

Agir de façon proactive auprès des hommes suicidaires : analyse d'une intervention novatrice

par

Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, M.Sc.

Agente de planification socioéconomique
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale des services sociaux
Services de toxicomanies et des dépendances
Courriel : mlb8269@hotmail.com

Normand Brodeur, T.S.

Professeur
École de service social
Université Laval

Analyse des méthodes d'intervention utilisées auprès d'hommes hospitalisés à la suite d'une crise suicidaire, dans le cadre du programme SILAR du Centre de prévention du suicide de Québec.

Analysis of tools used in dealing with men hospitalized following a suicidal crisis, within the framework of the Centre de prévention du suicide de Québec's SILAR program.

Le suicide est l'une des causes de décès les plus fréquentes au Québec (St-Laurent et Gagné, 2008). Bien qu'il touche les personnes des deux sexes, le phénomène s'observe davantage chez les hommes. On peut expliquer en partie cette plus forte prévalence par l'incompatibilité entre certaines valeurs traditionnellement associées à la masculinité, comme l'autonomie, et le fait de demander de l'aide pour résoudre des difficultés personnelles, qui implique une forme de dépendance à l'autre. Les hommes seraient ainsi moins susceptibles de solliciter l'aide dont ils ont besoin lorsqu'ils font face à la détresse, donc plus enclins à commettre l'irréparable (Houle, 2005). Cette situation pose un défi aux organismes voués à la prévention du suicide

qui doivent trouver des façons originales de mieux atteindre les hommes ayant un vécu suicidaire. Nous avons tenté de relever ce défi à l'automne 2008 en réalisant un projet d'intervention au Centre de prévention du suicide de Québec (CPSQ), dans le cadre d'une formation à la maîtrise en service social. Cet article présente les mesures qui ont été expérimentées pour joindre des hommes hospitalisés à la suite d'une crise suicidaire et favoriser leur adhésion à un suivi psychosocial de dix semaines effectué dans le cadre du programme de Service intégré de liaison, d'accompagnement et de relance (SILAR). Il propose également une analyse des difficultés qui ont été rencontrées au cours du projet et quelques pistes d'action pour l'avenir.

Le suicide chez les hommes

En 2008, 1 103 personnes sont décédées par suicide au Québec, dont 842 hommes. Le taux de suicide était de 14,2 par 100 000 personnes dans la population générale et de 22,1 par 100 000 dans la population masculine. Bien qu'on ait observé en moyenne une diminution de 4 % par année entre 1999 et 2008 (Gagné et St-Laurent, 2010), le suicide demeure la première cause de mortalité chez les hommes québécois de 20 à 39 ans (St-Laurent et Gagné, 2008).

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer les hauts taux de suicide chez les hommes. Des travaux ont souligné la létalité des moyens qu'ils utilisent (Moscicki, 1994; Beautrais, 2002), la présence de troubles de santé mentale (Lesage et al., 1994; Duberstein, Conwell et Caine, 1993), l'acceptabilité du suicide plus grande chez eux que chez les femmes (Durand et Mishara, 2002), leur plus forte propension à l'agressivité (Romanov et al., 1994), leur réticence à demander de l'aide et leur réseau social moins étendu (Houle, 2005).

L'adhésion des hommes au rôle masculin traditionnel constitue un dénominateur commun à plusieurs de ces hypothèses; elle facilite ou inhibe des facteurs clés du processus

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 135 (2011.2) : 40-49.

suicidaire (Charbonneau, 2000) et contribue à diminuer les mécanismes d'adaptation dont les hommes disposent en stigmatisant l'expression de la souffrance et de la demande d'aide.

En raison de leur socialisation, les hommes traditionnels craignent qu'on interprète leur recherche d'aide comme un signe de faiblesse, de non-masculinité ou d'incompétence (Dulac, 2001). Chez les hommes suicidaires, l'orgueil constitue selon Daigle (2000) la principale réticence à consulter. Cela a plusieurs conséquences sur la façon dont les hommes entrent en contact avec les services. D'abord, on observe qu'ils ont recours aux organismes de services lorsqu'ils n'ont plus d'autres choix que de demander de l'aide (Banks, 2001). On note aussi que plusieurs d'entre eux consultent parce que leur conjointe a exercé une pression sur eux (Charbonneau, 1999). Enfin, ce sont souvent les tiers (amis, conjoint, mère, etc.) plutôt que les hommes eux-mêmes qui expriment le besoin d'aide. Dans ces cas, la moitié des hommes suicidaires ne rappelle pas l'organisme avec lequel leur proche a communiqué si l'on exige qu'ils présentent la demande eux-mêmes (Charbonneau, 1999).

