écologique n'a pas été aussi marquant que celui des pionniers. Ces approches constituent des efforts pour explorer d'autres voies mais elles sont surtout des dérivés de celles de Durkheim et de Freud.

Il nous semble cependant que Baechler apporte une piste intéressante en misant sur l'importance de la réinterprétation des conditions objectives faite par le sujet. C'est cette réinterprétation qui détermine le sens du suicide. Nous pensons que cette vision a aussi des conséquences sur la perception qui prévaut chez les intervenants bénévoles dans la façon de concevoir la question du suicide dans une société particulière.

Finalement, la complexité du suicide ne nous invite-t-elle pas à tenir compte de ce que Morin (1982) nomme le «paradigme de la complexité» qui devrait conduire à un effort d'interprétation des diverses disciplines puisque aucune théorie n'est à elle seule suffisante pour rendre compte du suicide?

La section suivante poursuit la question des aspects théoriques et traite de cinq modèles qui représentent les fondements du cadre théorique de notre recherche.

2. Les modèles théoriques retenus

Notre recherche se fonde sur les perspectives théoriques suivantes : le modèle de l'interactionnisme symbolique, le constructivisme, la sociologie des représentations, la sociologie implicite et la phénoménologie.

2.1 L'interactionnisme symbolique

Selon cette conception, on ne peut prétendre cerner les problèmes sociaux de façon objective. Malgré l'apparente objectivité des statistiques, il faut constamment se référer à l'interprétation des personnes qui ont contribué à les construire. Pour Blumer (1969), la compréhension des problèmes sociaux doit se chercher dans les différentes significations propres à des groupes ou des individus. En effet, dans cette tradition réside l'idée que les personnes

évoluant dans une situation sociale sont les seules à pouvoir construire et donner une signification à leurs gestes et à leurs actions. Bien qu'évoluant dans un même monde, les objets et les personnes qui en font partie donnent des significations différentes selon leurs perceptions, selon le sens donné lors des interactions.

Pour comprendre la construction des significations, les interactionnistes recommandent de s'interroger sur le processus qui conduit à la reconnaissance d'un problème et aux significations qu'on lui donne. Par processus, ils entendent les différentes activités conduites par différents groupes d'acteurs qui contribuent à la définition d'un problème social.

Toutefois, bien que respectant la perception qu'ont les véritables acteurs sociaux de la réalité, le chercheur accorde également une place à sa propre perception de la réalité au moment de l'analyse des données (Woods, 1983).

La perspective interactionniste nous permet de rendre compte des conceptions des intervenants bénévoles et professionnels sur la question du suicide et de questionner l'impact de leur contribution à la construction du suicide comme problème social.

2.2 Le constructivisme

Le constructivisme prend ses racines dans la sociologie des problèmes sociaux (Schneider et Kitsuze, 1984) et dans l'interactionnisme (Ritzer, 1975; Downes et Rock 1988). À ce titre, cette perspective envisage la manière dont les définisseurs déterminent le sens de la structure des interactions par les significations qu'ils donnent à un comportement. Un comportement peut se voir attribuer plusieurs significations dont l'une d'elles s'imposera. Ces significations s'articulent par des alliances ou des coalitions d'un définisseur ou d'un groupe de

définisseurs. Le recours aux discours des différents intervenants sur la notion de suicide et sur leur pratique est une façon d'avoir accès au sens qu'on lui donne et à la manière dont cette définition influence leur pratique.

Le constructivisme soutient que le sujet «invente» la réalité qu'il croit avoir découverte (Hubert, 1991 : 22). Dans cette perspective, les différentes approches et théories sont considérées comme autant de discours, de point de vue, posé sur la réalité sociale.

«...le propre du constructiviste est précisément de rendre compte des différentes constructions de la réalité que les acteurs développent, d'étudier leurs conditions de production, les «réalités» qu'elles produisent (institutions, idéologies...), les effets, voulus ou non qu'elles induisent.» (Hubert, 1991:123)

Cette perspective a eu un impact important sur la façon de définir ce qu'est un problème social. À ce sujet, Mayer et Laforest (1990:34-38) ont montré le point de vue de plusieurs auteurs qui s'inscrivent dans la perspective du constructiviste. Nous retenons ici particulièrement le point de vue de Spector et Kitsuze (1977:75) qui placent l'accent sur les processus de construction sociale des problèmes sociaux. Ainsi, un problème social est le résultat des démarches d'individus ou de groupes qui formulent des revendications concernant la modification de certaines conditions sociales. Dans cette perspective, les problèmes sociaux sont abordés à partir des activités des individus qui réussissent à les faire émerger en tant que problèmes. Le processus de définition des problèmes sociaux est également relié aux intérêts des individus ou des groupes qui cherchent à s'approprier un champ d'intervention. Pour les constructivistes, les faits ou les conditions qui constituent les problèmes sociaux sont inséparables des acteurs sociaux.

«...d'abord, parce que ce sont les acteurs sociaux eux-mêmes qui les constituent en tant que faits, c'est-à-dire qui les identifient, les nomment et les réunissent sous

une même catégorie; ensuite, parce que ce sont aussi les acteurs sociaux qui les rendent problématiques en exprimant à leur égard des revendications, en donnant éventuellement des définitions contradictoires ou en faisant valoir divers modes de traitement à leur appliquer.» (Hubert, 1991:29)

Ainsi le suicide a toujours existé. Toutefois, ce n'est que depuis la fin des années 1970 qu'au Québec et au Canada, des groupes s'en occupent en tant que problème social et qu'on se mobilise pour le prévenir. Il en a été d'ailleurs plus amplement question dans la section traitant de la problématique.

Au cours des dernières années, des chercheurs comme Atkinson (1971) et Douglas (1966) ont étudié dans cette perspective les processus de production des taux de suicide en s'intéressant à un groupe particulier, soit celui des coroners. Au départ, le suicide est considéré comme une forme sociale et non pas naturelle de comportement. Dans cette conception, la définition du suicide devient problématique, car elle variera selon les sociétés et les époques. S'il n'est pas valable de se servir des rapports des coroners comme sources valables de données parce qu'ils reflètent les vues et les opinions des coroners sur la définition du suicide, on ne peut pas non plus utiliser les études de cas d'autres chercheurs. Dans cette logique, il n'existe pas de source valable de données sur le suicide.

En regard des données sur le suicide, la position des coroners dans les procédures d'enregistrement des mortalités constitue une source cruciale d'information sur les réactions sociétales face aux diverses formes de morts. En effet, la tâche première des coroners est d'établir si la mort est due à des causes naturelles ou non naturelles. Pour prononcer un verdict de suicide, l'intention doit être inférée «post-mortem». Les coroners doivent donc s'appuyer sur des preuves qui les conduisent soit à un verdict de suicide, soit à l'opposé d'un tel verdict.

Il n'est pas facile de statuer sur les intentions puisqu'il est impossible d'interroger le décédé et que les critères ne sont pas précisés pour établir cette intention, ce qui nécessite la recherche d'un motif ou d'une raison. Douglas (1966) dira que les coroners ne sont pas les seuls à tenter une catégorisation de la cause du suicide. N'importe quel membre de la société impliqué dans des processus similaires à ceux des coroners tente aussi d'expliquer les causes du suicide. Pour cette raison, Douglas souligne le besoin de délimiter et de classer les différentes significations associées au comportement suicidaire dans une société donnée.

À l'exception possible de la lettre suicidaire laissée par la personne décédée, les autres indicateurs d'intention suicidaire ne sont pas suffisants pour en arriver à un verdict de suicide. Toutes sont en quelque sorte des indicateurs implicites de l'état d'esprit de la personne décédée précédant la mort. Pour clarifier ce qu'il veut expliquer, Atkinson donne l'exemple d'une veuve de 83 ans retrouvée gazée dans la cuisine de son chalet. Des tapis et des chiffons bloquent portes et fenêtres. Les gens de son entourage disent qu'elle a toujours été heureuse, pleine de vie. Le coroner émet un verdict ouvert en se basant sur le fait qu'on ne trouve aucune preuve que le gaz a été ouvert intentionnellement. Ainsi, l'évidence d'une santé personnelle et mentale heureuse a soulevé des doutes suffisants dans l'esprit du coroner pour le faire dévier d'un verdict de suicide.

La ligne directrice pour les coroners ordonne d'émettre un verdict de suicide seulement lorsqu'il y a une évidence positive d'intention, sans préciser de quelque façon, quels critères doivent être considérés pour établir une telle évidence positive.

Il est intéressant de connaître les principaux indicateurs développés par les coroners dans leur pratique. Ces indicateurs sont d'abord les notes de suicide considérées comme étant le signe le plus certain du suicide pour un coroner qu'un suicide a eu lieu. Malheureusement, selon Maxwell Atkinson (1971) ces notes

n'existent que dans 30 % des cas; elles constituent par elles-mêmes une source importante de données sur les significations sociales du suicide. Un second indicateur concerne les modalités de décès. En effet, certaines façons de mourir semblent être considérées par les coroners comme étant certains indicateurs de types particuliers de mort. Par exemple, les décès relevant de causes routières sont peu susceptibles de conduire à un verdict de suicide, malgré l'évidence que de tels suicides ne sont pas rares. Par contre, la pendaison n'apparaît pas comme un type de mort accidentelle.

Entre ces deux pôles de mortalité, se trouve la surconsommation de drogues, l'empoisonnement au gaz, la noyade et la chute de points élevés. Encore ici, il n'est pas nécessairement facile de conclure à un suicide. On donne l'exemple de personnes âgées qui peuvent absorber des surdoses par accident, ou par distraction. En ce qui concerne les noyades, plusieurs peuvent être des suicides, mais le problème évident dans la preuve de l'intention est que la plupart d'entre elles sont des accidents. Les lieux et les circonstances de la mort sont aussi des indicateurs. Par exemple, une surdose prise au beau milieu d'un bois est plus susceptible de conduire à un verdict de suicide qu'une surdose prise dans un lit. Cela implique que l'on conçoit le suicide comme un acte solitaire, par définition acte normalement non fait en public.

Finalement, un dernier indicateur est celui de l'histoire de vie et de la condition mentale de la personne décédée. Tout comme les coroners se font une idée des modalités de la mort suicidaire, les coroners se font aussi une idée des circonstances qui conduisent au suicide. Ces circonstances sont, par exemple, les situations de séparation, de dépression, etc. Ces circonstances contribuent ainsi à la construction d'un modèle explicatif des modalités de chaque mort.

Dans un article, Atkinson (1969) illustre la façon dont les définitions partagées des situations suicidaires sont transmises

dans un système social. Par exemple, il soutient qu'il y avait une définition partagée des étudiants particulièrement enclins au suicide. Plus il y a d'étudiants qui vont adopter cette définition, plus il y aura probabilité d'envisager chez eux le suicide comme solution finale. Plus il y aura de coroners au fait de cette définition chez les étudiants, plus ils rechercheront des preuves de suicide dans les cas de la mort d'un étudiant. Plus il y aura de verdict de suicide dans les cas de mortalité des étudiants, plus les experts produiront d'articles sur le sujet, et plus les médias en parleront. Comme résultat, la définition des étudiants en tant que groupe à risque s'établira plus solidement et sera plus amplement partagée.

Notre projet de recherche veut cerner le point de vue d'un groupe important dans la définition du suicide en tant que problème social, soit celui des intervenants bénévoles et professionnels. Nous tenterons de reconstruire la façon dont ils construisent eux-mêmes la réalité du suicide et la réalité des personnes suicidaires auprès de laquelle ils interviennent. La perspective du constructiviste nous permettra de mieux comprendre comment s'est construite la connaissance du suicide par l'analyse des rapports entre les raisons données par les bénévoles pour intervenir et les significations personnelles qu'ils donnent à la situation du suicide.

2.3 La sociologie des représentations

Au sens large, la représentation peut être considérée comme une façon d'organiser notre connaissance de la réalité qui est elle-même construite socialement. À partir d'auteurs qui ont tenté de définir la notion de représentation sociale (Moscovici, 1961; Herzlich, 1969; Jodelet, 1984 et 1984), Fischer (1987) propose la définition suivante :

«...la représentation sociale est un processus d'élaboration perceptive et mentale de la réalité qui

transforme les objets sociaux (personnes, contextes, situations) en catégories symboliques (valeurs, croyances, idéologies) et leur confère un statut cognitif permettant d'appréhender les aspects ordinaires par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales.» (Fischer, 1987:118)

C'est Durkheim (1895) qui fut le premier à identifier les représentations comme étant des formes mentales. Cependant, Durkheim oppose les représentations collectives et les représentations individuelles. Il attribue aux représentations collectives le concept de permanence et aux représentations individuelles celui de la perception, de l'image et du fluctuant. Laisée pour compte après Durkheim, la notion de représentation sociale a été reprise par Moscovici dans le cadre de la psychologie sociale. Toutefois, ce n'est qu'après des changements de paradigmes dans les sciences humaines que la notion de représentation sociale mobilise un vaste courant de recherche.

Contrairement à Durkheim (1961), les représentations sociales pour Moscovici (1961) doivent être analysées en tenant compte des éléments affectifs, mentaux et sociaux. Les rapports sociaux affectent les représentations et la réalité matérielle, sociale des personnes. De ce point de vue, les représentations sociales sont donc abordées comme le produit et le processus d'une activité d'appropriation de la réalité extérieure à la pensée et d'élaboration psychologique et sociale de cette réalité (Jodelet, 1989).

Les représentations sociales nous permettront de définir notre rapport au monde, notre réalité quotidienne en définissant les différents aspects de cette réalité pour tenter de mieux comprendre. Jodelet (1989 : 26) formule ainsi une définition de la représentation sociale qui rencontre le consensus de la communauté scientifique : «C'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.» D'autres auteurs parleront de «savoir du sens

commun» ou «savoir naïf» pour la distinguer de la connaissance scientifique.

Ainsi, une personne ou des groupes de personnes vont se faire une idée, une interprétation de la façon dont ils se représentent un objet, une situation, un problème. Ces diverses représentations vont se manifester dans les discours, les conduites des gens. Par exemple, concernant un phénomène comme le suicide, nous avons vu dans le chapitre concernant la problématique qu'il mobilise selon les époques, selon les groupes, des réactions de peur, de péché, des actions pour le maîtriser. Les représentations, parfois d'ordre moral, juridique, biologique, psychologique et social, seront construites pour tenter de définir le phénomène du suicide.

La sociologie des représentations nous servira d'assise dans l'analyse du discours des intervenants bénévoles et leurs conditions de production.

2.4 La sociologie implicite

La notion de sociologie implicite développée par Sévigny (1983) constitue un apport intéressant à notre compréhension. L'idée centrale de la sociologie implicite est :

«...que l'intervenant produit aussi des connaissances à propos de sa pratique, du cadre organisationnel et social de cette pratique, du rôle d'intervenant et de celui de client ou patient, etc.» (p. 18).

Pour Sévigny, la sociologie implicite est donc présente dans le discours des intervenants lorsqu'ils nous parlent de leur pratique. Il fera le parallèle avec une analyse de l'idéologie au sens où cette notion se rapproche de celle de «culture définie comme un système symbolique par lequel s'expriment à la fois les représentations de la réalité et les représentations du désirable

(les valeurs).» Dans cette perspective, les sujets intervenants sont considérés comme des acteurs qui, au même titre que le chercheur, peuvent produire de la connaissance par leurs observations, leurs analyses, leurs interprétations. Pour Sévigny (1983), les connaissances des intervenants ne sont pas produites uniquement de façon individuelle, mais sont également le résultat des connaissances accumulées par l'ensemble des personnes qui partagent sa profession. Il fait ici référence aux personnes qui ont reçu une formation semblable, celles qui partagent la même approche théorique, celles qui pratiquent ou interviennent dans des institutions similaires. Ce sont ces diverses connaissances qui contribuent aux fondements des pratiques. La notion d'implicite est ainsi utilisée en comparaison avec les connaissances explicites organisées dans un système de pensée théorique ou systématique. Tout en s'inspirant de la tradition sociologique, Sévigny tient compte également de la connaissance «implicite» des intervenants en leur reconnaissant un statut valable de connaissance.

Cette perspective de la sociologie implicite nous permettra de qualifier les connaissances des intervenants bénévoles et professionnels à propos de leur pratique.

2.5 La phénoménologie

Pour la philosophie phénoménologique, la réalité n'existe que dans le rapport expérientiel que la personne a au monde. La phénoménologie affirme donc l'importance de respecter la signification du vécu de la réalité à l'étude telle que perçue et définie par les personnes.

Dans cette conception, il n'existe pas de réalité objective, en dehors de notre perception et de notre expérience du monde (Laferrière, 1985). Ce n'est donc pas à la recherche d'une vérité que cette perspective invite, mais plutôt à la recherche des

différentes vérités qui émergent de la perception de chaque personne concernant la réalité à l'étude.

Le processus de recherche dans cette logique va laisser l'espace nécessaire à l'expression de l'expérience vécue des individus et à la signification qu'ils donnent à cette expérience (Deschamps, 1993). C'est dans cet objectif que le chercheur s'efforce d'intervenir le moins possible au cours du processus de recherche et de décrire de façon minutieuse l'expérience du vécu. Mucchielli (1983) fait remarquer que le chercheur doit pratiquer «la réduction phénoménologique» c'est-à-dire mettre «entre parenthèses» son savoir et ses à priori théoriques pour être disponible à l'expérience de l'autre.

Dans cette perspective, il est donc important de laisser le plus de place possible à l'expression de la personne. Bordeleau (1994) s'inscrit également dans ce paradigme lorsqu'il invoque que l'idée suicidaire a un sens qu'il faut s'attarder à comprendre.

«...L'idée suicidaire est une idée, une représentation mentale qui peut s'exprimer sous différentes formes : images, fantasmes, plans, hallucinations auditives ou encore, considérations intellectuelles. Cette idée est étroitement liée avec la mort et cette association lui confère une forte charge émotionnelle» (Bordeleau, 1994 : 105).

L'hypothèse proposée par Bordeleau est que la présence de l'idée suicidaire a un sens que l'intervenant se doit de rechercher. C'est dans cette logique que notre recherche se préoccupe de comprendre le sens du phénomène du suicide chez les intervenants et le sens de l'expérience d'intervention.

Nous avons présenté dans ce chapitre l'ensemble des aspects théoriques qui ont guidé notre analyse des pratiques des intervenants bénévoles et professionnels.

La première section du chapitre a exposé les principales théories explicatives utilisées pour comprendre le phénomène du suicide. Ces théories sont à la base de l'ensemble des débats qui traversent aujourd'hui la pensée scientifique. La première tradition que nous retrouvons au niveau de l'approche sociologique, médico-psychiatrique, biologique et psychologique considère que les faits découlant principalement de l'observation et de l'expérimentation peuvent être analysés de façon neutre et objective. L'approche stratégique et écologique relève davantage du courant subjectiviste par l'attention portée à la compréhension, au sens, aux croyances des acteurs.

La seconde section de ce chapitre a traité de cinq modèles théoriques dont les fondements épistémologiques s'attachent davantage à la signification sociale attribuée par les sujets au monde qui les entoure. C'est de cette perspective que s'inspire principalement notre recherche. Sans négliger l'importance du monde objectif, nous avons choisi de considérer l'acteur intervenant avec sa subjectivité dans son quotidien et la singularité de sa pratique d'intervention.

Le prochain chapitre présente la méthodologie de recherche.

CHAPITRE III

LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. L'approche méthodologique

Ce chapitre décrit la méthodologie qui a servi de base à notre recherche. Dans un premier temps, nous justifions l'approche méthodologique choisie. Dans un second temps, nous exposons la planification opérationnelle de la recherche. Pour ce faire, nous décrivons l'échantillon théorique, le schéma d'entrevue ainsi que la manière dont s'est effectuée l'analyse des données. Il sera présenté également les limites de la recherche ainsi que les questions d'éthique.

Tel que nous le mentionnons auparavant, les buts de notre étude sont de cerner les significations des intervenants bénévoles et professionnels face au problème du suicide et d'analyser leur pratique. Dans cette optique, nous nous devons de privilégier une méthode de recherche inductive et souple qui en permettra l'émergence. L'approche qualitative nous semble à cet effet la plus appropriée, par l'importance qu'elle accorde à l'expérience du sujet et au sens qu'il donne à la réalité sociale. Comme l'écrit fort justement Deslauriers :

«La recherche qualitative ne rejette pas les chiffres, ni les statistiques, mais ne leur accorde tout simplement pas la première place; elle se concentre plutôt sur l'analyse des processus sociaux, sur le sens que les personnes et les collectivités donnent à l'action sur la vie quotidienne, sur la construction de la réalité sociale». (Deslauriers, 1991:6)

Différents modèles sont possibles pour analyser les pratiques sociales. Mentionnons entre autres les travaux particulièrement intéressants d'Argyris et de Schön (1983) aux États-Unis qui apportent une contribution majeure aux sciences de l'intervention. Ils utilisent le concept de science-action en opposition à la science traditionnelle.

Au Québec, St-Arnaud (1992) et Racine (1991) ont expérimenté ce modèle des théories de l'action. Entre autres, St-Arnaud résume ainsi l'approche proposée par Argyris et Schön :

«Le contrôle des variables est remplacé par une réflexion systématique et rigoureuse sur l'intervention. Partant du postulat que toute action est intentionnelle, le praticien qui applique la méthode de science-action peut devenir un praticien chercheur. Il opérationnalise les intentions en termes d'effets observables, il évalue rigoureusement s'il a produit les effets visés, il détermine les erreurs qu'il a commises et invente des stratégies efficaces pour résoudre les problèmes qu'il rencontre dans des situations de vie réelle. En réunissant et en organisant en un tout cohérent les principes qui guident réellement son action, il en arrive à pouvoir formuler son propre modèle d'intervention. Cette forme de recherche ne peut être menée uniquement par un observateur extérieur. C'est le praticien lui-même qui est le chercheur principal.» (St-Arnault, 1992, p. 103)

Concrètement, il s'agit pour l'intervenant de répertorier des séquences de ses interventions, de faire une liste des effets visibles qu'il cherche à produire afin d'établir un répertoire des stratégies mises en place pour résoudre les problèmes. Cette réflexion sur l'action constitue une méthode scientifique en ce sens que l'intervenant se place en situation d'exploration, d'expérimentation et de vérification d'hypothèses.

C'est dans cette même lignée que Daigle (1988) s'est intéressé à l'évaluation des interventions des bénévoles en prévention du suicide en utilisant l'écoute confidentielle de soixante et deux (62) appels de clients anonymes du Centre Suicide-Action Montréal. L'instrument utilisé pour coter les différentes interventions observées était une grille d'observation comportant vingt-trois (23) catégories de réponses pouvant être émises par les intervenants.

Ces différentes façons d'aborder l'analyse des pratiques sont intéressantes, mais ne correspondent pas à notre intérêt d'étude qui s'oriente vers la recherche de la perception et du sens des pratiques. Notre démarche de recherche s'inscrit davantage comme une recherche empirique en ce sens qu'elle a pour objet

de connaître une situation problème à partir du point de vue des intervenants.

Plus appropriée à ce genre de recherche, la méthode des récits de pratique vise à mieux saisir les pratiques et leurs significations (Bertaux, 1976). Elle nous permet en effet de lier les pratiques des intervenants au sens qu'ils donnent à la problématique du suicide et leur contribution à sa construction.

«Pour vraiment comprendre les récits de vie, je crois qu'il faut arriver à les considérer non comme des récits de vie, mais comme des récits de pratiques : non comme des histoires de vie à chaque fois, l'histoire d'une vie-, mais comme des suites, parfois contingentes, des trajets dans certaines régions de l'ensemble des rapports sociaux. Un trajet pouvant durer toute une vie, comme dans le cas d'une «vie simple» , ou bien seulement quelques années, voire moins. L'unité de sens, dans cette conception, ce n'est pas la vie, pas du tout, c'est le trajet dont l'unité vient de l'unicité du secteur des rapports sociaux où l'être humain se trouve» (Bertaux, 1976:197)

Cette démarche accorde priorité au regard des acteurs qui sont directement impliqués dans l'objet d'étude. Geertz (1983) dira que ce sont ceux-là qui possèdent un savoir local. Ce choix nous permet donc de partir du discours des intervenants, de leur laisser la parole pour saisir le sens qu'ils donnent à la situation du suicide ainsi que la logique implicite qu'ils donnent aux pratiques qu'ils mettent en place pour intervenir. À ce sujet, Michelat (1975:233) dira fort justement que chaque individu est caractérisé par son appartenance actuelle à un certain nombre de groupes sociaux qui produisent une sous-culture qui leur est spécifique.

Pour plus de précision, nous nous référons ici à la définition du récit de pratique énoncé par Desmarais et Jouthe (1993..133) :

«Le récit de pratique se définit comme une narration de type autobiographique, par l'intervenante sociale d'une série d'actes ordonnés chronologiquement, que celle-ci tentera d'arrimer, d'une part, à un ensemble de conditions relevant à la fois d'elle-même et du monde sociohistorique dans lequel ses actes s'inscrivent et, d'autre part, à des effets produits sur les personnes prises individuellement et à des niveaux plus larges (famille, réseau, quartier, etc). L'intervenante sociale qui produit ses actes se pose du coup en tant que sujet sociohistorique. L'ensemble des actes posés, des conditions nécessaires à leur réalisation et des effets qu'ils ont eu représente ce qu'il est convenu d'appeler une pratique sociale (Desmarais.D et Jouthe. E, 1993, p. 133)».

La description et l'écoute en profondeur (Geertz, 1973) de chaque récit de pratique des intervenants nous permettra l'accès à l'expérience détaillée de leurs pratiques à partir des trajectoires sociales qu'ils ont suivies. Nous pourrons ainsi confronter les réflexions théoriques avec les récits de pratique singulier des intervenants pour mieux comprendre le problème social du suicide.

Nous effectuerons la biographie des intervenants en procédant à des entrevues à tendance non directive. Daunais (1992:276-277) rend bien le rôle tenu par les interlocuteurs dans ce type d'entretien :

«Le choix de l'entretien non directif sous tend le projet d'une relation visant à faire jouer un rôle particulièrement actif à l'interviewé(e) reconnu(e) capable de s'exprimer verbalement sur le thème proposé. Non seulement considère-t-on sa capacité de parole, mais aussi sa compétence concernant les diverses facettes du problème qui lui est soumis. Bien plus le chercheur juge le sujet plus en mesure que toute autre personne de mettre à jour les données importantes requises : les faits, les idées, les opinions, les états affectifs, etc. En un sens, il partage sa tâche d'investigation avec l'interviewé et lui en confie une large part. Lui-même, il se donne un rôle de déclencheur des communications, de facilitateur et de soutien de l'expression, grâce au maintien d'un niveau élevé de motivation chez le sujet. On voit déjà que l'efficacité de l'entretien non directif repose autant sinon davantage, sur des qualités humaines et relationnelles que sur la compétence scientifique de l'interviewer». (Daunais, 1992:276-277)

Comme l'a noté Desmarais (1986) la construction du récit de vie exige une interaction, un échange entre l'interviewé et l'interviewer. Ainsi, ce dialogue autour du récit devient une co-construction de l'émergence d'un savoir. Elle souligne également que dans l'entretien biographique, c'est à partir du moment où l'interviewé s'approprie le déroulement de l'entretien qu'il construit sa propre logique.

2. Planification opérationnelle de la recherche

2.1 L'échantillonnage théorique

Notre démarche de recherche nous a conduits à opter pour un échantillonnage théorique (Glaser et Strauss, 1967). Nous avons donc choisi des intervenants bénévoles et professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue non pas en fonction de leur représentativité statistique mais selon la formulation des objectifs de l'étude.

Pour les besoins de cette recherche, nous avons effectué quarante (40) entrevues au total, dont vingt-cinq (25) avec des intervenants bénévoles et quinze (15) avec des intervenants professionnels oeuvrant en prévention du suicide. Les prénoms utilisés sont fictifs et ont été choisis par les interviewés. En recherche qualitative la taille de l'échantillon est rarement déterminée à l'avance. Il se peut que nous ressentions le besoin de faire plus ou moins d'entrevues que prévu. Dans la lignée d'auteurs comme Glaser et Strauss (1967:61-62), Bourdieu, (1993), la saturation du matériel est fonction de notre objet de recherche et va délimiter notre population à l'étude. Pirès (1983:92) rend bien l'utilisation du concept de saturation :

«Il faut noter que la saturation est moins un critère de sélection ou de constitution de l'échantillon qu'un critère d'évaluation méthodologique de celui-ci. Il remplit deux fonctions capitales; d'un point de vue opérationnel, la saturation indique au chercheur à quel

moment il doit s'arrêter dans sa cueillette de données, évitant ainsi un gaspillage inutile d'évidences, de temps et d'argent; d'un point de vue méthodologique, il permet au chercheur de généraliser ses résultats et ses conclusions à l'ensemble de la population à laquelle le groupe analysé appartient.»

En fait, il s'agit de recueillir de l'information jusqu'à ce que cette dernière devienne redondante. Au départ, nous avons cherché à obtenir du matériel sur le plus d'aspects possibles du vécu des intervenants bénévoles et professionnels. Dans un deuxième temps, lorsque des dimensions particulières ont émergé, nous avons aidé les intervenants à approfondir les thèmes.

Considérant l'étendue du territoire, ces entrevues ont été effectuées dans six (6) des principales villes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue : Amos, La Sarre, Malartic, Rouyn-Noranda, Val D'Or et Ville-Marie.

Nous avons tenu compte, dans la sélection des intervenants bénévoles et professionnels, des caractéristiques suivantes : être intervenant bénévole de la ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue depuis au moins un an et avoir eu à intervenir dans au moins une situation de personne suicidaire. Pour les professionnels, il s'agissait d'être impliqués dans le programme de prévention du suicide depuis au moins un an. Plusieurs professionnels rencontrés correspondent également au critère demandé pour l'intervenant bénévole.

Dans le souci de respecter le plus d'uniformité possible, nous avons réalisé majoritairement les entrevues aux différents locaux de prévention du suicide situés dans six (6) villes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Les entrevues se sont déroulées du 21 septembre au 13 décembre 1994.

Les données proviennent également de documents écrits à l'interne par les comités de prévention du suicide : procès-verbaux, correspondance, politiques et procédures.

2.2 Caractéristiques générales des répondants

Il s'agit essentiellement ici de décrire les caractéristiques générales des participants de l'étude et d'en faire ressortir les lignes de force. Dans un premier temps, il y aura présentation des données (tableau I) concernant la répartition des participants à l'étude selon les villes où ils furent rencontrés. Ces données porteront sur les principales villes, le nombre de participants, réparti selon le nombre de bénévoles et de professionnels et le sexe.

Dans un deuxième temps, le tableau II répartira les participants selon certaines variables sociodémographiques.

Puis, dans un troisième temps, sera présenté, au tableau III, la répartition du nombre de bénévoles travaillant dans le programme de prévention du suicide dans les différentes villes où se sont déroulées les entrevues.

Rappelons que la démarche de cette recherche a fait le choix d'un échantillonnage théorique. Les intervenants bénévoles et professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue n'ont pas été choisis en fonction de leur représentativité statistique mais selon la formulation des objectifs de notre étude qui se veut avant tout de l'ordre de la compréhension. Vingt-cinq (25) entrevues ont donc été conduites avec des intervenants bénévoles et quinze (15) avec des professionnels.

Par intervenants bénévoles, nous entendons les personnes qui font de l'intervention téléphonique en prévention du suicide. Les intervenants professionnels regroupent principalement les intervenants des CLSC attirés au dossier prévention-suicide, les formateurs, les superviseurs et coordonnateurs du programme prévention suicide au niveau de la Régie Régionale et de la table de concertation régionale en prévention du suicide.

Considérant l'étendue du territoire de l'Abitibi-Témiscamingue, les entrevues se sont réparties dans six des principales villes de la région, soit : Amos, La Sarre, Malartic, Rouyn-Noranda, Val d'Or et Ville-Marie.

Pour la sélection des personnes à rencontrer en entrevue, le choix a été laissé à une personne ressource des comités de chacune des villes. La sélection des bénévoles devait cependant tenir compte des caractéristiques suivantes : être bénévole à la ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue depuis au moins un an et avoir eu à intervenir dans au moins une situation de personne suicidaire. Il a également été suggéré de sélectionner les personnes selon la proportion approximative de la représentation des femmes et des hommes qui interviennent en prévention suicide.

TABLEAU I

Répartition des participants à l'étude selon les villes

Villes	Nombre de participants	Sexe		Nombre de bénévoles	Sexe		Nombre de professionnels	Sexe	
		F	H		F	H		F	H
Amos	4	4	0	3	3	0	1	1	0
La Sarre	7	4	3	5	2	3	2	2	
Malartic	4	3	1	2	2	0	2	1	1
Rouyn-Noranda	8	7	1	4	3	1	4	4	
Val D'Or	8	4	4	5	3	2	3	1	2
Ville-Marie	9	4	5	6	3	3	3	1	2
Total	40	26	14	25	16	9	15	10	5

Au total, 40 intervenants bénévoles et professionnels ont été rencontrés dont 26 femmes et 14 hommes. Tel qu'indiqué précédemment sur les quarante personnes rencontrées, vingt-cinq sont des intervenants bénévoles (16 femmes et 9 hommes) et quinze sont des professionnels (10 femmes et 5 hommes).

Le tableau II montre la répartition des participants selon certaines variables sociodémographiques. Nous avons retenu les variables suivantes : le nom fictif des participants, l'âge, le sexe, le statut civil (vivant avec conjoint ou vivant seul), l'occupation (emploi rémunéré ou sans emploi : retraité, chômage, aide-sociale, soins de la maison), la scolarité, la religion et les revenus. Comme l'indique le tableau II, c'est la catégorie d'âge des 30-39 ans et des 40-49 ans qui sont les plus nombreux à intervenir. En ce qui concerne le sexe, ce sont les femmes qui sont les plus nombreuses, soit vingt-six (26) femmes et quatorze (14) hommes. Pour ce qui est de l'état civil, vingt-sept (27) personnes vivent avec un conjoint (sont inclus les personnes vivant en union libre) et treize (13) vivent seuls. Parmi les gens vivant seul sont inclus, ceux et celles qui sont célibataires, divorcés, séparées. La plupart des participants, soit trente-trois (33) occupent un emploi rémunéré et sept (7) sont sans emploi. Cette dernière catégorie inclut les personnes à la retraite, ceux et celles recevant des prestations de chômage et d'aide sociale. Pour ce qui concerne la scolarité, la proportion la plus importante de nos participants, soit vingt-six (26) possèdent un diplôme universitaire, sept (7) d'entre eux possèdent une formation collégiale, quatre (4) une formation de niveau secondaire, et trois (3) une formation post-secondaire professionnelle. Au niveau de la religion, la majorité de nos participants, trente et un (31), s'identifient comme catholique. Finalement, la plus grande proportion des revenus se situe pour onze (11) personnes dans la tranche des 45,000 et plus. Tandis que les autres se répartissent entre des revenus de moins de 5,000 à 44,900\$

Pour compléter ce tableau, voici quelques données fournies par les centres de prévention du suicide des principales villes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue où nous avons rencontré les intervenants. Il est à noter que les bénévoles proviennent également des localités environnantes des villes.

Tableau III**Répartition des bénévoles selon les villes**

Villes	Nombre de bénévoles	Sexe		Moyenne d'âge
		F	H	
Amos	32	28	4	42 ans
La Sarre	35	29	6	43 ans
Malartic	24	20	4	39 ans
Rouyn-Noranda	55	45	10	37 ans
Val D'Or	57	42	15	40 ans
Ville-Marie	28	23	5	40 ans

Ce tableau confirme que le portrait de l'intervenant bénévole en prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue est une femme d'un âge moyen de 40 ans.

Les résultats d'une enquête de Statistique Canada (1981) concernant le bénévolat révèle que les femmes représentent 54 % des bénévoles. Cependant, les femmes sont plus nombreuses dans les types de bénévolats qui requiert des pratiques d'aide et de soins. Ce type de bénévolat s'inscrit dans l'extension du rôle traditionnel qu'elles assument dans une large part au niveau du soutien aux membres de leur famille. Comme l'ont démontré les analyses féministes (Finch et al 1983; Graham 1985), les qualités nécessaires à l'accomplissement de la plupart des tâches de

soutien correspondent à la définition de la féminité dans notre société : disponibilité aux autres, altruisme, adaptation aux besoins de chacun, etc. Dans une enquête auprès des bénévoles de la région de Québec, Jérôme Guay (1984:148) dégage un portrait type du bénévole qui s'avère être une femme dans 85 % des cas. Ces femmes font surtout du bénévolat dans les hôpitaux, les centres d'hébergement, les centres d'accueil et les centres de transition, de même que dans les services de dépannage communautaire.

Une autre donnée intéressante est celle produite par l'INRS-Culture et Société (1995) et rapportée dans le quotidien le Devoir du 15 août 1995 concernant le pourcentage de bénévolat selon les différentes régions du Québec. Ces données indiquent que dans l'ensemble du Québec, 30,8 % des personnes interrogées ont déclaré avoir consacré une partie de leurs loisirs au bénévolat au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête. Cette proportion est inférieure à 30 % à Montréal (28,7 %) et à Laval (22,6 %) et supérieure à 35 % dans toutes les régions éloignées. La région de l'Abitibi-Témiscamingue (35,4 %) au niveau du bénévolat se classe après la Côte-Nord (42,4 %) et la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (43 %).

Cette description des principales caractéristiques des participants à l'étude ainsi que celles de l'ensemble des intervenants bénévoles en prévention du suicide dans six (6) principales villes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue permet de mieux situer les propos de ces intervenants qui font l'objet du chapitre suivant.

Dans le prochain chapitre, il sera question de l'analyse de la trajectoire sociale des intervenants bénévoles et professionnels et particulièrement de leurs motivations à intervenir et des représentations liées à la problématique du suicide. Il sera question par la suite des pratiques d'intervention privilégiées par des intervenants.

2.3 Le schéma d'entrevue

Notre schéma d'entrevue s'inspire de l'approche de Glaser et Strauss en ce sens qu'il a varié selon l'émergence des aspects soulevés par les intervenants se refusant ainsi à enfermer l'expérience et le discours à l'intérieur de catégories préétablies.

Nous avons construit un premier schéma large à partir des thèmes qui interagissent dans la signification du suicide et de son intervention. La formulation de ces différents thèmes s'est inspirée principalement de notre expérience personnelle comme intervenante au comité de prévention du suicide et de la littérature consultée. Ces thèmes et sous-thèmes ont été apportés uniquement lorsqu'ils n'étaient pas couverts spontanément par les interviewés.

Au départ, nous cherchions plutôt à couvrir le plus d'aspects possibles. Ce n'est que lorsque certains aspects commençaient à émerger que nous demandions plus de précision.

Notre schéma d'entrevue a fait l'objet d'un prétest auprès de trois (3) intervenants bénévoles. Ce prétest nous a permis de vérifier la pertinence de nos thèmes et sous-thèmes, de connaître la durée approximative de l'entrevue et de recueillir des impressions générales sur le déroulement de l'entrevue.

Au début de l'entrevue, quelques minutes étaient réservées pour faire connaissance. Après une brève présentation de notre recherche, en termes d'objectifs généraux, nous débutions l'entrevue par la consigne suivante : «Pourriez-vous me parler de votre expérience comme intervenant sur la ligne d'intervention en prévention du suicide?»

Les thèmes et sous-thèmes

Quoique les intervenants soient libres d'aborder différents thèmes qu'ils jugent pertinents, nous croyons opportun de les amener à approfondir trois grands thèmes. Les thèmes à couvrir peuvent se regrouper selon l'ordre suivant:

Pratique des intervenants bénévoles et professionnels

- description détaillée de leur expérience lorsqu'ils font face à une situation de suicide (décrire les étapes du processus d'intervention).
- description des attitudes utilisées, des discours tenus, des décisions prises.
- perceptions de l'intervention.
- sens donné à leur intervention.

Signification du suicide

- motivation à intervenir en prévention du suicide. pourquoi ils interviennent?
- perception et compréhension de la situation du suicide.

Trajectoire sociale des intervenants bénévoles et professionnels

- comment ils se sont intéressés à la situation du suicide?
- quels ont été leurs intérêts à s'impliquer dans l'intervention auprès des suicidaires?

Renseignements supplémentaires au profil biographique

Les catégories suivantes nous permettent de connaître les caractéristiques socioculturelles des intervenants bénévoles.

- année de naissance
- sexe
- statut civil
- occupation ou profession
- niveau de scolarité
- revenus
- religion
- présence de situations de suicide dans leur entourage personnel

Ces catégories ne sont pas exhaustives, mais ont été complétées par l'information donnée par les intervenants bénévoles et professionnels dans le cadre des récits biographiques.

2.4 L'analyse des données

Conformément à l'approche utilisée, l'analyse du contenu des entrevues est qualitative, au sens où l'entendent Bardin (1977); Huberman et Miles (1991); Mucchielli (1979); Van Der Maren (1987). C'est avec justesse, croyons-nous, que Dorais (1993:13) mentionne que «les tendances principales ne s'excluent pas nécessairement, mais peuvent être vues comme une continuité.»

Dans cette vision, notre démarche d'analyse s'inspire des tendances suivantes :

- Nous retenons, dans un premier temps, la vision phénoménologique qui se préoccupe de la perception que les sujets ont de la réalité étudiée en laissant émerger, des données, les thèmes et les catégories. Dans cette optique, le

chercheur devra laisser les sujets exprimer leurs propres perceptions de la situation.

- Nous rejoignons également Glaser et Strauss (1967) par le rapport constant que leur modèle théorique entretient avec les données de la situation à l'étude. Pour ces auteurs, les opérations du processus de recherche doivent s'effectuer de façon simultanée et non par étapes successives. Cela signifie que l'analyse du matériel recueilli s'effectuera au fur et à mesure que les données s'accumuleront. L'élaboration de la grille d'analyse débutera au moment où le chercheur commencera sa recherche. C'est ainsi que se construira un modèle théorique intégrateur (the grounded theory) qui prendra appui simultanément sur des données théoriques et empiriques.

La comparaison constante des données est à la base de l'élaboration du modèle de Glaser et Strauss, ce qui permet de faire émerger les constantes et les divergences présentes dans la situation à l'étude. La méthode de comparaison constante se termine avec la saturation des données, c'est-à-dire au moment où la comparaison des incidents pour chacune des catégories conceptuelles ne permet plus d'établir de relations nouvelles.

La comparaison constante et systématique des données recueillies et la recherche de saturation représente un apport intéressant dans l'analyse de notre sujet d'étude.

Ces orientations nous rejoignent principalement dans le sens que dans un premier temps, nous avons laissé le plus de place possible à l'intervenant pour favoriser l'émergence d'un discours qui lui est propre au sujet de sa perception de la situation du suicide et de son intervention. Toutefois, dans un deuxième temps, nous avons introduit des dimensions qui n'ont pas été couvertes par les intervenants afin d'apporter un éclairage supplémentaire à notre questionnement. Nous nous sommes

assurés que les questions de notre schéma d'entrevue soient posées de façon la plus ouverte possible. Nous avons également utilisé des techniques comme la reformulation, la synthèse, le reflet afin de permettre à l'intervenant de préciser sa pensée.

C'est dans la démarche de Rhéaume et Sévigny (1988) concernant l'étude de la sociologie implicite des intervenants en santé mentale que nous retrouvons davantage l'orientation que nous voulons donner à notre recherche. En effet, ces auteurs ont opté pour un compromis entre les intérêts des chercheurs et ceux des interviewés. La finalité de la recherche est de comprendre et interpréter la sociologie implicite des intervenants. Pour favoriser ce questionnement de la sociologie implicite des intervenants, les chercheurs se sont appuyés sur un schéma d'entrevue. Ils ont ainsi adopté un «va-et-vient» (selon leur expression) entre le schéma d'analyse thématique du contenu et le discours des intervenants.

Il existe plusieurs techniques d'analyse de données pouvant même être utilisées conjointement dans un même projet d'analyse de données (Gauthier, 1992;357). Les données des récits de pratique que nous avons utilisées ont été soumises à une analyse de contenu. Il existe plusieurs définitions de l'analyse de contenu. Retenons ici la définition de l'Écuyer (1987;62) :

«L'analyse de contenu est une méthode scientifique, systématisée et *objectivée* de traitement exhaustif de matériel très varié par l'application d'un système dit de codage-décodage conduisant à la mise au point d'un ensemble de *catégories* (exhaustives, pertinentes, objectives et clairement définies) dans lesquelles les divers éléments du matériel analysé sont systématiquement *classifiés* au cours d'une série d'*étapes* rigoureusement suivies dans le but de faire ressortir les caractéristiques spécifiques de ce matériel dont une *description scientifique* détaillée amène à comprendre la *signification exacte* du point de vue de l'auteur à l'origine du matériel analysé, et ce en s'adjoignant au besoin *l'analyse quantitative* sans jamais toutefois s'y limiter, mais en se basant surtout sur une excellente *analyse qualitative* complète et détaillée des *contenus manifestes*, ultimes révélateurs du sens exact du

phénomène étudié, et complétée dans certains cas par une analyse des *contenus latents* afin d'accéder alors au sens caché potentiellement véhiculé, le tout conduisant à divers *niveaux d'interprétation* du matériel, l'analyse de contenu pouvant porter sur des *phénomènes statiques* d'une part et s'avérer d'une grande richesse lorsqu'appliquée dans une *perspective développementale* d'autre part.» (p 62).

Les débats méthodologiques définissent l'analyse de contenu soit dans une perspective quantitative ou qualitative pour déterminer son objectivité.

Notre orientation s'inspire davantage d'une analyse qualitative de contenu pour vérifier la présence de thèmes. Nous retenons à ce sujet la distinction faite par Landry (1992:342) :

«Par comparaison, l'analyse qualitative de contenu interprète le matériel étudié à l'aide de quelques catégories analytiques en faisant ressortir et en décrivant les particularités. L'analyse quantitative compare les ressemblances et les différences quantitatives qui ressortent des catégories analytiques alors que l'analyse qualitative met l'accent sur les nuances qui existent dans les ressemblances et les différences qui ressortent des catégories analytiques.»

Un second débat dans l'analyse de contenu consiste à déterminer si l'analyse doit porter sur le contenu manifeste ou le contenu latent. À ce sujet, la vision de L'Écuyer (1987:52) rencontre la nôtre. Pour cet auteur, le contenu de ce qui est dit (contenu manifeste) est une réalité aussi importante que le contenu de ce qui n'est pas dit, de ce qu'il faut interpréter (contenu latent).

ÉTAPES DE L'ANALYSE

L'Écuyer (1987), Mayer, Ouellet (1991) ont fait l'étude de plusieurs auteurs concernant les différentes étapes de l'analyse de contenu. Pour notre propre démarche, nous nous inspirons particulièrement de l'Écuyer qui offre un modèle général pouvant convenir à la plupart des analyses de contenu.

Au départ, mentionnons que notre schéma d'entrevue nous a servi de grille d'analyse. Cette grille d'analyse s'est bien sûr modifiée à la lumière de nos données.

Première étape:

Au préalable, il y a eu un enregistrement et une transcription intégrale des entrevues qui fut remis à chaque participant pour en valider le contenu des informations et apporter des correctifs s'il y avait lieu.

Deuxième étape:

Nous avons procédé à un examen attentif des données par une lecture répétée des entrevues. Cette lecture «flottante» nous a permis de nous familiariser avec le contenu et les différents thèmes.

Troisième étape:

Il s'agit du choix et de la définition des unités de classification. Nous avons commencé à ordonner et organiser nos données par un procédé de découpage des informations en petites unités de sens selon les thèmes retenus dans notre grille d'entrevue et ceux qui ont émergé des entrevues. Nous avons utilisé le système de fiche en identifiant chacun des thèmes où nous pouvions inscrire les énoncés d'entrevue correspondant aux thèmes, ainsi qu'un résumé du discours de l'intervenant en rapport avec les thèmes. Sur une autre fiche, nous avons regroupé les informations d'ordre sociodémographique.

Quatrième étape:

L'Écuyer (1987:57) précise que le processus de catégorisation et de classification doit être abordé selon trois modèles. Le modèle qui nous rejoint correspond à ce que l'auteur nomme le «modèle mixte». Il s'agit d'un modèle souple où une partie des catégories sont préexistantes au départ, tandis qu'un certain nombre s'ajoutent ou sont remplacées en cours d'analyse. Dans un premier moment nous avons regroupé nos énoncés dans les catégories préexistantes, puis nous avons éliminé les catégories redondantes pour arriver à une identification définitive des catégories où nous avons pu classer nos énoncés à partir de la grille d'analyse finale. En fait, il s'agissait de situer chaque fragment de texte avec les thèmes et catégories identifiés en respectant les critères d'exclusivité, d'exhaustivité, de pertinence, d'objectivité et d'homogénéité (Mayer, Ouellet; 1991:486). Nous avons pu ainsi tracer un portrait des perceptions des intervenants bénévoles et professionnels concernant la situation du suicide ainsi qu'une typologie des pratiques d'intervention. En fait, les entrevues ont été considérées dans leur intégralité, de façon individuelle, puis les entrevues ont ensuite été comparées entre elles, selon les mêmes critères. De cette façon, les particularités sont minimisées, et il est plus facile de s'attarder aux propriétés communes.

Cinquième étape:

Cette dernière étape est l'analyse et l'interprétation des résultats. Deslauriers (1991:93) résume bien cette étape : «Le travail d'analyse est une recherche de signification, d'ordre et de cohérence. Elle fait ressortir des liens là où semble régner le hasard». Nous inspirant de Bertaux (1971:223), nous avons tenté de rendre compte de la perception et de la pratique des intervenants concernant le problème du suicide en dégagant les

grandes tendances de chacun des thèmes et de l'ensemble, en prenant soin de les insérer dans un contexte plus large.

En résumé, notre analyse des données s'est alimentée à différents éléments tels les personnes que nous avons rencontrées, les données recueillies, les théories des disciplines de la sociologie, de l'histoire, de l'anthropologie, de la psychologie et notre expérience personnelle.

3. Les limites de la recherche

Cette étude est limitée par quelques éléments. Une première limite provient de notre méthodologie et du contexte de notre recherche. En effet, par cette méthodologie, nous n'avions pas pour objectif de généraliser les résultats, mais bien de faire émerger des perceptions, des significations concernant la problématique du suicide et l'intervention des intervenants bénévoles et professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue.

Une autre limite concerne la population à l'étude. En effet, les intervenants bénévoles et professionnel rencontrés ne représentent qu'un groupe d'acteur impliqué dans la préoccupation du problème du suicide. Cependant, les personnes interviewées nous révèlent une précieuse compréhension des trajectoires qui les ont conduites à s'intéresser et à intervenir en prévention du suicide, de même qu'un éclairage sur le sens qu'elles donnent au suicide et à leur intervention. Sans être exhaustif, leurs discours nous permet de saisir une part de la réalité dans laquelle les interactions conduisent à la reconnaissance formelle d'une situation problème comme le suicide. Compte tenu du développement des groupes bénévoles qui se préoccupent de la question du suicide, nous pensons que leurs interprétations constituent une construction importante de cette réalité.

Une troisième limite s'impose relativement à la connaissance des intervenants entre eux et à la crainte d'être identifié chez certains. En effet, dans une région comme l'Abitibi-Témiscamingue, les personnes oeuvrant dans un même domaine peuvent facilement se repérer. Toutefois, cette inquiétude est présente chez un très petit nombre de participants à l'étude.

Une dernière limite est attribuable aux facteurs de temps disponible et de ressources financières. Il aurait été en effet intéressant de pouvoir effectuer une deuxième entrevue avec nos participants pour approfondir davantage certains thèmes ou encore de pouvoir effectuer des rencontres de groupes.

C'est en tenant compte de ces différentes restrictions que doivent être contextualisées les principaux résultats de cette recherche.

4. Les questions d'éthique

L'éthique constitue une question centrale pour la recherche et, de ce fait, pose l'importance de la responsabilité du chercheur par rapport à son objet d'étude. La recherche qualitative, contrairement à la recherche de type positiviste, veut parvenir à comprendre les phénomènes humains et sociaux. Pour l'accès à cette compréhension, le rôle du chercheur est déterminant à toutes les étapes du processus de la recherche afin de pouvoir présenter une interprétation adéquate des réalités sociales. Dans cette perspective, la subjectivité occupe une position importante qui doit permettre souplesse et ajustement aux événements qui se produisent en cours d'investigation pour s'ajuster aux situations. Ainsi, il importe que la méthodologie utilisée favorise la flexibilité en regard de la situation vécue par les personnes.

Selon Crête (1992), une règle importante de la démarche scientifique est de privilégier un phénomène important pour lequel l'acquisition de connaissances sera susceptible de

contribuer à l'amélioration des conditions de vie de l'individu et de la société. Le choix de notre objet d'étude privilégie un phénomène important, soit celui du suicide. Il veut également susciter la réflexion sur les modes de pratiques réalisées par les intervenants qui travaillent à sa prévention afin d'améliorer la qualité des interventions.

En recherche qualitative, on ne peut nier l'importance accordée à la subjectivité par les connaissances et expériences du chercheur. Au départ, il faut dire que j'avais un préjugé favorable concernant l'intervention des bénévoles et des professionnels par mon implication personnelle en prévention du suicide il y a maintenant une dizaine d'années. Cette implication a grandement facilité l'accès au milieu par la connaissance de quelques personnes clés au sein de l'organisation. Toutefois, plus de la moitié des personnes rencontrées étaient des personnes que je ne connaissais pas. Dans un cas comme dans l'autre, il faut reconnaître les avantages et les inconvénients. Ainsi, lors des entrevues avec des personnes connues, la prudence a été plus rigoureuse afin de prendre les moyens nécessaires pour que ces personnes maintiennent leurs comportements habituels concernant la réalité à l'étude.

Peu importe que les personnes rencontrées soient connues ou non, nous avons toujours tenté d'établir, dès le départ, une attitude de confiance réciproque (Erickson, 1986) afin que la recherche puisse rendre compte de la situation réelle.

La première démarche a consisté en une rencontre avec les personnes déléguées à la table régionale de concertation en prévention du suicide afin de leur faire part du projet de recherche, de ses objectifs, de la méthodologie utilisée et de l'utilité de la recherche.

Nous avons répété les renseignements précités lors du déroulement des entrevues avec chacune des personnes

rencontrées. Toutefois, au préalable, quelques minutes étaient réservées afin de faire plus ample connaissance avec les personnes, de répondre à leurs questions, tout comme à leurs craintes. C'est également à ce moment que nous informions les interviewés de l'utilisation du magnétophone, de la confidentialité et de l'anonymat. C'est aussi en début d'entrevue qu'un consentement écrit (annexe III) , à l'enregistrement de l'entrevue, était demandé ainsi qu'un test d'enregistrement afin d'éviter les problèmes techniques. En général, l'entrevue se déroulait dans les locaux de prévention du suicide pour une période variant d'une heure trente à deux heures. À la fin de l'entrevue, quelques minutes étaient réservées pour recueillir les commentaires des personnes à l'entrevue et les remercier de leur contribution. À la suite de chacune des entrevues, un rapport «verbatim» des entrevues a été remis à chacun des participants pour qu'ils puissent valider le contenu des informations et apporter des correctifs s'il y avait lieu (annexe IV).

En somme, tout au long du processus de recherche, nous avons été soucieuses de maintenir des règles d'éthique capables de prendre en considération le bien-être physique, social et psychologique des participants à l'étude (Crête, 1992 : 54).

L'analyse et l'interprétation des résultats se sont également effectuées avec les précautions de protéger l'anonymat des personnes tout en apportant l'éclairage interprétatif le plus près possible de la question à l'étude.

Cette première partie de la recherche a fait état de la problématique, des aspects théoriques et de la méthodologie de recherche. Dans la deuxième partie, nous allons nous concentrer sur la présentation des résultats, en traçant d'abord les caractéristiques générales des répondants pour poursuivre avec l'analyse des entrevues.

DEUXIEME PARTIE

LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS OU PAROLES D'INTERVENANTS BÉNÉVOLES ET PROFESSIONNELS

CHAPITRE IV

LES PROPOS DES INTERVENANTS BÉNÉVOLES ET PROFESSIONNELS

1. Trajectoire sociale des intervenants bénévoles et professionnels ou mécanismes conduisant à l'entrée dans le bénévolat

La décision d'intervenir en prévention du suicide implique des représentations et des modes de pratiques qui sont construits socialement et culturellement par les individus qui en font l'expérience personnelle. Ainsi s'impose la nécessité de consulter ceux-là même qui vivent l'expérience d'intervenir en prévention du suicide, ceux qui possèdent selon Geertz (1983) un savoir local. C'est donc à partir du regard que les personnes portent sur leur motivation à intervenir et sur le phénomène du suicide que l'on prendra connaissance de la trajectoire qui les a conduits à légitimer leur choix d'intervenir en prévention du suicide.

Dans le chapitre précédent, nous avons tracé le profil biographique des caractéristiques plus objectives des intervenants telles l'année de naissance, l'occupation, les revenus, la scolarité, etc. Ce qui nous intéresse davantage, au niveau des trajectoires sociales, c'est le sens que les individus accordent à leur action. C'est donc à partir du discours des intervenants sur leur motivation à intervenir, et de la signification qu'ils donnent au suicide que nous tenterons de dégager les processus qui traversent la légitimité de leur action.

Le concept de trajectoire sociale élaboré par Grell (1985, p. 27-28) dans sa recherche sur les chômeurs correspond bien à cette recherche de sens qui sous-tend les logiques d'action des individus.

«Les trajectoires individuelles sont sous-tendues par un ensemble de déterminants objectifs (la scolarité, les ressources, etc.) et de facteurs structurels (contraintes du milieu) en interactions complexes avec les capacités créatives de l'individu.

[...] Sur ces filières institutionnelles viennent se greffer, partiellement et de manière plus ou moins

autonome, des trajectoires sociales, c'est-à-dire que les individus qui se meuvent dans cet espace établissent un certain type de rapports avec le cadre institutionnel, par exemple : l'utilisent plus ou moins intensément, plus ou moins machinalement, ou encore se l'approprie pour réaliser leurs propres projets.» (Grell, 1985, p. 27-28)

Les trajectoires sociales des intervenants bénévoles nous permettent de comprendre les mécanismes motivationnels qui les ont conduits à choisir l'action bénévole en prévention du suicide. Nous verrons que ces motivations renferment une diversité de sens.

S'inspirant du courant phénoménologique, Schutz⁸ décrit la notion de sens comme étant liée à la fois aux actions du passé et aux buts que l'individu se fixe.

Appliqué au contexte de notre étude, le sens de l'expérience de bénévole en prévention du suicide se construit donc à partir d'éléments du passé et d'une projection dans l'avenir.

1.1 Les motivations à intervenir

L'analyse des discours et des pratiques véhiculées par les intervenants bénévoles et professionnels dans les récits de pratique s'articulent principalement autour de cinq (5) types de motivations. Le premier type de motivation concerne ce que nous appellerons le rapport à soi et le rapport à l'autre. Le deuxième porte sur le rapport à la responsabilité sociale et à la valeur accordée à la vie. Le troisième se rapporte au travail, le quatrième à la dimension religieuse et le cinquième à l'impact de l'aide sur la vie personnelle. Ces types de motivations ont été énumérés dans l'ordre des discours les plus souvent évoqués par les intervenants. Afin d'en arriver à une compréhension éclairée,

⁸ Les propos de Schutz sont tirés de Burrell, G. et Morgan, G. (1979). Sociological paradigms and organisational analysis, Aldershot, Hampshire Gower, p.243-247.

nous allons confronter les propos des intervenants aux principales études ayant traité de ces questions.

La motivation à intervenir bénévolement correspond à diverses réalités. Les uns insisteront sur des valeurs altruistes comme le mieux être de la société dans laquelle ils vivent. D'autres s'inspireront de la notion de charité chrétienne en invoquant l'oubli de soi ou le don aux autres. Pour Romeder (1981 : 12), si de telles motivations peuvent animer les personnes qui interviennent bénévolement, ces deux pôles ne sont pas la motivation essentielle de la majorité des bénévoles. En général, l'être humain doit être capable, dans ses activités bénévoles ou professionnelles, de satisfaire autant ses besoins personnels que ceux des autres, de recevoir et de donner. N'est-ce pas là l'essence même de l'aide? Maslow (1970) fait la distinction entre ce qu'il appelle la thérapie profane et la thérapie technique. Il définira la thérapie profane comme étant plus simple, plus courte et visant la satisfaction de besoins fondamentaux comme la sécurité, l'appartenance, l'amour et l'estime de soi. En ce qui concerne la thérapie technique, il la décrira comme plus longue, plus en profondeur et visant une certaine compréhension (insight). Cette forme de thérapie requiert une formation professionnelle.

C'est à la thérapie profane que correspond l'action des intervenants bénévoles : thérapie appliquée à eux-mêmes et thérapie appliquée aux autres. Le discours des intervenants bénévoles dégage un principe fondamental voulant qu'aider une personne soit en même temps l'occasion de s'aider soi-même, de se développer.

Nous allons maintenant dégager des récits, les lignes de force qui agissent comme leitmotiv à la motivation des intervenants.

Rapport à soi/rapport à l'autre

S'occuper de soi d'abord

Dans les récits, l'expérience de difficultés vécues par soi-même ou ses proches constitue un axe déterminant de la logique implicite qui motive l'implication des intervenants en prévention du suicide et lui donne du sens. Par leur implication, les intervenants cherchent des solutions et un mieux être pour eux-mêmes et pour les autres. La présence de problèmes personnels a été rapportée dans un nombre important de récit de vie.

Il est à noter que nous n'avons utilisé qu'une partie seulement des propos recueillis lors des entrevues pour illustrer les différents thèmes abordés par les intervenants. Afin de faciliter la lecture, nous avons parfois reformulé certains extraits d'entrevue en faisant attention toutefois de ne pas en modifier le sens manifeste donné par les intervenants. Tout en respectant le caractère oral des écrits, nous avons réduit surtout les répétitions, les hésitations qui sont typiques à l'oralité.

Voici en quels termes Daniel et Blanche racontent l'expérience de vie qui les a conduits à s'impliquer dans la problématique du suicide.

Daniel : Le déclencheur, c'est que je venais de me séparer et que je me retrouvais bien seul avec mes enfants. Je cherchais quelque chose pour me changer les idées. Mais pas n'importe quoi. Je cherchais quelque chose qui soit vraiment poignant... En ce sens, cela a rempli mes espoirs. En tout cas, ça a meublé ma vie. En aidant les autres, je me suis aperçu que ça m'a fait oublier mes problèmes personnels beaucoup.

Blanche : J'ai perdu ma mère, puis un mois et demi après, j'ai perdu mon frère de 21 ans. Après ça, j'ai perdu mon père et je n'ai eu

personne pour m'aider. Les gens n'avaient pas le goût d'entendre parler de notre peine, de notre douleur, puis je pense que c'est à partir de ce moment là, que j'ai décidé que j'avais le goût de faire quelque chose pour aider les gens.

Il se dégage de ces deux exemples que la porte d'entrée dans le processus d'action bénévole est de l'ordre de l'aide à soi-même d'abord, même si on est préoccupé par aider les autres, et particulièrement ceux qui sont proches de nous :

Pascal : Commencer par m'aider moi-même, mes amis, puis aller un peu plus loin pour aider toutes les personnes comme on fait ici.

Daniel : Pour protéger et aider mes propres enfants aussi.

Le témoignage de Marilyn est une bonne illustration du rapport que certaines femmes entretiennent avec le travail bénévole.

Marilyn : Pendant huit ans, je suis restée avec mes enfants, puis un moment donné, tu te dis : bon bien moi, j'ai pensé à eux autres pendant huit ans. Je vais continuer de penser à eux autres puis de m'occuper de moi aussi puis de faire quelque chose. Je trouvais ça important de faire quelque chose qui m'intéresse... La formation m'a emballée. Je voulais sortir de la maison, mais je voulais le faire en aidant quelqu'un.

Il importe ici d'insister sur l'importance que revêt pour la femme les soins et l'aide à la famille. En voulant s'en dissocier dans la logique de se centrer davantage sur ses propres besoins, Marilyn se retrouve de nouveau dans un rapport d'aide à l'autre. Toutefois, le bénévolat apparaît comme un espace différent de la famille qui ouvre à un réseau social plus étendu et à une reconnaissance sociale différente.

Comprendre son propre vécu suicidaire

Une étude conduite par Domino et Limbacher (1986) reconnaît que les personnes ayant eux-mêmes expérimenté une expérience suicidaire ou qui ont été en contact avec des suicidaires démontrent des attitudes plus sympathisantes, sont plus à l'écoute et offrent davantage de support que les personnes n'ayant pas été exposées à cette expérience.

Comme en témoigne Érick, certains intervenants bénévoles et professionnels ont eux-mêmes vécu un processus suicidaire.

Érick : Pendant toute mon adolescence, j'étais très renfermé. Ça a développé un tempérament suicidaire jusqu'à l'âge de 20 ans. À 20 ans, j'ai réalisé que mes buts dans la vie étaient tous atteints. Disons que je ne m'étais peut être pas fixé des buts assez élevés. Étant donné que je ne parlais pas, bien, tu te fais des belles idées. Puis un moment donné, j'ai fait une tentative de suicide en 1974. Cette tentative là, ça a fait comme une remise en question qui a fait que j'ai décidé que je m'organiserais pour être heureux. J'avais déjà par mon expérience le sentiment que j'étais capable d'aider les autres... En animant des groupes de jeunes, j'ai comme revécu un peu l'adolescence que je n'avais pas vécue.

Cet extrait du récit d'Érick nous montre que les personnes ayant eux-mêmes vécu un processus suicidaire sont souvent plus sensibles et bien placées, une fois qu'un cheminement personnel a été fait pour aider une personne dans la même condition. En animant des groupes de jeunes, Érick, tout en contribuant à l'amélioration de la qualité de vie des jeunes, peut partager avec eux des expériences mutuelles vécues à l'adolescence. Ces interventions de soutien ont des similitudes avec les groupes d'entraide qui misent sur la rencontre des individus et de la dynamique de leur force pour soutenir et aider les individus. Les

groupes d'entraide ont été particulièrement bien documentés ces dernières années par plusieurs auteurs (Guay, 1984; Romeder, 1982)

Diverses définitions des groupes d'entraide ont été proposées. Romeder (1981:10) suggère une définition tirée de Katz et Bender qui est suffisamment large pour inclure une variété de groupe. La définition fait référence à des interactions sociales de face-à-face. Mais il précise qu'il faudrait également y ajouter l'entraide qui se pratique aussi au téléphone pour de nombreux groupes.

«Les groupes d'entraide sont de petites structures à caractère bénévole, qui permettent aux membres de s'entraider et de poursuivre un but spécial. Ils sont habituellement formés par des pairs qui se sont réunis pour s'aider mutuellement à combler un besoin commun, à surmonter un handicap commun ou une difficulté commune bouleversant leur existence, et à réaliser le changement social ou personnel souhaité. Les fondateurs, membres de ces groupes ont compris que leurs besoins ne sont ou ne peuvent être satisfaits, ni par les institutions sociales existantes, ni par leur intermédiaire. Les groupes d'entraide insistent sur les interactions sociales face-à-face et sur le sens de la responsabilité personnelle chez les membres. Ils assurent souvent une aide matérielle, en même temps qu'un appui moral. Ils sont fréquemment axés sur une cause et préconisent un idéal ou des valeurs qui permettent aux membres d'arriver à un sens plus aigu de leur identité propre.» (Romeder, 1981:10)

Ce qui interpelle dans le témoignage d'Érick est dans la réponse ou stratégie qu'il a utilisée pour tirer profit de son expérience avec le processus suicidaire vécu. «Cette tentative là, ça a fait comme une remise en question qui fait que j'ai décidé que je m'organiserais pour être heureux.» C'est ce que Séguin (1989) nomme les mécanismes d'adaptation dont la fonction première est de régulariser les émotions et la deuxième de permettre d'agir sur les problèmes pour en diminuer les conséquences négatives.

Comprendre le suicide d'un proche

Plusieurs témoignages montrent que les intervenants bénévoles et professionnels ont été confrontés, soit dans leur entourage immédiat, soit dans le contexte de leur travail, à des individus suicidaires.

On considère que le deuil relatif à une perte par suicide d'un proche suscite des réactions plus intenses que celui qui accompagne les autres formes de pertes. Comme l'invoquent d'Amours et Kiely (1985), la personne qui vit un deuil à la suite d'un suicide a tendance à se sentir coupable du suicide de l'autre et à vivre des sentiments d'auto-accusation. Les endeuillés par suicide se retrouvent confrontés avec une recherche de sens importante du suicide de la personne disparue. Pour atténuer la souffrance, il arrive que les endeuillés partent à la recherche d'un coupable qui serait responsable de l'agir suicidaire de l'autre.

« ...le passé récent du suicidé sera analysé afin de cerner ce qui aurait pu se passer. Ils rechercheront un individu responsable (le conjoint, le médecin) un événement (une peine d'amour), une cause (la drogue, l'alcool), un problème spécifique (la maladie, la folie), etc.» (Séguin et Fréchette, 1995, p. 117-118)

Au sentiment de culpabilité s'ajoutent la honte et la colère. D'abord la honte, puisque le suicide est socialement répréhensible et que les endeuillés craignent d'être jugés. Nous retrouvons ensuite un sentiment de colère envers la personne décédée qu'il est difficile d'exprimer sans augmenter le sentiment de culpabilité. Les sentiments vécus provoquent une blessure importante au niveau de l'estime de soi.

Plusieurs auteurs (D'Amours et Kiely, 1985; Grenier, 1994) soutiennent que l'avènement d'un suicide dans une même famille peut contribuer à servir de modèles de solutions aux problèmes rencontrés par les endeuillés. La littérature rapporte que les endeuillés par suicide ont un taux de suicide neuf fois plus élevé

que la population en général (Groupe d'étude national sur le suicide au Canada, 1987). Ainsi la douleur et les difficultés découlant du suicide d'un proche constituent un traumatisme important pour l'endeuillé confronté à ce vécu.

Dans un article, Wambach (1985-1986) traite du processus de deuil en tant que construit social. Le concept de construit social réfère à une invention qui est créée et qui est utile parce qu'il explique ce qui n'est pas compréhensible d'emblée. Ces construits sont fortement ancrés dans les croyances de base des membres de la communauté et qu'on ne les questionne jamais. Pour Wambach, le processus de deuil est ce construit qui lie le deuil et la consolation des survivants. À toutes les époques de la société, les groupes sociaux ont créé des concepts pour rendre compte de phénomènes difficiles à comprendre.

Afin d'observer le construit social du deuil, Wambach, dans son étude, a observé trois (3) groupes de veufs durant une période de trois (3) à cinq (5) mois. Ces groupes de support et d'entraide totalisaient 200 personnes. Le processus de base qui s'est dégagé de l'étude fut l'interruption et la reconstruction de la réalité temporelle qui accompagne l'expérience du veuvage. Parmi tous les construits sociaux étudiés, celui du deuil est devenu affaire de sens commun, un fait naturel. En effet, la plupart des membres des groupes n'avaient jamais pensé que le processus de deuil avait une origine, qu'il était une création sociale. Les veufs et professionnels interrogés dans les groupes se basaient sur les stades de la mort de Kübler-Ross (1969) pour définir le deuil, c'est-à-dire le déni, l'isolement, la colère, la négociation, la dépression et l'acceptation. Ainsi par l'interaction sociale et l'auto-examen, une veuve pouvait utiliser le processus de deuil pour juger de ses propres progrès.

Deux types de processus de deuil émergent des groupes à l'étude. Le premier est celui du processus horaire du deuil qui contribue à soulager la désorientation et la confusion quant au temps et aux

événements. Toutefois le processus horaire du deuil est un aide rigide, car il semble contraire à l'expérience de quelques survivants qui n'ont pas reconnu pleinement leur perte après plusieurs années ou d'autres pour qui le deuil s'estompe après quelques mois. On doit davantage retenir le processus de deuil horaire comme un guide, car on peut fixer la durée officielle du deuil. Le deuxième processus est celui du deuil en tant que guide. C'est ce processus qui contribue à la reconstruction des définitions habituelles d'avant le décès et à la mise en place des événements dans le déroulement du temps. Selon ce processus, chaque personne peut avancer avec l'assurance de savoir qu'il est possible d'atteindre un point où la douleur au deuil s'abolira et que l'existence reviendra à la normale.

Voici deux témoignages parmi de nombreux autres qui illustrent le vécu des endeuillés par suicide.

Marie-Lou : J'ai un de mes frères qui s'est suicidé chez moi. J'ai eu beaucoup de difficulté à m'en sortir. J'ai eu le goût de m'impliquer en prévention du suicide parce qu'il y avait des choses que je ne comprenais pas. Parce que quand tu vis le suicide d'un proche, bien, tu vis beaucoup de culpabilité. Tu te dis bien : c'est quoi que j'aurais pu faire?...Moi, en tout cas, ça été une de mes bouées de sauvetage pour être capable de faire mon deuil. Ça a pris quand même dix ans à m'en sortir... Moi, ça m'a aidé justement à ne pas me suicider. J'ai eu beaucoup de support de la part de prévention-suicide.

L'expérience de Marie-Lou nous indique que son entrée comme bénévole en prévention du suicide a constitué un mécanisme d'adaptation au deuil de son frère. Dans sa quête de recherche de moyens pour faire face au stress, elle a découvert le soutien des relations humaines de la part des bénévoles. Son rapport avec d'autres bénévoles a eu un effet protecteur et préventif à ses souffrances.

Une autre expérience, celle de Wilfrid, témoigne également d'une recherche de quête de compréhension.

Wilfrid : J'ai un frère qui a fait une tentative de suicide et moi aussi quand j'étais adolescent j'ai vécu cela. Je voulais comprendre, je voulais démystifier ça, comprendre qu'est-ce qui se passait, me comprendre aussi. Puis surtout j'avais le goût de m'impliquer, la relation d'aide m'intéressait.

Selon Caplan, Mason et Kaplan (1977), il semblerait que la recherche active d'information constitue un signe d'adaptation à une situation difficile en permettant une meilleure maîtrise de la situation. Aussi, le fait pour Wilfrid de se sentir utile l'amène possiblement à se déculpabiliser par la contribution apportée à autrui. Ainsi semble s'articuler les enjeux des mécanismes d'adaptation qui conduisent à la motivation de l'intervention en prévention du suicide.

Les effets préventifs et thérapeutiques des relations d'aide non professionnelles ont été prouvés grâce à de nombreuses recherches. L'étude de Burke et Weir (1978, 1979) conduite auprès de 229 hommes, femmes et adolescents, a constaté qu'il existait des corrélations positives et significatives entre la satisfaction qu'apportait l'aide non professionnelle fournie par la famille, les collègues et le stress causé par les expériences de la vie.

Les professionnels confrontés au suicide d'un client dans le cadre de leur travail vivent un processus de deuil identique à celui vécu par les endeuillés du suicide d'un proche dont nous avons fait état précédemment.

Ariane et Ginette ont toutes deux vécu la perte de client à l'intérieur de leur travail et elles nous relatent comment elles en ont été affectées.

Ariane : Dans mon travail, on rencontrait beaucoup de personnes suicidaires et j'en ai perdu des personnes pour ne pas être arrivé assez vite pour prévenir le suicide. Ça m'a affecté. C'est comme pour tout le monde, tu vois la problématique, la culpabilité, l'impuissance. Tu le vis à l'intérieur de toi mais aussi la famille te le fait sentir aussi. Ils disent : vous n'en avez pas eu soin comme il faut, il s'est suicidé. Cela n'aide pas à améliorer ton propre sentiment de culpabilité à ce moment là.

Ginette : Dans le programme où je travaillais, j'ai été confrontée très régulièrement au suicide. Je me souviens d'un suicide qui m'a questionné pas mal à ce moment là. C'est sûr que je n'étais pas de la famille directe de cette personne là, sauf que je me disais comme intervenante, comment ça se fait que je n'ai rien vu de ça? J'ai pas pu réaliser ce que cette personne vivait comme souffrance, puis je n'ai pas été capable de percevoir cette souffrance. C'est à partir de là que ça a commencé à m'interpeller davantage, puis à m'indiquer qu'il fallait que je m'outille davantage pour être capable de découvrir le besoin d'aide des gens.

L'impact d'un suicide chez les aidants professionnels a été documenté par Séguin (1991) qui rapporte qu'ils ont alors à vivre eux-mêmes un processus de deuil. En raison de leur statut professionnel, comme en témoignent Ariane et Ginette, il est possible qu'on reporte sur eux la responsabilité du suicide d'une personne auprès de qui ils intervenaient. Ainsi, elle considère ce report de responsabilité sur l'intervenant par un phénomène de projection ou de transfert exercé par les endeuillés afin d'expliquer le geste suicidaire par la recherche d'un coupable. Ce processus a pour effet d'amener les intervenants à se sentir incompetents.

Pommereau (1994:93-94) nous fait également part, à travers l'histoire d'un suicide en institution, des réactions de deuil vécu par l'équipe soignante. Ces réactions sont le déni (refus de reconnaître la réalité), la dénégation (formuler un jugement négatif à l'égard de cette réalité), la culpabilité et l'état dépressif. Qu'il s'agisse d'un suicide vécu dans l'entourage immédiat de sa famille ou de son travail, l'expérience de ce deuil amène des réactions émotives intenses.

À la recherche d'un sens du suicide, surtout chez les jeunes

La recherche d'un sens pour expliquer la mort volontaire préoccupe fortement les endeuillés par suicide mais préoccupe également les bénévoles et les professionnels. Cette préoccupation du sens est souvent rapportée dans les récits de pratique : «Je ne comprenais pas qu'est-ce qui amenait une personne à vouloir mourir.» «Je ne savais pas cela que le monde, ça pouvait avoir si mal que ça, qu'on voulait arrêter de souffrir.»

Le suicide des jeunes est celui qui questionne le plus intensément les intervenants bénévoles et professionnels. Les témoignages de Lucille et Isabelle illustrent bien cette recherche de sens du suicide chez les jeunes.

Lucille : Tu sais, quand tu vois cette belle jeunesse là de vingt ans qui ne veut plus vivre, ça te crève le coeur, puis je ne comprenais pas tout à fait non plus. J'avais souvent un sentiment d'avoir envie de leur botter le derrière comme on dit parce que je ne comprenais pas. Je suis allée chercher la formation pour m'aider à comprendre pourquoi ils n'ont plus envie de vivre.

Isabelle : Ce qui m'attirait le plus dans la problématique après la première année, c'était la jeunesse. Je me disais : il y a sûrement quelque chose à faire au niveau des jeunes. Moi, je pense

que quand tu es jeune, puis que tu pars bien dans la vie, puis que tu as de l'aide quand tu as un problème, je pense que tu vas t'en sortir. C'est ma manière de voir. Je pense que tu t'en sors plus facilement en étant adulte. T'apprends à ne pas attendre, à diminuer tes attentes parce qu'on se rend compte en vieillissant quand tu as des attentes trop élevées, c'est souvent ce qui crée des problèmes. Quand tu apprends jeune à savoir où trouver du monde pour t'aider et comment régler tes affaires, ça commence là.

Le suicide des jeunes constitue une problématique de pointe dans notre société. Au Canada de 1976 à 1986, le taux de suicide est passé de 12,8 par 100,000 habitants à 14,5 dans la population en général, alors que ces taux étaient de 10,7 et 12,5 chez les 15-19 ans. C'est au Québec que l'augmentation a été la plus prononcée et en particulier chez les jeunes de 15 à 19 ans. En 1986, il représentait 15,4/100,000 habitants. Lorsque l'on parle de jeunes, on pense également au groupe des 20-24 ans pour qui le taux québécois se situe à 22,4 d'après les statistiques publiées par le Ministère de la santé et du bien-être social du Canada de 1985.

Pour l'année 1989, le bureau du coroner de Québec (1992) situe le pourcentage de suicide de la façon suivante : 7,5 % de l'ensemble des suicides se retrouvent chez les 15-19 ans, 24 % chez les 20-30 ans, 22,9 % chez les 35-44 ans et 25 % chez les 45-64 ans. Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue l'étude de Caron (1995) signale que la catégorie des 15-19 ans que l'écart avec l'ensemble du Québec est le plus élevé. En effet pour cette catégorie d'âge, le taux se situe à 29,3 en région, comparativement à 13,1 pour l'ensemble du Québec.