Le processus de socialisation masculine peut influencer les perceptions et les comportements des hommes à l'égard des aidants. Certains vivent une pression telle lors de la demande d'aide qu'ils extériorisent leur malaise par des comportements agressifs (Lynch et Kilmartin, 1999). La réaction négative que cela entraîne en contrepartie chez les intervenants empêche ces derniers de voir la souffrance derrière le comportement et prive de ce fait les hommes de l'aide dont ils ont besoin. Par ailleurs, certains intervenants ont tendance à avoir une attitude inadéquate, à ne pas aller au-devant et à leur donner moins d'informations à cause des normes sociales qui valorisent leur autonomie. Ils évitent de travailler les aspects émotifs des situations vécues par les hommes puisque ceux-ci ont tendance à réprimer leurs émotions (Tremblay, Thibault, Fonséca et Lapointe-Goupil, 2004).

Si l'attitude des hommes suicidaires peut faire obstacle à l'obtention de l'aide appropriée à leur situation, la documentation scientifique fait état des limites de l'offre de services elle-même. Les études montrent en effet qu'il existe

peu de programmes conçus pour eux (Houle, 2005). Chagnon, Vrakas, Bardon, Daigle et Houle (2008 : 11) en ont recensé seulement deux au Québec. Ces auteurs croient toutefois « que les interventions ciblant spécifiquement les hommes seront plus efficaces que des interventions non différenciées selon le genre pour réduire la prévalence du suicide ».

Le suivi post-tentative constitue l'un des aspects les plus négligés de l'intervention auprès des hommes suicidaires. Dans une étude portant sur 38 hommes décédés par suicide, Dulac (2003) a constaté une absence quasi totale de *référence* de ces personnes à des ressources psychothérapeutiques ou à un suivi psychosocial à la suite de tentatives antérieures. Potvin (2004) indique pour sa part que les personnes admises à l'urgence à la suite d'une tentative de suicide obtiennent rarement un suivi psychosocial adéquat et qu'elles sont généralement laissées à elles-mêmes lors de leur sortie. Selon Mishara (2003 : 119), la pratique québécoise veut que si une personne ne se présente pas à un rendez-vous, « très peu d'énergie sera déployée dans la poursuite d'un suivi auprès d'elle ». Cela laisse croire à la personne suicidaire que l'on ne se soucie pas d'elle et de ce qui se passe après son hospitalisation. Pour pallier ce manque, Mishara suggère d'aller au-devant des personnes ayant fait une tentative de suicide et d'exiger d'elles une rencontre. Les premiers jours suivant la sortie de l'hôpital seraient à cet égard critiques puisque la probabilité que les personnes ayant fait une tentative s'engagent dans une relation d'aide après cette courte période est faible (Monti, Cederek et Öjehagen, 2004). Le fait de planifier le suivi et de prendre un rendez-vous avant de laisser la personne quitter l'hôpital augmenterait au contraire le taux d'adhésion au traitement des jeunes qui ont fait une tentative de suicide (Houle, Poulin et van Nieuwenhuyse, 2006). En somme, le portrait dressé met en relief l'importance de mettre sur pied des services pour les hommes suicidaires et d'évaluer leurs retombées. Ce portrait montre également la pertinence d'accorder une attention particulière au suivi post-tentative. Il s'agit non seulement d'augmenter le nombre d'hommes dirigés vers ce type de services, mais aussi d'améliorer les pratiques de *référence* et de prise de contact.

Un modèle d'intervention adapté

Tremblay et L'Heureux (2002; 2010) soutiennent qu'il faut être sensible aux dimensions de genre quand on intervient auprès des hommes. Ils ont développé un modèle d'intervention inspiré de recherches québécoises, canadiennes et américaines portant sur les pratiques professionnelles auprès de la clientèle masculine. Selon eux, il faut d'abord reconnaître l'inconfort dans la demande d'aide des hommes et porter une attention particulière à la prise de contact. Ils proposent plus particulièrement d'accorder une attention à la création d'un lien de confiance solide, et ce, en dépit des mécanismes de défense que l'homme met en place pour éviter un tel lien. L'adoption d'une attitude empathique et un accueil chaleureux sont à ce titre des stratégies très utiles.

Les auteurs suggèrent aussi de miser sur les forces afin de contrecarrer la honte associée à la demande d'aide. Afin de freiner ce sentiment, il importe de miser sur les forces préexistantes de l'homme plutôt que sur ses faiblesses.

Le modèle propose aussi d'offrir aux hommes un cadre thérapeutique clair, structuré et concret afin de rendre le suivi moins menaçant pour eux. En général, pour les hommes « traditionnels », la thérapie est un processus nébuleux, dans la mesure où ils fonctionnent de manière concrète, avec des objectifs clairs et précis (Dulac et Groulx, 1999). Une thérapie bien structurée et concrète leur permettra de se sentir en confiance et d'avoir le sentiment que les choses évoluent.

Enfin, Tremblay et L'Heureux proposent d'adapter les services, d'agir rapidement et d'être proactif. Comme les hommes consultent souvent alors qu'ils sont en crise, il importe d'agir rapidement. Selon eux, un délai trop long lors de la demande de soutien freine le processus d'aide et augmente la vulnérabilité et le désistement. D'autre part, comme les hommes ne demandent pas facilement de l'aide, il convient d'aller davantage vers eux et de leur proposer quelque chose plutôt que d'attendre qu'ils prennent l'initiative.