Le Conseil permanent de la jeunesse du Québec (1995) vient de rendre publique une étude démontrant que le Québec possède le plus haut taux de suicide chez les moins de 19 ans parmi toutes les provinces canadiennes. Selon cette étude, le taux de suicide chez cette catégorie d'âge était de 14,2 entre 1975 et 1979 par

100,000 jeunes. Les données les plus récentes montrent qu'entre 1990 et 1993, il est passé à 28,6, c'est-à-dire plus du double.

Bien qu'on ne puisse conclure à des liens de cause à effet, certains facteurs de risque ont été identifiés au niveau des comportements suicidaires des jeunes. Hanigan (1987) et Tousignant (1984) identifient des facteurs reliés à la dépression, aux problèmes de santé physique, à l'échec scolaire, aux ruptures amoureuses, aux difficultés familiales et aux difficultés au niveau de l'intégration sociale, dont l'isolement serait le principal indice. De ces différents facteurs, celui de la détérioration du climat familial et l'isolement social et affectif représentent ceux qui sont les plus fortement reliés au suicide des jeunes.

Avec les intervenants, nous devons nous interroger sur le sens du message des jeunes, sur la place et le soutien qui leur est donné dans nos sociétés. Le suicide ne peut-il être interprété comme une stratégie de survie, un appel à l'aide à l'intérieur d'une société où règne en prime un climat constant d'incertitude et de performance qui n'est pas sans susciter des stress importants.

N'est-ce pas à l'accumulation des problèmes engendrés par la dégradation de cette société que les jeunes et leurs parents sont confrontés? Le nombre d'exclus va s'en cesse grandissant et la pauvreté ne cesse de s'étendre en même temps que l'État ne cesse de couper dans plusieurs programmes sociaux. Il semble que nous sommes encore loin d'un changement de paradigme où l'on cessera de s'attaquer aux plus démunis.

Apprivoiser la mort/sa mort

Etre confronté à la mort de l'autre, c'est aussi prendre conscience de sa propre mort et de l'angoisse que cela suscite. Malgré le sens qu'on peut arriver à donner à la mort selon nos valeurs, nos croyances, la peur de la mort demeure constante. La mort

naturelle et la mort volontaire par le suicide diffèrent dans leur signification. La mort naturelle place devant un sentiment d'impuissance qui vient mettre fin au processus de la vie humaine. La mort par suicide met davantage en cause la question de la valeur de la vie dont l'individu décide de se priver et la responsabilité que nous avons face à autrui. Ainsi les croyances s'orientent davantage dans le sens que la mort dans le suicide ne serait pas désirée, mais mettrait en évidence une ambivalence, un moyen de mettre fin aux souffrances vécues (Lester et Lester, 1971).

Pour illustrer ce rapport à la mort de soi et à la mort de l'autre, examinons la réflexion posée par Aline et Clifton à ce sujet. En plus d'être impliquées comme bénévoles en prévention du suicide, ces deux personnes sont également impliquées dans le mouvement Albatros qui s'inspire largement pour son action de la tradition religieuse et des écrits de Kübler-Ross (1969).

Aline : Ça change toute ma façon de voir la maladie, puis la mort. En prévention suicide, on essaie de les empêcher de mourir, puis dans Albatros, on les aide à mourir... Mon but c'était d'appivoiser la mort (Albatros), d'avoir moins peur de ça.

...J'ai moins de frissons quand je vais au cimetière.

Clifton : J'ai réalisé que la mort, c'est une chose de la vie. Il faut apprendre à vivre avec. La mort on n'y peut rien, c'est comme les taxes.

Responsabilité sociale et valeur accordée à la vie

Un trait dominant des récits est une sensibilisation, une réflexion sur le problème du suicide et la responsabilité de la communauté d'intervenir. Comme le rapporte le groupe d'étude national sur le suicide au Canada (1987), il importe d'améliorer les connaissances de la communauté sur le phénomène du suicide et

de lui montrer comment intervenir. C'est cette responsabilité sociale qui s'avère visible dans l'exemple de Louis.

Louis : Je me dis : je suis éducateur. Bon, est-ce que mon rôle se limite simplement quand je suis en contact avec mon groupe d'élèves. J'ai une action sociale auprès des adolescents, qui sont aux prises avec une difficulté, un mal de vivre.

Ce qui prédomine également chez les intervenants, c'est la valeur accordée à la vie. C'est comme si la fréquentation de la mort fait découvrir davantage le caractère précieux de la vie.

Louis : Pour travailler en prévention du suicide, il faut croire en la vie. ...en urgence élevée, on va par tous les moyens essayer d'avoir les coordonnées de la personne. Et tout en respectant l'anonymat et la confidentialité, je vais demander à la personne de me dire où elle est. Mais toujours en obtenant le consentement de la personne. Sauf qu'il faut toujours penser à la chartre québécoise et canadienne des droits et libertés de la personne. De là à dire oui la personne a le droit de disposer de sa vie...En tout cas, à la ligne d'intervention, on n'accompagne pas quelqu'un à la mort. C'est une ligne de prévention, donc on se doit d'intervenir... ...dans des situations on a à faire intervenir Télébec pour retracer l'appel et envoyer le support.

Marilyn : Quand je fais de la ligne, je me dis : tu sais, c'est une vie là. Il ne s'en rend peut être pas compte comment sa vie est importante. Mais je trouve cela tellement important la vie.

Le travail auprès des suicidaires pose fortement la question de la vie et de la mort chez les intervenants. En même temps que la fréquentation avec la mort peut faire découvrir le sens de la vie, elle peut aussi bouleverser et épuiser les intervenants qui ressentent une trop grande responsabilité face à la vie de l'autre.

Motivation reliée au travail

Un autre groupe de motivation chez les intervenants se situe au niveau de la dimension du travail. Nous retrouvons d'abord les intervenants professionnels majoritairement employés au CLSC, dont plusieurs agissent également comme intervenants bénévoles au niveau de la ligne d'écoute. Pour ces intervenants, leur implication en prévention suicide fait partie de leurs fonctions et de leurs croyances à l'approche communautaire.

Voici donc à ce sujet les propos d'une intervenante professionnelle.

Victoria : Mon intérêt a subsisté pour deux raisons : d'abord à cause des gens avec qui j'ai travaillé. J'ai toujours senti une philosophie qui rejoignait mes préoccupations. Un dynamisme aussi pour que les choses soient faites, pour que des choses soient créées. ...Moi, ça fait partie de mes intérêts diversifiés.

...Je crois énormément à l'approche communautaire parce que je crois aussi qu'on ne résout pas un problème social en le spécialisant, en le cloisonnant. Et je me disais : si réellement on veut s'impliquer pour sensibiliser la population, il faut aussi l'impliquer dans l'intervention.

Les propos de Victoria invitent à une conception de l'importance du rapport individu/société. Dans cette conception, le milieu communautaire est indispensable au soutien du développement de l'individu.

Parmi les intervenants bénévoles, nous retrouvons des personnes pour qui l'intervention en prévention suicide est une continuité à leur travail quotidien qui se situe au niveau de l'aide aux autres.

Par contre pour d'autres, il s'agit d'un bénévolat qui tranche radicalement avec leur travail habituel.

Hélène : J'avais le goût d'aller faire quelque chose de complètement différent de mon travail. Le besoin d'aller chercher quelque chose d'humain là-dedans.

D'autres encore sont étudiants dans des programmes en relation d'aide, c'est à la suite d'un stage en prévention du suicide qu'ils ont décidé de continuer à s'impliquer comme bénévole.

Sarah : J'ai fait mon stage au sein du comité. Puis quand j'ai commencé à faire de la ligne, ça été le coup de foudre. J'ai adoré cela.

L'action bénévole a également favorisé chez certains une réorientation de carrière, un retour aux études dans des programmes touchant la relation d'aide.

Les croyances religieuses

La dimension religieuse est présente dans quelques récits. C'est cette dimension qui donne sens à leur intervention bénévole. Ainsi la trajectoire personnelle de Marie Anne et Ghislain s'inscrit avec clarté dans le recours à la foi au Seigneur comme solution à leur problème. Écoutons l'expérience de Ghislain.

Ghislain : Moi, j'étais dans ma révolte, dans la grosse révolte, puis j'avais des problèmes de santé. J'avais de la difficulté à travailler mais je travaillais quand même. Puis à un moment donné, j'ai brisé l'abatteuse avec laquelle je travaillais dans le bois, puis là, je me suis mis à sacrer pendant une demi-heure. Il faisait 30 degrés sous zéro, j'avais perdu tout contrôle sur moi. Puis, à un moment donné, j'ai dit au Seigneur : tu ne viendrais pas m'aider après tout

ce que je t'ai dit. Je croyais au Seigneur, mais je n'avais jamais eu de preuves qu'il existait. À l'instant même ou j'ai dit ça, j'ai été comme entouré d'affection, puis d'une tendresse, c'est pas décrivable. Je suis tombé à genoux dans la neige, puis j'ai pleuré comme un enfant. J'étais assez bien! Puis là, ça me disait intérieurement que Dieu m'avait pardonné d'avoir sacré après lui. C'est à partir de là que moi ma vie a commencé à changer. Je crois que j'ai beaucoup reçu et que je dois donner beaucoup aussi.

Ce récit fait apparaître la découverte en la croyance et la force de Dieu au coeur d'un drame personnel. Comme l'a enseigné la religion chrétienne, Ghislain est habité par la croyance que lorsqu'on a beaucoup reçu, il faut aussi donner beaucoup.

Comme Ghislain, Marie Anne croit en cette même logique d'obligation morale de donner aux autres.

Marie Anne : En quelque part, j'ai été comme appelée, ça fait partie d'une mission . On a tous une mission sur terre. Moi, je n'ai pas d'enfants, alors, je donne mon amour à d'autres gens et ça me valorise. ...il n'y a pas une fois où je suis sortie du local d'écoute en disant : merci mon Dieu pour tout ce que j'ai.

Impact de l'aide sur sa vie personnelle

Donner et recevoir se confondent affirme Romeder (1981). En effet, la motivation à aider les autres est aussi animée par des retombées sur soi d'un certain nombre de bénéfices qui contribuent à satisfaire autant ses besoins personnels que ceux des autres.

L'action bénévole engendre également des effets positifs chez les intervenants qui contribuent au maintien de leur propre bien-être

physique et psychologique ou, si l'on veut, de sa prise en charge personnelle. Plusieurs récits de vie viennent corroborer ces effets positifs de l'implication bénévole sur leur vie. Aline, bénévole à la retraite, compare son action à un médicament.

Donner un sens à sa vie

Aline : Moi, je connais des personnes qui trouvaient que leurs enfants ne s'intéressaient plus à eux. Ils prenaient des médicaments pour dormir ou pour les nerfs ou pour je ne sais quoi. Les personnes âgées, des fois, elles ont des bouteilles de médicaments, mais pas moi. Moi, je n'en ai pas. Mon médicament, c'est ce que je fais.

D'autres comme Daniel B, et Nicolas, invoquent la valorisation reçue de leur action bénévole.

Se sentir valorisé

Daniel B : Comme bénévole, on m'a donné un cadeau de confiance, cela m'a donné beaucoup de valorisation d'aider les gens qui souffrent.

Nicolas : Je me suis dit que j'aimerais ça aider le monde, c'est valorisant.

Démarche de croissance

Pour d'autres comme Hélène, Louis, Charlotte, Réjeanne et Marie Anne, leur action permet de réfléchir sur leur propre vie et de renforcer la valeur qu'on y accorde.

Hélène : Si je ne vois pas la souffrance de l'autre, je n'accepte pas non plus d'être souffrante. Puis

en quelque part, je suis allée chercher l'autorisation.

Louis traduit l'impact de son implication en prévention du suicide comme une démarche de croissance qui l'amène à aller plus loin au niveau de l'humain.

Louis : J'ai commencé une démarche personnelle en 1991. Cela a débordé sur un paquet d'ouverture comme la programmation neurolinguistique, le Reiki, le transfert énergétique.

Charlotte : Je sais que je suis à l'écoute des gens, mais c'est un quatre heures qui me permet de réfléchir sur la vie. On dirait que je prends soin de moi en accordant du temps. Je suis aussi plus capable de le dire lorsque ça va mal.

Pour d'autres comme Réjeanne et Marie Anne, leur action permet d'apprécier le plaisir de vivre et vient augmenter la valeur accordée à la vie.

Réjeanne : Nous permet de trouver agréable ce qu'on vit. Puis, que lorsqu'il nous arrive des choses, on est capable d'être solidaire puis de s'en parler.

Marie Anne : Je suis beaucoup moins portée à me plaindre pour des petites affaires.

Développer la relation à l'autre

Il importe de mentionner que l'importance de la relation avec d'autres personnes ressort avec force des récits des intervenants. Plusieurs reconnaissent qu'il s'agit d'un espace privilégié qui favorise une relation d'échange de qualité entre les intervenants.

Louis : Moi, ce qui m'a toujours épaté en prévention du suicide, c'est de connaître le collègue avec qui tu vas faire de l'intervention téléphonique. Connaître son milieu, ce qu'il fait. Ce sont des gens très riches avec un vécu, une approche humaine, qui me rejoint quelque part.

Aline : Je voulais m'impliquer dans quelque chose, mais je ne voulais pas m'impliquer dans l'âge d'or, être toujours avec des personnes à la retraite. Je voulais rester en contact avec des jeunes. J'ai fait la formation, j'ai été bien accueillie. En même temps je me sentais utile et ça m'apportait à moi aussi.

Pour Aline qui est retraitée, son action dans le bénévolat assure une participation sociale utile et stimulante, tout en assurant un maintien des rapports avec d'autres et particulièrement des plus jeunes.

Frédérique souligne également son action comme un lieu qui favorise les relations interpersonnelles.

Frédérique : ...les gens qui travaillent à prévention-suicide, ce sont des gens très intéressants. Autant les bénévoles que les professionnels. Je me considère chanceuse de travailler avec ces gens là parce qu'il y a des gens très intéressants, qui font beaucoup de recherches, qui veulent se remettre à date, qui font de l'information. Ce sont des gens vraiment très vivants.

Cette façon d'être en relation avec l'autre a aussi eu des répercussions au niveau de l'environnement immédiat des intervenants bénévoles (famille, amis, travail).

Clifton : Les gens que je côtoyais professionnellement et que je revois après

quelques années me disent que j'ai changé. Ça rend la vie tellement plus agréable et les interactions avec les autres tellement plus faciles.

Yvon est superviseur et rapporte les paroles d'un intervenant bénévole à qui il demandait ce que la formation lui avait apporté. Voici ce que cet intervenant lui aurait répondu :

Ma fille de neuf ans, l'autre fois, elle m'a dit : papa, tu as changé. Son père lui demande ce qui a changé et elle lui dit : quand je te parle, tu m'écoutes.

L'analyse des récits recueillis révèle clairement que le rapport qui s'établit entre les intervenants et avec leur entourage se qualifie davantage. Ce rapport prend ainsi un sens pour ces personnes et devient une importante source de motivation. Plusieurs sont allés chercher dans le groupe un réseau d'échange avec l'autre qui contribue à briser l'isolement social que vivent bon nombre de personnes. Romeder (1981:12) souligne un aspect important des groupes d'entraide qui est l'utilisation des capacités thérapeutiques des divers membres du groupe face au partage d'expériences et de sentiments.

Les discours concernant le rapport à l'autre ressortent plus fortement chez les hommes. Nous savons que les hommes sont moins nombreux dans ce type de bénévolat. On a davantage tendance à les retrouver au niveau d'un bénévolat qui concerne les activités sportives ou un bénévolat proche des relations d'affaires. Ils sont minoritaires dans ce type de bénévolat qui se préoccupe des problèmes sociaux.

1.2 Les représentations entourant l'objet du suicide

Parler des représentations concernant le suicide, c'est d'emblée situer cette représentation comme problème social plus visible et plus dramatique. L'abondante littérature des dix dernières années à ce sujet témoigne de l'importance qu'on lui accorde.

Parler des représentations dans le contexte de prévention suicide, c'est s'arrêter à comprendre la vision du suicide chez les intervenants bénévoles et professionnels. C'est tenter de saisir les concepts qu'ils construisent pour rendre compte de ce phénomène difficile à comprendre. Les propos des intervenants nous montrent que le suicide est reconnu en tant que problème et que la façon dont on l'interprète a un impact sur la façon d'intervenir. Il existe peu ou pas d'étude concernant la perception ou la représentation sociale que les intervenants bénévoles et professionnels se font du suicide. En donnant la parole aux intervenants, nous tenterons de comprendre le sens qu'ils accordent à l'expression du suicide, à ses manifestations, à ses causes pour permettre de saisir les rapports entre leurs représentations sociales, leurs attitudes et leurs façons d'intervenir.

Rappelons que dans le cadre de l'étude réalisée, nous avons rencontré vingt-cinq (25) intervenants bénévoles et quinze (15) intervenants professionnels. Il existe peu de différence entre ces deux types d'intervenants concernant les représentations qu'ils se font du suicide. Il semble que leurs discours reflètent davantage le fait qu'ils ont été soumis à une formation commune au niveau de la connaissance du suicide.

Nous proposons ici une division quelque peu arbitraire mais qui sera utile à la compréhension des types de représentations les plus souvent évoquées. Il s'agit des représentations reliées à des éléments individuels, à l'entourage, à la société et à la particularité de la région.

Les éléments reliés à l'individu

Les éléments reliés à des causes individuelles sont exprimés de façon explicite par les intervenants. Ils font référence principalement à un état de souffrance intolérable et à un manque d'alternatives pour solutionner les problèmes, à l'accumulation des problèmes vécus, à l'isolement, au manque d'estime de soi, à la différence des valeurs et au fait de ne pas être aimé.

Souffrance et absence d'alternatives

Selon les intervenants, le suicide serait envisagé comme solution lorsque l'individu se retrouve en présence d'une souffrance insupportable pour laquelle il ne trouve pas d'alternatives. C'est ce que Baechler (1975), dans sa typologie sur les suicides, a qualifié de «suicide-escapiste» qui regroupe tous les cas de suicide où le sens du comportement est un mouvement de fuite. La notion d'une souffrance devenue insupportable est fortement véhiculée dans la formation en prévention du suicide et les récits démontrent que les intervenants ont majoritairement intégré cette notion de ne pas vouloir mourir, mais d'arrêter de souffrir. Morissette (1984) souligne bien cette notion d'ambivalence.

«Une personne qui fait une crise d'angoisse très longue peut considérer le suicide comme moyen d'arrêter la tension et ses souffrances, ou encore, suite à une perte très soudaine, une personne n'a pas le temps de réaliser ce qui se passe et tombe en crise peu de temps après. L'ampleur de la crise, la perte de contrôle et la difficulté de trouver de nouveaux mécanismes d'adaptation peuvent entraîner le suicide s'il est perçu comme une solution. L'ambivalence et l'indécision souvent observées chez la personne suicidaire s'expliqueraient par une dissociation s'opérant à l'intérieur de l'individu. Il veut mourir mais il ne veut pas mourir; il ne veut pas mourir mais il veut mourir. Le phénomène de l'ambivalence est présent chez la plupart des suicidaires.» (Morissette, 1984:96)

Voici maintenant en quels termes les intervenants parlent de cet aspect.

Claire : Moi, je me dis que la personne a vraiment mal, puis qu'elle ne voit pas d'autres façons de s'en sortir parce que c'est une personne très souffrante. Ils ne veulent pas mourir dans le fond, ils veulent arrêter de souffrir.

Réjeanne : J'ai une de mes amies qui a divorcé, puis qui a perdu son père durant la même période, puis elle a pensé au suicide. Elle m'avait écrit comment elle se sentait et c'était physique. Elle avait mal au ventre. Je la voyais toute crispée. À toutes les fois que quelqu'un sur la ligne d'intervention me disait : je ne suis plus capable de respirer, ça me fait mal, je te dis que l'image de cette amie me revient. Ça fait tellement mal que ça devient physique.

Dans l'esprit des intervenants, la personne suicidaire est une personne souffrante. En général, c'est cette souffrance qui conduit à l'adoption de comportements suicidaires.

L'accumulation de problèmes

L'idée du suicide peut être envisagée comme solution, si on tient compte de l'effet combiné de plusieurs problèmes.

«L'accumulation successive de pertes constitue évidemment un déclencheur puissant. Il arrive que le déclencheur de la crise soit un événement faisant suite à un stress ou des tensions répétées : c'est la goutte qui fait déborder le vase.» (Morissette, 1984:69)

La présence de l'accumulation des difficultés est un élément important qui donne du sens à l'idée de vouloir en finir chez les intervenants.

Marilyn : Au début, ça peut être juste des petits problèmes, puis tout d'un coup, il y a un trop plein qui déborde. Quand ils en arrivent là, ils se sentent seuls, ils ne se rendent même plus compte qu'il y a du monde autour d'eux.

Renée : Là, où il y a beaucoup d'isolement, de pauvreté, de maladie, d'abus, tout ça mis ensemble, moi, je me dis : tu peux pas vivre avec ça. Tu commences par régler quoi? ... Je me disais moi, être à sa place, je pense que j'envisagerais ça moi aussi.

L'isolement

La relation entre l'isolement social et l'impact sur la maladie, les troubles psychologiques ou la mort a été démontrée dans plusieurs études dont celles de Romeder, 1981; Cassel, 1976; Corin et al., 1990. L'isolement a des conséquences importantes lorsque les personnes font face à des difficultés ou à des crises et qu'ils n'ont pas, dans leur entourage, des personnes capables de les soutenir. L'importance du facteur de l'isolement est plusieurs fois exprimée par les intervenants.

Ginette : Ça permet aux gens qui ont des problèmes de santé mentale chronique de trouver une oreille, une écoute pendant X moment parce que ce sont des gens qui vivent beaucoup d'isolement, qui ont un réseau familial et social qui est souvent pauvre.

Il peut également arriver que les membres de l'entourage manquent de motivation, ou soient trop épuisés pour soutenir la personne suicidaire. Il peut arriver aussi que la personne en difficulté ne soit pas à l'aise pour parler de ce qu'elle vit ou qu'elle ne sente pas son entourage réceptif à l'écouter.

Charlotte : ...il y en a qui disent souvent, qu'ils ne peuvent en parler à personne. À qui tu veux que je parle de ça. Des jeunes souvent, ils nous disent : je peux pas parler de ça à mes parents. Souvent, ils ont peur de faire de la peine.

Un manque d'estime de soi

Parmi les représentations des facteurs qui sont attribués à l'individu, les intervenants perçoivent qu'une mauvaise estime de soi vécue par la personne peut être en cause. Bordeleau (1994:110) parlera de «problématique narcissique» chez une personne qui, pour faire face à une situation blessante ou à une faiblesse personnelle, se haïssent profondément. L'idée suicidaire, selon cet auteur, peut avoir comme effet que par son acte, la personne sera perçue comme étant forte et courageuse au lieu d'être considérée comme faible.

Seligman (1975), quant à lui, a développé le concept d'impuissance apprise qui empêche les personnes de maîtriser des conduites adaptatives lorsqu'elles avaient à faire face à des situations douloureuses. Pour cet auteur, la dépression survient lorsque l'individu a l'impression qu'il a perdu tout contrôle sur l'environnement et qu'il se croit incapable d'y changer quoi que ce soit.

Frédérique : Ce sont des gens qui ont eu de la misère au niveau de l'estime de soi parce qu'il y a quelque chose qui est arrivé dans leur vie, puis ça les a fait douter d'eux-mêmes. Ils sont blessés au niveau personnel. C'est comme s'ils n'ont plus de pouvoir.

Frédérique exprime qu'à la suite de problèmes importants, les personnes héritent d'un sentiment d'infériorité qui provoque une certaine crise d'identité. La réalité de ce qu'elles sont ne correspond pas à ce qu'elles désirent être. Dans une société du

chacun pour soi, chaque individu doit construire lui-même sa propre identité en ne bénéficiant pas tous de la même égalité des chances. Que faire de sa vie? En se tournant vers le suicide, on renonce en quelque sorte à conquérir cette identité où on se distingue en l'obtenant enfin, même au prix de sa vie.

Ariane : (Le suicide), ça doit avoir une influence sur ce qu'on vit collectivement, tu sais. L'identité, c'est en lien avec l'estime de soi. Alors, si tu penses que tu n'es pas important dans une société, que ce soit comme groupe de jeunes, comme groupe ethnique, ou autres choses, bien ça joue sur l'estime de soi des individus.

Quelqu'un qui travaille à Kativik me disait que les Inuits, ils sont comme gênés. Tu sais la gêne a un lien avec l'estime de soi. De par leur situation à la communauté québécoise, ils doivent se sentir tout seul en maudit.

La difficulté à se construire une identité, à se considérer comme important est un élément qui, pour les intervenants, peut jouer un rôle significatif dans l'option du suicide que prennent certaines personnes. La volonté de rompre avec un vécu difficile, de tourner la page, de mettre de l'avant une stratégie de changement qui mettra fin à leurs souffrances. Dans le quotidien le Devoir (1995), le journaliste Stéphane Baillargeon rapporte une phrase prononcée par une adolescente qui a tenté de se suicider : «Je ne voulais pas me tuer, je voulais tuer la vie que je mène.»

La perception des problèmes

La manière dont les personnes perçoivent les problèmes qui leur arrive interroge les intervenants. Écoutons le propos de Sarah à ce sujet qui est exemplaire.

Sarah : Je ne comprenais pas, surtout quand c'était des situations que pour moi, c'était banal,

comme des peines d'amour ou des choses comme ça. Là, je ne comprenais pas, puis ça me remettait en question. J'essayais de comprendre. Je comprenais plus si c'était quelqu'un qui aurait eu les deux jambes coupées, ou qui aurait fait faillite, quelqu'un qui aurait eu un vécu bien pesant, bien là, je comprenais plus.

Sarah soulève bien l'idée que la réalité demeure une affaire subjective à chacun. Plusieurs auteurs se sont intéressés à la question des perceptions. Retenons ici elle de Beck (1974) et Kelly (1961) (cité dans Morissette, 1984:265). Pour Beck, aucun individu ne peut percevoir la «réalité» objectivement parce que ses perceptions et ses jugements sont toujours teintés par ses expériences passées. Kelly, dans sa théorie du construit personnel, affirme lui aussi que peu importe ce qui arrive «réellement», les événements nous affectent selon la façon dont on les perçoit.

Les multiples aspects invoqués par les intervenants soulèvent le problème de l'exclusion sociale. Pour Vincent de Gaulejac (1994) (cité dans Robichaud et al., 1994 : 230), l'exclusion s'exprime tout autant par les aspects relationnels et symboliques que par les aspects économiques. Par processus d'exclusion, l'auteur entend un enchaînement de plusieurs éléments, comme l'isolement social, le repli sur soi, la stigmatisation et la perte d'estime de soi.

Éléments reliés à l'environnement (large et immédiat)

Dans leurs propos, les intervenants font majoritairement référence à la rapidité et au nombre de changements qui se sont produits dans la société et qui se reflètent dans le quotidien des collectivités, des familles et des individus. Les représentations des intervenants ne sont pas indépendantes du contexte sociopolitique et économique qui est le nôtre actuellement. À l'effervescence collective des années 1960 et 1970, le Québec

d'aujourd'hui présente l'image d'une société affaiblie. La mode est aux compressions budgétaires et aux rationalisations. Comme résultat, notre organisation sociale et économique fabrique de plus en plus de pauvres. Une intervenante que nous avons rencontrée dira que nous vivons «un genre de dépression collective et que le suicide en est le baromètre.» (Ariane)

Marius : Pour moi, c'est un problème d'adaptation autant individuel que collectif. Les changements sont rapides, ils (les gens) n'ont pas le temps de s'adapter à un événement qu'il y en a un autre qui arrive.

Daniel B : Le niveau d'appauvrissement est important. Les gens n'ont plus espoir de s'en sortir, puis ils sont marginalisés. Ils ne peuvent pas fonctionner comme tout le monde, avoir un travail, avoir un estime. C'est pas facile de vivre la perte d'un emploi, avec tout ce que cela a comme répercussion sur la famille.

Le discours de Ghislain et Pascal illustre bien la perception face à la jeunesse. Deux discours : l'un pessimiste et l'autre plus optimiste.

Ghislain : Je crois que la société va tellement vite. Le jeune, il ne sait pas quel bout prendre, il ne sait pas où se diriger. C'est pas parce que ses parents ne l'aiment pas, c'est parce que les parents sont pris dans le travail et qu'ils n'ont plus le temps de s'occuper de leur enfant.

Pascal : Je pense que c'est un problème de société. Tu entends toujours autour de toi qu'il n'y a plus d'avenir pour les jeunes. J'entends des parents d'élèves qui disent : qu'est-ce que ça va faire dans la vie, ils n'ont plus d'avenir, il n'y a plus de travail. Si on changeait notre façon de percevoir, notre manière de vivre, notre manière de penser et d'agir pour voir un peu plus positif,

il y a bien des choses qui changeraient. On n'encourage pas les jeunes à se prendre en main.

Moi, j'ai vingt-cinq ans. Je suis rendu à un point où je suis fier. Il me reste beaucoup de choses à apprendre, et je me motive là-dedans.

Ariane nous offre une conclusion intéressante en nous faisant partager sa perception.

Ariane : La prévention du suicide, c'est vraiment un projet de société. Les groupes bénévoles pourront faire des pieds, puis des mains, puis le réseau bien faire son travail, cela ne changera rien si, comme société, on n'améliore pas nos relations avec les jeunes.

L'absence d'entraide

Le manque de rapport les uns aux autres au niveau des collectivités est présent avec force et clarté chez les intervenants interviewés.

Paul : Je crois que globalement, le tissu social s'est détérioré. Les gens se sont un peu enfermés sur eux-mêmes actuellement. On ne veut pas savoir si le voisin a des problèmes. Je vais te donner un autre exemple concret. J'appelle au Centre Hospitalier, puis c'est une ca-canne (boîte vocale) qui me répond. C'est une boîte qui me répond, c'est même pas une voix humaine qui m'achemine dans les «dédalles» des départements avant que je trouve la bonne personne à qui parler.

Émile : Je trouve qu'il n'y a plus beaucoup de support familial. Pas beaucoup de support au niveau de l'entourage. Moi, c'est une chose qui me frappe quand je fais de la supervision de voir

comment les gens sont seuls. Je fais l'hypothèse que quand quelqu'un n'a pas d'emploi, qu'il est sur l'aide sociale, que ses conditions de vie sont précaires, il a moins la possibilité de sortir, de se créer un monde social, d'avoir des loisirs. Et c'est là qu'on trouve nos contacts dans une société comme la nôtre. Je ne dis pas que les professionnels n'ont pas d'idées suicidaires, mais c'est à un autre niveau. C'est plus par rapport à la performance.

Ce manque de rapport à l'entraide, les répondants le perçoivent également au niveau des familles. Le discours des intervenants est un discours axé sur la communication et l'éducation. Les propos tenus par les intervenants viennent corroborer un des constats de l'étude de Corin et al (1990:129) à l'effet que les problèmes familiaux sont fréquemment interprétés comme étant à l'origine des tendances dépressives ou des suicides. Voici deux extraits de discours axés sur la communication dans la famille.

Sarah : J'explique cela (le suicide) par les valeurs sociales comme la famille, la communication dans la famille. Il n'y a plus tellement de communication, chacun a sa petite vie.

Érick : Le gros problème, c'est la communication. Communication tant au niveau des familles qu'au niveau de l'école.

La perception des intervenants rejoint l'hypothèse formulée par Morissette (1987) à l'effet d'envisager le comportement suicidaire sous l'angle de la communication interpersonnelle et en tant que message à l'environnement.

Plusieurs écrits portent sur la qualité des relations parents-adolescents suicidaires. Tousignant et al. (1989), Pronovost et al. (1995) confirment dans leurs études que la communication et le soutien parental posent problème dans les familles d'adolescents suicidaires.

Un autre discours qui se démarque est celui qui concerne l'éducation dans les familles.

Daniel : Je crois que c'est la façon d'affronter les problèmes. Si tu n'as jamais été habitué, si tu as eu la vie facile, tu ne sauras jamais qu'est-ce que ça fait si tu tombes. Il faut que tu apprennes de tes échecs. Si tu n'as pas appris à affronter des petits problèmes, quand il va en arriver des gros, bien là, tu perds la boule (la tête).

L'extrait d'Ariane nous permet de voir l'autre face, c'est-à-dire celle où les parents ont été pris en charge par les professionnels.

Ariane : Je trouve que les parents ont été dépossédés de leur rôle. On (les professionnels) reprochaient aux parents d'être surprotecteurs. Cela a eu comme résultat que les parents se sont retirés de leur rôle de parent, puis de leurs responsabilités et que les enfants ont été laissés à eux-mêmes. C'était très permissif. Les parents ont démissionné parce qu'ils ne voyaient plus leur place.

Les discours tenus concernant l'impact de la famille ne nous amènent-ils pas à émettre l'hypothèse que la famille subit les conséquences de la pensée humaniste des années 1970. Du jour au lendemain, les parents ont été obligés de modifier leurs attitudes et leurs comportements face à leurs enfants. La famille a été soumise aux discours et aux pratiques de l'expertise professionnelle qui semble s'être vécue comme une représentation d'incompétence à se prendre en charge. Pour chaque problème, on a recours à un spécialiste (médecin, travailleur social, psychologue, avocat, etc.) Après avoir dépossédé la famille de ses compétences, l'État envisage maintenant de retirer brusquement les différents experts. Comment réagir comme parent face à ces changements rapides?

Des tabous tenaces

L'inacceptation et la peur sociale du suicide engendrent de nombreux mythes qui encouragent la recherche d'explications individualistes qui tendent à blâmer l'individu et son entourage (Dunn et Morrish-Vidners, 1987). Selon Lévesque (1977) et Morissette (1984), les croyances populaires et erronées à l'égard du suicide pourraient expliquer la non-intervention de l'entourage.

Plus précisément, les mythes entourant le suicide auraient pour fonction de protéger l'entourage immédiat de divers sentiments négatifs (culpabilité, agressivité, impuissance) suscités par le comportement suicidaire et de lui fournir des explications sécurisantes (Lester, 1972; Morissette, 1984). Ils contribuent ainsi à maintenir une image irréaliste de la personne suicidaire, à nier le sérieux de la menace suicidaire et à réduire d'autant la probabilité d'une intervention de l'entourage. Les principaux mythes énoncés par Morissette sont les suivants : le non sérieux de la menace suicidaire, le suicide précipité, l'irréversibilité du suicide, la folie, l'hérédité, le suicide manipulateur, la lâcheté et celui du courage.

Une étude effectuée à La Sarre (Champagne, Labrèche, Poirier, 1989), petite ville de l'Abitibi-Témiscamingue concernant les perceptions de la population face au suicide indique que les mythes et préjugés les plus répandus sur le suicide sont les suivants : les personnes qui parlent de se suicider ne le font pas, le mythe du suicide précipité, le comportement suicidaire peut durer toute la vie, les personnes qui tendent à se suicider sont des malades mentaux et finalement le mythe de l'hérédité.

Le discours des intervenants corrobore certains de ces mythes tels qu'ils les perçoivent dans la population.

Wilfrid : Pour moi, le suicide c'était un acte de lâcheté ou de courage. J'étais «pogné» avec mes préjugés comme bien du monde.

Yvon : À notre comité, il y a une pancarte à la porte où est inscrit le mot suicide. Un intervenant qui s'est fait conduire au local en taxi s'est fait demander : qu'est-ce que tu vas faire là? Ça leur fait peur.

L'influence des médias d'information

Plusieurs études (Lester, 1972; Phillips, 1974, 1979; Pell et Watters, 1982; Motto, 1967, 1970) ont vérifié l'hypothèse de mimétisme à la suite de comptes rendus de suicides publiés dans les journaux ou autres médias d'information comme la télévision. L'étude de Phillips en particulier apporte des arguments intéressants en faveur de la théorie de la suggestion : il ressort de son étude parue en 1974 que les cas de suicide rapportés à la une de la presse sont suivis d'une recrudescence de suicides dans la région qui fait l'objet de la publicité. Motto (1970) a fait une analyse des suicides à Détroit avant, pendant et après une grève de neuf mois des journaux locaux. Il a lui aussi trouvé une régression substantielle du taux officiel de suicide chez les femmes de moins de 35 ans. Il a également constaté que le taux avec lequel les hommes se suicident avec les pilules excédait celui des femmes. Ce qui fait dire à Motto qu'une source de définition enlevée semble avoir des répercussions sur le taux officiel de suicide.

La mort sous toutes ses formes est quotidiennement visible dans les différents médias. Ne peut-on parler comme conséquence d'une certaine banalisation de la mort.

Les répondants démontrent cette préoccupation de l'effet d'entraînement.

Marius : La publicité concernant les personnes qui se suicident provoque peut-être un effet d'entraînement dans la société.

Ginette : Lorsqu'on publicise un suicide dans les journaux, à la radio, je suis convaincue que pour quelqu'un qui est en processus suicidaire, je pense que ça peut être comme de lui donner l'opportunité.

C'est un peu comme pour les gens qui vivent dans l'entourage d'une personne suicidaire. Ils ont peut-être jamais pensé au suicide, puis qu'ils ne le feront pas, sauf qu'on sait qu'ils sont plus à risque parce que la personne qui s'est suicidée vient comme d'ouvrir une porte. Elle vient de démontrer que ça peut se prendre cette décision-là de se suicider.

La région géographique

Les statistiques montrent que les suicides se produisent partout dans le monde. Toutefois au Québec le taux varie selon les régions et l'Abitibi-Témiscamingue est une des régions où le suicide est élevé comparativement à d'autres régions. L'Abitibi-Témiscamingue est considérée la plupart du temps comme région éloignée et défavorisée. Les recherches n'ont pas démontré de liens directs entre pauvreté et suicide (Baudry, 1985; Boyer et al. 1994; Bellemare, D, L. Poulin, Simon, 1983). Encore là, faudrait-il définir la pauvreté? S'agit-il d'une pauvreté économique ou sociale?

Voici à ce sujet quelques témoignages qui rassemblent les diverses représentations des intervenants par rapport à la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Yvon : Il y a l'isolement à Montréal, il y a l'isolement ici. L'isolement ici, c'est la misère

physique, puis c'est la misère de se battre contre les éléments.

Lorsque j'étais intervenant dans une localité de la région, il y avait eu sept suicides dans le rang six et sept. Ce fameux rang là, il n'était pas ouvert l'hiver. On amenait tous les gens misérables et on les mettait tous ensemble. Ces gens là n'avaient pas un élément d'espoir, donc, ils partageaient leur pauvreté, leur manque de tout.

Moi, je pense que les régions ont été beaucoup des laboratoires, de bien des nouvelles affaires. J'ai déjà dit à un directeur d'hôpital que c'est peut-être les régions qui peuvent aider Montréal à trouver des manières d'être, au lieu de nous, copier Montréal.

Monique : Moi, j'ai toujours pensé qu'il y avait une relation entre la nordicité et les problématiques sociales parce que la vie est plus dure, que les gens sont plus froids. Plus on va vers le nord, moins il y a de solidarité entre les personnes.

Ces deux récits font ressortir la perception d'un contexte régional caractérisé par des conditions de vie difficiles et l'isolement. De manière générale, l'isolement est perçu comme étant un facteur de risque important dans les autopsies psychologiques qui, en fait, sont des reconstructions des situations de suicides.

Le récit d'Yvon indique comment les gestionnaires tiennent peu compte des particularités de la région en tentant d'appliquer sans distinctions des modèles imposés d'ailleurs.

Dolorès : Lorsque tu es dans des petits milieux, tu es plus vite étiqueté, plus vite marginalisé. Je prends par exemple l'homosexualité, c'est pas évident. C'est plus difficile de s'afficher qu'à Montréal par exemple. Ici les valeurs sont plus traditionnelles.

Ce récit fait référence au caractère plus visible des individus dans les petits milieux où l'intimité est plus difficile à préserver et où priment des valeurs plus traditionnelles d'ailleurs évoquée dans la recherche de Corin et al. (1990:207) et cela particulièrement dans deux localités identifiées comme plus fragiles au plan économique. La tradition de valeurs éducatives et familiales est interprétée comme un moyen de protection à la détérioration permettant le maintien d'un sentiment d'identité collective.

Émile : Quand je suis arrivé ici en Abitibi, j'avais l'impression qu'il y avait moins de cultures qu'ailleurs. J'étais avec une gang de gars la fin de semaine et on buvait. On fête, c'est une gang de mineur.

...L'Abitibi, c'est un coin de chasse et de pêche. C'est vrai qu'il y a plus de morts violentes au prorata de la population par fusil ici qu'ailleurs.

Émile est originaire de l'extérieur et son discours traduit bien l'image dont l'extérieur se trouve souvent imprégné vis-à-vis des régions dites périphériques. Nous avons été souvent surpris dans les entrevues par la manière dont les intervenants perçoivent la région. Il nous a semblé que cette perception était influencée par des modèles explicatifs négatifs souvent venus d'ailleurs. Ces définitions pessimistes du contexte régional ne peuvent qu'influencer la façon dont les individus interprètent le contexte régional.

Perception du profil des utilisateurs

Lorsque nous demandons aux intervenants de nous parler de l'image qu'ils se font des utilisateurs de la ligne d'intervention téléphonique, ils en tracent le portrait suivant composé à partir du croisement des quarante récits.

Il y a un peu plus de femmes que d'hommes âgés de 25 à 50 ans. Les problèmes les plus souvent rencontrés par les femmes ont trait à la solitude, à la maladie mentale chronique, au mal de vivre, aux abus de toutes sortes (inceste, abus sexuel, violence conjugale), aux deuils suite à une séparation, divorce.

En ce qui concerne les hommes, ils appellent pour des problèmes reliés à la solitude, à la maladie mentale chronique, deuil suite à des séparations, divorces. On note également des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, de même que des difficultés reliées à l'homosexualité. De plus, la moyenne des utilisateurs est perçue comme présentant des risques modérés.

Le portrait tracé par les intervenants correspond en partie à celui fait par la table de concertation régionale en prévention du suicide et le Conseil Régional de la Santé et des Services Sociaux en 1990. Cette étude identifie également que les personnes qui font appel à la ligne d'intervention téléphonique sont plus souvent des femmes (52,2 %) que des hommes (47,8 %). Le pourcentage des services utilisés par les hommes nous laisse à penser qu'ils sont moins réticents à utiliser une ligne d'intervention téléphonique que les services spécialisés (Corin et al., 1990). En ce qui concerne l'âge des utilisateurs, l'étude se distingue de la perception des intervenants, où on observe que 65,1 % des personnes ont entre 10 et 29 ans. De plus, on estime que la moitié ont entre 10 et 19 ans. Parmi les femmes, ce sont les 15-19 ans et les 30-39 ans qui sont les plus représentées, tandis que chez les hommes ce sont les 15-19 ans, ainsi que les 25-29 ans. Il s'agit ici d'une observation intéressante si on tient compte du fait que pour la catégorie des 15-19 ans, l'écart de la région avec l'ensemble du Québec est celle qui est le plus élevé. (Caron et al., 1995)

En ce qui a trait à l'état civil, on dénombre 55,4 % des appelants qui sont célibataires. L'étude justifie cette proportion en partie par le nombre important de jeunes appelants. Le deuxième groupe en importance est formé dans une proportion de 28,4 % de personnes ayant perdu leur conjoint, soit par veuvage, divorce ou séparation. On constate toutefois qu'une plus grande partie

d'hommes en difficulté serait célibataire dans une proportion de 60,9 %. Ceci venant confirmer que le mariage ou la vie de couple agirait comme mesure de protection sur la santé psychologique des hommes.

La solitude (le fait de vivre seul) évoquée par les intervenants est également un élément qui ressort de l'étude sur le profil des utilisateurs. Encore ici, cette proportion serait plus élevée chez les hommes que chez les femmes. À cette solitude se greffe une proportion importante de personnes sans-emploi ou en chômage, soit 30,9 %, suivi de 30,5 % par des étudiants. En ce qui concerne le potentiel suicidaire des utilisateurs de la ligne, il présente en majorité un risque modéré; ceci rencontre les perceptions des intervenants.

Confrontée aux principales études ayant traité de ces questions (CRSSSAT; 1983), l'enquête Santé Québec 1987, Rapport du groupe d'étude national sur le suicide au Canada, 1987), le point de vue des intervenants rencontre certaines caractéristiques des personnes à risque. Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, les groupes d'âge de 15 à 19 ans présentent le plus haut taux d'idéations et de tentatives de suicides, alors que les 20-29 ans chez les hommes présentent le plus haut taux de décès. Les femmes âgées de 30-44 ans présentent le plus de tentatives et de décès.

Les personnes âgées de 65 ans et plus ne sont pas portées à utiliser le service de l'intervention téléphonique.

Aline : On a beaucoup de jeunes, des 30 à 50 ans, mais on n'a pas de personnes dépassant 65 ans.

Les résultats d'une étude menée dans le secteur de La Sarre (Champagne, Labrèche, Poirier, 1989) démontrent que les personnes âgées de 65 ans et plus adhèrent plus fortement aux mythes sur le suicide, ce qui pourrait expliquer qu'elles soient

moins enclines à utiliser le service. Une autre étude conduite auprès des Services Secours au Canada démontre également que les personnes âgées, tout comme les jeunes, sont celles qui ont le moins recours à ces services téléphoniques. En effet, 84 % des appelants sont âgés entre 25 et 64 ans (Syer, Solursh et Scott, 1979).

CONCLUSION : POURQUOI ILS DEVIENNENT BÉNÉVOLES?

Les motivations et plus largement, le rapport des intervenants au bénévolat en prévention du suicide constitue un champ de recherche peu exploré. Les documents québécois sur cet aspect sont plutôt rares. On peut néanmoins compter sur des études traitant du bénévolat en général, comme les études de Romeder (1981), Guay (1984).

Nos résultats corroborent, tout en les nuancant, un certain nombre d'études sur les motivations au bénévolat. Les motivations à intervenir en prévention du suicide sont imbriquées fortement dans les croyances de base que les intervenants se sont construits tout au long du parcours qui trace leur trajectoire sociale. Pour les uns, c'est la proximité avec le suicide qui les a amenés à devenir bénévoles tandis que pour d'autres, c'est la recherche du sens du suicide jumelée à leur responsabilité sociale et aux valeurs accordées à la vie. Les cheminements ne sont pas uniformes, mais témoignent d'un ensemble de circonstances et de motivations différentes qui les ont conduits autour d'une même action, qui est source de valorisation, et l'occasion de développer des liens d'appartenance à un réseau.

La plupart des intervenants bénévoles étaient déjà des aidants naturels dans leur milieu et les professionnels également. Toutefois, pour travailler en prévention du suicide, comme le fait remarquer Frédérique, «...il faut aimer travailler avec les bénévoles.» Ces motivations, les intervenants les puisent dans la

recherche d'une aide à l'autre, mais aussi à travers la recherche d'une aide à soi.

L'élément de base qui se dégage de l'étude des motivations des intervenants est le besoin de donner un sens à des réalités comme la vie et la mort, celle des autres et la sienne. Un autre élément est la recherche d'une identité sociale et personnelle à travers l'aide aux autres.

Les participants de notre recherche ont effectivement manifesté le besoin d'être valorisé, apprécié, de développer la relation à l'autre, de donner un sens à leur vie. Certains considèrent également le bénévolat comme la source principale de reconnaissance sociale à laquelle elles peuvent avoir accès.

Animés des principales motivations que nous venons d'énumérer, les intervenants s'appuient également sur un certain nombre d'interprétations des problèmes reliés au suicide qui guident leur pratique.

Les problèmes conduisant au suicide sont perçus selon deux grands facteurs. Le premier facteur regroupe des difficultés reliées à l'individu et le deuxième regroupe des facteurs reliés à l'environnement. Ces perceptions se situent à l'encontre du modèle dominant qui insiste sur la responsabilité des personnes face à leur responsabilité dans le vécu des problèmes. En effet, les intervenants accordent une aussi grande importance à l'environnement dans lequel se situent les problèmes sans toutefois remettre en question l'inégalité des chances à des conditions de vie décente.

2. PRATIQUES DES INTERVENANTS BÉNÉVOLES ET PROFESSIONNELS.

2.1 Contexte de la pratique en prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue.

D'entrée de jeu, il est important de situer l'évolution de la prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue dans le cadre de son contexte sociopolitique et économique en tenant compte de ses structures et des différents acteurs impliqués. L'analyse qui suit a été entreprise à partir des récits de quelques intervenants et des textes produits par la table de concertation du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue.

DÉBUT DE LA PRISE DE CONSCIENCE COLLECTIVE

Le déclencheur à la prise de conscience collective a été une étude régionale conduite en 1977 par Louis Bordeleau, un criminologue oeuvrant dans la région. Cette étude faisait état de la situation alarmante des décès par suicide dans la région.

C'est par la tenue d'un colloque réunissant plusieurs intervenants bénévoles et professionnels intéressés par cette problématique que s'organise le début de la mobilisation communautaire. La situation du suicide sera surtout expliquée par l'absence de concertation entre les différents intervenants. Un mandat est alors confié au CRSSSAT d'être responsable de l'organisation d'une prévention face à cette problématique.

MANDAT CONFIE AU CRSSSAT

Devant le silence du CRSSSAT jusqu'en 1982, le débat public resurgit suite à la parution de l'étude provinciale conduite par Charron (1982) qui venait réaffirmer l'importance des suicides en

Abitibi-Témiscamingue. C'est en assemblée publique et en présence des médias qu'on rappelle au CRSSSAT son inaction et qu'est renouvelée la demande d'une intervention à court terme pour améliorer la situation du suicide dans la région. Cette mobilisation publique vient souligner la représentation du suicide comme problème social. En effet, de phénomène social moins visible, il devient rapidement plus préoccupant et plus politique. Cette reconnaissance du suicide comme problème social exige une prise de position pour intervenir et le contrer.

La première visibilité du CRSSSAT se manifeste par une étude (1983) qui a pour objet de cerner la problématique régionale et d'élaborer par la suite un programme de prévention. Les leaders préoccupés de l'avancement du dossier (majoritairement représentés par différents professionnels) sont à la fois satisfaits de l'implication de CRSSSAT et déçus du retard de l'action qu'entraîne une nouvelle étude sur la question. Dans la continuité de son étude, le CRSSSAT effectue une tournée régionale (1984) dans le but de préparer avec les personnes intéressées dans la communauté un projet d'action en prévention du suicide. Parmi les différentes stratégies proposées, c'est le choix de la ligne d'intervention téléphonique qui fut priorisé, avec la logique que c'est un moyen accessible à tout le monde. Dû à la particularité des petites collectivités, les gens étaient préoccupés par l'aspect de la confidentialité. Les gens disaient : «Mais je reste à une petite place, tout le monde nous connaît la voix, ou bien encore, il y en a qui écoute sur la ligne parce qu'il y a des lignes multiples.» (Ariane). C'est suite à cette préoccupation de la confidentialité qu'est venue l'idée d'opter pour une ligne régionale où chacun des secteurs (villes) répondrait au niveau régional.

NAISSANCE D'UNE INTERVENTION EN PARTENARIAT

De 1984 à 1986, on assiste à la mise sur pied de plusieurs comités locaux dans les villes d'Amos, Val D'Or, Ville-Marie, Malartic, La

Sarre, Rouyn-Noranda. En 1987-1989 suivra respectivement Lebel-sur-Quévillon et Senneterre. Ces comités locaux se sont donnés des règles de fonctionnement à l'image d'autres organismes bénévoles. Cette structure comprend un conseil d'administration composé de bénévoles qui se réunit mensuellement et qui a pour objectif d'appliquer les orientations. Nous retrouvons également des sous-comités qui ont différentes fonctions : l'information, le recrutement, la sélection des bénévoles, l'écoute téléphonique et les activités sociales. Les comités locaux et la table de concertation régionale sont des unités distinctes et autonomes. Ainsi les comités locaux conservent l'autonomie dans le choix des activités et des services dans le respect toutefois du programme régional.

En 1984, le CRSSSAT obtint l'autorisation du Ministère de la Santé et des Services Sociaux pour l'ouverture de poste d'intervenants communautaires en santé mentale dans les CLSC et dans les centres de santé. Le CRSSSAT recommande aux établissements du réseau d'accorder priorité à la problématique du suicide et de procéder à des ententes avec les comités locaux en vue d'assurer le soutien requis à l'implantation du programme en prévention du suicide et particulièrement en ce qui concerne la supervision des bénévoles. C'est de cette entente que prend forme officiellement un partenariat entre bénévoles et professionnels. Ce partenariat est toutefois inégal selon les CLSC ou les Centres de Santé.

Le fragile soutien du réseau

Le soutien du réseau au niveau de la supervision des bénévoles et du soutien organisationnel est souvent instable et nécessite constamment d'être renégocié. La tendance qui semble prévaloir est celle de se désengager et de laisser aux intervenants l'entière responsabilité de la prévention du suicide.

Paul : Il y a des comités qui ont beaucoup de difficultés avec le réseau pour avoir du support alors que pour d'autres, ça va mieux. Ça fait une différence dans la dynamique de chacun.

Dolorès : C'est fragile, j'en connais des intervenants qui ont une pression de diminuer, puis à un moment donné, ils sont tannés d'être comme «pognés» entre les besoins du comité, puis les désirs de l'organisme.

...ça varie, puis à un moment donné, ça dépend, il pourrait y avoir une vague de DG (directeur général) qui dirait bien on coupe prévention suicide. Avec un DG, j'étais comme prise en sandwich, dans le sens, entre un organisme qui me donnait comme mandat, bien, rends-les autonomes pour qu'on se retire...puis l'autre côté tu te dis, bien dans le fond, c'est un partenariat, puis ils ne seront jamais autonomes parce que c'est un projet commun, puis on a chacun nos responsabilités.

Ces nouvelles représentations du suicide dénoncent l'absence de concertation entre les intervenants des différents services comme un handicap à la résolution du problème. Pour les acteurs en présence, une des clés de l'intervention réside dans des actions concrètes de partenariat entre différents services de la santé et des services sociaux et des partenaires bénévoles provenant de la communauté. Bien que fragilisée par l'intérêt et la bonne volonté des individus des différentes institutions à y participer, il s'agit de l'émergence d'une nouvelle réalité d'intervention.

Le programme de prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue

En 1986, la table de concertation, de concert avec CRSSSAT a procédé à la définition de l'orientation du programme régional en prévention du suicide. Les principales mesures de prévention que l'on visait à mettre en place étaient les suivantes :

- l'implantation d'une «ligne téléphonique régionale et de services d'accompagnement bénévole.»⁹
- l'information du public sur les ressources disponibles dans la région.
- la formation des intervenants (professionnels et ceux de la communauté).
- La sensibilisation des individus et des groupes les plus concernés par la problématique du suicide.
- la promotion des moyens préventifs axés sur les facteurs associés aux comportements suicidaires.
- le développement de moyens favorisant la réhabilitation et/ou la réinsertion sociale des individus touchés par le problème du suicide (table de concertation, 1990 : annexe 4).

Devant le constat du nombre important de suicide dans la région, et l'urgence d'intervenir auprès des personnes en crise suicidaire, le choix prioritaire se porte sur l'implantation de la ligne téléphonique régionale tout en développant de façon parallèle les autres mesures préventives. Le service d'intervention téléphonique offre actuellement 40 heures d'écoute hebdomadaire (du lundi au jeudi de 20 h à minuit et de 20 h à 4 h du matin les fins de semaine) aux personnes en détresse et/ou en état de crise. Le but visé est de résorber la crise et de permettre à l'appelant d'identifier la situation problème et les moyens pour le résoudre.

⁹ Au niveau de l'intervention téléphonique, on vise avant tout d'offrir un service d'intervention de crise adapté aux besoins. Table de concertation (1990), p.7

Le but ultime du programme vise à prévenir le suicide en Abitibi-Témiscamingue par la réalisation d'objectifs visant la promotion, la protection de la santé mentale et le développement de ressources complémentaires. (table de concertation, 1990 : annexe 4)

Plus précisément, le programme vise à offrir des services à la population identifiée à risque suicidaire et à son entourage immédiat. Ces services sont :

- de collaborer au développement de moyens de prévention orientés vers les facteurs associés à l'ensemble des comportements suicidaires.
- collaborer au développement de moyens de réhabilitation et/ou de réinsertion sociale en favorisant la mise sur pied de groupe d'entraide (tierces personnes, ex-suicidaires, etc.) animés par des personnes ressources du milieu.
- collaborer au développement de services d'aide directs pour l'individu et ses proches en situation de crise suicidaire.
- assurer la mise en place de mécanismes de recherche en vue de l'évaluation des programmes implantés.

Un deuxième objectif est de développer des approches de sensibilisation au phénomène du suicide et à sa prévention.

Un troisième objectif est de favoriser le développement de ressources complémentaires telles que la ligne d'intervention téléphonique régionale, des services d'accompagnement bénévoles, coordination et collaboration entre les ressources professionnelles et bénévoles, locales et régionales.

Plus récemment, l'organisme a travaillé à une redéfinition de son orientation. Toutefois ce projet n'est pas encore finalisé.

LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES COMITÉS LOCAUX

Précarité des ressources financières

Les difficultés les plus souvent évoquées par les membres des comités locaux ont trait particulièrement à la précarité des ressources financières.

Érick : On a de gros problèmes financiers dans le sens qu'on vit toujours avec les coupures à chaque année, plus ça va, plus on coupe. Tu as le sentiment qu'on y arrivera pas. Ils nous obligent à aller chercher des argents, en plus de faire de l'intervention.

Réjeanne : Quand tu es bénévole, on s'essouffle à aller chercher du financement, puis tout ce qui est matériel et on est plus capable de répondre parce que toutes nos énergies vont pour le fonctionnement, sur la paperasse. C'est exactement ce qu'on est entrain de faire.

Les comités bénéficient d'une subvention du Ministère qui est répartie entre les comités locaux selon une procédure de répartition budgétaire centrée sur les besoins des localités. Il faut dire que la moitié de cette subvention va directement à la couverture des frais encourus par la ligne d'intervention téléphonique. De façon plus spécifique, la répartition des fonds réservés pour les comités locaux doit correspondre aux principes de base suivants :

- la politique de gestion budgétaire reconnaît le principe d'autonomie des centres aux comités.
- le comité de gestion budgétaire reconnaît l'insuffisance des montants distribués par la table régionale aux centres ou comités en regard de la totalité des besoins de financement des centres aux comités.

- la politique de gestion budgétaire reconnaît la diversité des ressources utilisées par chacun des centres ou comités dans l'atteinte des objectifs qu'ils poursuivent.
- le comité de gestion budgétaire se veut un support à la gestion financière des centres aux comités. Il ne doit pas avoir comme objectif la fonctionnarisation des centres aux comités.
- l'allocation des argents doit se faire en favorisant les activités et les critères priorités par la table régionale.
- Les critères doivent répondre aux qualités suivantes : être objectif, être vérifiable, être mesurable. (table de concertation en prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue, 1994).

La plupart des comités locaux se préoccupent d'aller chercher différentes sources de subvention pour offrir différents services. Ils font appel à des organismes comme Centraide, Défis (projet d'été pour les étudiants), les PDE (Programme pour développement d'emplois) dans du grand public, de clubs sociaux, etc.

Confrontés à fonctionner avec des ressources financières limitées, les comités locaux se voient assujettis à une gestion sociale et financière des clientèles à risques suicidaires identique à celle du réseau institutionnel. À cette gestion comptable rigoureuse (objectif, vérifiable, mesurable), les comités se doivent de solliciter différentes autres subventions pour assurer et développer leurs services.

Mobilité des bénévoles

La seconde difficulté avec laquelle sont confrontés les comités locaux est dû au mouvement des bénévoles qui varie selon les comités.

Claire : Les gens demeurent environ deux ans. Il y en a beaucoup qui resteraient dans prévention, mais c'est parce qu'ils ont déménagé à l'extérieur. Puis on avait des étudiants dans la vingtaine qui sont retournés aux études. Une autre bénévole, ça faisait quatre ans, mais avec ses jeunes enfants, elle n'arrivait plus.

Paul : Il y en a un certain nombre qui sont partis parce qu'ils ont quitté la région, ils ont changé d'emploi. Mais il n'y a pas un si gros roulement que ça. Quand je regarde ça, sur dix ans, il y a des gens qui sont là presque depuis le début. Sauf que ce qui arrive souvent, c'est qu'à travers tout ça, il y en a qui vont prendre un recul.

La capacité de conserver les bénévoles et de s'assurer un renouvellement est une préoccupation inhérente à toute organisation bénévole. En retraçant l'histoire du développement de bon nombre d'organismes bénévoles, Guay (1972) soutient qu'on pourrait établir trois étapes typiques. Dans la première étape, l'enthousiasme est à son maximum, il y a en général plus de bénévoles que de clients. À la deuxième étape, il arrive souvent une démobilisation des bénévoles et à la troisième étape, on retrouve une stabilisation qui se caractérise souvent par un manque chronique de bénévoles et l'augmentation des demandes de services.

Pour conserver l'intérêt des bénévoles, il affirme qu'ils doivent être occupés de façon régulière, mais sans les surcharger ou leur confier des tâches trop difficiles. Toutefois, pour Guay, la meilleure façon de garder l'intérêt du bénévole est de pouvoir satisfaire le besoin personnel qui les a conduits à devenir bénévole. Il s'avère donc important d'établir aussi rapidement que possible, le lien entre la motivation et l'intervention bénévole. Le consensus largement répandu dans le discours des

intervenants bénévoles de notre étude fait émerger principalement deux grandes motivations, soient le besoin de croissance personnelle et l'importance d'établir des contacts avec d'autres. La préoccupation de l'organisation de prévention du suicide aurait donc avantage à tenir compte dans ses activités de support aux bénévoles, des besoins exprimés à travers les motivations.

Un autre aspect important à la conservation des bénévoles est sans contredit le recrutement et les critères de sélection. Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, le recrutement s'effectue principalement au moyen de la publicité dans les journaux, les lieux publics, le bouche-à-oreille.

Les critères de sélection (table régionale de concertation, 1993) comprennent deux niveaux. Le premier niveau se compose d'aspects plus factuels tels : être âgé de 18 ans et plus, de résider sur le territoire desservi par le Centre de prévention suicide et de s'engager à suivre une formation de base de 45 heures.

Le deuxième niveau concerne davantage les critères relatifs à l'intervention et à l'implication comme bénévole. À ce niveau, six éléments sont considérés. Le premier concerne la motivation à aider les autres, à se rendre utile, ainsi que le désir de se développer personnellement et de s'impliquer émotionnellement. On suggère d'éviter les personnes poursuivant de grands idéaux, les personnes trop théoriques ou intellectuelles, ainsi que les gens préoccupés à compléter une formation académique. Le second élément qui est considéré est celui d'une personnalité démontrant de la maturité et une stabilité émotionnelle. Sont également recherchées chez les bénévoles des habiletés interpersonnelles comme la sensibilité, la facilité d'entrer en contact, le respect, l'authenticité, l'ouverture et la disponibilité.

On évitera les personnes qui ont tendance à paniquer facilement et les personnes qui évitent de s'impliquer. L'expérience

personnelle est également un élément pertinent à condition que les expériences soient bien intégrées et qu'elles puissent être transposées adéquatement dans de nouvelles situations. Si une personne a eu à vivre une expérience de vie difficile, comme par exemple une crise suicidaire, il sera suggéré d'attendre un intervalle de deux (2) ans avant de devenir bénévole. La capacité de travail en équipe et le désir d'apprendre sont également des éléments qui sont pris en considération, de même que certaines exigences du service, telles la confidentialité et l'anonymat, l'acceptation d'être supervisé, le respect du code de déontologie.

Au-delà de ces différents critères, les récits nous indiquent à plusieurs reprises que le critère le plus important est celui d'être sensible aux autres et d'avoir la capacité de porter une réflexion sur ses propres expériences de vie.

Paul : Je pense que les meilleurs bénévoles, ce sont les gens qui sont sensibles aux autres...et qui sont capables de se remettre facilement en cause. Ils sont capables de dire, bien ce problème là, ça me dépasse... Puis ils vont chercher dans leur bagage personnel d'expériences à eux autres.

Yvon : Les gens qui font des interventions plus solides, sont ceux qui ont une bonne expérience de vie, qui ont eu le temps de prendre du recul sur la vie.

Composer avec la techno-bureaucratie

Bien que partenaire, les intervenants bénévoles doivent composer avec les règles du jeu établies par l'État représenté par ses institutions. Comme le constate Lamoureux (1994), l'État conserve une approche autoritaire et centriste qui commande le consentement des bénévoles. Dans ce contexte, l'intervention en partenariat devient une alternative politique au choix de l'État de

se retirer progressivement des services à la population pour investir du côté de l'économie. Cependant, pour se maintenir en place affirmera Lamoureux, l'État se doit d'arriver à certains compromis entre les différentes composantes du social. C'est de ce compromis qu'émerge le partenariat avec les organismes communautaires inégaux au niveau du pouvoir et des ressources.

Ce contrôle que maintient l'État tout en se retirant des services est fortement perçu et vécu par les intervenants bénévoles.

Judith : ...on a beaucoup de documents au niveau gouvernemental qu'on doit remplir...ça demande encore plus de temps, il faut aller chercher l'information, comment remplir nos affaires, comment fonctionner.

LA TABLE DE CONCERTATION RÉGIONALE

Afin d'assurer la coordination de ce projet d'envergure régionale, les comités locaux étaient d'avis qu'il fallait un espace pour une concertation régionale. Le mécanisme pour assurer cette concertation fut la constitution d'une table régionale de concertation regroupant l'ensemble des comités locaux. La table de concertation assume un rôle de coordination et de concertation, des actions régionales pour la réalisation du programme en prévention du suicide tout en favorisant l'entraide et le partage entre les comités. Nous retrouvons également différents comités de support régionaux tels : comité de la ligne d'écoute, formation, budget, Télébec, comités ad hoc sur la politique en santé mentale ou tout autre sujet se rapportant à la préoccupation de la problématique.

La table de concertation se compose d'un délégué bénévole de chacun des comités locaux mandaté pour un an et accompagné d'un intervenant communautaire en santé mentale. Seul le délégué bénévole a droit de vote. De plus, la responsable

régionale (employée du CRSSSAT) de ce dossier y assure une présence active. C'est à cette personne que revenait la coordination administrative. En effet, jusqu'en 1993, le CRSSSAT offre une permanence professionnelle au niveau de ce dossier qui a pour fonction de fournir un support à la planification.

Le CRSSSAT est aussi responsable du financement du programme régional, en plus de jouer un rôle auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux au niveau de leur implication dans le programme de prévention suicide.

Incorporation de la table régionale de concertation : vers une logique administrative

L'incorporation de la table régionale de concertation au début de 1993 est un événement important qui a ouvert la porte à une logique administrative qui prime sur une logique du contenu de la problématique.

Cette demande d'incorporation est issue d'une demande de la Régie régionale qui questionnait le fait de consacrer une intervenante supportant à temps complet un organisme communautaire. Cette décision de la Régie s'inscrit également dans la volonté du Ministère de verser les subventions directement aux organismes communautaires au lieu de les verser à la Régie. Par conséquent, la table de concertation devait dorénavant assumer le transfert de l'aspect administratif et de la coordination. La table de concertation réussit à maintenir la présence d'un support professionnel de la part de la Régie via son ex-intervenante chargée jadis du dossier dans sa totalité. Aucun autre groupe communautaire ne bénéficiait d'une ressource à temps complet. Pour s'acquitter de ces nouvelles obligations, la table de concertation procéda à l'engagement à temps complet d'une coordonnatrice administrative. La table de concertation est

maintenant une entité distincte composée de son propre conseil d'administration.

Ce désengagement de la part de la Régie régionale amène un réajustement important au niveau de la table régionale de concertation. Les récits de Frédérique et Yvon expriment bien la réaction des intervenants face à la position de la Régie.

Frédérique : C'est comme si à la Régie, on a donné de l'argent, puis on a dit : «gérer prévention suicide. Nous autres, on veut pu rien savoir de ça.» Je ne dis pas qu'ils ne collaborent pas, mais je dis qu'en quelque part, ils ont donné la responsabilité aux comités locaux de prévenir le suicide. Moi, je me dis, on donne un contrat plus grand qu'on a donné au CLSC, puis ils ont pas mal plus de ressources, pas mal plus d'argent. Il faudrait que les établissements refassent leur examen de conscience par rapport à la prévention du suicide. C'est pas juste aux comités locaux de prévenir le suicide.

Yvon : On a dit à la Régie, ça ne se fait pas n'importe comment. Vous ne nous poussez pas un montant d'argent puis après vous fermez les portes. On a fait signer un protocole d'entente pour conserver un lien avec la Régie via son ancienne intervenante pour rappeler le but de prévention suicide dans la région.

Pour les intervenants bénévoles et professionnels, l'impact sur les conséquences de l'incorporation a eu comme effet de se retrouver en force, face à une logique administrative importante qui a eu comme conséquence d'affaiblir la partie importante de la concertation par rapport au contenu de la problématique.

Ginette : La partie administrative prend tellement d'importance par rapport à la

concertation, à l'échange d'information. ...les centres ont l'impression que la table est là pour brimer leur autonomie. La table ne répond pas à l'attente des centres qui est davantage une concertation clinique.

Plusieurs intervenants soulignent des comportements qui traduisent une approche plus administrative et centralisatrice.

Isabelle : Depuis l'incorporation, on sent plus d'ingérence, d'obligation de partager. Il y a comme une préoccupation d'uniformiser. Moi, je trouve qu'il y a un contrôle de la gestion quotidienne.

Judith : La table est très administrative...très près des lois, des codes civils. Le fonctionnement pour moi est très rigide.

Frédérique soulève les dangers d'une telle logique qu'elle qualifie plutôt d'une logique basée sur la peur.

Frédérique : Je ne pense pas que ce soit un trip de contrôle, mais de peur. Une peur que si ça bouge, l'édifice s'écroule et en faisant ça, on cristallise des choses. On les institutionnalise. C'est pour cela qu'on a de la misère à accepter les différences d'un comité à l'autre. On se prive ainsi d'une orientation qui pourrait être différente.

Perceptions des tensions vécues à la table régionale de concertation

Pour bon nombre d'intervenants bénévoles, l'instance de la table régionale de concertation, c'est comme l'exprime Érick : «Un autre monde, c'est comme un gros CA.» ou encore Renée : « C'est loin,...

ça nous touche pas, on a tellement de boulot ici.» On invoque également la longueur des réunions et des déplacements au niveau de la région qui alourdissent considérablement la participation au niveau régional.

Nicole : Tu allais là, tu partais d'ici vers 5 h 30, 6 h 30 après le travail et tu revenais vers minuit et demi et le lendemain tu devais être au travail pareil.

Isabelle se fait la porte-parole d'autres intervenants bénévoles en proposant qu'il y ait plutôt moins de rencontres mais d'une durée plus longue.

Isabelle : Moi, je me dis que tu pourrais avoir deux-trois rencontres par année au niveau de la table pour des grandes orientations. Tu serais mieux de prendre une journée au début de l'année, à partir de qu'est-ce qu'on fait cette année qui préoccupe toute la région.

Isabelle invoque également la question de l'éloignement, mais plus encore une tendance à vouloir trop centraliser, uniformiser les comités locaux.

Isabelle : La concertation, je ne la voyais pas comme le fait que toutes les procédures devraient être régionales parce que ça t'enlève ton autonomie. Ça devient lourd, de moins en moins d'administrateurs veulent s'impliquer à ce niveau là.

Plusieurs intervenants bénévoles invoquent cette tendance à la lourdeur d'une logique bureaucratique qui tend à s'installer et ceci autant chez les intervenants bénévoles que professionnels.

Clifton : Il y a l'aspect de bureaucratisation. Il faut faire attention à cela car cela a des

implications pour les bénévoles. Par exemple, lorsque le bénévole va à la table régionale, souvent, il a un «job» à côté puis il ne pourra pas comme le professionnel reprendre ses heures.

Annie : Quand je regarde la structure, tout est relié à une politique, réfère-toi à ta politique de formation, réfère-toi à ton code d'éthique, réfère-toi à ta politique budgétaire. Le fonctionnement de la table alors, c'est très réseau. Je pense que c'est important d'avoir un cadre de référence dans un organisme communautaire mais pas d'en être tenu de façon très bureaucratique.

Une préoccupation incessante qui se joue à la table est celle de la question budgétaire à travers laquelle s'exprime la précarité ou la fragilité du programme de prévention du suicide ainsi que les relations de pouvoir entre les comités locaux.

Érick : D'après moi, la table de concertation régionale, c'est pas très supportant. Ils t'imposent un budget, puis tu n'en as même pas assez pour payer les déplacements des bénévoles...On n'est pas toute la même équipe. Quand tu regardes X, eux autres, ils ont tous les moyens qu'il faut, ils ne manquent jamais d'argent. Puis, nous autres, on avait jamais les moyens qu'il fallait.

De cette différence dans l'obtention d'argent nécessaire à la distribution des services se jouent également les conflits entre les villes de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Judith : Chacun se bat pour son comité mais il oublie que la table ça comprend tous les comités. ...souvent j'ai l'impression que chacun pense à ses affaires puis il oublie qu'on est tous embarqués dans le même bateau.

Frédérique : Il y a des villes qui «leade» la table de concertation. Il y a des gens qui sont plus leaders, qui, comme par hasard, sont des professionnels.

Le pouvoir des professionnels

La perception prédominante autant chez les bénévoles que chez les professionnels est à l'effet que ce sont les professionnels du réseau qui dirigent, qui ont la plus grande influence.

Isabelle :...les intervenants professionnels ont toujours à mon avis pris trop de place au niveau de la concertation...Les intervenants professionnels, c'est important ce qu'ils apportent, mais ils devraient l'apporter juste sur demande.

Paul : C'est sûr qu'il y a d'autres personnes qui sont bénévoles et en même temps des professionnels du réseau et qui représentent certains comités, qui ont du pouvoir dans le sens qu'ils ont le pouvoir de la connaissance et de l'expérience puisqu'ils interviennent souvent. Ça bien, il y a certains bénévoles qui se sont sentis frustrés. Rien qu'à ce moment là, c'est parce qu'on est professionnel, c'est pas parce qu'on est professionnel, c'est parce qu'on est là depuis le début.

Paul soulève une règle du fonctionnement de la table de concertation régionale qui crée des inégalités au niveau du pouvoir. En effet, il appert que les professionnels rattachés aux CLSC et responsables du dossier prévention suicide siègent au conseil d'administration de façon continue, mais sans droit de vote. En ce qui concerne les intervenants bénévoles, ils siègent pour un mandat de un (1) an avec droit de vote.

D'autres, comme Clifton, font surtout référence à la façon dont s'exerce le pouvoir, c'est-à-dire aux attitudes.

Clifton : Il y avait des personnalités extrêmement fortes sur la table régionale. Je crois qu'elles étaient sincères, puis elles apportaient quelque chose. C'était peut-être dans la façon dont elles l'apportaient.

Perception des forces de la table de concertation régionale

Malgré la présence de tensions et de conflits, l'instance qu'est la table de concertation régionale représente pour les intervenants une force vive au niveau régional pour la prévention du suicide ainsi qu'une expérience de dix (10) ans de partenariat.

Victoria : Moi, je trouve que la table, c'est une entité nécessaire pour avoir de l'impact auprès de la population. Cela a été un effort collectif où il y a eu reconnaissance d'une philosophie régionale. ...la structure de la table régionale a eu un effet de poursuite, d'un mouvement qui a ses raisons d'être, qui a amené beaucoup de développement, de collaboration, de solidarité, qui a amené une réflexion aussi quant à comment intervenir. ...c'est un moteur important.

Yvon : Si on avait été tout seul, chacun dans son coin, y aurait plus de prévention suicide, j'en suis certain. Il n'y aurait plus de bénévoles, y aurait plus rien parce qu'isolé, on aurait été mort, parce que sans table régionale, on aurait pas eu de lieu d'écoute, on aurait pas été assez fort pour dire nos affaires.

...puis ça s'est fait par la base. C'est la base qui a poussé sur le CRSSS. La concertation régionale est importante parce que c'est tellement facile de s'isoler, puis de lâcher.

En effet la force du regroupement régional a fait mentir le Directeur Général du CRSSS de l'époque qui disait :

Ariane : Je ne veux pas te faire de peine là, mais ça durera pas parce qu'on sait que les groupes communautaires, ça peut pas durer longtemps. Moi j'ai dit : si tu as un bon support des structures de santé et des services sociaux, le bénévolat va continuer, ils vont se remplacer. La structure va être là puis ils vont continuer à fonctionner.

On a ici l'exemple de l'importance du support du réseau formel aux activités bénévoles. L'exemple de la région nous démontre également l'importance de pouvoir compter sur les professionnels qui croient en la cause et qui sont en quelque sorte «porteurs de dossier». Dans l'exemple de la collaboration avec la Régie, ce projet a réussi à se faire entendre par les pressions publiques et par une intervenante professionnelle de la Régie qui a su croire à une collaboration et à une responsabilité partagée entre tous les intervenants.

Amélie : C'est une façon de fonctionner qui permet une certaine uniformité, puis qui permet certains liens entre les différents comités parce qu'on est quand même assez éloigné. Puis si on était tout seul dans notre petit coin, je ne suis pas sûre. Je pense qu'on a besoin de se retrouver à certains endroits ensemble avec nos difficultés, avec nos réussites, puis avoir une certaine uniformité parce que l'appelant lui qui nous appelle d'un endroit, si on avait des choses vraiment différentes, comment il pourrait se retrouver là-dedans?

Hélène : C'est un organisme (la table) qui nous donne des outils, du support. Je pense par exemple au code d'éthique.

DES PARTENAIRES EN SOLIDARITÉ CONFLICTUELLE

Nous venons de voir que le point de départ du regroupement des solidarités provient d'un désir commun de prévenir le suicide dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. C'est pour cette préoccupation commune que des transactions se multiplient entre les différents acteurs en présence (intervenants bénévoles et professionnels, et établissements du réseau de la santé et des services sociaux, CRSSSAT, comités locaux, table régionale).

Relations entre les bénévoles et les professionnels

Les bénévoles et les professionnels articulent leurs discours autour d'axes fort semblables en ce qui concerne l'objet du suicide et l'importance de l'intervention.

Dans l'ensemble, les relations avec les professionnels sont perçues par les bénévoles comme étant plutôt chaleureuses, égalitaires.

Clifton : Les personnes du réseau avec qui j'ai été en contact, pour moi, ont agi autant comme bénévole.

Hélène : Je trouve qu'ils sont très respectueux des gens. Un moment donné, il leur faut une intervention auprès d'un répondant puis, ils sont très respectueux des bénévoles. Ils sont chaleureux avec tout le monde.

Wilfrid, intervenant bénévole, apporte un élément clé dans le cadre de son récit en ce qui concerne l'aspect continuité qui est représenté par les professionnels.

Wilfrid : Bon, ce sont des gens extraordinaires (professionnels). Ce sont ceux qui sont là depuis les débuts, qui ont

traversé, et traversent les périodes, ils sont rémunérés. Alors que les bénévoles, on vient, puis on part. La continuité, c'est les professionnels qui l'assurent. Ce sont eux finalement la mémoire des comités.

L'autre côté de la médaille, c'est que la continuité assurée par les professionnels leur confère un plus grand pouvoir d'influence au niveau de l'information, des connaissances, de l'expérience. Toutefois, ce pouvoir est utilisé différemment selon les personnes tel qu'en témoigne Clifton.

Clifton : Il y a des personnes qui se mettent eux-mêmes sur un piédestal, puis qui imposent. Tandis qu'il y a des personnes qui ont les mêmes connaissances qui vont se mettre au même niveau que les autres puis ils vont partager plutôt que d'imposer leurs idées.

Frédérique poursuit dans le sens de Clifton en ce qui regarde le danger pour les professionnels d'utiliser à mauvais escient leur pouvoir.

Frédérique : ..moi, je trouve que comme professionnelle, on peut facilement vivre un trip d'égo, parce que les bénévoles t'admirent. Tu as la formation, le langage. Alors, dépendamment de comment on veut jouer notre rôle comme professionnelle, on peut faire un trip de pouvoir assez important.

Comme Clifton qui est bénévole, des professionnelles comme Frédérique vont dans le même sens en disant qu'il y a danger quand il y a des professionnels qui font des «trips d'égo, qui veulent se faire admirer des bénévoles.» Elle ajoutera que cela peut aussi être le cas de bénévoles qui deviennent superviseurs.

On ne nie pas ici les connaissances différentes des professionnels, mais la sensibilité aux relations de pouvoir s'exprime davantage au niveau des attitudes manifestées par les professionnels. Le témoignage d'Isabelle nous laisse une réflexion percutante à ce sujet.