L'expérience

À l'automne 2008, nous avons réalisé un projet d'intervention dans le cadre du programme SILAR offert par le CPSQ. Ce programme offre

du soutien et de l'accompagnement aux hommes et aux femmes qui reçoivent des services d'un centre hospitalier après un épisode suicidaire, lorsque leur état mental ne nécessite pas une hospitalisation prolongée. Il propose à la personne suicidaire un plan d'intervention individualisé, adapté à ses besoins, dans les 48 heures suivant sa sortie de l'hôpital. Les buts de l'intervention sont : de la soutenir en regard des problèmes psychosociaux qu'elle éprouve et de l'aider dans la recherche de solutions afin d'éviter un passage à l'acte ultérieur; de consolider et de développer des réseaux de soutien plus efficaces; et, enfin, de restreindre ou d'éviter qu'elle ait recours aux salles d'urgence ou qu'elle nécessite une nouvelle hospitalisation (Centre de prévention du suicide, 2007). En 2008, le programme SILAR a fait l'objet d'un examen critique par un groupe de chercheurs (Chagnon et al., 2008). Ceux-ci ont conclu qu'il était prometteur, mais qu'il pouvait être adapté pour mieux rejoindre la clientèle masculine. Ils recommandaient notamment d'entrer en contact avec les hommes suicidaires dès qu'ils obtiennent leur autorisation de sortie de l'hôpital et d'utiliser une approche proactive.

En se basant sur ces recommandations et sur les principes du modèle d'intervention de Tremblay et L'Heureux (2002), le projet d'intervention visait, d'une part, à établir un contact personnalisé avec l'homme suicidaire lors de son séjour à l'hôpital et, d'autre part, à favoriser une plus grande adhésion au traitement. Le concept d'adhésion au traitement a été défini opérationnellement à partir de quatre indices, soit l'acceptation d'un suivi dans le cadre du programme SILAR par les hommes *référés*, la participation à dix rencontres avec l'intervenante du projet, l'atteinte des objectifs de suivi ou le fait d'accepter d'être pris en charge par un autre organisme.

Les moyens d'établir un contact personnalisé avec les hommes lors de leur séjour à l'hôpital ont été difficiles à mettre en place. Lorsqu'un homme visé par le programme SILAR était identifié, le milieu hospitalier appelait au CPSQ, qui transmettait le plus rapidement possible la demande à l'intervenante. Les hommes étaient priés d'attendre l'arrivée de cette dernière à l'hôpital, ce qui risquait

d'entraîner une diminution de leur participation. Afin de ne pas priver les hommes du programme, la procédure normale de SILAR a été utilisée lorsque la situation ne favorisait pas une prise de contact à l'hôpital. La personne était alors contactée par téléphone par l'un des intervenants de crise du CPSQ dans les 48 heures après sa sortie de l'hôpital, puis adressé à l'intervenante pour le suivi.

Pour susciter l'adhésion au traitement et mettre en pratique l'approche proactive préconisée dans le projet, une procédure de relance téléphonique a été implantée. Les relances étaient effectuées systématiquement auprès des hommes qui ne se présentaient pas aux rencontres fixées avec l'intervenante. Plusieurs stratégies d'intervention ont été utilisées au cours de ces contacts avec les clients. Le tableau 1 montre les objectifs poursuivis et des exemples d'intervention.

Procédure d'évaluation de l'intervention

Afin de connaître l'appréciation du mécanisme de prise de contact par les hommes, une entrevue semi-structurée d'environ 15 minutes a été

conduite auprès d'eux par l'intervenante¹ lors de la troisième rencontre. Ce moment a été jugé opportun puisqu'il permettait à la fois au client d'avoir l'expérience de prise de contact fraîche à la mémoire et de consacrer les deux premières rencontres au travail clinique lui-même plutôt qu'à des activités d'évaluation. Le schéma d'entrevue comprenait trois questions principales ciblant respectivement l'impression globale de la personne sur la prise de contact, les aspects à changer et les aspects appréciés.