Isabelle : Moi, je trouve qu'un intervenant du réseau qui dirige un organisme communautaire, il y a quelque chose qu'il n'a pas saisi dans l'organisation communautaire.

Un autre élément qui illustre le statut différent des professionnels et des bénévoles est celui de la supervision des intervenants bénévoles. Pendant plusieurs années, la fonction de supervision était assumée entièrement par les professionnels. Au cours des années cette tendance se renverse et on retrouve également des intervenants bénévoles qui occupent cette fonction.

Jean-François : C'était la première année que les bénévoles pouvaient avoir accès à cette formation là, parce que auparavant c'était des professionnels. C'était strict, mais vu le manque de professionnels, ils ont ouvert cela aux bénévoles en donnant une formation. Alors, j'ai été de la première formation. ...puis j'ai commencé à faire de la supervision tranquillement, parce que c'était stressant. ...il y avait les responsabilités que cela demandait en tant que superviseur, les responsabilités envers les bénévoles, la qualité des services. Puis l'autre insécurité aussi, c'était le risque de poursuite, parce que dans ce temps là, ce n'était pas clair encore au niveau des assurances, de quelle façon on était protégé nous autres comme superviseurs.

Apprentissage d'un nouveau langage : celui du réseau

Dans cette union entre intervenants bénévoles et professionnels, c'est le langage et le modèle du réseau des professionnels qui s'imposent.

Annie : C'est difficile parce que c'est un langage très réseau. Alors, c'est pas toutes les bénévoles qui sont à l'aise là-dedans, tu sais. Un bénévole qui est hors réseau, ça y prend quasiment un an à s'habituer au jargon, o.k., puis d'arriver à faire valoir ses opinions, c'est du sport. ...on a une structure qui est proche du réseau.

Le témoignage d'Annie illustre bien qu'on est loin du bénévolat traditionnel qui était centré sur l'aide et l'organisation spontanée. Nous nous retrouvons au coeur d'un paradoxe puisque la contribution des bénévoles est valorisée pour diminuer la distance entre les aidants et les aidés, pour que la relation soit plus humaine et chaleureuse. Pourtant, le discours des intervenants bénévoles nous traduit que tout est mis en place pour leur attribuer un statut qui se rapproche de plus en plus de celui des professionnels et de la structure en vigueur dans le réseau institutionnel.

2.2 Les axes privilégiés par la formation

La formation s'articule au programme régional de prévention du suicide et permet une intervention efficace et homogène auprès des personnes suicidaires et de leur entourage. Le programme régional en prévention du suicide correspond aux autres programmes mis de l'avant au Québec et au Canada par l'accent qu'ils mettent sur le suicide. Ces programmes s'inspirent largement du modèle du centre de Los Angeles, premier centre spécialisé en prévention du suicide en Amérique du Nord. Ces

centres offrent un service d'intervention téléphonique, de même que plusieurs autres services ayant pour objectif de réduire les suicides et d'apporter un soutien aux personnes endeuillées à la suite d'un suicide.

Pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, les principaux services offerts sont les suivants :

- un service d'intervention téléphonique.
- des groupes d'endeuillés par suicide.
- des groupes aux proches et aux parents ayant une personne suicidaire dans leur entourage.
- des formations aux différentes organisations (publiques, communautaires, privées).
- information et sensibilisation au grand public.

Ces services varient en fonction des ressources des principales villes de la région, sauf la ligne d'intervention téléphonique qui est commune à l'engagement de la région.

La formation englobe principalement les actions d'intervention primaire et secondaire. Pour Caplan (1964), l'intervention primaire est toute activité contribuant à la baisse du taux de désordre mental en agissant sur les circonstances perturbant les personnes. S'appuyant sur les objectifs du programme régional en prévention du suicide, un des premiers objectifs de la formation est d'offrir des approches de sensibilisation au phénomène et à la prévention du suicide.

Pour atteindre cet objectif, un programme d'éducation est offert à différents groupes susceptibles d'être les plus en contact avec des personnes suicidaires ou avec leur entourage. On distingue trois (3) catégories particulières. La première concerne les personnes oeuvrant dans des groupes communautaires, comme les Maisons de jeunes, de femmes, de regroupement d'assistés sociaux, etc., de même que les personnes susceptibles de recevoir des confidences

et de venir en aide à des personnes à risque suicidaire. Il s'agit ici de la formation de réseau d'entraide en milieu scolaire ou en entreprise.

La deuxième catégorie s'adresse aux personnes rattachées aux institutions gouvernementales telles : les professeurs, les policiers, les ambulanciers, les personnes ressources de différents établissements. La troisième catégorie vise les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux directement concernés par les services à offrir à la clientèle suicidaire.

Le deuxième niveau de formation englobe l'intervention secondaire. Selon Caplan (1964), il s'agit de toutes actions entreprises pendant la période de crise, c'est-à-dire, alors que les problèmes sont les plus aigus. Ce niveau d'intervention comprend toutes les actions, les mesures qui sont prises pour contrer la situation de crise et mobiliser les ressources de la personne et de son environnement pour l'aider à surmonter cette période difficile.

Le développement de l'intervention de niveau secondaire est axé sur le modèle de la «situation de crise» qui est l'approche adoptée pour les interventions téléphoniques de la plupart des centres de prévention du suicide. C'est cette formation de base qui est destinée aux intervenants bénévoles et qui est la priorité en prévention du suicide.

Nous avons vu, dans la section concernant les trajectoires sociales des intervenants bénévoles et professionnels, que ces derniers arrivent dans le bénévolat en prévention du suicide avec deux profils distincts. Le premier profil est celui du professionnel qui possède une formation professionnelle de base. Le deuxième profil correspond au bénévole, c'est-à-dire à la personne qui a pris sa formation à partir de sa propre expérience de vie. Sévigny (1988) retrouve également ces deux types de profils dans une étude concernant les pratiques alternatives en santé mentale.

La formation commune dispensée par l'organisation en prévention du suicide permet donc d'offrir à ces deux types d'intervenants une cohérence des principes d'intervention et un partage des mêmes conceptions du suicide.

LES AXES DE LA FORMATION DE BASE ET LEURS CARACTÉRISTIQUES

L'analyse des documents relatifs à la formation¹⁰ permet d'identifier quatre (4) axes principaux autour desquels s'articulent le message de son discours et de ses préoccupations. Voyons maintenant comment se définissent ces axes et de quelles façons ils interagissent.

La sensibilisation à la problématique du suicide

Cet axe est quantitativement important; il l'est également en terme qualitatif. Il nous permet en effet de saisir l'univers relié aux différentes perceptions du suicide. Trois (3) séquences principales se dégagent pour l'articulation de cet axe.

La première séquence nous présente les mythes et réalités reliées au suicide qui masquent la reconnaissance des signes précurseurs du comportement suicidaire.

On insiste sur l'image et les croyances populaires qui masquent souvent le vécu réel de la personne suicidaire et empêche l'entourage d'intervenir. On vise donc à défaire certains construits répandus dans la population au sujet des personnes suicidaires et à encourager l'intervention. Sont également exposées les principales statistiques concernant le suicide servant à guider la

¹⁰ Table de concertation régionale en prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue (1990, révisée en 1994). Politique régionale de formation.

connaissance que nous avons au Québec et dans la région de ce «nouveau problème social» ne représentant que «la pointe d'un iceberg» si on considère les suicides non déclarés. Il apparaît donc clair que l'augmentation alarmiste des taux de suicide doit être comprise en fonction d'une nécessité à intervenir pour contrer ce problème. L'identification des groupes «à risque» vient accentuer une idéologie de protection envers certaines catégories de personnes comme les personnes souffrant de certaines maladies mentales, des alcooliques, des jeunes, des personnes âgées, des autochtones, des personnes en détention, des personnes vivant un deuil par suicide.

Dans cette séquence sont aussi présentées les caractéristiques de comportements et d'attitudes manifestées par une personne suicidaire. Ces différents signes précurseurs vont des messages directs et indirects, aux symptômes psychologiques, biologiques, et psychomoteurs, à l'isolement physique et psychologique. On trace également le profil psychologique de la personne suicidaire ainsi que les caractéristiques de l'état suicidaire.

Les intervenants bénévoles sont également initiés à la connaissance du concept de crise et principalement de la crise suicidaire et à son processus. L'analyse du document de la formation¹¹ explicite que les personnes suicidaires ont souvent l'impression ou la certitude d'avoir épuisé les moyens à leur disposition pour résoudre la crise. Le suicide apparaît alors comme l'unique alternative pour arrêter la souffrance.

Cet axe se termine par une typologie des suicides selon différents auteurs, ainsi que l'énumération des principales causes pouvant inciter au suicide.

¹¹ Table de concertation en prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue, par Wilfrid Bérubé et Roger Denoncourt (1993), Formation à l'intervention téléphonique en situation de crise.

Comme en témoigne Dolorès : «Ça enlève la barrière de la peur, de ne pas être capable. Ça sécurise, ça amène la confiance.» Un autre intervenant, Daniel affirme que :

«La formation m'a impressionné parce que je m'étais dit au début : je vais aller voir. Je me suis aperçu que c'était fait avec professionnalisme. Puis, il y a du monde qui s'était penché sur ces situations là. Puis, ils ont sorti des bonnes choses à faire, puis à ne pas faire pour aider. À ce niveau là, ça m'a aidé beaucoup.»

L'évaluation du potentiel suicidaire

Le deuxième axe de la formation a pour objectif d'habiliter les intervenants bénévoles à évaluer le potentiel suicidaire d'un appelant, c'est-à-dire, le risque et l'urgence. L'évaluation du potentiel suicidaire est le pivot de la pratique d'intervention puisque le but central de l'intervention téléphonique est d'offrir un service immédiat aux personnes en situation de crise suicidaire. Pour ce faire, on instruit les futurs intervenants à la capacité d'évaluer le risque et l'urgence suicidaire.

L'encadrement se révèle précis et détaillé. Morissette (1984) définit le risque suicidaire comme «la probabilité que la personne qui signale son intention de se suicider, passe à l'acte dans les deux prochaines années.» Cette probabilité sera évaluée comme faible, moyenne ou élevée selon l'histoire de la personne et de son processus suicidaire. Les critères d'évaluation du risque suicidaire sont spécifiques : il s'agit de la présence d'idées suicidaires, de l'âge (15-19 ans chez les garçons, 25-44 ans hommes et femmes), du statut civil, (célibataire, séparé, divorcé), des antécédents suicidaires personnels ou familiaux, de l'état de crise situationnelle ou chronique, de l'appartenance à un groupe à risque, de l'accumulation de pertes, de l'abus d'alcool, drogue ou

médicament, d'une faible estime de soi, de l'isolement social et des antécédents psychiatriques. On conclura à un risque faible si un (1) à trois (3) critères sont présents. En présence de quatre (4) à six (6) critères, on parlera de risque moyen et s'il s'agit de sept (7) à huit (8) critères, on conviendra d'un risque élevé. La mort se situe au neuvième critère.

La notion d'urgence quant à elle se définit (Morissette, 1984) comme «la probabilité que la personne qui signale son intention, passe à l'acte de façon mortelle dans les prochaines 48 heures.» L'état de crise sera également évalué sur une échelle de faible à élevée selon les huit (8) critères suivants : présence d'une perte significative ou d'un problème important, une crise aiguë ou non réglée, une planification précise du suicide ou la disponibilité d'une méthode mortelle, le refus d'être aidé, la présence de détresse psychologique comme le désespoir, la dépression, l'ambivalence face à la mort ou la décision de passer à l'acte, le fait d'être sous l'effet de l'alcool, de drogue ou de médicament et l'isolement de la personne lors de l'appel. Comme pour l'évaluation du risque, on conviendra d'une urgence faible en présence de un (1) à trois (3) critères, à une urgence moyenne si de quatre (4) à six (6) critères sont présents et à une urgence élevée si de sept (7) à huit (8) critères sont présents. La mort se situe au neuvième critère.

Il est mentionné dans les textes de la formation que l'évaluation du risque et de l'urgence est un guide, un outil et qu'il ne doit pas nuire à la spontanéité de l'aidant. Toutefois, les récits des intervenants bénévoles et professionnels et l'obligation de remplir les grilles indiquent l'importance de l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire.

Monique : L'évaluation du potentiel suicidaire, on me l'a assez dit que c'est ça qui est important. C'est bien sûr qu'il faut que je fasse l'évaluation du potentiel suicidaire. Il faut aussi arriver à apporter une couple de

solutions après avoir discuté avec la personne. Puis au niveau des solutions, c'est l'acheminement vers les ressources, aussi aller chercher du support de l'entourage.

Une intervenante professionnelle confirme que l'accent est prioritairement mis sur la capacité de travailler sur l'urgence élevée, alors que la majorité des appelants se situent davantage au niveau d'urgence faible à moyenne et d'un risque moyen à élevé.

Frédérique : C'est qu'on forme des gens sur l'intervention de crise. Quand les gens sont en urgence élevée, ils savent quoi faire, quand intervenir. Quand on est avec des gens qui ont des problèmes qui ne sont pas en urgence élevée, mais en urgence moyenne, ou qui sont en détresse, plus au niveau du risque, les bénévoles ont plus de misère parce que c'est comme moins «heavy». Le meilleur exemple que je peux te donner, c'est l'appelant fréquent. Ils ont l'impression de toujours faire la même chose. Quand tu as l'impression de sauver une vie, c'est pas très valorisant. Sauf qu'une grosse partie de la formation, c'est sur l'intervention d'urgence. C'est comme si on leur donnait deux messages. On leur dit : c'est important d'écouter les gens qui sont déprimés, ils ont des fois des idées suicidaires mais ils ne sont pas en agir suicidaire. Alors, il semble que les bénévoles prennent le message que c'est l'urgence qui est important. On a montré la souffrance extrême qui est le suicide mais l'autre souffrance avant que tu désires mourir, c'est de la souffrance aussi.

Cette perception de Frédérique rencontre la représentation d'un bon nombre de bénévoles et de professionnels.

Judith : Ce qui m'a peut-être surpris par exemple au début quand j'ai commencé à faire de l'intervention sur la ligne, moi, je m'attendais à avoir des crises. Et ça fait deux ans que j'en fais et j'en ai jamais eu. Fait que je me suis aperçue qu'il y en a pas tant que cela. Dans le fond, c'est beaucoup des personnes qui sont seules qui appellent qui ont un problème.

Marie Anne : J'ai fait la remarque à des superviseurs que durant la formation, ils devraient nous dire que c'est pas des cas de «revolver» à toutes les fois qu'on a au bout de la ligne là, tu sais. Puis qu'il y a beaucoup d'appelants fréquents, puis qu'il faut se mettre dans la tête que c'est pas axé là-dessus. Ils ne nous le disent pas assez dans la formation.

Les appelants identifiés comme des appelants fréquents représentent une importante source de démotivation pour les intervenants bénévoles.

Wilfrid : On a pas le choix à un moment donné de devenir un peu plus efficace, de ne pas patauger autour du pot trop longtemps. Ça devient extrêmement démotivant les appelants fréquents... J'ai l'impression qu'ils sont dépendants de moi, puis ça me fatigue la dépendance. ...quand j'ai un appelant fréquent qui rappelle pour raconter tout le temps sa mautadite affaire et qu'il se complaît là-dedans, bien ça me fatigue. Je me sens tirer des énergies inutilement.

Nicolas : Avec les appelants fréquents c'est moins valorisant sur le moment, t'as pas l'impression d'avoir sauvé une vie. On se sent moins important.

Une autre partie des intervenants perçoivent les appelants fréquents d'une façon moins aversive et moins dévalorisante.

Pascal : En général, je pense que c'est plus des hommes qui ont besoin de jaser, pas de crises vraiment ou d'urgence élevée. Ce sont des appelants fréquents en général.

Amélie : On en a qui ont besoin de parler, ils vont appeler parce qu'ils ont besoin de parler. C'est sûr que c'est une ligne de prévention suicide, par contre, rien nous dit que ces gens là n'en viendront pas un moment donné à une tentative.

La question des appelants fréquents est fréquemment évoquée dans les récits des intervenants. Il ressort clairement que plusieurs ont de la difficulté à composer avec ce type d'appelants. Il nous semble pertinent de souligner cette spécificité parce que nous retrouvons dans beaucoup d'autres mouvements d'entraide les exclus des services publics qui sont souvent les personnes les plus dépourvues, qui rencontrent plusieurs problèmes, des conditions de vie difficiles et qu'on n'écoute plus. Ne devrait-on pas s'activer à résoudre les problèmes de ces personnes avant qu'elles ne songent au suicide? Souvent, la cause de ces problèmes n'est-elle pas un vide affectif ou encore des relations personnelles perturbées? Pourrait-on faire l'hypothèse que les comportements, les émotions et l'image de soi des «appelants fréquents» sont des réponses aux réactions des autres envers eux.

La formation semble mettre peu d'emphase sur les appelants dits fréquents. Toutefois, on retrouve les consignes suivantes :

- 1) limiter dès le départ le temps à un maximum de trente (30) minutes;
- 2) clarifier l'attente de l'appelant;
- 3) centrer l'appel sur le présent et l'évaluation de l'urgence;

- 4) mettre l'accent sur un thème précis et des moyens concrets de résolution de problème;
- 5) Si l'appelant refuse de collaborer, limiter l'appel et l'inviter à rappeler quand il se sentira prêt.

L'attitude d'impatience manifestée à plusieurs reprises dans les récits des intervenants ne risque-t-elle pas d'affecter négativement l'interaction entre l'intervenant et l'appelant et contribuer à ce que ce dernier se sente encore une fois exclu, non entendu?

L'intervention de crise téléphonique

Le dernier axe de la formation est celui de l'intervention de crise téléphonique représentant en fait l'objectif majeur de la ligne d'intervention téléphonique qui est d'habiliter les intervenants bénévoles à la capacité d'agir dans une situation de crise suicidaire. Les écrits sur la formation précisent d'abord trois (3) grands principes généraux qui sont : un excellent contact avec la personne suicidaire, l'importance d'une intervention active, c'est-à-dire explorer des alternatives avec la personne suicidaire et utiliser des ressources adaptées à la situation. Le troisième principe est celui de ne jamais travailler seul parce que la problématique suicidaire est souvent complexe et demande des interventions de différents niveaux.

L'intervention de crise téléphonique initiée à un cadre on ne peut plus précis et directif. Il s'agit d'aborder rapidement le sujet du suicide et de mettre l'emphase sur la crise. Il est important de tenter de calmer la personne et d'évaluer le potentiel suicidaire dans le respect et la directivité, de faciliter l'expression des émotions, de transmettre de l'espoir, de donner de l'information, d'être disponible, d'utiliser l'environnement et d'offrir des alternatives à la personne.

Lorsque la vie de l'appelant est en danger, le code d'éthique spécifie que «l'intervenant doit tout faire en son pouvoir pour obtenir le consentement explicite de l'appelant à une intervention sur place (soit les ambulanciers, policiers ou intervention d'un tiers)... L'intervenant doit tenter, dès que possible, d'obtenir les coordonnées de l'appelant et d'agir avec diligence pour envoyer l'aide requise. De plus, l'intervenant doit demeurer en contact avec l'appelant jusqu'à l'arrivée des secours ou jusqu'à ce que la crise soit résorbée.»¹²

Voyons maintenant le discours de quelques intervenants sur l'intervention en situation de crise suicidaire.

Jean-François : Je me souviens d'une situation où on a envoyé de l'aide pour une urgence élevée. Cela m'est arrivé une fois. C'était un homme à peu près dans la cinquantaine qui avait une arme à feu, qui était en contact téléphonique par un téléphone sans fil dans le bois. C'était assez particulier. C'était une personne qui vivait sur une réserve indienne, puis c'était une problématique d'alcool-toxicomanie-violence que vivait cette personne là. Il ne voulait pas d'aide au départ, il voulait juste ne pas être seul. Moi, à force de parler avec, il en est venu à accepter de l'aide. On a envoyé une ambulance, puis les policiers parce qu'il avait une arme à feu, puis le monsieur a accepté d'être hospitalisé. Comme intervention que j'ai faite, ça été d'abord de l'écouter, puis essayer de voir ce qui se passait dans sa situation avant d'aller chercher des informations : «où tu es?» «Je vais t'envoyer de l'aide.» «Je peux t'aider.»

¹² Table de concertation régionale en prévention du suicide de l'Abitibi-Témiscamingue, (1993), Code d'éthique.

Claire relate elle aussi une intervention avec un adolescent de 14 ans en urgence élevée.

Claire : Ça été une grosse expérience, mais aujourd'hui je suis contente parce qu'ils ont été le chercher, ils l'ont ramassé, puis ils l'ont amené à l'hôpital, puis sa vie a été sauvée. Ça m'a secoué là, mais en même temps, j'étais très fière parce que j'ai dit : «Au moins, il a eu du secours». Si on avait pas été là nous autres, bien probablement que ce jeune-là, il serait plus là.

Nous pouvons voir que le discours des intervenants sur l'intervention de crise suicidaire est tributaire des acquis de la formation. Dans l'ensemble, les intervenants se sentent à l'aise de favoriser l'expression du vécu des appelants au moment présent où ils sont en contact. On vérifie également et rapidement le niveau de l'urgence et du risque suicidaire. On réussit à les raccrocher à des choses ou à des personnes importantes. Généralement, on identifie avec la personne les pistes de solutions possibles à leurs problèmes, les ressources de la personne et de l'entourage. À ce niveau comme le souligne un intervenant superviseur, il arrive que le travail concernant les pistes de solutions soit un peu expéditif.

Jean-François : Souvent, les émotions ne sont même pas vues, il faut essayer de faire un genre de tour de la situation. Pour quelqu'un qui vit un problème ce n'est pas juste une ressource X qui peut l'aider, mais c'est plein de choses. C'est à plusieurs niveaux qu'on peut lui apporter de l'aide, c'est pas juste en disant «Va consulter au CLSC.» Souvent, sur les feuilles d'évaluation, je vois les recommandations : CLSC, CLSC, CLSC. C'est vrai, c'est pas mauvais, mais il n'y a pas juste ça. Il y a des organismes communautaires, l'entourage qui peuvent

aussi très bien répondre à beaucoup de besoins de personnes.

L'apprentissage de techniques d'intervention en relation d'aide

Le dernier axe de la formation initie à l'apprentissage de techniques d'intervention en relation d'aide. Ces principales techniques sont : l'écoute active, le reflet-reformulation, la clarification, le feed-back, la ventilation et l'information. Ces différentes techniques relèvent de la relation d'aide professionnelle. Dans un article publié en 1977, Sévigny apporte une réflexion sur l'intervention psychosociologique où il fait état d'un certain nombre de constantes définissant ce type d'intervention. Il s'agit des notions de participation et de feed-back, l'importance des dimensions affective et symbolique, le support d'une théorie de la personnalité, le groupe restreint comme instrument d'intervention, l'action comme source d'apprentissage, la dimension idéologique, la professionnalisation et la commercialisation.

Malgré le discours sur l'importance de l'utilisation du potentiel d'aidant naturel, la formation donnée nous met en présence de pratiques dans lesquelles on retrouve les mêmes constantes que dans l'aide professionnelle. Les notions les plus fréquemment utilisées par les intervenants bénévoles sont celles de l'écoute, du support, du respect, du non-jugement, de la ventilation, du reflet et de l'authenticité.

Voici maintenant quelques extraits de récits qui illustrent l'intégration de ces notions.

Marie-Lou : En travaillant sur la ligne, ça fait vraiment développer l'écoute, l'écoute active puis sans jugement. Je pense que l'important là-dedans, c'est d'être très calme, puis de vraiment écouter, de faire du reflet.

Pascal : Dire à la personne, j'aimerais que tu m'en parles un peu plus, reformuler. Ce sont des techniques qui sont bien importantes, faire des reflets.

Dans une étude pour évaluer l'efficacité des interventions téléphoniques dans deux centres de prévention du suicide du Québec, Daigle (1989) a analysé les types de réponses les plus fréquemment utilisées par les intervenants bénévoles. Dans l'ordre d'énumération, il s'agit de l'acceptation, de l'orientation-investigation, de l'information-suggestion-counseling, du reflet, et la clarification-interprétation. On dénote également la fréquence de certaines catégories de réponse peu courantes comme l'information-suggestion, l'information au sujet de l'aidant, menace d'interrompre la communication lorsque l'appelant était agressif, de même que quelques expériences personnelles vécues par l'intervenant. L'utilisation de cette dernière série de réponses démontre qu'elles relèvent moins des réponses professionnelles.

Mentionnons en terminant la question de la formation, qui s'ajoute à la formation de base, des formations spécifiques aux bénévoles et aux superviseurs. De plus les intervenants bénévoles bénéficient d'un encadrement et d'un suivi régulier qui se révèle précis et détaillé. En effet, l'intervenant bénévole doit être présélectionné avant la formation, sélectionné après la formation, soumis à un entraînement avant d'intervenir, supervisé puis poursuivre des formations continues.

Majoritairement, les intervenants bénévoles se disent satisfaits du soutien qu'ils reçoivent des intervenants professionnels et des superviseurs. On souhaiterait toutefois se rencontrer plus souvent au niveau régional dans le cadre de colloque ou d'activités sociales pour échanger.

Les éléments les moins satisfaisants sont ceux se rapportant à l'aspect plus bureaucratique. Un autre aspect est l'absence de

reconnaissance sociale dû particulièrement au statut de travail invisible de ce genre de bénévolat.

Louis : Il y a du bénévolat qui se fait, qui est beaucoup visible parce qu'on le voit dans des journaux lors de la remise de trophées. Mais quand tu es bénévole en prévention du suicide, tu couvres jamais les pages des médias d'information.

En effet, des règles établies pour le bénévolat en prévention du suicide demande à l'intervenant bénévole de ne pas divulguer son identité, de même que celle de ses collègues, ni la localité ou le lieu où se fait l'intervention téléphonique. Ces règles sont établies dans une logique de protection de l'intervenant et de l'appelant qui ne tentera pas de reprendre contact avec un intervenant en particulier.

De plus, l'intervenant bénévole est tenu de respecter un code d'éthique précis.

En résumé, la formation en prévention du suicide tout en favorisant la reconnaissance et la valorisation des aidants naturels, emprunte largement à l'expertise professionnelle. L'encadrement de l'intervenant bénévole se veut également rigoureux et soumis à des règles précises tout en se voulant démocratique. Le modèle proposé présente une allure plutôt autoritaire établi selon des normes, des techniques, une codification. Par ailleurs, au niveau de la pratique d'intervention, la transformation des individus prime sur la transformation de la société.

2.3 Les représentations de l'intervention bénévole

L'analyse des représentations de l'intervention bénévole en prévention du suicide vise à cerner le schéma conceptuel qui est à

la base des pratiques. Il va sans dire que les représentations de l'intervention sont en lien avec les représentations de l'objet du suicide que nous avons traité précédemment. Le schéma conceptuel précédant la pratique repose sur quatre dimensions ou caractéristiques qui émergent des informations recueillies sur les représentations entretenues par les intervenants.

Ces dimensions sont : la vision du bénévolat, la protection de la vie, la nécessité de diversifier l'intervention et l'appropriation de l'expertise.

Une première façon pour les intervenants d'exprimer leurs conceptions de l'intervention est de préciser leur rapport au bénévolat.

Le rapport au bénévolat

Clifton, à l'image d'autres intervenants, perçoit le bénévolat comme une occasion d'exprimer les différentes facettes, la globalité de ta personnalité. Il oppose le bénévolat au professionnalisme où il perçoit qu'il faut «laisser à la porte» une partie de soi.

Clifton : Le bénévolat, c'est un peu comme la différence entre une vie professionnelle et une vie. Tu fais entrer toutes tes émotions, toutes tes expériences intellectuelles, psychologiques, morales et tout ça pour aider les autres.

Annie propose, quant à elle, une autre conception qui rencontre le rapprochement que Guay (1984) fait avec le monde professionnel.

«Le bénévolat est essentiellement un travail (même s'il n'est pas rémunéré) qui s'effectue très souvent à l'extérieur du milieu naturel, ensuite parce qu'il consiste en une activité structurée et souvent encadrée dont le but est d'aider d'autres personnes,

sans attente de réciprocité, comme c'est le cas dans les groupes d'entraide. En somme, c'est un travail régulier sans recherche immédiate du gain financier, et dans lequel les rôles d'aide et d'aidé sont établis nettement, un peu à la façon du monde professionnel. Ce qui caractérise le bénévolat c'est qu'il se situe en dehors des rôles ou obligations familiales et qu'il n'est l'objet d'aucune contrainte sociale. Il s'agit donc d'un geste libre qui exprime une conscience humanitaire et communautaire et un sens de responsabilité sociale.» (Guay, 1984:186)

C'est ce même principe du «travail» quasi-professionnel qui est mis en relief par Annie.

Annie : C'est un type de bénévolat très exigeant. C'est long avant de faire de l'intervention. Il y a beaucoup d'étapes : la présélection, un autre sélection, l'intervention, la post-formation. ...il y a aussi beaucoup de paperasse à remplir. Des fois, il y a des gens qui savent à peine écrire.

Le bénévolat, c'est aussi beaucoup d'heures comme en témoigne Louis.

Louis : J'ai vérifié l'an passé. J'ai donné au-dessus de 600 heures de bénévolat en prévention du suicide. Etre sur un conseil d'administration (CA), dans un sous-comité, plus la ligne d'intervention téléphonique. J'avais l'impression que c'était un travail à temps plein.

Ces perceptions du travail bénévole correspondent à ce que Redjeb (1991) a nommé le «néo-bénévolat». L'auteur démontre que le nouveau bénévolat s'inspire du mode d'organisation des services parapubliques, en empruntant l'expertise des technogestionnaires. Ainsi, le bénévolat des temps modernes est marqué par une division du travail qui s'apparente à celle des bureaucraties modernes. Nous nous écartons donc de plus en plus

du bénévolat traditionnel inspiré par des valeurs morales et des pratiques de dévouement.

Un travail invisible

Dans leur action bénévole, les intervenants sont partagés face à l'anonymat, c'est-à-dire, doivent-ils dévoiler ou pas qu'ils sont bénévoles à prévention suicide? Les extraits des récits suivants illustrent deux logiques différentes.

Marie-Lou : Les craintes, c'était de me faire achaler. Tu sais, si je vais prendre un café et que quelqu'un me dit que un tel veut se suicider. Il faut que je mette des limites. O.k., je peux dire : je peux t'aider, je peux te référer à telle personne, à tel endroit, mais à toutes les après-midi...?

Marie-Lou exprime ici la crainte d'être envahie par les demandes d'aide, ceci d'autant plus qu'il s'agit de petites collectivités où les personnes se connaissent davantage entre eux.

Pascal exprime l'autre logique partagée par le groupe d'intervenants bénévoles.

Pascal : À la formation, on disait de ne pas dire qu'on était bénévole à prévention suicide parce que c'est anonyme, puis que peut-être les gens qui veulent appeler vont s'empêcher de le faire s'ils connaissent la personne bénévole. Moi, j'étais d'accord pour respecter cela, puis à un moment donné, j'ai brisé ce mur là parce que je trouvais ça important d'en parler.

La protection de la vie

Qu'ils soient intervenants bénévoles ou professionnels, il existe peu de différence quant à l'image qu'ils se font de l'intervention en prévention du suicide. Ils utilisent davantage un discours qui est représentatif de leurs conditions d'intervenants dans le contexte de cette problématique.

Selon les intervenants, l'importance accordée à la protection de la vie se dégage nettement dans les discours, en suivant une variation quant à l'intensité des croyances. D'entrée de jeu, prévenir le suicide, c'est opter pour la promotion de la vie.

Daniel B : Pour moi, comme individu, on se donne tous le mandat de vouloir sauver quelqu'un.

La majorité des intervenants considèrent l'ambivalence (Morissette, 1984) des personnes suicidaires souvent invoquées dans les écrits scientifiques.

Sarah : Les intervenants, ils sont obligés de porter secours à des personnes qui veulent mourir. Ma conscience me dit aussi qu'il faut que je le fasse. C'est arrivé une fois qu'une personne ne me dise pas clairement qu'elle veut de l'aide, mais moi je sens qu'elle en veut, puis qu'il faut envoyer quelqu'un... je sentais que je la perdais au bout du fil, puis j'avais beau lui demander son consentement, puis elle voulait pas... bien, j'aurais comme eu l'impression d'avoir laissé mourir quelqu'un.

Pascal : Moi, quelqu'un qui va choisir de mourir, je me dis : mon doux, il ne voit plus de choix, il veut arrêter d'avoir mal. Il y a tellement de belles choses, je me dis : c'est que peut-être que je n'aurais pas réussi à lui

faire voir ces choses là. Il va avoir à faire son choix, mais c'est pour ça que je me dis, si je peux travailler assez fort avec la personne pour lui faire voir c'est quoi les beaux côtés de sa vie à lui. J'espère que ça n'arrivera jamais, mais je serais prêt quand même à l'accompagner s'il choisit de mourir après tout ça.

L'expérience d'Ariane vécue dans le cadre de son travail dans le secteur public renforce la croyance qu'il faut intervenir.

Ariane : ...une personne qui était dangereusement suicidaire puis qui menaçait de tuer sa famille. On est intervenu, on disait au gars, t'as pas le choix... Je l'ai revu cinq ans après... puis il m'a dit : «il faut que je te remercie.» Il n'était plus dans les mêmes conditions. Là, il acceptait sa séparation. Donc, de tout ça, j'ai tiré des leçons. Tu sauves pas quelqu'un malgré lui, mais il faut d'après moi que tu fasses l'impossible pour qu'il puisse se donner une chance de réfléchir tout au moins puis d'être dans des meilleures conditions psychologiques parce que je pense que quand tu es déprimé, puis malheureux, tu ne peux pas penser à d'autres portes de sorties, mais il faut juste lui laisser une chance à mon sens de remonter sa dépression, puis la plupart du temps, bien, les gens vont changer d'avis.

Le code d'éthique (1993) élaboré par la table de concertation en prévention suicide de l'Abitibi-Témiscamingue illustre bien la difficile situation devant laquelle se trouvent confrontés les intervenants. Dans un encadré, le code d'éthique (1993 : 8) pose deux grands principes qui, en fait, sont paradoxaux :

- «Le respect intégral de la personne et le droit de décider de sa propre vie.»

- «Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.»¹³

Un peu plus loin le code de déontologie spécifie les limites au consentement, à la confidentialité et à l'anonymat.

«Lorsqu'il a à faire face à une situation d'urgence élevée (7 ou 8), ou la vie de l'appelant est immédiatement en danger.» (article 1.2.1 du code de déontologie)

«L'intervenant doit tout faire en son pouvoir pour obtenir le consentement explicite de l'appelant à une intervention sur place (soit par les ambulanciers, policiers ou intervention d'un tiers)». (1.2.1.1.)

«L'intervenant doit tenter, dès que possible, d'obtenir les coordonnées de l'appelant (nom, adresse, numéro de téléphone si possible) et agir avec diligence pour envoyer l'aide requise. Il va de soi que le principe de l'anonymat ne tient plus pour l'appelant.» (1.2.1.2)

On invoque également l'état de santé de l'usager.

«Lorsque l'usager a perdu tout contact avec la réalité, qu'il délire... (1.2.3.2)»

Ainsi la représentation de l'intervention repose sur une valeur primordiale, celle de l'importance de la vie humaine. La croyance est à l'effet qu'il est légitime presque en tout temps de sauver la vie de quelqu'un. Il faut se rappeler que la structure d'intervention, telle qu'elle est conçue, se présente comme un moyen important venant soutenir cet idéal de protection de la vie humaine. Il faut penser également que l'intervention s'alimente aussi à même un mouvement social en faveur de la protection de la vie.

La protection de la vie passe par la protection de la personne, comme l'exprime Frédérique.

¹³ Tiré de la Charte des droits et libertés de la personne.

Frédérique : Moi, j'ai l'impression qu'on fait de la prévention par rapport à l'agir mais pas nécessairement par rapport aux conditions de vie qui sont peut-être les causes de ça. On a fait un type de prévention au niveau curatif mais pas au niveau préventif comme tel.

La nécessité de diversifier l'intervention

Les intervenants croient que la meilleure façon d'intervenir en prévention du suicide est de diversifier l'intervention parce que beaucoup de personnes en détresse suicidaire n'utilisent pas la ligne d'intervention téléphonique. Toutefois, on ne remet pas en cause le bien-fondé de la ligne d'intervention téléphonique; la ligne offre un espace à des personnes qui n'iraient pas nécessairement chercher le soutien ailleurs à cause des tabous entourant encore cette problématique.

Sarah : Le monde, ils ont peur d'aller au CLSC, à la Clinique externe. Le monde a peur de passer pour fou. Ils ont peur d'être jugés... Fait que c'est tout le côté tabou du suicide.

Charlotte : Moi, je pense que l'écoute téléphonique, c'est important qu'il y en ait, parce qu'il y a des gens qui sont très gênés de le dire aux autres.

Pour d'autres comme Marius, l'écoute téléphonique ne sert pas uniquement aux gens qui ont des idées suicidaires.

Marius : Elle sert à des gens qui ont des pépins...Je pense aussi que ça sert à parler de bien des sujets tabous, comme la sexualité par exemple. Plusieurs appellent pour parler des questions reliées à l'homosexualité. Je

l'ai dit à mes parents. Mes parents m'ont dit : «je te renie comme mon enfant».

Daniel B : La ligne, je trouve que de plus en plus, elle sert aux gens qui s'ennuient, aux gens qui ont fait le tour des services, aux gens qui n'ont plus d'écoute de personnes.

Tout en maintenant l'écoute téléphonique, il faut toutefois diversifier les interventions pour atteindre le plus possible de personnes et susciter la responsabilité collective de la prévention du suicide. Les actions d'intervention invoquées sont les groupes d'entraide, l'intervention de face-à-face, sensibilisation de l'entourage, du public en général.

Appropriation de l'expertise

Une partie des intervenants demeure ambivalente concernant la possibilité d'une intervention de face-à-face. La dangerosité est un élément souvent précisé par les intervenants. «Je ne verrais pas une personne seule ici faire de l'accompagnement, faire de l'écoute parce que ça pourrait être dangereux» (Clifton).

Aline : On a pensé faire de l'intervention de face-à-face puis on a abandonné le projet parce qu'on s'est dit : c'est trop risqué. Admettons que moi, je suis ici, je suis ici toute seule une bonne journée puis qu'il arrive quelqu'un, et que c'est une personne agressive, qu'est-ce que je vais faire avec ça?

Ces propos laissent transparaître une certaine peur face aux comportements des personnes suicidaires. Face à ces appréhensions, le véhicule du téléphone apparaît être un excellent moyen de protection.

En même temps qu'on reconnaît l'importance de la responsabilité collective d'agir face à la prévention du suicide, il semble transparaitre une chasse-gardée au niveau de la problématique du suicide.

Ginette : Partout où il y a des organismes qui se sont affirmés dans le leadership au niveau d'une problématique, je pense qu'on rencontre la même chasse-gardée. Puis c'est compréhensible. Je veux dire, ces gens là, ils ont investi, ils ont fait des recherches, ils ont travaillé pour faire ressortir l'importance de se préoccuper de ce problème là. Tout ça peut amener qu'on ait des oeillères puis que par cette attitude là, de principal intéressé à la problématique, on empêche d'autres gens de s'impliquer.

Paul : Il y a des professionnels qui sont venus chercher leur expertise à l'intérieur des comités. ...ils sont venus chercher leur petite renommée et quand ils l'ont eue, ils sont partis avec, puis ils oublient vite de redonner crédit. Rendre à César ce qui appartient à César.

L'intervention en prévention du suicide, tout en favorisant la reconnaissance et la valorisation des intervenants qui s'y dévouent, semble permettre l'appropriation spécifique d'un champ de pratique par le développement d'une expertise particulière. L'organisation de prévention du suicide compte en effet sur des intervenants qu'elle a elle-même formés selon ses normes et ses techniques. Tout en se voulant démocratique, elle tente d'exclure ceux et celles qui ne peuvent promouvoir le même modèle. Par le fait même, l'organisation de prévention du suicide n'échappe pas à une certaine compétition des services pour s'accaparer l'exclusivité de la problématique.

L'objectif de cette section était de cerner les principales représentations de l'intervention des intervenants qui ne sont pas sans avoir un impact sur les situations d'intervention qui font l'objet de la prochaine section.

2.4 Les modèles de pratique

Dans cette partie, l'analyse des activités d'intervention des sujets intervenants sera au centre de nos préoccupations. C'est à partir de l'analyse des récits de vie et de pratiques que nous tenterons d'établir des liens entre les données pour dégager la position des intervenants.