L'observation clinique a été utilisée pour évaluer l'atteinte de l'objectif concernant l'adhésion au traitement. À chaque séance, les informations relatives à la participation des hommes au programme ont été systématiquement consignées dans leur dossier. Ainsi, tous les faits importants et leurs propos ayant trait à leur acceptation du suivi psychosocial, à leur participation aux rencontres, à l'atteinte de leurs objectifs thérapeutiques personnels et à leur prise en charge par un autre organisme ont été notés. Cette méthode d'observation par l'intervenante a été choisie afin d'alléger la tâche demandée aux hommes. Compte tenu de

Tableau 1 : Stratégies d'intervention employées lors des relances

Objectifs	Exemples d'intervention
<i>Assurer la sécurité de l'homme</i>	« Comme vous n'êtes pas venu à votre dernière rencontre, je vous appelle afin de m'assurer que tout va bien. Pensez-vous au suicide? À quelle fréquence y pensez-vous? Quelle est la nature de vos idées suicidaires? Avez-vous un plan (comment, où, quand)? Êtes-vous en sécurité présentement? »
<i>Amener la personne à exprimer ses résistances, ses besoins et ses attentes face au suivi</i>	« Comme vous ne vous êtes pas présenté à votre dernière rencontre, je me demande si vous êtes satisfait du travail que nous faisons ensemble depuis le début du suivi. Y a-t-il quelque chose dans les ententes que nous avons prises ensemble qui ne vous convient pas? Comment pourrions-nous mieux répondre à vos besoins? »
<i>Travailler, dans l'ici et maintenant, l'ambivalence du client envers le suivi</i>	« Je comprends qu'il puisse être difficile pour vous de recevoir de l'aide de ma part. Ce que je vous propose, c'est un moment pour discuter avec quelqu'un de ce que vous vivez. Peut-être que cela vous sera bénéfique? Qu'en dites-vous? »
<i>Établir un cadre favorable à la poursuite du suivi</i>	« Vous dites être satisfait des objectifs établis et être prêt à poursuivre le suivi. Pour arriver à atteindre ces objectifs, vous devez vous présenter aux rencontres prévues. Si vous ne pouvez pas être présent, je vous demande de m'appeler pour m'aviser. Êtes-vous prêt à vous engager à remplir ces conditions? »

leur vulnérabilité, nous avons estimé en effet que la passation d'autres instruments de mesure aurait pu les surcharger et diminuer leur motivation à participer à l'intervention elle-même.

Participants

Six hommes âgés de 30 à 40 ans ont pris part au projet d'intervention. Les deux tiers d'entre eux étaient célibataires et sans emploi. La majorité présentait par ailleurs des problèmes de santé mentale et psychosociaux sévères et multiples. On note entre autres des problèmes d'abus et de dépendance aux drogues et à l'alcool, des troubles de l'humeur et de la personnalité, des difficultés relationnelles et conjugales, ainsi que des problèmes financiers. La moitié des hommes avait d'autres antécédents suicidaires que ceux ayant conduit à la consultation. On note aussi la présence d'idées d'homicides chez deux d'entre eux. Comme on l'observe souvent dans la documentation scientifique (Dulac, 2001; Charbonneau, 1999; Daigle, 2000; Banks, 2001), les hommes composant la clientèle du projet étaient dans un état de crise aiguë au moment de leur prise de contact avec le service.

Résultats de l'expérience

Seul un participant *référé* au projet a été rencontré à l'hôpital comme prévu. Les cinq autres personnes ont été contactées par téléphone par les intervenants de crise du CPSQ. Pour ceux-ci, le temps moyen entre la sortie de l'hôpital et la prise de contact avec un intervenant de l'organisme a été de 3,6 jours. Le temps écoulé entre la sortie de l'hôpital et un premier contact avec l'intervenante responsable du projet a été quant à lui de 7,5 jours. Quatre des cinq hommes ont reporté la première rencontre pour diverses raisons. L'un d'eux, par exemple, souffrait d'épilepsie sévère et craignait de faire une crise lors de son déplacement, ce qui aurait pu être dangereux pour sa vie. Un autre vivait des crises d'anxiété intenses quand venait le temps de se rendre chez des organismes d'aide. Quand ce dernier s'est finalement déplacé au CPSQ, il était en situation de crise avancée. Selon ses dires, il n'aurait jamais accepté de se rendre au rendez-vous n'eût été l'intensité de sa souffrance. Globalement, on constate que les objectifs liés à une prise de contact rapide avec ces hommes n'ont pas été atteints.

Trois des six participants ont répondu à l'entrevue semi-dirigée visant à connaître leur satisfaction concernant la prise de contact. Parmi eux se trouvait l'homme contacté à l'hôpital. Il a déclaré « avoir apprécié que le contact se fasse à l'hôpital », la clarté des explications, le professionnalisme de la rencontre ainsi que le calme et l'écoute qui lui ont été manifestés. Les deux autres hommes se sont aussi dits satisfaits de l'écoute reçue lors du contact téléphonique. Comme l'illustrent les citations suivantes, ils ont toutefois évoqué leur difficulté à demander de l'aide par eux-mêmes à la suite de leur hospitalisation et la longueur des délais avant la prise de contact :

« Quand on sort de l'hôpital, ce n'est pas évident de prendre le téléphone et d'appeler à ce genre de service. »

« Il y a des ressources, mais ce n'est pas toujours facile pour moi de téléphoner pis de le demander. Peut-être que c'est parce que je suis orgueilleux. »

« De l'hôpital à ici, ça été long. Ça été pas mal long. »

L'un d'eux résume la situation ainsi :