L'examen des pratiques nous a permis de mettre en évidence deux modes de pratique. Le premier mode de pratique s'insère dans une logique paraprofessionnelle, tandis que le deuxième s'inscrit davantage dans une logique d'aidant naturel. Il faut préciser que les pratiques qui relèvent de la logique paraprofessionnelle concernent la plus grande majorité des intervenants. Par ailleurs, la pratique s'inspirant d'une logique d'aidant naturel est quantitativement moins importante. Dans un premier temps, nous nous sommes interrogés sur la représentation que les intervenants se font de l'aide accordée par les professionnels et de celle accordée par les bénévoles.

Selon les intervenants, l'aide professionnelle est perçue comme se situant à l'intérieur d'un cadre précis. En décrivant la pratique professionnelle, les intervenants mettent l'accent sur l'utilisation d'un langage différent. Une autre dimension qui caractérise l'aide professionnelle est l'intervention des problèmes à long terme.

Les témoignages de Nicole et Yvon traduisent fort bien cette conception de l'aide professionnelle à laquelle s'oppose explicitement l'organisation en prévention du suicide.

Nicole : Il y avait des professionnels qui arrivaient là puis qui disaient : «moi, je suis ici en tant que bénévole, pas en tant que professionnel», sauf que quand ils sortaient leur discours, tu disais, voyons donc, ça ne se peut pas.

Yvon : Il y a des gens qui étaient intervenants dans le réseau. Comment tu distingues ton rôle de professionnel, puis ton rôle d'intervenant bénévole. Tu sais, les gens avaient de la misère là-dedans... Il s'agit pas de faire abstraction de ses connaissances. Mais il faut qu'ils soient capables de ne pas vouloir tout régler avec la personne, mais d'intervenir dans l'ici-maintenant, ce soir ou cette nuit. Je l'aide là, et ne pas vouloir tout régler les problèmes de la famille... Moi, j'ai vu des professionnels, des jeunes professionnels là, super bons intervenants à la ligne. C'est parce qu'ils étaient très attentifs à la personne, puis qui étaient capables de descendre dans la situation. Puis souvent, c'est qu'on part toujours avec un schéma d'avance.

Voyons maintenant de façon plus détaillée ces deux modes de pratique.

2.4.1 La pratique paraprofessionnelle : un discours et des pratiques axées sur la crise

La pratique d'intervention en prévention du suicide nécessite, pour s'exercer, une organisation des connaissances qui est exigée aux intervenants bénévoles par le biais d'une formation de base de 45 heures offerte par la table régionale de concertation.

Cette formation, comme nous l'avons vu précédemment, vise à construire une grille de lecture commune pour les intervenants bénévoles afin qu'ils puissent intervenir d'une façon uniforme sur les éléments jugés essentiels. Il s'agit entre autres de l'évaluation du potentiel suicidaire et de l'intervention de crise suicidaire. Les centres de prévention du suicide du Québec se sont largement inspirés de ce type de bénévolat importé du centre de prévention du suicide de Los Angeles (Farberow, 1972).

Ce type de bénévolat est aussi nommé «paraprofessionnel» et défini par Guay (1984) comme :

«Le bénévole rémunéré qui a été entraîné pour une tâche spécifique, surtout dans le domaine de la santé physique et mentale, qui travaille sous une supervision professionnelle étroite ou dans un encadrement institutionnel s'appelle un paraprofessionnel.» (Guay, 1984:168)

En excluant la dimension de la rémunération, cette définition correspond bien au bénévolat qui s'exerce en prévention du suicide. En effet, la personne bénévole est soumise aux exigences suivantes : formation de base, formation continue, supervision, code d'éthique, grille d'évaluation et recommandations. Ce fonctionnement s'apparente aux structures institutionnelles et bureaucratiques où nous retrouvons des procédures et des politiques standardisées et un pouvoir centralisé.

Monique : Il y avait un point entre autres qui demandait aussi aux bénévoles de continuer à avoir des formations comme de venir aux post-écoutes. On est obligé d'aller aux post-écoutes au moins trois fois dans une année. Dans le code d'éthique, on nous demande de faire notre possible pour aller chercher le support du superviseur.

Le récit de Paul est exemplaire en ce qui a trait à la démarche d'intervention proposée.

Paul : L'essentiel sur lequel on intervient, c'est de permettre à la personne d'exprimer son vécu dans l'immédiat, puis c'est là-dedans qu'on rentre tout de suite. D'abord après avoir exploré si elle est vraiment suicidaire, donc on y va assez directement. On vérifie le niveau d'urgence et le risque suicidaire dès le début de l'intervention et ça permet à la personne d'être reconnue finalement dans sa détresse dès le départ, ce qui n'est pas toujours évident. Comme on voit, souvent les gens ont fait beaucoup de messages. Donc, ils ont souvent l'impression de ne pas être reconnus dans leur détresse. C'est le premier niveau d'intervention. Et à partir de là, j'allais utiliser des termes un peu plus professionnels, en tout cas de permettre à la personne d'identifier compte tenu de ce qu'elle vit pourquoi elle en est rendue là. Mais qu'elle peut s'en sortir aussi. Et à travers la verbalisation de son vécu, on identifie tranquillement les pistes de solution à travers son vécu. On l'aide à les identifier. Et de la rattacher à un minimum de choses où elle a réussi, à laquelle elle tient encore... Puis à travers les ressources de la personne....Puis à partir de là, on a reçu cette détresse là, puis qu'on la partage, on a déjà diminué la crise de beaucoup. Initialement quand on a ouvert la ligne au début, les bénévoles étaient en quasi panique parce qu'il n'y avait pas le bottin de ressources encore. Après le recul, on s'est dit qu'heureusement, on travaille avec ce qu'on est puis nos émotions. C'est à partir du moment où on réussit à partager ça, bien t'essaies pas de référer ailleurs.

Dans la grande majorité des récits, certains mots-clés reviennent de façon régulière, venant ainsi confirmer la fidélité au discours officiel de la formation. Ces principaux mots-clés sont les suivants : «l'ici-maintenant, situation de crise, chercher des

alternatives, explorer les ressources personnelles et communautaires, agir sur l'ambivalence, l'écoute sans jugement, l'expression des émotions».

La notion d'ici et maintenant

La notion d'ici et maintenant est un principe important décrit dans l'intervention de crise. Il s'agit en fait de mettre le focus sur le vécu des situations actuelles plutôt que sur les situations passées.

Voici l'opinion de Louis et Monique sur la notion d'ici et maintenant.

Louis : C'est sûr qu'on peut prendre toutes les belles qualités, de comment être un bon intervenant là. L'empathie, la reformulation et tout et tout. Mais je me dis, c'est l'ici-maintenant. La personne qui m'appelle, je dois la centrer : pourquoi tu m'appelles ce soir? Ça évite à ce moment de me faire envahir par des problèmes que la personne a vécus il y a 15-20 ans passés.

Monique : J'essayais de la convaincre d'entrer en contact avec la personne avec qui elle a des difficultés, avec son amie, qui venait de la quitter, c'était un des arguments. Je n'y arrivais pas, elle démolissait tous mes arguments, elle défaisait tout ce que j'arrivais à lui proposer, puis j'essayais aussi de la raccrocher à la réalité du vécu ici-maintenant.

La notion de crise

La notion de crise est fondamentale en prévention du suicide. Plusieurs auteurs ont défini ce concept, dont Caplan (1964), Smith (1977), Grégoire et al (1979). Pour sa part, Morissette (1984:67) définit une situation de crise comme «un déséquilibre passager suite à un stress récent, déséquilibre où les mécanismes, les stratégies et les tentatives de solution habituellement efficaces, ne le sont plus». De façon plus spécifique, il définit la crise suicidaire comme :

«une crise qui implique un processus, c'est-à-dire : idéation suicidaire, planification, menaces et signaux et tentative mineure ou majeure. La présence de comportements autodestructeurs caractérise une crise suicidaire. Toute crise peut devenir suicidaire, le suicide est alors perçu comme solution ultime pour mettre fin à la souffrance.»

C'est par la nécessité d'une intervention immédiate dans les situations de crise que s'est développée cette approche.

Pour Morissette (1984:130), une intervention de crise efficace devrait permettre les résultats suivants :

- «1) l'établissement d'un bon contact entre un ou plusieurs intervenants et une personne qui signale directement ou indirectement son intention de se suicider.
- 2) l'évaluation rapide du potentiel suicidaire, des ressources et de la situation problématique de l'individu suicidaire.
- 3) la résolution à court terme de la crise, si c'est le cas, et l'acceptation par la personne suicidaire d'alternatives satisfaisantes autres que la mort.
- 4) la mise en place d'un suivi axé sur les ressources personnelles et communautaires de l'individu.
- 5) L'atteinte d'objectifs précis et en rapport direct avec la situation actuelle de l'individu.

- 6) L'arrêt, du moins temporaire, du processus autodestructeur de la personne.»

Les plaidoyers de Blanche et Ginette sur l'importance de donner priorité à la crise suicidaire sont éloquentes à ce sujet.

Blanche : L'intervenant professionnel a une plus grande capacité à voir plus loin avec son client. Puis étant donné aussi que le professionnel le revoit, il peut commencer une démarche tandis que nous, on agit en situation de crise, puis les personnes souvent, elles ne rappellent pas.

Ginette : Ce qui est différent, c'est de cibler rapidement au niveau du risque et de l'urgence suicidaire. C'est ça qui est particulier en prévention du suicide. De cibler rapidement pour que s'il y a urgence, de faire les interventions qui conviennent dans cette situation là. Généralement, on ne parle pas 20 minutes avant d'aborder la question du suicide parce que si l'urgence est élevée, après 20 minutes, on l'aura plus au téléphone. Alors, d'où l'importance de cibler rapidement... Alors, les gens quand ils appellent, ils s'attendent à ce qu'on parle du suicide. Ils s'attendent pas à ce qu'on parle de la pluie et du beau temps... La personne qui appelle si elle est en processus suicidaire, on a à établir rapidement où est-ce qu'elle se situe dans le processus suicidaire parce que l'intervention va être conséquente à où la personne se situe. Si quelqu'un me parle qu'il a occasionnellement des idées suicidaires, qu'il n'a pas de planification, bien, je ferai pas le même type d'intervention que si la personne, elle a pris deux boîtes de pilules, puis qu'elle appelle pour dire qu'elle est ambivalente... Après ça on peut, quand on a établi l'urgence et le risque, on peut aller voir plus autour. Alors qu'en travail

social, on est habitué à aller un peu plus autour avant d'aller au centre.

Ginette soulève ici ce que des auteurs comme Wold et Litman (1973) cité dans Morissette (1984) ont signalé, c'est-à-dire que la moitié des personnes qui se suicident vivent une crise aiguë et que l'autre moitié est composée de ce qu'ils ont appelé les suicidaires chroniques où les auteurs distinguent deux catégories, soit les alcooliques chroniques et les personnes souffrant de dépression chronique.

Pour Morissette (1984:75) la crise suicidaire sera l'occasion de changer ou d'apprendre. Il y avait également deux autres alternatives : la première est la chronicisation, c'est-à-dire une résolution de la crise en adoptant des mécanismes plus pathologiques comme par exemple l'alcoolisme, la toxicomanie, des comportements bizarres; la dernière alternative est la mort.

La notion de recherche d'alternatives

Offrir des alternatives au suicide est l'objectif premier de l'intervention de crise. Pour offrir des alternatives, Morissette (1984:124) dira qu'il faut savoir ce que la personne veut, pourquoi elle désire se suicider et ce qui lui permettrait d'utiliser sa crise positivement. Donc, il faut partir des besoins de l'individu, de ses capacités et être ferme sur les démarches à entreprendre car la personne suicidaire ne voit plus d'autres choix possibles.

Jeannine : Quand on est à prévention suicide et que quelqu'un te téléphone, tu peux peut-être lui donner juste une petite lueur pour dire : «Regarde, t'as peut-être le choix.» On ne lui donne pas de conseils, on lui donne juste le choix. Souvent les gens

pensent qu'ils n'ont plus le choix, puis qu'ils n'ont plus d'espoir.

La notion d'ambivalence

Séguin (1991) et Morissette (1984) ont abordé la question de l'ambivalence qui est inhérente au processus suicidaire. En effet, la personne suicidaire serait tiraillée entre une partie d'elle-même qui veut vivre et une autre partie qui veut mourir. Permettre à la partie qui veut vivre d'exprimer sa souffrance permet d'introduire l'idée des alternatives et des ressources personnelles et communautaires.

L'expérience d'intervention téléphonique de Marie Anne avec une adolescente de 15 ans témoigne de l'importance de considérer la question de l'ambivalence chez une personne suicidaire.

Marie Anne : J'ai eu un appel d'une petite fille de 15 ans, elle avait signé un pacte de suicide, puis il y en avait déjà un qui était à l'hôpital. Le chef de la gang, il avait manqué son coup, puis elle, ça faisait deux jours qu'elle parlait pas. Elle se punissait d'avoir signé le pacte. Puis là, elle commençait à feeler mal. Elle dit : t'es la première personne à qui je parle depuis deux jours. Puis ça faisait une demi-heure que je parlais avec, puis elle commence à me dire, il est 10 h 30. Bien, je lui ai dit : qu'est-ce qu'il y a à 10 h30 heures? Elle a dit : il y en a un qui passe à l'acte. Puis là, elle se met à pleurer, puis elle dit : c'est le plus petit. Bien j'ai dit : quel âge il a? Elle a dit : il a 12 ans. Fait que là, tu te redresses sur ta chaise, tu dis : bon. Fait que là, j'ai essayé d'aller chercher de l'information, puis finalement elle est venue à bout de me dire que sa soeur était partie pour essayer de le trouver. Puis là, j'ai vu qu'elle était une petit peu ambiguë face à sa

signature du pacte et j'ai tout de suite sauté là-dessus pour venir à bout de désamorcer ça, puis elle commençait à changer d'idée. Sa soeur est arrivée puis elle m'a parlé au téléphone... ..elle est venue à bout de me dire que lorsqu'elle est arrivée le petit gars était pendu, mais il n'avait pas fait tomber sa chaise encore. Fait qu'elle l'a pris dans ses bras pendant 15-20 minutes en lui disant : on veut pas que tu meurs, on t'aime, on va te parler. Finalement, il a enlevé son noeud. Elle est allée le reconduire chez sa mère. Elles m'ont dit qu'elles étaient pour parler à d'autres de leurs amis qui avaient signé le pacte. Puis en tout cas, on s'est laissé, en se disant qu'on s'aimait beaucoup. Mais ces deux petites filles là, je les porte dans mon coeur. Je prie pour eux autres.

Exploration des ressources personnelles et communautaires

Par ressources personnelles de l'individu, on entend généralement la capacité d'identifier les proches comme les parents ou des amis avec qui la personne suicidaire a un bon contact, tandis que par ressources communautaires, il est fait référence aux organismes d'entraide et aux organismes publics et parapublics susceptibles de venir en aide à la personne suicidaire.

Marilyn, intervenante bénévole sur la ligne d'intervention téléphonique raconte l'appel qu'elle a reçu d'une adolescente de 16 ans qui s'est retrouvée enceinte et qui craignait la réaction de ses parents. Avant de communiquer avec la prévention du suicide, elle avait pris des pilules et avait pensé se poignarder.

Marilyn : ...elle était tellement ambivalente tout le long. Elle avait pris des pilules pour dormir dans la pharmacie de son père. J'ai regardé dans les médicaments puis j'ai dit : «ça peut être dangereux pour le bébé.» Elle a

dit : «bon, j'en prendrai pas d'abord». J'ai dit : «c'est pour ça que c'est important que tu consultes un médecin, il va te dire ce que tu as le droit de prendre.» Elle était décidée à aller au planning. Elle se sentait pas capable d'en parler à ses parents parce qu'elle avait désobéi et avait peur de leur réaction. Elle dit : «je ne peux pas me faire avorter parce que ma famille est pas pour ça.» Dans le fond de sa tête, elle disait : si je me tue, je vais toutes leur enlever les problèmes. Tu sais, c'est d'y faire réaliser que pour ses parents, la perte de leur fille, ça va être bien pire que le fait qu'elle ait un enfant. Puis en consultant un professionnel au planning, eux autres pourraient l'aider. Peut-être qu'elle pourrait rencontrer un professionnel de son école si elle décidait de garder son enfant, elle pourrait rencontrer ses parents avec une travailleuse sociale.

Selon l'opinion d'un intervenant superviseur, il arrive que les renvois multiples à d'autres ressources soient parfois expéditifs et peu mesurés.

Jean-François : Beaucoup de bénévoles tentent de centrer le problème rapidement au début de l'appel et de donner une ressource rapidement pour finir l'appel. Souvent, les émotions ne sont même pas vues, ne sont même pas entendues. C'est vrai qu'il faut travailler sur le problème, mais ce n'est pas tout, c'est psychosocial, c'est au niveau social aussi avec les gens de ton entourage. Tu sais, c'est à plusieurs niveaux qu'on peut lui apporter de l'aide, c'est pas juste en disant : va consulter au CLSC.

Le phénomène de renvoi auquel fait référence Jean-François est également présent dans le réseau public. Souvent, même à l'intérieur d'une même organisation où les fonctions sont

compartimentées, les intervenants se doivent de référer des personnes à différentes entités administratives.

L'expression des émotions et l'écoute sans jugement

La pertinence de permettre à la personne suicidaire d'exprimer ses émotions face à la situation qui l'a fait souffrir est reconnue par la plupart des intervenants bénévoles. Bien qu'on reconnaisse que cette écoute doit se faire sans jugements de valeur, il se présente des situations où c'est plus ardu. Les situations où il est plus difficile de faire abstraction des valeurs personnelles sont celles où il s'agit d'appelants fréquents, de personnes exprimant de l'agressivité, les personnes victimes de violence et particulièrement les agresseurs (agression physique, viol, inceste) et les appels où la personne ne parle presque pas.

Comme l'exprime Renée, la capacité d'aider la personne à exprimer ses émotions est indispensable.

Renée : Il faut être capable de centrer la personne plus sur ses émotions plutôt que de se laisser traîner dans pleins d'événements, puis d'histoires. Des fois, c'est un vrai labyrinthe. Il faut essayer de ramener ça au niveau plus émotif.

Une autre intervenante exprime une situation d'appel téléphonique qui heurte ses valeurs en ce qui concerne la violence exercée à l'égard des femmes et des enfants.

Réjeanne : Il y a des situations comme tout le monde où j'ai plus de difficulté que d'autres. Dès qu'il est question d'enfants ou de femmes battus. Je suis obligée de respirer par le nez parce que je trouve cela bien difficile à entendre. Pour moi, c'est un non-sens.

Une réappropriation des techniques et attitudes d'intervention professionnelle

L'analyse des discours des intervenants bénévoles nous met en présence de certaines techniques et attitudes qui sont favorisées dans le cadre de la pratique professionnelle. Il est en effet courant dans le langage des bénévoles de retrouver des notions comme l'écoute (ou encore l'écoute active), le reflet, la ventilation, la reformulation, etc. Nous pouvons donc avancer l'hypothèse que les intervenants bénévoles s'approprient, dans une proportion importante, les techniques et attitudes utilisées par les professionnels.

Les propos émis par Marie-Lou et Pascal illustrent bien cette appropriation des techniques dites professionnelles.

Marie-Lou : En travaillant sur la ligne, ça a fait vraiment développer l'écoute, l'écoute active, puis sans jugement. Je pense que l'important là-dedans, c'est d'être très calme. ...puis de vraiment écouter, de faire des reflets. Souvent la personne qui appelle est en crise, est pas capable de parler, elle est en larmes, puis quand on les rassure, de dire : «On est là». Pleurer aussi avec elle. Vous avez la chance de pleurer, c'est le temps. Un grand respect dans le cheminement de l'autre.

Pascal : J'aimerais que tu m'en parles un peu plus, reformuler, c'est des techniques qui sont bien importantes, faire du reflet...

Les intervenants bénévoles sont également invités à se protéger, à mettre des limites pour prévenir un possible essoufflement. On invite de plus à la prudence en ce qui concerne le dévoilement de sa vie privée.

Frédérique : C'est important de ne pas trop donner d'information sur soi, pour ne pas que la personne crée des attentes envers l'intervenant et que ce dernier soit obligé de porter la personne suicidaire.

Cette vision vient mettre un certain frein à l'intensité de l'aide personnelle qui caractérise l'aide naturelle (Guay, 1984) pour la faire basculer du côté d'un rapport plus impersonnel qui caractérise le travail professionnel.

Dans cette partie qui concerne la pratique des intervenants, nous avons mis en évidence que le modèle de pratique est imprégné des schémas professionnels et exige une rigueur proche de celle du professionnel. Puisqu'il s'agit de remplir une partie d'un rôle professionnel, il est naturel d'apprendre, en quelque sorte, les techniques et attitudes pour y parvenir. Toutefois, ce statut de paraprofessionnel demeure délégué par les professionnels, et sanctionné par l'État via les subventions accordées à l'organisation de prévention du suicide.

2.4.2 La pratique d'aidant naturel : un discours et des pratiques axés sur un dialogue amical

Bien que soumis à une formation spécifique, l'intervenant bénévole définit son rôle et lui donne un sens en puisant également dans les connaissances de son expérience personnelle. La rencontre de ces deux types de connaissances amène les intervenants à une certaine redéfinition de leur intervention qui semble s'éloigner de la formation officielle ou du moins la diluer.

Dans un premier temps, nous nous arrêterons sur quelques regards d'intervenants professionnels posés sur la pratique des aidants naturels. En deuxième lieu, nous allons laisser la parole aux intervenants bénévoles pour qu'ils témoignent de leur action en situation d'intervention. Nous allons être témoin que la

plupart de ces intervenants préconisent un type d'intervention où la référence au vécu quotidien et au rapport chaleureux à l'autre est présente. Nous verrons finalement quelques stratégies qui sont utilisées dans des situations d'intervention.

REGARDS D'INTERVENANTS PROFESSIONNELS

Sarah agit comme bénévole, mais possède à la base une formation à la relation d'aide. Son témoignage nous indique comment elle perçoit la pratique d'aidants naturels.

Sarah : On est toujours deux intervenants puis ça arrive quand j'ai pas de téléphone que je vais écouter l'autre, puis je vois une différence au niveau de la neutralité (selon qu'il s'agit d'un intervenant bénévole ou professionnel). C'est sûr que la neutralité, elle existe pas, mais au niveau en tout cas de moins laisser paraître nos préjugés. Au niveau de l'écoute là, il y en a que ça me fait comme rire. Ils disent bien : «Écoutes, tu devrais faire ça, puis tu sais, tu vas voir, ça va marcher puis demain ça va aller mieux.» Dans le fond, on le sait que demain peut être que ça ira pas mieux puis ça veut pas dire que si tu prends un bon bain chaud pour te relaxer puis pour dormir, ça veut pas dire que si ça marche avec X, avec moi, ça va marcher avec l'autre. Il y en a qui vont être plus dirigeant, ils vont dire que la vie est belle, elle devrait être belle pour toi.

Yvon et Paul possèdent également une formation professionnelle. Ils sont d'avis que les aidants naturels sont plus proches de la réalité de la vie quotidienne. Les aidants naturels vont intervenir à partir de leurs propres expériences, de leur sensibilité aux autres. Paul fait également la remarque que les aidants naturels en général vont avoir plus de facilité à se remettre en cause, à

accepter qu'un problème puisse les dépasser. Ainsi, ils vont se placer plus facilement dans une position d'entraide avec l'autre.

Yvon : Moi, je crois que le bénévole fait des démarches avec la personne qui est suicidaire d'une manière plus appropriée à la vie de tous les jours souvent. C'est ça qui se passe. Ils n'essaient pas de voir bien loin. C'est la vie avec l'intervention ce soir, présentement, aujourd'hui.

Paul : Le bénévole ne posera pas de diagnostic au départ, n'essayera pas de faire une grande analyse. Il va travailler à partir de ses expériences à lui... Je pense que les meilleurs bénévoles, ce sont des gens qui sont sensibles aux autres, qui reçoivent les autres, puis moi, je pense que c'est fondamental. Ils sont capables de se remettre en cause. Ils sont capables de dire, bien, ça ce problème là, ça me dépasse, beaucoup plus facilement qu'en général les professionnels vont le faire, puis ils vont aller chercher dans leur bagage d'expérience à eux autres. Puis il y a beaucoup de styles. Je vais te donner un exemple. La bénévole qui est en intervention puis la personne qui l'appelle est suicidaire et elle fait un bout avec, puis là c'est très lourd comme situation et la bénévole dit : «Ça me dépasse là. Je ne sais pas quoi faire là.» La personne suicidaire lui dit : «Bien, écoute, fais-toi s'en pas trop là.» La bénévole a dit : «Je vais prendre quelques minutes puis je te reviens.» La bénévole prend un café, puis l'appelante a demandé à la bénévole : «Puis, comment ça va?» «Je suis correcte, je suis prête à faire un bout.» La crise de l'appelante a baissé. À la fin, elles se sont demandées toutes les deux : «Puis toi, comment ça va?» Je ne vois pas beaucoup de professionnels qui fonctionneraient comme

ça... Ce geste spontané, c'est évident qu'il ne serait pas venu spontanément avec un professionnel.

REGARDS D'INTERVENANTS BÉNÉVOLES

Voici maintenant en quels termes s'expriment les intervenants bénévoles qui se caractérisent davantage comme des aidants naturels lorsqu'il s'agit de définir l'aide qu'ils apportent. Les notions qui reviennent le plus fréquemment sont : une conversation à l'image d'une relation personnelle, la capacité de vibrer à l'autre et pour quelques exceptions, l'importance de la dimension religieuse.

Une conversation à l'image d'une relation interpersonnelle

Claire : Bien moi personnellement, je me dis qu'il faut réellement être «plogué» sur son coeur et non sur sa raison... On va pas là pour l'argent. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de professionnels qui se sont pas «plogués» sur leur coeur aussi.

Marilyn : Peut-être qu'on (les bénévoles) s'ajuste plus aux situations, peut-être qu'eux autres (les professionnels), ils ont plus de cadres... Peut-être que nous autres on y va plus avec nos tripes. ...on s'ajuste plus en fonction de chaque personne qu'on a... Les professionnels, c'est moins personnalisé. Les bénévoles sans aller trop loin dans cette affaire là, juste comme pour glisser que toi aussi, que tu comprends qu'à trouve ça difficile.

Réjeanne : C'est qu'on a pas la même façon d'approcher. C'est peut-être un plus naïf, plus long, plus mitigé, plus poli, moins

rébarbatif et jusqu'à un certain point, moins confrontant aussi. ...c'est comme avoir une conversation privée avec quelqu'un. Je ne recherche rien, puis à un moment donné, à force de parler, puis d'y faire confiance, on va en venir à des confidences.

Pour ces intervenants la relation d'aide apparaît comme naturelle, spontanée et peu structurée. La relation se veut davantage basée sur l'échange. On mise beaucoup sur les qualités humaines et sur un type de relation personnalisée.

Vibrer à l'autre, l'aimer

Trois (3) intervenants perçoivent la relation avec l'appelant comme une relation d'intensité, de proximité avec l'autre. En surplus de la relation interpersonnelle, vient s'ajouter la reconnaissance de l'importance de l'autre comme personne humaine distincte.

Aline : C'est surtout la bonté. La bonté qu'on va mettre là-dedans et que l'autre ressent qu'on fait ce travail là par amour pour l'autre : les personnes en détresse. Il faut qu'ils sentent une chaleur humaine, il ne faut pas être brusque et puis il faut toujours l'écouter et lui faire sentir qu'on fait un bénévolat qu'on aime parce qu'on les aide. D'accord, on va avoir certaines personnes qu'il faut confronter de temps en temps là, qu'il faut les remettre à leur place. Par exemple, les personnes violentes, les personnes qui blasphèment au téléphone. Je les laisse parler. Je les laisse ventiler puis ensuite, je leur dis : écoute, moi, je fais du bénévolat ici et puis je ne veux pas de ça au téléphone. Ton problème on va en parler, mais explique-moi ton problème sans

blasphémer. ...puis souvent la personne dit :
«Merci j'y avais pas pensé.»

Pascal : C'est une jeune, à peu près de mon âge qui m'appelle, puis découragée, beaucoup de détresse dans ce qu'elle vivait. Cette jeune là seulement besoin de se faire dire qu'elle était importante, puis c'est là que j'ai vu tout l'isolement qu'une personne peut vivre... J'aurais voulu aller la voir. Puis même que psychologiquement, en tout cas, imaginé, on s'est vu, on s'est serré dans nos bras. Je lui disais : «Je te serre dans mes bras, je veux que tu sentes que tu es importante», que si je pouvais être là, je serais là. Sauf que mon mandat c'est pas ça aujourd'hui, mais je peux être là par téléphone. L'appel avait duré quelque chose comme deux heures et demie. Je l'ai bercé. Je l'ai consolé, j'ai pleuré avec... Puis pour moi, c'était de vivre avec elle ce moment là.

Nous retrouvons donc chez les aidants naturels des valeurs et attitudes qui relèvent davantage de l'ordre de l'être, c'est-à-dire des attitudes qui se caractérisent par la capacité de vibrer, de sentir l'autre, de partager son vécu, d'être disponible à l'autre. Les extraits de témoignages tirés des récits confirment la définition donnée par Guay (1984:16-17) de l'aide naturelle qu'il caractérise par un échange mutuel spontané, volontaire, peu organisé ou l'on se fie à règles implicites et à des activités spontanées et improvisées. Il insistera également sur l'intensité de l'aide personnelle et concrète où l'aidant n'hésite pas à donner de sa personne et de son temps pour soutenir une personne en détresse. Ainsi, contrairement à l'approche professionnelle, l'aidant naturel va se permettre comme l'appelant de ressentir et d'exprimer ses émotions. Cette expression des émotions est indicatrice d'une position sociale différente dans le rapport à l'intervention de l'aidant naturel.

DES STRATÉGIES INVENTIVES OU DÉVIANTES À LA NORME

À l'intérieur du cadre d'intervention prescrit, certains intervenants utilisent toutes les marges de manoeuvre possible pour inventer des pratiques qui sortent des directives officielles. La notion de zone d'incertitude ou de liberté (Crozier, 1977) nous permet d'élaborer l'hypothèse de stratégies inventives élaborées par les intervenants bénévoles en situation d'intervention. Voyons comment s'expriment dans la pratique leurs représentations et l'usage qu'ils font du pouvoir de la parole.

Présentons ici deux stratégies exemplaires utilisées par des intervenantes bénévoles.

Une stratégie de «détournement de l'agressivité»

Dans cet exemple de pratique, Réjeanne utilise ses compétences personnelles pour détourner l'attention de l'agresseur de sa victime et entrer en compétition avec lui.

Réjeanne : C'est un monsieur qui battait sa femme. Il était au téléphone et il la battait à coup de crosse de fusil. Mon superviseur est venu sur place. C'était assez «heavy» là. Puis la seule façon que j'ai eue de le faire décrocher de ça, c'est de l'engueuler. Après ça, sa violence a pu passer sur moi au lieu de sur sa femme. Je l'ai tenu comme ça pendant 15-20 minutes puis là, la femme a été capable de partir. ...il y a des réflexes. Je trouve qu'on développe avec le temps qui sont bien intéressants... Il voulait la tuer et après ça, il se tuait. Et honnêtement, je ne suis pas intervenue du tout sur lui, son envie de se tuer, après qu'elle a été partie.

Un autre exemple est rapporté par Marie-Lou qui a outrepassé les règles en vigueur pour venir en aide à une adolescente.

Cette stratégie peut être considérée par l'organisation de prévention du suicide comme une stratégie déviante aux normes établies. Interpeller par le besoin de protection de l'adolescente, elle outrepassa les règles officielles en prenant le risque de se faire exclure.

Marie-Lou : C'était des amies qui avaient appelé pour venir en aide à une de leurs amies qui était suicidaire. Je leur ai d'abord suggéré de parler aux parents de la jeune fille. Elles m'ont demandé d'appeler leur amie qui était suicidaire. J'ai dit : «Moi, je ne suis pas supposée faire ça.» Elles me suppliaient de l'appeler. Disons que j'ai outrepassé mon mandat, mais j'ai pensé que le pire qui pouvait m'arriver c'est qu'elle me raccroche la ligne au nez. Quand j'ai appelé, je me suis présentée comme ligne de prévention suicide, puis que quelqu'un m'avait appelée en me disant qu'elle était souffrante. Elle a dit : «Oui, je veux me suicider.» Elle avait tout planifié, où, quand, comment et pourquoi. ...je suis allée avec mon pif là, tu sais, mes émotions... Après j'ai communiqué avec mon superviseur puis je lui ai expliqué ce que j'avais fait. Je lui ai dit : «Je sais que j'ai pas le droit de le faire mais je l'ai fait pareil.» J'ai dit : «Au prix que je suis payée là, vous avez rien qu'à me congédier.» Il ne m'a pas chicanée, mais on en a discuté. Puis c'est vrai que je n'avais pas à faire ça, je l'ai fait et je ne le regrette pas.

Une stratégie «religieuse»

Quantitativement moins importante que les aspects évoqués précédemment, la conviction religieuse de certains intervenants bénévoles constitue également une façon d'aider. Marie Anne et Ghislain nous font part de l'utilisation qu'ils en font en intervention.

Marie Anne : Ça fait partie de nos directives de ne pas parler de ça (la religion). Tu sais, de nos croyances puis tout ça. J'en parle pas, sauf quand la personne m'en parle... Mais c'est comme quand je vois que la personne elle me dit qu'il y a pu rien. Là, je vais pousser, je vais faire des petites incursions là, tu sais. Là, je vais dire : «Bien, je ne sais pas là. Vu que tu dis qu'il y a pu rien qui marche. T'as-tu essayé de prier, des fois, on ne sait jamais.» Puis j'y lance ça comme ça comme une farce de même, tu sais. Puis bien, il y a une fois que ça a marché.

Ayant déjà eu lui-même des idées suicidaires et croire que c'est le Seigneur qui lui est venu en aide, Ghislain utilise sa propre expérience pour aider les autres.

Ghislain : C'était un homme qui voulait se tuer, mais qui ne voulait pas d'aide. Il avait tellement de problèmes, c'était incroyable. Je lui ai dit : «Tu veux pas que je t'aide. Alors, je peux pas t'aider.» Quand j'ai vu ça, je lui ai demandé : «Es-tu croyant toi?» Puis là, il m'a répondu qu'il croyait dans le Seigneur. Ça été là-dedans que j'ai été le chercher. Il m'a parlé qu'il croyait dans le Seigneur mais là, il n'avait pu confiance en lui. Là, je lui ai raconté comment je vivais ça face à lui parce que moi j'étais croyant. J'ai dit : «Là, tu me dis que tu veux t'enlever la vie. Pour moi, c'est comme si c'était mon frère qui se tue. Comment tu penses que je vis ça

intérieurement?» Puis il pleurait au bout de la ligne. Puis sur la fin de l'appel, je lui ai demandé : «Es-tu encore décidé à t'enlever la vie?» Il a dit : «Non.» et je lui ai souhaité «Bonne nuit.»

Pour ces intervenants, la dimension religieuse est déterminante dans leurs représentations de l'aide aux autres. En donnant priorité à la morale chrétienne, les intervenants sont conscients qu'ils s'inscrivent en faux contre la mentalité contemporaine et contre les principes d'intervention de l'organisme. Rhéaume et Sévigny (1988 : 126) relèvent également ce type d'explication spirituelle chez les intervenants pour rendre compte des problèmes de santé mentale.

En résumé, la pratique dont les principales caractéristiques relèvent de celles de l'image de l'aide naturelle tend à s'inscrire davantage en continuité plutôt qu'en rupture dans le rapport aidant-aidé. Nous observons en effet une tendance à personnaliser la relation, à créer un lien plus humain, à individualiser les personnes. Comme nous l'avons vu, cela n'exclut pas une référence à la dimension religieuse pour certains mais qu'on se garde d'imposer. Cette pratique peut se rapprocher en outre à l'association de AA (Alcoolique Anonyme), par l'importance qu'elle accorde aux rapports et à l'engagement personnel (Romeder, 1982).

Résumé-synthèse

Dans cette partie qui concerne les modèles de pratique, nous avons distingué deux profils, selon que l'intervenant intègre le modèle professionnel qui est sous-jacent à la formation ou le modèle qui se rapproche davantage de celui de l'aidant naturel. La différence entre les deux types de pratique réside dans le fait que les intervenants qui ont adopté une pratique paraprofessionnelle se réfèrent davantage aux éléments de la

pratique professionnelle, tandis que les intervenants qualifiés «d'aidants naturels» font appel à leurs expériences de vie. En l'occurrence, nous pouvons donc avancer que les intervenants bénévoles et professionnels participent chacun à leur façon à la définition du suicide par leur propre construction de l'intervention.

CHAPITRE V

DISCUSSION DES RÉSULTATS ET CONCLUSION

Le sujet de cette recherche voulait cerner la contribution des intervenants bénévoles et professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue au niveau de la définition du suicide en tant que problème social et aux pratiques mises en place pour le prévenir. Notre étude avait notamment pour objet de comprendre comment les bénévoles et les professionnels légitiment et organisent leur pratique au sujet du problème du suicide. Ce projet s'articulait autour de deux préoccupations. La première préoccupation était de comprendre la nature des significations entourant la motivation à intervenir et les représentations entourant l'objet du suicide. La deuxième préoccupation concernait l'analyse des pratiques.

Nous voulions par cette étude répondre principalement à trois questions :

Quels sont les perceptions des intervenants bénévoles et professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue face à la situation du suicide et quel est le sens qui est donné à l'intervention?

Les intervenants bénévoles ont-ils réussi à développer une pratique singulière, ou une pratique qui s'apparente à celle de la logique des professionnels?

Quels sens les professionnels associés au mouvement bénévole de prévention du suicide donnent-ils à leurs actions?

Ces questions découlent de notre problématique. Une revue de littérature a d'abord été réalisée. À l'aide de plusieurs auteurs, nous avons examiné l'évolution des conceptions concernant la notion de suicide. L'histoire du suicide en Occident nous fait retenir trois grandes périodes. Nous retrouvons une conception plutôt permissive résultant de la pensée stoïcienne (Veyne, 1980; Farberow, 1988). La seconde grande période est celle de la chrétienté occidentale qui se prononce avec autorité contre le

suicide, en invoquant qu'il représente un crime et un péché contre Dieu (Schmitt, 1980; Delumeau, 1983; Farberow, 1988). La troisième grande période est celle de la société moderne qui pose le suicide en terme de problème et de maladie attribuable à l'individu (Morin, 1970; Ariès, 1975; Durkheim, 1976; Foucault, 1979; Szasz, 1980; Lasch, 1981; Murphy, 1982; Lipovetzky, 1983; Jilek et Aall, 1988). C'est à travers l'intervention de l'État, les études des experts médicaux et professionnels que s'est construit le problème social du suicide et sa définition (Douglas, 1967; Maxwell et Atkinson, 1971; Pokorni, 1974; Tousignant, Mishara, 1981; Védrinne et al, 1981; Lester, 1984, 1989; Morissette, 1984; Berger et Luckman, 1986; Groupe d'étude national sur le suicide au Canada, 1987).

La revue des écrits a également porté sur la pratique des intervenants bénévoles et professionnels (Lesse, 1968; Schneidman et Farberow, 1968; Lester, 1970; Knickerbocker et McGee, 1973; Romeder, 1983; Guay, 1984; Morissette, 1984; St-Amand, 1991; Godbout, 1992).

Nous avons tenu compte également, pour l'élaboration de notre cadre théorique, des principales théories explicatives qui se sont développées pour étudier le phénomène du suicide et qui représentent les différents discours et croyances de la société. Il s'agit principalement de l'approche sociologique (Durkheim, 1879), de l'approche médico-psychiatrique (Freud, 1910, 1917, 1920), de l'approche biologique (Roy, 1983), de l'approche stratégique (Baechler, 1975) et de l'approche écologique (Grégoire, 1979).

Nous avons également centré notre attention sur quatre modèles théoriques qui, croyons-nous, sont les plus significatifs en regard de nos questions de recherche. Il s'agit de l'interactionnisme symbolique, du constructivisme, de la sociologie implicite et de la phénoménologie. C'est dans ces perspectives que les travaux de Schneider et Kitsuze, (1984), Ritzer, (1975), Downes et Rock

(1988), Spector et Kitsuze (1977), Maxwell et Atkinson (1971, 1973) ainsi que ceux de Herzlich (1969) Jodelet (1984), Fischer (1987) Sévigny (1983) et Mucchielli (1983) ont guidé le choix de notre méthodologie de recherche.

La méthodologie utilisée dans notre recherche relève de l'approche qualitative. Puisque notre but était de saisir le sens des représentations et des pratiques, nous avons privilégié la méthode des récits de vie pour y accéder.

Pour les besoins de cette recherche, nous avons choisi un échantillonnage théorique (Glaser et Strauss, 1967) et avons effectué quarante (40) entrevues dont vingt-cinq (25) avec des intervenants bénévoles et quinze (15) avec des professionnels dans six (6) villes de l'Abitibi-Témiscamingue. Nous avons construit un schéma d'entrevue souple qui a pu varier selon l'émergence des aspects soulevés par les intervenants. La recherche sur le terrain s'est déroulée sur une période de trois mois, soit entre le 23 septembre 1994 et le 13 décembre 1994.

1. Résumé et discussion des résultats

L'ensemble de cette recherche visait principalement à porter une réflexion sur la construction du suicide défini comme problème social par les intervenants bénévoles et professionnels. De façon plus spécifique, il s'agissait à partir des parcours singuliers des participants de cerner le sens que revêt l'implication bénévole et professionnelle en prévention du suicide, de même que la signification qui est attribuée à la situation du suicide. Une deuxième préoccupation était celle de l'analyse de la pratique et de son contexte.

Nous discutons successivement des motivations des intervenants à l'implication dans l'intervention en prévention du suicide, des

représentations qui entourent l'objet du suicide et de l'actualisation de la pratique.

LE SENS DES MOTIVATIONS POUR L'INTERVENTION

Nous avons voulu dégager des récits des intervenants les lignes de force qui les ont conduits à s'inscrire dans une démarche d'aide auprès des personnes suicidaires. En premier lieu, notre interrogation a porté sur les motivations qui participent à une même logique d'implication. Cette étape qu'on pourrait qualifier d'organisation de leurs représentations face à l'objet du suicide et de l'intervention est cruciale. C'est avant même d'intervenir que bénévoles et professionnels construisent en quelque sorte une grille de lecture à travers laquelle ils donnent un sens à la situation du suicide et préparent la façon dont ils vont intervenir.

Nous résumons ici les motivations des personnes rencontrées que nous regroupons sous cinq (5) grandes rubriques :

- Le développement des personnes
- Le rapport à l'autre
- La responsabilité sociale
- L'engagement professionnel
- Les croyances religieuses

Le développement des personnes

L'importance du rapport à soi, de son développement personnel est le thème qui touche le plus grand nombre de personnes rencontrées. Dans plusieurs récits, c'est la proximité d'expériences de vie difficiles qui éveille et questionne à la recherche d'un sens à donner au suicide. Comme Romeder (1981:12), nous avons pu constater que la recherche d'une

satisfaction à ses besoins de croissance personnelle est aussi fondamentale que les besoins de l'aide aux autres.

De plus, Caplan, Mason et Kaplan (1977) observent que la recherche active d'information constitue un élément important d'adaptation à des situations difficiles en permettant une compréhension plus grande et une meilleure maîtrise d'une situation. Pour certaines personnes interrogées, ce sont des situations de deuils qui les ont conduites au bénévolat, deuil d'une séparation, de la perte d'un être cher. C'est également le fait d'avoir soi-même vécu un processus suicidaire ou avoir perdu quelqu'un de son entourage suite à un suicide. Par l'implication au niveau de l'action du bénévolat, certains voulaient oublier leurs problèmes personnels ou mieux en comprendre le sens.

Le bénévolat en prévention du suicide permet également d'appivoiser la mort en général, mais aussi d'envisager et de réfléchir à la question de sa propre mort avec toutes les angoisses que cela comporte.

Plusieurs retombées positives sont relatées dans les récits. Il s'agit d'éléments se rapportant au sens de cette expérience dans la vie des participants. Ces différents éléments sont l'acquisition d'une reconnaissance personnelle, d'une ouverture à l'autre et particulièrement aux personnes qui sont proches de soi.

Le rapport à l'autre

L'implication en prévention du suicide rejoint également le besoin du rapport à l'autre. Pour les intervenants bénévoles et professionnels, le groupe d'intervenants constitue un espace qui permet de rejoindre l'autre, de se donner des relations interpersonnelles, de vivre une expérience d'appartenance. Ce même scénario se répète dans plusieurs récits. Pour certains, le groupe agit comme groupe d'entraide permettant de faire face

aux difficultés rencontrées et de partager leur vécu. Plusieurs relatent avoir vécu des épisodes suicidaires sans avoir pu en parler ou sans avoir pu compter sur des personnes proches. D'autres ont reçu un appui de l'entourage, ils en ont profité et veulent à leur tour apporter une écoute aux autres. D'autres encore ont vécu un fort sentiment de culpabilité suite au décès par suicide d'un proche ou d'un client. Ces opinions exprimées dans les récits rencontrent les résultats d'une étude conduite par Domino et Limbacher (1986) à l'effet que les personnes ayant elles-mêmes expérimenté une expérience suicidaire ou ayant été en contact avec des suicidaires démontrent des attitudes plus sympathisantes et sont plus à l'écoute d'autres personnes rencontrant le même genre de difficultés.

Ces motivations qui surgissent de l'expérience de vie des personnes semblent venir agir comme moyen de protection et ouvrir la relation avec l'autre et avec soi.

La responsabilité sociale

L'analyse du contenu des entrevues révèle que la question de la responsabilité sociale en regard de la valeur accordée à la vie sert de toile de fond au désir d'intervenir tout en donnant un sens à l'action des intervenants bénévoles. Ces valeurs motivationnelles s'inscrivent bien en accord avec les valeurs de la société occidentale moderne où la protection de la vie représente une valeur dominante et la mort, une ennemie à combattre (Morin, 1970). Cette valeur accordée à la vie est particulièrement manifeste face à la jeunesse. La mort par suicide représente un tabou encore plus important que la mort naturelle. Les intervenants se sentent concernés par l'importance de venir en aide aux personnes en difficulté dont l'issue peut s'avérer la mort.

L'engagement professionnel

Les motivations se rapportant au travail doivent se comprendre comme une croyance dans le travail communautaire principalement chez les intervenants professionnels et les étudiants. Certains professionnels agissent comme bénévoles et s'inscrivent ainsi en continuité avec leur travail professionnel en relation d'aide. Pour d'autres intervenants bénévoles, leur action s'inscrit en rupture avec leur travail quotidien en apportant la dimension des rapports humains qui sont absents de leur travail rémunéré.

Certains récits nous ont appris que le bénévolat en prévention du suicide a été l'occasion d'une remise en question au niveau de leur trajectoire professionnelle puisque ils ont fait le choix d'une réorientation de carrière dans une profession de relation d'aide.

Les croyances religieuses

La dernière motivation invoquée est issue de croyances religieuses particulièrement marquantes chez deux intervenants bénévoles. Le levier n'est pas ici une question de charité mais constitue une référence importante qui incite à faire profiter aux autres ce qu'ils ont reçu de soutien dans la dimension religieuse.

En fait, le fil conducteur qui mène à l'intervention bénévole revêt une diversité de sens et est lié au sens de cette expérience dans la vie des intervenants. De plus, les retombées heureuses sur la vie personnelle et interpersonnelle des intervenants démontrent l'intérêt personnel qu'on en retire. Ainsi, l'intervention bénévole semble s'articuler au double besoin de donner et de recevoir en retour.

Les représentations entourant l'objet du suicide

Comme l'indique Douglas (1966), les actes sociaux sont causés ou motivés d'une certaine façon par des significations que leur attribuent les individus et que partagent les membres de la société. Ainsi les représentations sociales constituent des facteurs importants à la compréhension du sens d'un acte social comme le suicide. Notre première question de recherche voulait vérifier les perceptions des intervenants bénévoles et professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue concernant la situation du suicide et le sens qu'ils donnent à leur intervention.

Pour comprendre et expliquer le phénomène du suicide, les intervenants font référence à deux grands facteurs d'explication. Il s'agit des facteurs reliés à l'individu et des facteurs reliés à l'environnement social.

Éléments reliés à l'individu

En ce qui concerne les éléments reliés à l'individu, la grande majorité des participants à l'étude insiste sur des déficits des personnes; le manque d'estime de soi, le manque d'amour, un état de souffrance intense, un manque d'alternatives, les valeurs qui s'écartent du choix de la majorité et l'accumulation des problèmes (Robichaud et al., 1994). Ces représentations rencontrent le modèle dominant qui insiste sur les manques des personnes et leurs responsabilités à les combler.

Par-dessus tout, ces représentations illustrent que l'acte du suicide se situe non pas comme un simple lien de cause à effet, mais plutôt dans un système d'interactions et d'interrelations qu'il faut comprendre en termes de mutations difficiles à réaliser ou à accepter. En fait, l'acte du suicide est peut-être indissociable d'une recherche de reconnaissance sociale et du rapport à l'autre qui peut être lu comme l'expression intense d'un désir de vivre

différemment. La littérature (Durkheim, 1879; Freud, 1917; Baechler, 1975) nous indique qu'il existe une diversité de sens ou de motivations au fait de vouloir s'enlever la vie.

Certains auteurs voient le suicide relié à des mécanismes de maladies mentales, d'autres ne considèrent pas le suicide comme un acte pathologique mais estiment, comme Baechler (1975), que certains individus en viennent à se supprimer pour des considérations logiques de solution à un problème existentiel. Cette perspective d'une logique plus rationnelle est souvent plus culpabilisante pour les membres de l'entourage qui survivent au suicide que celle découlant d'un acte pathologique.

Ces différents sens nous incitent à écarter l'idée d'une représentation unique pour expliquer le développement d'un processus suicidaire.

Éléments reliés à l'environnement social

Les informations recueillies auprès des intervenants montrent que ces derniers prennent également en considération l'explication sociale de la désorganisation de la société qui se traduit par des représentations touchant la crise économique, les pressions sociales, les conditions de vie, l'absence d'un projet de société, la pauvreté. Ils font également référence à un réseau d'entraide affaibli au niveau de l'entourage plus immédiat de la famille, de l'éducation et des ressources privées et publiques. C'est par l'intermédiaire de la rupture entre le social et l'économie et ces multiples pressions sociales que basculent les destins des individus.

Nous pouvons faire le parallèle ici avec le concept de l'anomie développé par Durkheim montrant que le taux de suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des individus. Ce concept semble toujours pertinent à la société actuelle où il semble exister

une inégalité sociale devant le suicide. En effet, contrairement aux propos de Durkheim (1897), la misère ne semble plus protéger du suicide. Au contraire, la pauvreté économique et sociale apparaît déterminante par son effet d'un nombre de plus en plus grand d'exclusion qui conduit à un état d'isolement des personnes des réseaux de solidarité.

Du point de vue des intervenants, la position de la région de l'Abitibi-Témiscamingue serait fragilisée par les conditions de vie difficiles qui y prévalent. L'isolement et le manque d'intimité des petites régions où les personnes déviantes à la norme dominante sont rapidement identifiées. Corin et al. (1990:171-172) dans leur étude portant sur des sujets de six (6) localités de la région de l'Abitibi-Témiscamingue note également une conception de la personne qui soulève l'importance de «se prendre en main» dans une région fortement dépendante de l'exploitation des ressources primaires pour son développement. Cette étude rapporte également la prévalence de valeurs culturelles très traditionnelles, essentiellement rapportées à l'espace familial qui servent à départager deux types de familles : les familles «normales» et les familles «marginales». C'est à ces conditions qu'il devient possible d'avoir une place dans l'espace social des interrelations.

L'effet protecteur de la vie familiale est remis en cause par les intervenants par l'augmentation considérable des suicides chez les jeunes. Ces perceptions et les études scientifiques (Tousignant et al. 1988, Pronovost et al. 1995) menées sur les dimensions reliées à la communication et au soutien parental viennent soutenir l'importance de l'intervention auprès des familles. Toutefois, la réalité de l'intervention se limite le plus souvent à des actions individuelles auprès des jeunes. Les intervenants font davantage référence ici à la relation du suicidaire à son entourage. Nous pouvons extrapoler cette compréhension, également à sa situation déficiente de relation des personnes âgées et des exclus de la société. Dans le contexte de ces représentations, on peut penser

que le suicide s'inscrit dans une stratégie d'appel aux interrelations à autrui.

En résumé, les représentations exprimées laissent apparaître que les raisons d'ordre personnelle et sociale s'entremêlent au point qu'il est inutile de chercher à les saisir à l'aide d'une méthode objective.

Il est donc davantage important de faire porter l'analyse au niveau d'une introspection subjective pour saisir les compréhensions du suicide. L'analyse nous permet de constater que l'acte du suicide peut avoir plusieurs sens pour les intervenants. Toutefois, le fait de vouloir mourir, d'abdiquer à la vie est considéré comme un problème social majeur puisque le suicidaire provoque autour de lui une inquiétude envahissante face à la valeur accordée à la vie et au rejet de la mort. Finalement, nous sommes à même de constater le lien d'influence entre la motivation à intervenir et la façon dont on se représente le suicide.

LA PRATIQUE DES INTERVENANTS BÉNÉVOLES ET PROFESSIONNELS

La deuxième question voulait vérifier si les intervenants bénévoles avaient réussi à développer une pratique singulière ou une pratique qui s'apparente à celle de la logique des professionnels. Aborder la pratique des intervenants, c'est la situer d'abord à l'intérieur de ses repères contextuels où elle prend racine suite à la démarche de revendication d'intervenants bénévoles et professionnels provenant de différents milieux pour prévenir le suicide en Abitibi-Témiscamingue. Comme le soutiennent Spector et Kitsuze (1977), c'est à partir de l'étude des activités et des intérêts des acteurs impliqués que le suicide a émergé en tant que problème social dans la région et qu'il s'est défini.

Pour saisir le processus de définition du suicide dans son ensemble, nous avons déjà abordé les conceptions que s'en font les intervenants. Nous aborderons maintenant le contexte des pratiques à partir du début de la mobilisation des différents acteurs, de la définition de la structure d'intervention et des pratiques réalisées par les intervenants.

Contexte de la pratique

Le point central autour duquel s'amorce la prise de conscience collective de l'importance de la question du suicide s'articule autour des chiffres (Bordeleau, 1977; Charron, 1982). Ces études venaient dénombrer l'importance des taux de suicide en Abitibi-Témiscamingue. Rapidement la mobilisation publique est organisée sous l'aspect de colloques où un consensus se dégage à l'effet de concerter les différents acteurs (bénévoles et institutionnels) à l'urgence de la mise en place d'une organisation régionale pour prévenir le suicide. Un mandat spécifique est confié au CRSSSAT d'être le maître d'oeuvre pour articuler ce projet de prévention. Des nombreuses consultations régionales se dégage un deuxième consensus sur les moyens à mettre en place pour intervenir où l'option d'une ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide retient l'assentiment du plus grand nombre. Ces actions viennent statuer la reconnaissance du suicide comme étant un problème social régional sur lequel il faut agir.

Le mouvement de prévention du suicide prend sa dynamique dans le contexte des réformes institutionnelles qui favorisent l'action communautaire et le partenariat avec le réseau public. Ce projet se situe également dans le contexte de privatisation de l'État qui se retire graduellement des programmes sociaux pour s'appuyer de plus en plus sur les structures qui émergent des groupes du milieu.

C'est en partenariat avec le CRSSSAT, des intervenants du réseau public, particulièrement les CLSC, cliniques externes de psychiatrie et bénévoles de la communauté que s'élabore un programme régional basé sur des actions préventives primaires et principalement secondaires (Caplan, 1964). Les intervenants procèdent également à la formation d'une table de concertation régionale qui se voit contraint par le CRSSSAT de s'incorporer en 1993. Cette incorporation fait place à un glissement vers une logique administrative centralisatrice et bureaucratique qui crée des tensions entre les différents acteurs impliqués au sein de l'organisation.

Plusieurs intervenants bénévoles et professionnels décrivent la structure d'intervention en terme de «bureaucratie» et de «technocratie».

En ce qui a trait aux relations entre intervenants bénévoles et professionnels, les participants à l'étude les qualifient tantôt de chaleureuses et égalitaires avec les professionnels qui ne font pas abus de leur pouvoir et tantôt dénoncent les rapports où les professionnels s'approprient un rôle de pouvoir qui confine les intervenants bénévoles à un rôle de subalterne. Le discours des intervenants bénévoles traduit que ce type de professionnel n'a rien compris de ce qu'est le partenariat avec des groupes communautaires.

Le vécu exprimé par les intervenants indique qu'il n'est pas toujours facile d'allier de façon harmonieuse le travail professionnel et la contribution bénévole. À des rapports plus égalitaires se juxtaposent des rapports de pouvoir, des jeux d'influence.

L'expression de ces différents rapports est également présente dans les organisations formées uniquement de bénévoles ou uniquement de professionnel. Il n'en demeure pas moins qu'un

rapport inégalitaire où une personne ou un groupe exerce un leadership autocratique n'est jamais plaisant à vivre.

Toutefois la manière d'envisager le rapport de complémentarité entre la personne bénévole et le professionnel se construit au fur et à mesure dans l'action de faire ensemble. Il n'est pas toujours facile de préciser le partage des responsabilités de chacun. Pour Romeder (1982), Guay (1984) Alary et al (1988), le défi est de mettre à contribution les compétences et ressources de chacun.

Les études révèlent la distinction suivante entre l'aide professionnelle et l'aide naturelle.

«..l'aide professionnelle se caractériserait surtout par un apport sur le plan des connaissances techniques, des compétences et de l'expertise spécialisée, ainsi que par une approche objective et généralisante. L'aide naturelle inhérente aux pratiques de prise en charge par le milieu serait plus indiquée pour répondre à des besoins de support à long terme, surtout de nature affective, pour apporter des solutions particulières à des problèmes locaux selon une démarche subjective.»
(Gartner et Riessman, 1977, 1984; Dewar, 1976; Froland et al., 1981, cités par Alary et al, 1988).

Sur la base de ces recherches, il serait pertinent pour un partenariat approprié de chercher à créer une démocratie participante capable de tenir compte des forces et limites de chacun des partenaires, même si cette démarche exige plus de temps. Sans cette préoccupation, la cohabitation de deux types d'intervenants (bénévoles et professionnel), de deux types de logique risquent de donner lieu à des collisions de pouvoir dont l'issue demeure imprécise.

Une autre difficulté importante mentionnée dans les discours des intervenants est la précarité des ressources financières. Cette précarité oblige à concentrer l'énergie pour aller chercher des sources de financement au détriment du développement des services à la population. Cette précarité de financement s'inscrit

dans une diminution constante du support financier de l'État qui devient de plus en plus «indifférent» au développement social des personnes et de plus en plus soucieux de l'aspect économique.

Les axes de la formation

La perspective présentée qui ressort avec évidence dans les discours des intervenants et des écrits sur la formation en prévention du suicide est d'abord et avant tout une formation qui emprunte largement aux théories professionnelles. La structure telle qu'elle est connue à travers le processus de formation se présente avant tout comme la protection de la personne suicidaire. Les intervenants rencontrés se montrent parfaitement au fait de l'importance de l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaire, mais plus désespérés et démotivés face à un appelant dit «fréquent» qui se situe au niveau d'un risque moyen et d'une urgence faible.

Tout en favorisant la reconnaissance et la valorisation des aidants naturels, la formation emprunte largement à la logique professionnelle (langage, techniques, code d'éthique, codification, supervision). Comme l'affirme Guay (1984:14), il existe un danger à la surspécialisation puisque «la spontanéité et l'intensité du support mutuel fondé sur l'affinité risquent alors d'être remplacées par des relations plus distantes et plus techniques.»

Les représentations de l'intervention

Nous avons pu établir certaines lignes de forces qui se dégagent des discours des intervenants concernant les représentations qui sont à la base des pratiques.

Un premier aspect qui se dégage est l'image qu'on se fait de l'action bénévole qui est perçue comme l'opportunité de mettre à

contribution les différentes facettes de son expérience de vie. Une deuxième perception est de considérer le bénévolat essentiellement comme un travail (Guay, 1984) que l'on considère parfois plus exigeant qu'un travail rémunéré, par les multiples étapes à franchir avant de passer à l'action d'intervenir. On considère également importante la place consacrée à la bureaucratie.

Les propos des intervenants démontrent que l'intervention bénévole s'inspire du mode d'organisation des services parapubliques en empruntant l'expertise des technogestionnaires. Redjeb (1991) qualifie ce nouveau type de bénévolat, de «néo-bénévolat».

L'importance de la protection de la vie demeure une préoccupation centrale pour les intervenants. On perçoit également important de diversifier l'intervention, mais il ne se dégage pas de consensus sur la direction des interventions. Tout en maintenant l'intervention téléphonique, les uns privilégieront d'agir davantage sur les conditions de vie et d'autres d'agir davantage auprès des individus.

Finalement, on dénonce la tendance à s'accaparer de l'exclusivité de la problématique par la revendication de compétences spéciales et exclusives permettant de transmettre la formation élaborée par l'organisation de prévention du suicide. Ainsi, l'organisation gagne en statut social, en revenu et en pouvoir vis-à-vis d'autres spécialistes compétiteurs.

Les modèles de pratique

La troisième question voulait vérifier le sens que les professionnels associés au mouvement de prévention du suicide donnaient à leurs actions.

Les discours tenus par les intervenants professionnels traduisent globalement un éloge très positif envers la pratique des intervenants bénévoles. On invoque les qualités reliées à des rapports chaleureux, humain avec les personnes, à l'absence d'élaboration de diagnostic et de traitement, etc.

Toutefois, les différentes activités reliées à l'intervention démontrent que les intervenants professionnels ont davantage tendance à reproduire leur logique professionnelle plutôt que celle de l'intervention bénévole.

Cette idéologie professionnelle dominante engendre deux types de pratiques. Premièrement, une pratique «paraprofessionnelle» (Guay, 1984) où l'intervenant bénévole est entraîné pour une tâche spécifique par le biais d'une formation et ensuite soumis à un encadrement rigoureux. Malgré une formation commune qui emprunte aux théories et outils professionnels, une pratique alternative basée davantage sur des qualités d'aidants naturels réussit à percer. Ce deuxième type de pratique fait ressortir une relation plus proche des rapports humains quotidiens.

Bien que soumis au même cadre d'intervention, certains intervenants bénévoles utilisent toutes les marges de manoeuvre (Crozier, 1977) possibles pour inventer des pratiques qui deviennent des directives officielles en vigueur. Nous pouvons donc avancer que les intervenants bénévoles et professionnel participent de façon concrète, chacun à leur manière, à la définition du suicide et à son intervention pour le prévenir.

2. Conclusion et enjeux pour la recherche future et l'intervention

Nous venons de voir se dérouler des histoires de vie et de pratiques qui témoignent de l'élaboration des interprétations contenues dans le discours des intervenants et professionnels en

ce qui a trait à la situation du suicide définie comme problème social.

L'objectif général de cette étude avait notamment pour objet de cerner la contribution des intervenants bénévoles et professionnels de l'Abitibi-Témiscamingue dans la construction du suicide en tant que problème social. De façon plus spécifique, il s'agissait de cerner comment les bénévoles et les professionnels légitiment et organisent leur pratique.

Puisque ces objectifs impliquent la question de la recherche de sens, nous avons privilégié l'approche des récits de pratique pour y accéder. Cette méthode permet en effet d'entrer dans le vécu des personnes rencontrées pour tenter de saisir le sens de leur implication en prévention du suicide.

Les quarante (40) intervenants bénévoles et professionnels rencontrés ont accepté de faire le retour sur leur cheminement passé et présent qui les a conduits à l'entrée dans l'intervention en prévention du suicide. Ces entretiens ont été analysés afin de pouvoir en dégager des lignes de force au niveau du sens.

Dans cette conclusion, nous dégageons quelques-unes de ces lignes de force.

Cette étude nous a d'abord permis de constater que l'implication en prévention du suicide prend un sens pour les intervenants. Bien que le sens soit unique à chaque personne, certains traits caractéristiques ressortent avec évidence.

Au départ, la trajectoire personnelle et sociale suivie par les intervenants fait ressortir qu'avant même de s'impliquer dans l'intervention, les personnes construisent un sens à donner à la situation du suicide. Les motivations invoquées par les intervenants se rapportent à leur propre développement personnel. Pour plusieurs intervenants, c'est le vécu

d'expériences de vie difficile tel le deuil suite à une séparation ou encore la perte d'un être cher qui est en cause. Aussi, le fait d'avoir soi-même vécu un processus suicidaire ou d'avoir perdu quelqu'un de son entourage par suicide est en cause. Pour comprendre, ces personnes se sont tournées vers l'action en prévention du suicide comme solution à leurs souffrances ou à leurs interrogations. L'action bénévole en prévention du suicide est également l'occasion d'apprivoiser la mort et leur propre mort.

Par l'implication bénévole, ces personnes ont souvent trouvé un soutien à l'intérieur du groupe, un nouveau rapport à l'autre, un espace de protection.

À la lumière du discours de plusieurs intervenants bénévoles, il est permis d'établir un lien entre ce qui se passe dans le tissu social actuel animé par l'idéologie néo-libérale qui prône l'individualisme et la rentabilité économique au détriment de la reconnaissance de l'individu. Dans ce contexte où les rapports sociaux perdent de leur importance par rapport à l'individualisme et à la logique économique, l'action bénévole semble venir agir comme un élément qui contribue à remplir le vide des solidarités collectives. Par son implication, la personne bénévole s'intègre à des rapports sociaux valorisants où la dimension humaine est importante. L'action réalisée dans le rapport à l'autre conduit à une revalorisation des bénévoles et par conséquent, à une construction ou reconstruction d'une identité trop souvent affaiblie par le sentiment d'inutilité. «Cela m'a donné beaucoup de valorisation d'aider les gens qui souffrent» rappelle Daniel B. ou Nicolas «Je me suis dit que j'aimerais ça aider le monde, c'est valorisant». L'intervention en prévention du suicide reconstruit un réseau de solidarité et une expérience d'appartenance et de valorisation pour plusieurs intervenants. Cet espace vient ainsi pallier aux effets négatifs du manque de rapport à l'autre dans notre société.

C'est dans cette même ligne de pensée que les intervenants bénévoles invoquent comme motivation la croyance au travail communautaire et à l'entraide.

D'autres récits soulèvent la question de la responsabilité sociale des personnes en regard de la valeur accordée à la vie. Dans nos sociétés modernes, la vie humaine a toujours été considérée comme une valeur importante. Pourtant, dans l'énergie qui est actuellement consacrée à la préoccupation de la croissance économique, l'individu semble de plus en plus absent du projet social. Cette réalité des choix politiques n'est pas sans avoir un impact sur la qualité de vie des individus où le nombre d'exclus augmente constamment. Considérée dans cette lecture de la réalité, la valeur accordée à la vie ne doit-elle pas être perçue comme étant de plus en plus la préoccupation d'un groupe de plus en plus restreint? Ainsi, malgré les statistiques éloquentes concernant les suicides, l'État n'a pas encore de véritable politique dans ce domaine.

La dernière motivation invoquée est celle des croyances religieuses qui ont marqué les trajectoires de certaines personnes. L'introduction d'une perspective religieuse forte chez deux intervenants en particulier vient accentuer l'importance de cette croyance par l'effet positif qu'elle a entraînée dans leur vie. Cette conception religieuse a en effet contribué à redonner un sens à leur vie dans des moments de grandes souffrances où ils avaient basculé dans le désespoir.

En affirmant leurs motivations, les personnes rencontrées nous indiquent que l'intervention bénévole en prévention du suicide revêt une diversité de sens qui se sont construits tout au long des trajectoires de vie.

L'originalité des connaissances sur les motivations des intervenants bénévoles en prévention du suicide consiste à avoir identifié qu'il existe plusieurs sens à l'expérience de bénévole.

Toutefois, notre étude met en évidence qu'il existe un sens «moteur» pour chaque bénévole et qui le motive à intervenir.

Les représentations entourant l'objet du suicide conduisent à la formulation de deux grands constats. D'abord, la majorité des personnes rencontrées croient que ce sont des éléments reliés à l'individu qui conduisent au suicide. Ces représentations s'inscrivent à l'intérieur du modèle dominant où la transformation des individus prime sur la transformation de la société. Ainsi, la théorie implicite (Sévigny, 1983) des intervenants s'inspire largement des approches psychologiques qui a tendance à exclure la relation personne-société.

Cette vision individualisante des problèmes est difficile à dépasser et à mettre en lien avec les changements sociaux qui se traduisent au niveau d'une fragilisation et d'un isolement des individus les uns des autres. C'est à ce manque de lecture du rapport individu/société que sont confrontés bon nombre d'intervenants bénévoles dans leurs rapports avec ceux qu'on nomme les «appelants fréquents» en particulier. Wilfrid traduit bien cette difficile relation avec ces appelants «quand j'ai un appelant fréquent qui rappelle pour raconter tout le temps sa mautadite affaire et qu'il se complaît là-dedans, bien ça me fatigue». Cette idéologie tend à rendre l'individu unique responsable de sa condition psychologique et sociale.

Le deuxième constat, de moindre importance que le premier, révèle que les personnes rencontrées invoquent l'explication sociale de la désorganisation de la société qui se traduit par un manque de responsabilité de cette société à pourvoir aux besoins de l'ensemble de ses membres. Plusieurs catégories de groupe d'exclus sont identifiées, telles les jeunes, les personnes âgées, les pauvres. Cette analyse des intervenants appelle à une redéfinition des choix politiques et de l'ordre interrelationnel.

La rapidité des changements, la précarité des conditions de vie risquent de conduire à un écart de plus en plus important entre les mieux nantis et les moins nantis si nous n'agissons pas ensemble pour freiner cette course à la performance économique qui compte un nombre restreint d'élus.

Dans cette vision, la théorie implicite des intervenants se rapproche davantage des théories sociologiques et plus précisément de l'impact des conditions de vie sur les individus.

Les intervenants font également référence à plusieurs reprises au fait que les personnes suicidaires cherchent désespérément une solution pour mettre fin à leur souffrance et que c'est souvent l'accumulation des problèmes qui conduit à voir le suicide comme solution. Dans cette perspective, la représentation des intervenants rejoint l'approche stratégique élaborée par Baechler (1975) à l'effet que l'individu cherche une solution à un problème existentiel par le fait d'attenter à sa vie. Il insiste sur l'individu libre et total et ne croit pas que le comportement suicidaire soit sous l'influence d'un seul facteur. Toutefois, les intervenants ne considèrent pas, comme Baechler, que le suicide soit un acte positif et une conduite logique.

Après nous être arrêté à la question du sens de l'implication en prévention du suicide et aux représentations dont il fait l'objet, notre deuxième préoccupation concernait la réalité de la pratique des intervenants.

Cette pratique se révèle empreinte d'une idéologie fortement inspirée du modèle professionnel. En effet, l'action d'intervention est structurée et planifiée par une formation et un suivi bien encadrés. On privilégie principalement une approche centrée sur le problème que Rhéaume et Sévigny (1988) décrivent comme proche des attentes immédiates de l'appelant et des problèmes qui l'amènent à contacter les bénévoles de prévention du suicide. Les habiletés de base de la relation d'aide professionnelle sont

favorisées et principalement, l'écoute de la personne. Dans ce modèle, les intervenants bénévoles sont au départ invités à une mise à distance d'un rapport trop personnalisé avec l'appelant.

Toutefois, une pratique centrée sur une logique d'aidant naturel réussit à s'imposer chez quelques intervenants. Dans ce modèle, les rapports y sont plus chaleureux et plus familiers. Réjeanne traduit bien ce modèle en disant «c'est comme avoir une conversation privée avec quelqu'un».

Ces observations sur les modèles de pratique doivent nous inciter au questionnement et à la prudence face à un contrôle et une évaluation trop rigide de l'intervention des bénévoles qui risquent d'avoir pour effet négatif de récupérer le dynamisme et la spontanéité propres au bénévolat.

Le cadre de la pratique de l'intervention bénévole en prévention du suicide est fortement imbriqué dans des liens de partenariat avec le réseau officiel. C'est principalement avec les CLSC, à travers les ressources professionnelles qui servent d'éléments stabilisateurs nécessaires à leur survie. Comme pour d'autres groupes communautaires, les ressources financières sont précaires et le lien de partenariat avec le réseau officiel est ressenti comme fragile. L'intervention en prévention du suicide dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue doit donc une part importante de sa continuité à l'investissement intense des intervenants qui y militent et y croient. Ces intervenants bénévoles peuvent prendre appui sur une structure locale et régionale, même si elle présente certaines contraintes de fonctionnement.

L'organisation de prévention du suicide est un lieu où se croisent intervenants bénévoles et professionnels. Les rapports entre professionnels et bénévoles sont perçus par les uns comme chaleureux et supportants, tandis que pour d'autres, ils sont teintés d'un pouvoir accru des professionnels sur leurs actions et sur l'organisation de la prévention du suicide.

Ainsi, il apparaît que la construction de la réalité du suicide et de son intervention soit différente dans la façon de l'envisager et de la gérer chez les intervenants bénévoles et chez les professionnels. Le problème social qu'est le suicide rencontre donc des rapports de force entre bénévoles et professionnels dans la façon de l'envisager et d'intervenir. C'est dans ce croisement de significations différentes que la pratique tente de donner du sens dans l'action commune. Finalement, le témoignage de quelques intervenants dénonce la tendance à vouloir s'accaparer de l'exclusivité de la problématique, ce qu'ils considèrent contre-indiqué à l'importance d'une responsabilité sociale qui se doit d'être partagée.

Comment comprendre ce repli sur l'exclusivité de l'expertise? Peut-on faire des liens avec un processus d'institutionnalisation de l'intervention bénévole ou encore la crainte d'être récupéré par le réseau officiel?

Les récits de pratique recueillis ont permis aux intervenants bénévoles et professionnels de prendre la parole, de dire leurs perceptions du suicide et de l'intervention, ainsi que de découvrir l'importance des rapports à soi et à l'autre.

Les enjeux pour la recherche future et l'intervention

Les résultats de cette étude nous indiquent que la recherche peut être considérée comme un guide de réflexion et un soutien aux pratiques et aux programmes des groupes communautaires.

Le constat que l'implication en prévention du suicide prend un sens dans la trajectoire des intervenants nous incitent à proposer d'investiguer plus à fond leurs besoins. Une attention plus soutenue aux besoins personnels pourrait éventuellement avoir un impact sur la persistance et la continuité de l'implication en

faisant du groupe un espace d'appartenance, d'échange et de soutien.

La motivation à l'implication pourrait aussi être étudiée dans une perspective de développement du bénévole oeuvrant dans un autre domaine que la question du suicide.

Nous pourrions également étudier le sens de la motivation des bénévoles en prévention du suicide dans un contexte socioculturel autre que celui de l'Abitibi-Témiscamingue.

D'autre part, il serait intéressant de réaffirmer notre compréhension des liens entre l'aide bénévole et le développement des personnes. Les résultats de cette étude entouvent sur l'hypothèse que l'action bénévole est liée au sens de cette expérience dans la vie des intervenants et que parmi ces différents sens, émerge la stratégie de réponse à ses besoins.

Une autre piste de recherche qui découle des représentations des intervenants face à l'objet du suicide converge vers l'idée qu'il serait intéressant d'étudier les personnes vivant ou ayant vécu un processus suicidaire en Abitibi-Témiscamingue. Il serait pertinent de connaître la trajectoire de vie de ces personnes, l'influence des situations sociales et économiques sur leurs conditions de vie. Il serait également opportun de trouver des moyens pour tenir compte de l'opinion des «appelants» à la ligne d'intervention, de connaître leurs besoins et leur satisfaction de l'intervention.

L'analyse qualitative que nous avons effectuée laisse entrevoir une pratique emprunte de la logique professionnelle. Tout en prônant l'importance de l'aide naturelle, l'organisation de prévention du suicide a recours à des experts professionnels pour former et encadrer l'action des bénévoles. En cela, l'organisation n'échappe pas à la professionnalisation du bénévolat qui caractérise la société occidentale. En effet, plusieurs groupes

d'entraide réclament l'apprentissage de méthodes de relation d'aide professionnelle. Cependant, la spontanéité et l'intensité du soutien de l'aide naturelle risquent de faire place à des relations plus impersonnelles et plus technocratiques que l'on reproche justement aux professionnels.

L'analyse des récits révèle en outre une tendance à la spécialisation en ce qui concerne l'évaluation et l'intervention du risque et de l'urgence suicidaire. La surspécialisation d'un groupe serait à éviter puisqu'elle prive les personnes en besoin d'aide d'un soutien dont elles ont besoin (Guay, 1984). Cette réflexion ne rejoint-elle pas la question de la difficulté d'intervenir auprès des appelants dits «fréquents». Une meilleure connaissance de ce type d'appelants pourrait contribuer à qualifier l'intervention auprès d'eux. Cette hantise des «appelants fréquents» n'est-elle pas la trace d'une conception utilitaire de l'intervention professionnelle trop rigide où il faut régler rapidement une situation? Pourtant, une des caractéristiques des aidants bénévoles est de pouvoir offrir une aide à long terme et d'être créatif (Guay, 1984). N'y a-t-il pas danger ici d'une récupération des qualités naturelles de l'aide?

Dans cette ligne de pensée où la logique professionnelle constitue le pivot de l'intervention bénévole, il y aurait lieu de questionner l'apport respectif de ces deux acteurs (bénévoles et professionnels) en présence. Une réflexion s'impose sur les rôles de chacun, sur une harmonisation de l'aide bénévole et professionnelle. Une prise en charge par le milieu ne veut pas dire un contrôle des ressources communautaires mais un soutien, une valorisation de leurs actions. Paradoxalement, l'analyse révèle que l'organisation bénévole en prévention du suicide manifeste une certaine exclusivité de l'expertise qui peut traduire une recherche d'identité ou, comme le nomme Redjeb, (1991), «l'acquisition d'une légitimité». Selon Redjeb, c'est le recours de l'État à l'initiative bénévole en temps de crise économique qui contribue à l'institutionnalisation du bénévolat et ainsi à son

rapprochement des modes d'organisation des professionnels gérés par l'État. Dans cette même lignée, Stuart (1978) invoque que l'entraide pouvait constituer une excuse pratique pour éviter certains changements sociaux.

Il est également à propos de souligner la tendance au désengagement manifeste du réseau officiel et la nécessité de contrats de partenariat plus spécifiques.

Il serait également souhaitable de viser à diversifier les modes d'intervention et d'engager une réflexion sur l'impact des facteurs sociaux sur les individus afin de choisir des modes d'intervention plus éclairés.

Finalement, les données recueillies des propos des intervenants bénévoles invitent à réfléchir à la formule de partenariat développé par l'État (Lamoureux, 1994) pour démasquer les rapports inégalitaires entre les partenaires et permettre l'élaboration de nouveaux rapports de force venant contrer certains rapports autoritaires. On observe en effet à maintes reprises que les sujets les plus concernés sont souvent absents de la définition des situations problèmes et de leurs solutions.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- ACTES DU COLOQUE DE L'ARQ, (1986). *Association pour la recherche qualitative*. (Tenu à L'Université de Trois Rivières le 31 octobre 1986). Montréal, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal.
- ALARY ET AL., (1988). *Solidarités. Pratiques de recherche-action et de prise en charge par le milieu*, éd., Montréal, Le Boréal.
- ARIES, P., (1975). *Essai sur l'histoire de la mort en Occident : du Moyen-Age à nos jours*. Paris, Seuil.
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE SUICIDOLOGIE, (1990). *La prévention du suicide au Québec : vers un modèle intégré de services*. Mémoire présenté au ministère de la santé et des services sociaux.
- BACHELOR, A. et JOSHI, P. (1986). «La méthode phénoménologique en psychologie», Québec, Presses de l'Université Laval.
- BAECHLER, J., (1975). *Les suicides*. France, Calman-Levy.
- BAILLARGEON, S.. (1995). «La haine...de soi.» *Le Devoir*, 19 septembre.
- BALIKCI, A., (1959). «Two Attempts at Community Organization Among the Eastern Hudson Bay Eskimo.» *Anthropologia*, 1 (1-2) :122-135.
- BALIKCI, A., (1960). «Same Occulturative Trends Among the Eastern Canadian Eskimos». *Anthropologia*, 2 (2) p. 139-153.
- BAUDRY, P., (1985) «Facteurs anciens et facteurs nouveaux en matières de suicide», *Concilium*, 199, pp. 17-26.
- BARDIN, L., (1977). *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France.
- BATTIN, M. P., (1982). «*Ethical Issues in Suicide*.» Englewood Cliffs; Prentice-Hall Inc., p 131-153.