« Ce serait intéressant si le service avait une antenne directement à l'hôpital, pour avoir déjà un premier contact, ça pourrait être intéressant, ça pourrait peut-être encourager le monde quand ils sortent de l'hôpital pour s'assurer qu'ils reçoivent de l'aide. C'est assez critique quand on sort de l'hôpital de faire une première rencontre ici [au Centre], c'est ça qui est le plus difficile. À l'hôpital, c'est plus facile, on est là, on est dedans, peut-être que le contact se fait plus rapidement et peut-être que le suivi a plus de chances de se faire aussi. »

La relance téléphonique auprès des hommes ne s'étant pas présentés à un rendez-vous fixé avec l'intervenante constituait une seconde façon d'être proactif et de favoriser l'adhésion au traitement. Cette procédure a été employée à sept reprises auprès de cinq répondants différents. Ces contacts téléphoniques ont permis d'évaluer le risque suicidaire (6/7) puis d'aborder les questions relatives à la motivation à prendre part au suivi, aux objectifs poursuivis et au cadre d'intervention (7/7). Cinq des relances ont permis aux hommes de réaffirmer leur intérêt pour l'intervention ou de réduire leur ambivalence au sujet de celle-ci. Deux autres ont conduit à l'arrêt du suivi.

Au total, trois hommes, soit la moitié de l'échantillon, ont adhéré au programme et l'ont complété selon les critères définis précédemment. Les trois autres participants n'ont pas complété le programme, sans toutefois justifier leur abandon, chacun ayant participé à une ou deux rencontres.

Analyse

Ce projet visait à expérimenter de nouvelles façons d'entrer en contact avec des hommes hospitalisés à la suite d'un épisode suicidaire et d'être proactif envers eux afin de faciliter leur adhésion au traitement. Il a été réalisé à petite échelle, avec des ressources modestes, auprès de six hommes *référés* au programme SILAR du CPSQ. Malgré les moyens mis en place, les résultats révèlent qu'il a été difficile de contacter rapidement ces hommes et d'obtenir l'adhésion au traitement de tous. Tout en reconnaissant l'ampleur limitée du projet, nous croyons possible d'en tirer quelques enseignements et réflexions pour l'avenir.

La prise de contact à l'hôpital

Certains obstacles peuvent retarder la première rencontre entre les intervenants et les hommes dirigés vers le programme SILAR lorsque ceux-ci sont contactés après leur sortie de l'hôpital. Selon notre expérience, plusieurs d'entre eux étaient réticents à se déplacer pour obtenir les services qui leur étaient proposés. Pour maintenir une approche proactive, des visites à domicile pourraient être envisagées. Cette solution soulève toutefois des enjeux de sécurité pour les intervenants et les intervenantes, puisque le potentiel de dangerosité des hommes suicidaires n'a pas encore été pleinement évalué à ce stade de l'intervention. Elle n'a pas été retenue dans le cadre du projet.

Les hommes qui n'ont pas pu être contactés directement à l'hôpital l'ont été par des intervenants de crise du CPSQ avant d'être adressés à l'intervenante du projet. Nonobstant la qualité des interventions réalisées et le fait que cette procédure ait permis d'entrer en contact plus rapidement avec les hommes, il est possible que l'introduction d'une personne additionnelle dans le processus d'aide ait ralenti le développement d'un lien de confiance entre la personne et l'intervenante responsable du suivi. La documentation scientifique et profes-

sionnelle suggère que l'établissement d'un tel lien est central dans l'intervention auprès des hommes (Tremblay et L'Heureux, 2002). Elle indique aussi qu'il est souhaitable d'établir un contact personnalisé avec l'homme suicidaire dès le début du traitement (Chagnon et al., 2008).

S'il est recommandé d'établir un contact concernant ce suivi à l'hôpital auprès des hommes suicidaires (Chagnon et al., 2008), force est de constater qu'il existe des obstacles à l'implantation de cette mesure. Pour rendre celle-ci effective, il convient de poursuivre l'analyse et de proposer des pistes de solution.

Selon la pratique en milieu hospitalier, les personnes adressées au programme SILAR ont généralement reçu leur autorisation de sortie de l'hôpital immédiatement après leur rencontre avec le travailleur social de l'institution. Comme l'intervenante du projet n'y travaillait pas en permanence, les hommes devaient attendre sa venue pour prendre contact avec elle et prolonger ainsi leur séjour dans l'établissement. Ce temps d'attente supplémentaire a pu leur paraître trop long, d'autant plus qu'ils avaient déjà eu une multitude d'entretiens avec le personnel soignant de l'hôpital (médecin généraliste, psychiatre, travailleur social, etc.).