- BELLEMARE, D et L. POULIN, SIMON, (1983) «*Le plein emploi : pourquoi?*». Montréal, Preses de l'Université du Québec.
- BERGER, P.; LUCKMAN., (1986). *La construction sociale de la réalité*. Méridiens, Klimcksieck, Coll. Sociétés, Paris.
- BERTAUX, D.,(1971). *Histoires de vies ou récits de pratiques*. Rapport final, tome 11, Convention C.O.R.D.E.S, (23).
- BERTAUX, D., (1976). *Histoire de vie ou récits de pratique? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*. Rapport de recherche, Paris, Centre d'étude des mouvements sociaux.
- BLOOM, V., (1975). «An Analysis of Suicide at a Training Center.» *American Journal of Psychiatry*.» 123, p. 918-925.
- BLUMER, H. (1969). «*Symbolic Interactionism : Perspective and Method*.» Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall.
- BLUMER, H., (1971). «Social Problems as Collective Behavior *Social Problems*, 18, p. 298-306.
- BOISOT, M., (1971). «Les modèles», *Ethno-psychologie*, 2/3 :145-151.
- BORDELEAU, L., (1977). *Le suicide en Abitibi-Témiscamingue*.
- BORDELEAU, D., (1994). «Exploration phénoménologique de l'idée suicidaire.» *Santé mentale au Québec*, XIX (2), p. 105-116.
- BOUCHARD, G., (1990). «L'interdisciplinarité : la bonne et la mauvaise.» *Interface*, nov./déc. : 11 (6), p. 45.
- BOURDIEU, P., (1993). *La misère du monde*. Paris, Seuil.
- BOYER, R ET AL ., (1994) «*Les maladies mentales dans la problématique du suicide*.», Centre de recherche Fernand Séguin, Montréal, Hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal.
- BRODEUR, J.-P., (1976). «Surveiller et punir.» *Criminologie*, p. 219-232.

- BRONFENBRENNER, V. (1989). «Ecological systems theory», Annals of Child Development, JAI Press Inc., vol. 6, p. 187-249.
- BUREAU DES CORONERS DU QUÉBEC., (1992). *Inventaire des décès signalés aux coroners de 1986 à 1991*. Colligé par l'équipe de recherche sur le suicide de l'UQAT.
- BURKE, R.J.; WEIR, T., (1978). «Benefits to Adolescents of Informel Helping Relationship With Their Parents and Peers», *Psychological Reports*, 42, p. 1175-1184.
- BURKE, R.J.; WEIR, T., (1978). «Organizational Climate and Informal Helping Relationships in Work Organizations.» *Journal of Management*, 4, p. 91-105.
- BURKE, R.J.; Weir, T., (1979). «Helping Responses of Parents and Peers and Adolescent Well-being.» *Journal of psychology*, 102, p. 49-62.
- BURRELL, G. et MORGAN, G. (1979). Sociological paradigms and organisational analysis, Aldershot, Hampshire, Gower.
- CAMPAGNA J.-L., (1976). «Implementation and Evaluation of a Suicide Prevention Program in Quebec.» thèse de doctorat inédite, Californie School of Professionnal Psychology.
- CAPLAN, B., (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New-York, Basic Books.
- CAPLAN, G; MASON, E.A; KAPLAN, D.M., (1977). «For Studies of Crisis in Parents of Prematures.» IN J.L. Schwartz et L.H. Schwartz, *Vulnerable Infants. A Psychosocial Dilemma*. New York : Mc Graw-Hill, Book Company, p. 89-107.
- CARON, J., GRENIER, H. et BÉGIN, B. (1995). «Le suicide en Abitibi-Témiscamingue : données épidémiologiques pour la période 1986-1991». *Revue canadienne de santé mentalecommunautaire*, vol. 14, no 1, printemps 1995, p. 79-101.

- CASSEL, J., (1976). «The Contribution of Social Environment to Host Resistance.» *American Journal of Epidemiology*, 194, (2), p. 107-123.
- CHAMPAGNE D. LABRECHE, J. POIRIER, C., (1989). *La perception sociale du suicide et de l'agression sexuelle. Étude des mythes et attitudes de la population de La Sarre face à ces deux problématiques.* UQAT.
- CHAMPAGNE, D., (1992). «Mes quatorze ans comme travailleuse sociale (1970-1984).» *Nouvelles pratiques sociales*, 5 (1), p. 135-147.
- CHARRON, M.F. (1982). «Le suicide au Québec, analyse statistique», Annexe I de l'avis du CSNQ sur la prévention du suicide, ministère des Affaires sociales, gouvernement du Québec.
- CHARRON, M.F., BROSSEAU, P., FRÉCHETTE, F., DUCHESNE, R. et RÉMILLARD (1984). «Bilan des connaissances sur la problématique du suicide au Québec», *Service social*, 33, 2-3, p. 357-397.
- CHORON, J., (1972). *Suicide.* New York : Charles Scribner's, Sons.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1982). «Avis sur la prévention du suicide», ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1987). «Pour un partenariat élargi», Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (1988). «Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux», ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL, Lavoie, F., (1989). L'évaluation des groupes d'entraide.» in Romeder, *Les groupes d'entraide et la santé*, Nouvelles solidarités, Ottawa.

CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL, Romeder, J.-M., (1989). *Les groupes d'entraide et la santé nouvelles solidarités.*

CONSEIL ÉCONOMIQUE DE LA RÉGION DU NORD-OUEST QUÉBÉCOIS (CERNOQ), (1971). *Le développement de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.* Rouyn-Noranda.

CONSEIL PERMANENT DE LA JEUNESSE, D'amours Yvan, (1995). *Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes.* Québec.

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, (1983). *Portrait de la clientèle à comportement suicidaire comme de certains services sociaux et de la santé de la région 08.*

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, (1984). *Dossier sociosanitaire de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.*

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (1985). «Programme de prévention du suicide en Aibtibi-Témiscamingue. Implantation de la ligne d'intervention téléphonique régionale et du service d'accompagnement bénévole».

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, (1990). *Bilan de santé pour la région de l'Abitibi -Témiscamingue.*

CORIN, E.; BIBEAU, G.; MARTIN, J.-C.; LAPLANTE, R., (1990). *Comprendre pour soigner autrement.* Les Presses de l'Université de Montréal.

CRETE, J., (1992). «L'éthique en recherche sociale» in *Recherche sociale.* Sous la direction de Benoit Gauthier, Presses de l'Université du Québec, Québec, p. 227-247.

CROZIER, M., (1977). *L'acteur et le système.* Paris, Éditions du Seuil.

- CRSSSAT-DSC., (1984). *Projet de prévention du suicide-rapport de la tournée régionale.*
- CRSSSAT, (1985). *Programme de prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue - Implantation de la ligne d'intervention téléphonique régional et du service d'accompagnement bénévole.*
- DAIGLE, M., (1988). *L'étude des interventions téléphoniques en prévention du suicide.* Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.
- D'AMOURS, L.; KIELY, M., (1985). «Le processus de deuil après un suicide : essai de conceptualisation», *Revue québécoise de psychologie*, 6 (3), p. 105-117.
- DAUNAIS, J.-P., (1992). «L'entretien non-directif» in *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données.* Presses de l'Université du Québec, Québec.
- DELUMEAU, J., (1983). *Le péché et la peur. La culpabilisation en occident XII et XVIII siècles,* Éditions Fayard.
- DESCHAMPS, C. (1993). «L'approche phénoménologique en recherche», Montréal, Guérin universitaire.
- DESLAURIERS, J.-P., (1991). *Recherche qualitative.* Guide pratique, New-York, McGraw Hill.
- DESMARAIS, D.; GRELL, P., (1986). *Les récits de vie, théorie, méthode et trajectoires types.* Éditions Saint-Martin, Montréal.
- DEMARAIS, D., JOUTHE, E., (1993) «Un projet intercompréhensif de théorisation des pratiques sociales» *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 6, Mai, pp 130-141.
- DEVOS, G., (1973). *Socialization for Achievement.* Essays on the Cultural Psychology of the Japanese, University of the California, Press Los Angeles.

- DOMINO, G.; LIMBACHER, M., (1986). Attitudes Toward Suicide Among Attempters, Contemplators and Non Attempters. *Omega*, 16 (4), p. 325-333.
- DORAIS, M., (1993). "Diversité et créativité en recherche qualitative". *Service social*, 42 (2), p. 6-27.
- DORVIL, H., (1990). «La maladie mentale comme problème social.» *Service social*, 39 (2), p. 44-58.
- DOUGLAS, J.-D., (1966). «The Sociological Analysis of Social Meanings of Suicide» *European Journal of Sociology*, p. 249-298.
- DOUGLAS, J.-D., (1967). *The social meanings of suicide*. Princeton, University Press.
- DOWNES, D.; ROCK, P., (1988). *Understanding Deviance*. Oxford, Clarendon Press.
- DUBÉ, N. (1991). «Étude d'une source de sous-estimation sur les données relatives au suicide : celle créée artificiellement par la gestion des banques de données», Département de santé communautaire, Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Gaspé.
- DUBLIN, L.-T., (1963). Suicide; a Sociological and Statistical Study, New York : Ronald Press.
- DUNN, R.; MORRISH-VIDNERS, D., (1987). «The Psychological and Social Experience of Suicide Survivors.» *Omega*, 18 (3), p. 175-215.
- DURKHEIM, E., (1990). *Le suicide*. P.U.F.
- ERICKSON, F. (1986). «Qualitative method in research on teaching»
in McWittrock, *Handbook of research on teaching*, New York, Mac Millan, p. 119-161.
- FARBEROW, N.-L., (1988). «Introduction : the History of Suicide.» in *The Encyclopedia of Suicide*, Facts of files; U.S.A. p. V11-XXV11.

- FARBEROW, N.-L., (1967). *Crises Disaster and Suicide : Theory and Therapy in E.S. Shneidman (Ed): Essays in Self-Destruction*, p. 373-399, Science House New York.
- FARBEROW, N.-L., (1972). *Research in Suicide*, Los Angeles : Suicide Prevention Center.
- FINCH, J. : GROVES, D., (1983). *A Labour of Love : Women, Work and Caring*. Routledge and Kegan Paul, Londres.
- FISCHER, G.-N., (1987). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Presses de l'Université de Montréal, Dunod.
- FOUCAULT, M., (1975). *Surveiller et punir*. Naissance de la prison, Paris, Ed. Gallimard.
- FOUCAULT, M., (1981). «L'évolution de la notion d'individu dangereux dans la psychiatrie légale.» in *Déviance et société*, Genève, 5 (4), p. 403-422.
- FOX, R., (1976). «The Recent Declin of Suicide in Britain.» in E.S. Shneidman; *Suicidology: Contemporary Developments*, Grune et Stratton : New-York, p. 499-525.
- FREUD, S., (1901). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris, Payot, 1967.
- FREUD, S., (1917). «Deuil et mélancolie» in *Métapsychologie*, Paris : Gallimard, coll. Idées, 1968, p. 147-174.
- FREUD, S., (1920). «Au-delà du principe de plaisir», in *Essais de psychanalyse*, Paris : Payot, 1968, p. 7-81.
- GAUTHIER, B., (1992). *Recherche sociale*. Presses de l'université du Québec.
- GERMAIN, C., (1991). «Interdisciplinarité et globalité : remarques d'ordre épistémologique». *Revue des sciences de l'éducation*, XVII (1), p. 153-157.
- GEERTZ, C., (1973). *The Interpretation of Cultures*. Basic Books, New-York.

- GEERTZ, C., (1983). *Local Knowledge*, Basic Books, New-York.
- GIRARD, C. (1996). «La problématique du suicide en Abitibi-Témiscamingue», Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda.
- GLASER, B.-G.; STRAUSS, A., (1967). *The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research*. Chicago; Aldine.
- GLASER, G.; STRAUSS, A., (1968). *Time for Dying*. Chicago; Aldine.
- GODBOULT, J., (1992). *L'esprit du don*. Éd. La Découverte, Paris.
- GOLDNEY, R.; NEIL, D.; SPENCE, Moffitt, (1987). «The Aftermath of Suicide : Attitudes of Those Bereaved by Suicide, of Socialworkers, and of a Community Sample». *Journal of Community Psychology*, 15 (2), p. 141-148.
- GRAHAM, H., (1985). «Providers, Negotiators and Mediators : Women as the Hidden Carers.» in Lewin, E., Olesen, V.. Éds, *Women, Health and Healing Toward a New Perspective*. Tavistock Publ., New York, p. 25-52.
- GRÉGOIRE, J.C., PHANEUF, et PERRON, L. (1979). «Le suicide : considérations d'ordre théorique et aperçu des types et des méthodes d'intervention», ministère des Communications, Montréal.
- GRELL, P., (1985). *Étude du chômage et de ses conséquences, les catégories sociales touchées par le non-travail : histoires de rue et modes de débrouillardise*. Montréal, École de service social, Université de Montréal.
- GRENIER, H., (1994). *Les événements de vie familiale, les réponses d'adaptation et l'adoption de conduite suicidaires chez les familles survivantes au suicide*. Thèse de doctorat, Université Laval, Québec.
- GROUPE D'ÉTUDE NATIONAL SUR LE SUICIDE AU CANADA, (1994). *Le suicide au Canada*, mise à jour.

- GUAY, J., (1984). *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*. Éd. Gaëtan Morin.
- GUAY, J.; LAPOINTE, Y., (1985). *Document d'initiation aux types d'intervention communautaire*. Université Laval.
- GUSDORF, G., (1990). «Réflexions sur l'interdisciplinarité.» *Bulletin de psychologie*, tome XLII, (397) sept.-oct., p. 869-885
- GUSFIELD, J.-R., (1989). «Constructing the Ownership of Social Problems; Fun and Profit in the Welfare State.» *Social Problems*, 36 (5), (déc.), p. 431-441.

- HANIGAN, D. (1987). «Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées : recension des écrits et propositions d'actions», Québec, ministère des Services de santé et des Services sociaux, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux : synthèse critique 3, Les publications du Québec.
- HERZLICH., (1969). *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*. La Haye : École pratique des Hautes Études.
- HIRSCH, S., (1982). «A Critique of Volunteer-Staffed Suicide/Prevention Centers». *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, p. 406-410.
- HUBERMAN, M.; MILES, M.-B., (1991). *Analyse des données qualitatives*. Recueil de nouvelles méthodes, De Boeck-Wesmael, Bruxelles.
- HUBERT, M., (1991). "L'approche constructiviste appliquée à la sociologie des problèmes sociaux : éléments d'un débat." *Recherches sociologiques*, (1-2), p. 21-31.
- JILEK, AALL, L., (1988). «Suicidal Behavior Among Youth. A Cross-Cultural Comparaison.» *Transcultural Psychiatric Research Review*, XXV (2), p. 87-105.
- JODELET, D., (1984). «Réflexions sur le traitement de la notion de représentation sociale en psychologie sociale», in *Communication Information*, 6 (2-3), p. 15-41.
- JODELET, D. (1989). «Les représentations sociales», Presses universitaires de France, Paris.
- KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R., (1972). *The Psychology of Death*, New York : Springer.
- KNICKERBOCKER, D.A.; MC GEE, R.K., (1973). «Clinical Effectiveness of Nonprofessional and Professional Telephone Workers in a Crisis Intervention Center.» In D. Lester I GW Brockopp (eds), *Crisis Intervention and Counselling by Telephone*, Springfield, III; cc. Thomas, p. 298-309.

- KUBLER-ROSS, E., (1969). On Death and Dying. New York : Macmillan, Lemert, Edwin.
- LADMIRAL, J.R., (1971). «Le discours scientifique.», *Ethno-psychologie*, 2/3, p. 153-191.
- LACROIX, L., (1990). «Le Suicide et les politiques sociales au Québec.» in *Santé mentale au Québec*, XV (1), mai, p. 46-61.
- LAFERRIERE, T. (1985). «Et pourquoi pas la recherche sans hypothèses? L'alternative existentielle-phénoménologique», *Repères, Essais en éducation*, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal.
- LANG, O., (1972). *House of Commons Debates*. 28th Parliament, 4th Session, Ottawa, Queen's Printer.
- LAPERRIERE, A., (1987). «Le rôle de l'analyse dynamique dans l'interprétation de données qualitatives.» in *L'interprétation des données dans la recherche qualitative*, ed. par Jean-Marie Van Der Maren, Université de Montréal, Faculté des sciences de l'Éducation, p. 93-98.
- LAMOUREUX, J., (1994). *Le partenariat à l'épreuve*. Montréal, Ed. St-Martin.
- LANDRY, R., (1992). "L'analyse de contenu." in *Recherche sociale*, sous la direction de Benoît Gauthier, Presses de l'Université du Québec.
- LASCH, C., (1981). *Le complexe de Narcisse*. Paris, Laffond.
- L'ÉCUYER, R., (1987). "L'analyse de contenu : notion et étapes." *Les méthodes de la recherche qualitative*, sous la direction de J.-P. Deslauriers, Presses de l'Université du Québec.
- LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC, (1990). *L'activité bénévole au Québec*. La situation en 1987 et son évolution depuis 1979.
- LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC, (1987). Rapport de l'enquête Santé Québec, Tome I, *Et la santé, ça va?*

- LESSE, S. (1962). «Psychotherapy in Combination With Anti-Depressant Drugs». *American Journal of Psychotherapy*, 16, p. 407-423.
- LESTER, D. (1970). «Steps Toward the Evaluation of a Suicide Prevention Center.» *Crisis Interventive*, 2.
- LESTER, D.; LESTER, G., (1971). *Suicide : The Gamble with Death*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall.
- LESTER, D., (1972), «The Myth of Suicide Prevention.», *Comprehensive psychiatry*, 13, p. 555-560.
- LESTER, D., (1972). *Why People Kill Themselves*. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas.
- LESTER, D., (1984). «Suicide». In C.S., Widom (Ed.), *Sex Roles and Psychopathology*, New-York : Plenum, p. 145-156.
- LESTER, D., (1989). «The Study of Suicide From a Feminist Perspective.» in *Crisis* , III, p. 38-43.
- LESTER, D., (1990). «The Sex Distribution of Suicides by Age in Nations of the World. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*.
- LÉVESQUE, L., (1977). *Nature des rapports entre le suicide et les tentatives de suicide*. Thèse de maîtrise inédite. Université de Montréal.
- LIPOVETSKY, GILLES, (1983). *L'ère du vide : essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard.
- LORTIE, G., (1983). «En Grande-Bretagne la lutte des Samaritains.» in *Carrefour des Affaires sociales*, 5, p. 32-35.
- MARQUIS J.P.; BASTIEN, E. (1982). *Le suicide en Abitibi-Témiscamingue*. Document non publié.
- MARQUIS, J.P., (1992). *Valeurs et attitudes de la population de l'Abitibi-Témiscamingue vis-à-vis l'éducation*. Thèse de doctorat en éducation, Université de Montréal.

- MASLOW, A., (1970). *Motivation and Personality*. Harper and Row, New York, 2 ième édition.
- MAXWELL, ATKINSON, J. (1968). «On the sociology of suicide», *Sociological Review*, 16, p. 83-92.
- MAXWELL, ATKINSON, J. (1969). "Suicide and the Student", *Universities Quarterly*, 23, p. 213-224.
- MAXWELL, ATKINSON, J. (1971). "Societal Reactions to Suicide: the Role of Coroners Definitions." in *Images of Deviance*, Harmond Worth, Penguin Books, p 165-191.
- MAYER, R.; Laforest, M., (1990). «Problème social; le concept et les principales écoles théoriques.» *Service social*, 39 (2), p. 13-43.
- MAYER, R.; OUELLET, F., (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Éd. Gaëtan Morin.
- MENNINGER, K.A. (1938). «Man against himself», New York, Harcourt, Brace.
- MICHELAT, G., (1975). «Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie». *Revue française de sociologie*, XV (1), p. 229-247.
- MILLS, C.W., (1967). *L'imagination sociologique*. Paris.
- MINGASSON, L.; SACHS, B., (1989). «Entrevue avec Michel Maffesoli.» *Informations sociales*, Penser la mort. No 8.
- MORIN, E. (1970). *L'homme et la mort*. Paris, Ed. du Seuil.
- MORIN, E., (1982). *Science avec conscience*, Paris, Fayard.
- MORISSETTE, P., (1984). *Le suicide, démystification, intervention, prévention*. Bibliothèque nationale du Québec et du Canada, Québec, Centre de prévention du suicide.
- MORISSETTE, P., (1987). «Hypothèse sur le comportement suicidaire en tant que communication interpersonnelle.» *Santé mentale au Québec*, XII (1), p. 14-19.

- MOSCOVICI, S., (1961). *La psychanalyse : son image et son public: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris: Presses universitaires de France.
- MOTTO, J.A., (1969). «Suicide and Suggestibility : the Role of the Press.» *Am. J. Psychiat*, (124), p. 252-256.
- MOTTO, J. A., (1970). «Newspaper Influence on Suicide.» *Archives générales psychiatrie*, (24), p. 143-148.
- MOTTO, J., (1981). *Rational Suicide and Medical Ethics*. New York: Allan Liss, p. 201-209.
- MSSS (1992) (Direction de la santé publique). «Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique».
- MSSS (1992). «La politique de la santé et du bien-être».
- MUCCHIELLI, R., (1979). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris, Éditions sociales française (3e édition révisée).
- MUCCHIELLI, A. (1983). «L'analyse phénoménologique et structurale en sciences humaines», Paris : Presses universitaires de France.
- MURPHY, H.B.M., (1982). *Comparative Psychiatry*. Springer, Verlaq, Berlin Heidelberg, New-York, p. 147-295.
- O.P.D.Q., (1979). *Orientations de développement de l'Abitibi-Témiscamingue*. Coll. Les schémas régionaux, Québec.
- PELL, B.; WATTERS, D., (1982). «La presse et les cas de suicide.» *Santé mentale au Canada*, 30 (4), p. 10-11.
- PERREAULT, C.; LÉGARÉ, G.; BOYER, R.; BLAIS, L., (1988). «Santé mentale» in *Et la santé ça va? Rapport de l'enquête santé Québec*, tome 1, Les publications du Québec, p. 124-171.

- PESCOSOLIDO, B.; MENDELSON, R., (1986). «Social Causation or Social Construction of Suicide on Investigation Into the Social Organization of Official Rates.» *American Sociological Review*, 51, February, p. 80-101.
- PHILLIPS, D.P., (1974). «The Influence of Suggestion on Suicide : Substantive and Theoretical Implications of the Werther Effect.» *American Sociological Review*.
- PHILLIPS, D.P., (1979). «Suicide, Motor Vehicle Fatalities, and the Mass Media : Evidence Toward a Theory of Suggestion.» *American Journal of Sociology*, 84 (5), p. 1150-1174.
- PINEAU, G. et LE GRAND, J.L. (1993). «Les histoires de vie», Paris, P.U.F., Que sais-je, no 2760.
- PINQUET, M., (1984). *La mort volontaire au Japon*. Gallimard.
- PIRES, A., (1983). *Stigmate pénal et trajectoire sociale*. Thèse de doctorat, École de criminologie, Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal.
- PLAMONDON, M., (1990). «Le suicide en Amérique du Nord.» in *Le suicide à travers les âges*, Troisième colloque provincial, mai 1989, association québécoise de suicidologie, p. 23-65.
- POMMEREAU ET AL., (1994). «L'impact du suicide sur l'aidant.» in *Santé mentale au Québec*, XIX, (2), p. 83-104.
- PRONOVOST, J., ROUSSEAU, J., SIMARD, N. et COUTURE, G. (1995). «Communication et soutien parental perçus dans les familles d'adolescents suicidaires et non suicidaires», *Santé mentale au Québec*, XX, 2, p. 185-202.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Charron, M.-F., (1982). *Le suicide au Québec, analyse statistique*.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Comité de la santé mentale, (1982). *Avis sur la prévention du suicide*.
- QUÉBEC, MINISTÈRE DES COMMUNICATIONS, Grégoire, J.-C.; Phaneuf, Perron, L., (1979). *Le suicide : considérations*

d'ordre théorique et aperçu des types et des méthodes d'intervention. Montréal.

QUÉBEC, COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, (1988). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.*

QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Comité de la politique en santé mentale, (1987). *Pour un partenariat élargi : projet de politique en santé mentale pour le Québec.* p.121.

QUÉBEC, SYNTHÈSE CRITIQUE DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, Hanigan, D., (1987). *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées; recension des écrits et propositions d'action.*

QUÉBEC, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, L'Abbé, R., (1975). *Analyses statistiques et coûts bénéfiques sur le suicide et les tentatives de suicide au Québec.*

RACINE, P., (1991). «L'usage des théories de l'action dans la formation à l'intervention sociale.» *Service social*, 40 (2).

REDJEB, B., (1991). «Du bénévolat au néo-bénévolat.» *Nouvelles pratiques sociales*, 4 (2), p. 58-79.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (1996). «Faits saillants pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue» in *Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Gouvernement du Québec, 131 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (1994). «Plan détaillé en matière de santé et de bien-être».

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (1994). «Plan d'action global en matière de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue».

RESWEBER, J.-P., (1981). *La méthode interdisciplinaire.* Presses universitaires de France, Paris.

- RESWEBER, J.-P., (1988). *Qu'est-ce qu'interpréter? Essai sur les fondements de l'herméneutique*. Paris, édition de Cerf.
- RHÉAUME, J.; SÉVIGNY, R., (1988). *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale*. 1. Les pratiques alternatives : du groupe d'entraide au groupe spirituel, Les éditions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal.
- RITZER, G., (1975). *Sociology, A Multiple Paradigm Science*. Boston, Allyn and Bacon Inc.
- ROBICHAUD, J.B.; GUAY, L.; COLIN, C. : POTHIER, M., (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*. Ed. Gaëtan Morin.
- RODABAUGH, T., (1980). «Alternatives to the Stages Model of the Dying Process.» *Death Education*, 4 (1) (spring) p. 1-19.
- RODABOUGH, T.; RODABOUGH, C., (1981). «Nurses and the Dying: Symbolic Interaction as a Precipitator of Dying «Stages.» *Qualitative sociology*, 4 (4) Winter.
- ROMEDER, J.M., (1981). «Groupes d'entraide et santé mentale : une voie prometteuse.» *Santé mentale au Canada*, mars.
- ROY, A., (1983). A Family History of Suicide, *Archives générales psychiatry*, 40, p. 971-974.
- ROGERS, C., (1973). «Psychothérapie et relations humaines». *Studia Psychologica*, Louvain.
- RUBENSTEIN, R.; MOSES, R., LIDZ, T., (1958). On Attempted Suicide. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, p. 103-112.
- SANTÉ ET BIEN-ETRE CANADA, Romeder, J.-M., (1982). *Les groupes d'entraide au Canada*. Ottawa.
- SANTÉ ET BIEN-ETRE SOCIAL CANADA, (1987). *Le suicide au Canada; Rapport du Groupe d'étude national sur le suicide*. Gouvernement du Canada.
- SCHEFF, T.-J., (1966). *Being Mentally Ill : a Sociological Theory*. Chicago: Aldine.

- SCHMITT, J.-C., (1980). «Moyen-Age : le suicide et le confesseur.» in *L'histoire*, 27, Paris, p. 37-56.
- SCHNEIDER, J.-W.; KITSUZE, J.-I. Eds., (1984). *Studies in the Sociology of Social Problems*, Norwood, N.J. : Ablex.
- SCHNEIDMAN, E.S. (1960). «A sociological investigation of suicide» in *Perspectives in Personality research*, Henry D. and J.C. Brengemann, New York.
- SCHNEIDER, E.-S.; FARBEROW, N.-L., (1957). *Clues to Suicide*. New-York: Mc Graw-Hill.
- SCHNEIDMAN, E.-S.; FARBEROW, N.-L., (1968). «The Suicide Prevention Center of Los Angeles.» in H.L.P. Renik Ed., *Suicidal Behaviors*, Boston, p. 367-380.
- SCHÖN, D.-A., (1983). *The Reflective Practitioner*. New-York: Basic Books.
- SEGUIN, M., (1989). *Le deuil après un suicide : l'effet des mécanismes d'adaptation*. Montréal, Suicide-Action Montréal, Inc.
- SEGUIN, M., (1991). *Le suicide*. Éd., Logiques.
- SEGUIN, M.; FRÉCHETTE, L., (1995). *Le deuil*. «Une souffrance à comprendre pour mieux intervenir.» Éd. Logiques, Montréal.
- SELIGMAN, M.E.P., (1975). *Helplessness*. San Francisco; W.H. Freeman.
- SÉVIGNY, R., (1977). «Intervention psychologique : réflexion critique.» *Sociologie et sociétés*, 9 (2), Octobre 1977, p. 7-23.
- SÉVIGNY, R., (1983). *L'intervention en santé mentale : premiers éléments pour une analyse sociologique*. Document de travail. Équipe de recherche-action en sociologie de la santé mentale. Université de Montréal.
- SÉVIGNY, R., (1983). «Théorie psychologique et sociologie implicite.» in *Santé mentale au Québec*, 8 (1), p. 7-20.

- SHEIN, H.-M., (1976). Suicide Care : Obstacles in the Education of Psychiatric Residents, *Omega*, 7, p. 75-81.
- SMITH, L. L., (1977). *Crisis Intervention Theory and Practice*. Community Mental Health Review, 2 (1).
- SPECTOR, N. : KITSUZE, J., (1977). *Constructing Social Problems*, Wendo Park, Californie, Californie, Cummings Publishing Co.
- Statistique Canada, (1981). *Journal of Voluntary Action Research*.
- ST-AMAND, N., (1991). «Aide professionnelle et mouvement d'entraide.» in *Perception*, 15 (1), CCDS.
- ST-ARNAUD, Y., (1992). *Connaître par l'action*. Presses de l'Université de Montréal.
- STENGEL, E.; FARBEROW, N.-L., (1968). «Certification of Suicide Around World.» in N.L Farberow (Ed).; : *Proceedings of the Fourth International Conference for Suicide Prevention*, p. 8-15.
- STENGEL, E., (1964). *Suicide and Attemped Suicide*, Baltimore, Penguin.
- STUART, H., (1978). «The Dangers of Self-Help Group.» *New Society*, juin 1978, P. 654-656.
- SYER, : SOLURSH, D. : SCOTT, S., (1979). «A National Survey of Canadian Crisis Centres.» Présenté lors du 10 ième congrès international sur la prévention du suicide, Ottawa, du 17 au 20 juin.
- SZASZ, T., (1976). *Idéologie et folie : Essais sur la négation des valeurs humanistes dans la psychiatrie d'aujourd'hui*. Paris, P.U.F, p. 141-171.
- SZASZ, T., (1980). «L'éthique du suicide.» *La théologie de la médecine : Fondements politiques et philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, Petite bibliothèque Payot, p. 119-143.

TABLE DE CONCERTATION RÉGIONALE EN PRÉVENTION DU SUICIDE, (1986). *La prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue. Implication, problématique et enjeux.*

TABLE DE CONCERTATION RÉGIONALE EN PRÉVENTION DU SUICIDE, (1988). *Avis sur le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.*

TABLE DE CONCERTATION RÉGIONALE EN PRÉVENTION DU SUICIDE, (1990). *Avis sur l'avant-projet de loi sur les services sociaux et de santé.*

TABLE DE CONCERTATION RÉGIONALE EN PRÉVENTION DU SUICIDE ET LE CRSSSAT, (1990). *Profil des utilisateurs de la ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide.*

TABLE DE CONCERTATION RÉGIONALE EN PRÉVENTION DU SUICIDE, (1990). *État de l'implantation du programme régional en prévention du suicide en Abitibi-Témiscamingue, Perspectives pour 1990-1993.*

TABLE DE CONCERTATION RÉGIONALE EN PRÉVENTION DU SUICIDE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, (1993). *Code d'éthique.*

TABLE DE CONCERTATION RÉGIONALE EN PRÉVENTION DU SUICIDE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE, (1994). *Politique de gestion budgétaire.*

TOCQUEVILLE, A., (1981). *De la démocratie en Amérique (1835-1840)*, 2 tomes, Garnier. Flammarion.

TOUSIGNANT, M.; MISHARA, B., (1983). «Pour une véritable prévention primaire du suicide.» *Revue Québécoise de psychologie*, 4 (1) Février.

TOUSIGNANT, M.; MISHARA, B., (1981). «Suicide and Culture a Review of the Littérature (1968-1980).» *Transcultural Psychiatric Research*, Review.

TOUSIGNANT, M., HAMEL, S. et BASTIEN, M.F. (1988). «Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire», *Santé mentale au Québec*, 13, 2, p. 79-93.

- TOUSIGNANT, M., BASTIEN, M.F. et HAMEL, S. (1994). «Écologie de la famille, réseau social et comportements suicidaires en milieu scolaire», *Santé mentale au Québec*, vol. XIX, no 2, p. 41-62.
- TOYOMASA, F. (1990-1991). «Théories du suicide dans une perspective interdisciplinaire», in *Bulletin de psychologie*, no 401, vol. XLIV, mai-juin, p. 386-390.
- VAN DER MAREN, J.-M., (1987). *L'interprétation des données dans la recherche qualitative*.
- VEDRINNE, J.; QUÉNARD, Q.; WEBER, D., (1981). *Suicide et conduites suicidaires*. Tome I, Paris, Masson no 120.
- VEYNE, P., (1980). «Rome antique : le suicide n'est pas obscène.» *L'histoire*, Paris, (27), p. 37-56.
- VINCENT, O., (Sous la direction), (1995). *Histoire de l'Abitibi-Témiscamingue*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec.
- WAMBACH, J.A. , (1985-1986). «The Grief Process as a Social Construct.» *Omega*, 16 (3), p. 201-211.
- WOODS, P. (1983). «Sociology and the School : An Interactionist View Point, Londres : Routledge et Kegan Paul.

LISTE DES ANNEXES

Annexe I	Localisation de l'Abitibi-Témiscamingue au Québec.....	262
Annexe II	Vue générale de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.....	264
Annexe III	Formulaire de consentement à l'enregistrement des entrevues.....	266
Annexe IV	Formulaire de validation du contenu des entrevues.....	268

ANNEXE I

**LOCALISATION DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE AU
QUÉBEC**

CARTE DE RÉFÉRENCE # 1

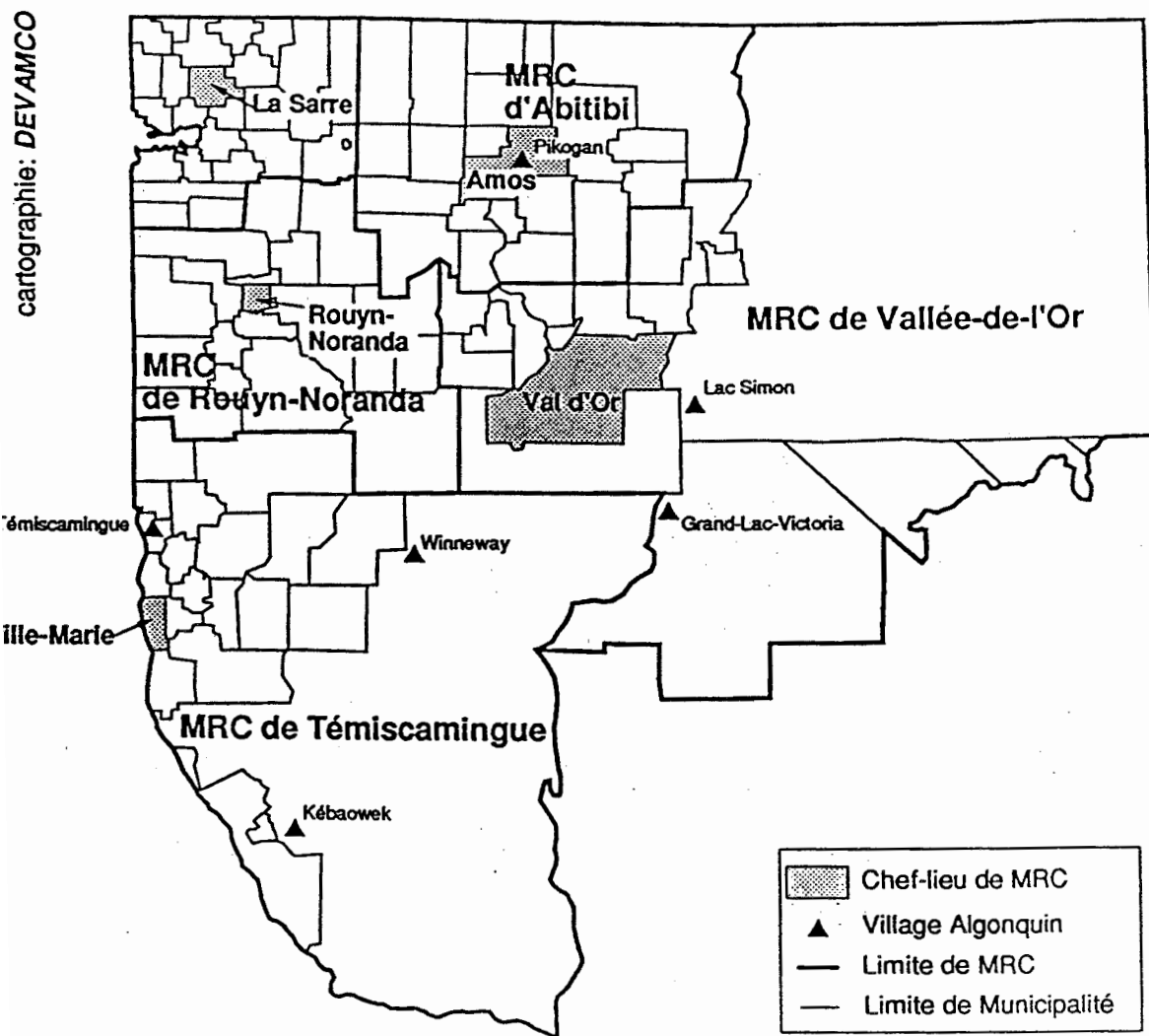
LES RÉGIONS ADMINISTRATIVES
DU QUÉBEC



ANNEXE II

**VUE GÉNÉRALE DE LA RÉGION DE L'ABITIBI-
TÉMISCAMINGUE**

Carte de référence #3

Abitibi-Témiscamingue
Région 08

Les annexes I et II nous ont été gracieusement fournies par Monsieur Enrique Colombino, professeur à l'UQAT et responsable du projet "Répertoire 1993-1994 des organismes publics et parapublics en Abitibi-Témiscamingue et au Nord-du-Québec."

ANNEXE III

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENREGISTREMENT
DES ENTREVUES**

ANNEXE III

PROJET DE RECHERCHE

Contribution des intervenants bénévoles et professionnels à la construction du suicide en tant que problème

Autorisation à l'entrevue et à son enregistrement sur bande sonore

Moi, _____

Je reconnais que c'est en toute connaissance de cause que j'ai donné mon consentement à une entrevue en lien avec la recherche en titre conduite par Diane Champagne. Je consens également à ce que cette entrevue soit enregistrée sur bande sonore.

Signature

Ville

Date

ANNEXE IV

**FORMULAIRE DE VALIDATION DU CONTENU DES
ENTREVUES**

ANNEXE IV

Formulaire de validation

Projet de recherche : contribution des intervenants bénévoles et professionnels à la construction du suicide en tant que problème social

Moi, _____

Je reconnais avoir pris connaissance de la transcription de l'entrevue concernant le sujet de recherche en titre conduit par Diane Champagne. J'estime que cette transcription est fidèle et valide aux propos tenus lors de l'entrevue.

J'autorise la responsable du projet de recherche à utiliser, pour les fins de la recherche, les informations et les analyses contenues dans l'entrevue.

Mon anonymat sera protégé sous le signe d'un prénom fictif.

Je signe en toute connaissance de cause.

Signature

Ville

Date

S.V.P. Veuillez retourner le formulaire signé et la transcription de l'entrevue avec correction, s'il y a lieu, à :

Diane Champagne
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
42, rue Mgr Rhéaume Est
C.P. 700
Rouyn-Noranda (Québec)
J9X 5E4