Ce problème de disponibilité de l'intervenante en temps opportun avait été anticipé avant la réalisation du projet. Pour y remédier, la possibilité que l'intervenante accompagne systématiquement le travailleur social de l'hôpital pour pouvoir offrir immédiatement le service de suivi aux hommes correspondant aux critères du programme a été envisagée. Cette façon de procéder l'aurait toutefois mise en contact avec des hommes vivant d'autres problématiques et ne nécessitant pas son intervention, ce qui posait à la fois des questions d'efficacité et de confidentialité. Nous avons aussi envisagé que l'intervenante soit en permanence à l'hôpital pendant la période de recrutement du projet. Cette procédure lui aurait permis d'entrer en contact avec les hommes immédiatement après leur rencontre avec le travailleur social du milieu hospitalier, et ce, sans les faire attendre davantage et sans faire intrusion dans la vie d'autres personnes hospitalisées. Le recrutement aurait toutefois été réduit à un seul hôpital plutôt que six. De plus, des problèmes

concrets liés notamment au manque de locaux pour accueillir l'intervenante se sont présentés.

D'autres auteurs ont réussi à implanter avec succès des projets de liaison entre le milieu hospitalier et des programmes de suivi dans la communauté, notamment dans le champ des dépendances. Selon Duguay et Tremblay (2008), la réalisation de ces projets nécessite : 1. d'informer, de sensibiliser et de mobiliser les partenaires; 2. d'offrir de la formation au personnel des établissements; 3. de fournir les instruments nécessaires sur les plans clinique et administratif; et 4. de conclure des ententes administratives qui précisent les rôles et les responsabilités des partenaires en cause, les modalités d'application, les résultats attendus et les mécanismes de suivi.

En raison de l'ampleur restreinte du projet, plusieurs de ces étapes n'ont pas été respectées. Les ententes administratives précisant les rôles et les responsabilités de chaque partenaire et les modalités d'application ont été lacunaires. Comme le mentionne Panet-Raymond (1994), le partenariat entre les établissements institutionnels et communautaires nécessite que les attentes et les objectifs du partenariat soient clairement énoncés, puis qu'une stratégie de gestion commune précisant les investissements de temps et les modalités budgétaires soit établie. Dans le cas qui nous occupe, des ententes sommaires ont été prises entre la coordonnatrice du CPSQ et le milieu hospitalier. Un plan de travail plus élaboré aurait été nécessaire. De plus, il aurait fallu plus de temps pour qu'on en vienne à une entente officielle, comme c'est le cas dans la plupart des travaux de pionnier. Les contraintes temporelles inhérentes à la réalisation d'un projet d'étude ont pesé dans la balance et nuit à une planification plus rigoureuse. Une autre difficulté a tenu au fait que la formation en lien avec le projet ait été prodiguée au personnel du CPSQ, mais non au personnel des établissements hospitaliers. Il aurait en effet été pertinent que les travailleurs sociaux, les infirmières et les médecins soient mieux informés de cette nouvelle procédure. On peut émettre l'hypothèse que le manque d'information les a amenés à suivre les procédures habituelles de référence du programme SILAR plutôt que celles prévues par le projet. Enfin, le manque de bureaux au sein des hôpitaux ayant collaboré au projet a contribué à la

décision de ne pas maintenir l'intervenante sur place pendant la période de recrutement. Les moyens nécessaires à l'implantation du service étaient donc insuffisants à cet égard.

Proactivité et responsabilisation

Au cours du projet, les hommes qui ne se sont pas présentés à des rendez-vous avec l'intervenante ont systématiquement été relancés par téléphone afin de s'assurer de leur sécurité et de clarifier leurs intentions au sujet de la poursuite de l'intervention. Bien que cette procédure soit maintenant appliquée couramment au sein du milieu d'intervention, elle a d'abord suscité des questionnements puisque son caractère proactif semblait en contradiction avec le principe de responsabilisation des personnes privilégié par certains intervenants du CPSQ. Selon ce principe, il importe de favoriser le pouvoir d'agir des personnes suicidaires puisque celles-ci se trouvent souvent dans une situation où elles ont l'impression de n'avoir plus aucun contrôle sur leur vie. Ainsi, insister pour les recontacter après une absence pourrait véhiculer l'idée qu'elles ne sont pas aptes à décider pour elles-mêmes.

Cette préoccupation trouve écho dans la littérature scientifique sur l'intervention auprès des personnes suicidaires, particulièrement chez celles qui souffrent d'un trouble de la personnalité ou celles ayant un patron de détresse qui les amène à demander de l'aide de façon récurrente. Plusieurs auteurs suggèrent d'utiliser une approche de responsabilisation auprès de ces personnes et de limiter leur prise en charge (Association québécoise de prévention du suicide, 2003; Frare, Robert et Boucher, 2009). Selon Frare et ses collègues, les modèles d'intervention traditionnels entraînent une dépendance envers les services et augmentent le risque suicidaire. Pour contrer le phénomène, ces auteurs proposent l'utilisation d'une approche « haut risque/haut gain » qui s'articule autour de trois principes. Le premier est celui de la responsabilisation, selon lequel « une personne dont les capacités d'analyse et d'action sont suffisantes doit assurer sa propre sécurité lorsque celle-ci est menacée » (p. 46). La personne suicidaire doit, en l'occurrence, rechercher des solutions par elle-même de façon à pouvoir les intégrer éventuellement à son bagage de compétences. Le second

principe suggère que la tolérance d'un haut risque suicidaire à court terme est nécessaire afin de diminuer les risques suicidaires à long terme. Enfin, le principe de prise en charge minimale propose que les actions visant à se substituer à la volonté du patient pour gérer sa crise soient limitées à des situations exceptionnelles de dangerosité imminente.

De notre point de vue, l'application de ces principes privilégiant la responsabilisation des personnes a pour effet de renforcer la croyance que les hommes sont forts, autonomes et qu'ils doivent par le fait même se débrouiller seuls. Il s'agit d'un des stéréotypes les plus puissants liés à la masculinité qui peut entraîner l'isolement affectif des hommes, voire des conséquences graves pour leur santé. En raison des réticences des hommes à demander de l'aide et de l'aggravation subséquente de leur état, nous croyons, à l'instar d'autres auteurs, que « les services d'aide doivent développer différentes interfaces pour entrer en relation avec les hommes et être plus proactifs dans leurs milieux de vie afin de favoriser le recours à l'aide » (Chagnon et al., 2008 : 52).

Les contradictions observées entre les deux approches proposées sur le terrain invitent au développement de recherches plus poussées et à un effort de synthèse. Des études comparant systématiquement les résultats d'une intervention qui mise sur la responsabilisation et d'une intervention proactive, comme celle que nous proposons, devraient être entreprises auprès d'une population masculine. Ces recherches permettront de déterminer la meilleure approche ou de mieux préciser les types de clientèle auxquelles chacune d'elles sied le mieux.

Par ailleurs, il peut être possible d'intégrer dans l'intervention les principes de responsabilisation et de proactivité. L'objectif lié au principe de responsabilisation est l'autonomisation (*empowerment*) de la personne qui doit apprendre à satisfaire ses propres besoins, à régler ses propres problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires à la reprise du contrôle de sa propre vie. Les interventions proactives comme celles que nous avons expérimentées dans ce projet ne visent pas à se substituer à la personne, mais bien à engager le processus qui lui permettra d'atteindre cet objectif.

Conclusion

Ce projet avait pour but d'adapter le programme SILAR du CPSQ aux hommes suicidaires. À cet effet, il proposait premièrement d'établir un contact personnalisé avec les hommes suicidaires lors de leur séjour à l'hôpital. Malgré les difficultés rencontrées à l'étape de la mise en œuvre, nous croyons que cette idée demeure prometteuse. Pour la réaliser, il est nécessaire de porter autant d'attention aux dimensions organisationnelles qu'au travail clinique lui-même. Le succès d'un projet visant à rencontrer les hommes immédiatement après leur tentative de suicide requiert l'élaboration d'un plan de travail détaillé, incluant une description des rôles et des responsabilités de chacun des partenaires, la mise en place d'une formation pour les intervenants des différents milieux de pratique ainsi qu'une planification minutieuse des ressources nécessaires à son implantation. Deuxièmement, le projet présenté dans cet article innovait en adoptant l'attitude proactive recommandée par plusieurs spécialistes de l'intervention auprès des hommes plus « traditionnels ». Nous avons traduit ce principe en définissant les modalités d'une relance téléphonique systématique des hommes qui ne se présentaient pas à un rendez-vous. Les données recueillies suggèrent que cette façon de faire favorise l'adhésion à un traitement bref d'une dizaine de rencontres comme celui que nous avons offert. Nous prenons toutefois acte du fait que notre approche suscite un questionnement chez ceux qui plaident pour une plus grande responsabilisation des personnes suicidaires. Des études et des analyses de plus grande envergure que celle-ci sont nécessaires pour clarifier comment des principes apparemment contradictoires peuvent être conciliés et pour déterminer les meilleures pratiques d'intervention auprès des hommes suicidaires.

Descripteurs

Centre de prévention du suicide de Québec (Organisme) - Québec (Province) - Québec // Demande d'aide // Service social aux hommes // Comportement suicidaire - Hommes - Québec (Province) // Suicide - Québec (Province) - Statistiques
Help-seeking behavior // Social work with men // Men - Suicidal behavior - Quebec (Province) // Suicide - Quebec (Province) - Statistics

Note

1 Compte tenu du fait que les questions ont été posées par l'intervenante elle-même, les réponses ont pu être influencées par le désir des répondants de plaire à l'interviewer. Pour réduire ce biais possible, l'entrevue aurait idéalement dû être conduite par un évaluateur externe, ce qui n'était pas possible dans le contexte de réalisation de ce projet.

Références

- Association québécoise de prévention du suicide (2003). *Programme accrédité de formation : intervenir en situation de crise suicidaire*. Montréal : AQPS.
- Banks, I. (2001). No man's land: men, illness, and the NHS, *British Medical Journal*, 323, 1058-1060.
- Beautrais, A. L. (2002). Gender issues in youth suicidal behavior, *Emergency Medicine*, 14, 35-42.
- Centre de prévention du suicide (2007). *Programme SILAR : guide à l'intention des milieux référents*.
- Chagnon, F., Vrakas, G., Bardon, C., Daigle, M., et Houle, J. (2008). *Consensus entre la recherche et la pratique pour améliorer les programmes de prévention du suicide chez les hommes*. Montréal : CRISE, UQAM.
- Charbonneau, L. (1999). « Le dossier suicide et hommes de la semaine de prévention du suicide ». Extrait du site Web de l'Association québécoise de prévention du suicide le 24 novembre 2007 : <http://www.aqps.info/>.
- Charbonneau, L. (2000). Le suicide et les hommes. *Vis-à-vis*, 10, 1. Extrait du site Web de l'Association québécoise de prévention du suicide le 24 novembre 2007 : <http://www.aqps.info/>.
- Daigle, M. (2000). *Concertation sur la demande d'aide des hommes suicidaires en Montérégie*. Université du Québec à Trois-Rivières, Centre de recherche et d'intervention en euthanasie, Centre de recherche de l'institut Philippe Pinel, Trois-Rivières, Canada.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (1993). Interpersonal stressors, substance abuse and suicide, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (2), 80-85.
- Duguay, L., et Tremblay, S. (2008). *Unis dans l'action : guide d'implantation d'une équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence*. Ministère de la Santé et des Services sociaux et Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.
- Dulac, G. (2001). *La difficulté qu'ont les hommes suicidaires à demander de l'aide*. Extrait du site Web du Barreau du Québec le 1^{er} avril 2008 : <http://www.barreau.qc.ca/congres/2001/pdf/15-dulac.pdf>.
- Dulac, G. (2003). *Les trajectoires de demande des hommes à risque de suicide présentant des problèmes de toxicomanie et/ou de santé mentale dans le processus suicidaire*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.
- Dulac, G. (2007). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal : AIDRAH.
- Dulac, G., et Groulx, J. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.

- Durand, C., et Mishara, B. (2002). *Le suicide. Sondage d'opinion auprès des Québécois*. CROP-EXPRESS.
- Frare, P., Robert, D., et Boucher, P. (2009). Trouble de personnalité et suicide. Diapositives présentées au Colloque lavallois 2009 en prévention du suicide.
- Gagné, M., et St-Laurent, D. (2010). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2008*. Québec : Institut national de santé publique.
- Houle, J. (2005). *La demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez des hommes qui ont fait une tentative de suicide*. Thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal.
- Houle, J., Poulin, C., et van Nieuwenhuysse, H. (2006). *Vers une meilleure continuité des services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO*. Montréal : Direction de santé publique.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men, *American Journal of Psychiatry*, 151 (7), 1063-1068.
- Lynch, J. L., & Kilmartin, C. (1999). *The pain behind the mask: Overcoming masculine depression*. New York: Haworth Press.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Québec.
- Mishara, B. (2003). Pratiques novatrices pour la prévention du suicide au Québec : un défi de société. *Santé mentale au Québec*, XXVIII (1), 111-125.
- Monti, K., Cederek, M., & Öjehagen, A. (2004). Treatment attendance and suicidal behaviour 1 month and 3 months after suicide attempt: A comparison between two samples, *Archives of Suicide Research*, 7, 167-174.
- Moscicki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicide, *Annals of Epidemiology*, 4, 152-158.
- Panet-Raymond, J. (1994). Les nouveaux rapports entre l'État et les organismes communautaires à l'ombre de la loi 120, *Nouvelles pratiques sociales*, 7 (1), 79-83.
- Potvin, N. (2004). Évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Romanov, K., Hatakka, M., Keskinen, E., Laaksonen, H., Kario, J., Rose, R. J., & Koskenvuo, M. (1994). Self-reported hostility and suicidal acts, accidents and accidental deaths : A prospective study of 21 443 adults aged 25 to 59, *Psychosomatic Medicine*, 56, 328-336.
- St-Laurent, D., et Gagné, M. (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1881 à 2006*. Québec : Institut national de santé publique.
- Tremblay, G., et L'heureux, P. (2002). L'intervention psychosociale auprès des hommes : un modèle émergent d'intervention clinique, *Intervention*, 116, 13-25.
- Tremblay, G., et L'Heureux, P. (2010). Des outils efficaces pour mieux intervenir auprès des hommes plus traditionnels, dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette et J.-Y. Desgagnés (dir). *Regards sur les hommes et les masculinités* : 125-151. Québec : PUL.
- Tremblay, G., Thibault, Y., Fonséca, F., et Lapointe-Goupil, R. (2004). La santé mentale et les hommes : état de situation et pistes d'intervention, *Intervention*, 121, 6-16.