

Intervenir auprès d'une personne présentant des idées d'homicide : pour une intervention visant à assurer la sécurité de tous, sans pour autant oublier la détresse vécue par la personne

Anne-Michel Gauthier, T.S., Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale

RÉSUMÉ :

Depuis 2015, des outils d'estimation et de gestion du risque d'homicide ainsi que la formation qui leur est associée ont été développés par le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP). Ceux-ci visent à soutenir les travailleurs sociaux dans l'adoption d'une posture professionnelle priorisant d'une part la protection des personnes et favorisant d'autre part une vision psychosociale de l'homicide. De fait, dans ce type d'intervention, il est impératif de tenter de trouver un équilibre entre l'empathie envers la détresse vécue par la personne aidée et la sécurité des personnes impliquées dans la situation, dont la personne à risque de passage à l'acte violent. L'article qui suit présente ces outils et soulève des pistes d'intervention et des enjeux liés à ce type de pratique.

107

MOTS-CLÉS :

Homicide intrafamilial, homicide, intervention, outils

INTRODUCTION

De nos jours, ce sont quelques dizaines d'homicides intrafamiliaux qui sont commis chaque année en territoire québécois (Ministère de la Sécurité publique, 2016; Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012). Force est d'admettre que cette problématique a donc une prévalence plutôt limitée. Elle a néanmoins des conséquences dévastatrices, évidemment pour la victime, mais également pour la personne qui commet l'homicide et son entourage, ainsi que pour les communautés touchées. Dans la plupart des cas, il serait possible de prévenir le passage à l'acte homicide en offrant une aide psychosociale à la personne présentant ces idées (Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012). Toutefois, jusqu'à tout récemment, la plupart des travailleurs sociaux n'étaient que peu ou pas formés pour intervenir en contexte de risque d'homicide. C'est en 2015 que le déploiement des Outils d'estimation et de gestion du risque d'homicide a été réalisé par le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP). Ceux-ci permettent aux intervenants psychosociaux d'estimer le niveau de risque d'homicide afin d'intervenir adéquatement en vue de prévenir le passage à l'acte. L'utilisation de ces outils lors de l'intervention n'est toutefois pas une fin en soi. En effet, le travailleur social ne doit pas se limiter à l'obtention d'une cote finale au terme de son intervention, mais doit plutôt baser son estimation et son intervention sur son jugement professionnel, et chercher à assurer la sécurité de toutes les personnes impliquées tout en

faisant preuve d'empathie envers la personne présentant des idées d'homicide (PIH)¹, car, somme toute, celle-ci vit une souffrance énorme pour en arriver à envisager un tel geste. L'objectif de cet article est de présenter des outils et pistes d'intervention pouvant s'avérer efficaces en lien avec cette problématique.

Dans cet article, une brève description des Outils d'estimation et de gestion du risque d'homicide élaborés par le CRAIP sera réalisée. Ensuite, il sera question des biais du travailleur social pouvant avoir un impact lors d'une intervention auprès d'une PIH, ainsi que de l'intervention auprès de cette dernière à l'aide des bonnes pratiques. Finalement, une section sera consacrée à la terminaison de l'intervention et, plus spécifiquement, à l'importance d'assurer la sécurité de toutes les personnes impliquées. Avant de poursuivre, il importe de préciser que cet article ne vise aucunement à excuser ni à normaliser le geste homicide, mais plutôt à exposer les motifs sous-jacents pouvant mener aux idées d'homicide afin de sensibiliser le travailleur social à la souffrance de la PIH et, du même coup, lui permettre d'offrir à cette dernière une aide appropriée.

Les Outils d'estimation et de gestion du risque d'homicide

En 2011, à la suite de la forte médiatisation d'un homicide intrafamilial, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis sur pied un comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux. Ce comité a déposé, l'année suivante, un rapport contenant plusieurs recommandations visant à réduire le risque d'occurrence d'homicides intrafamiliaux. Le comité recommandait entre autres d'« offrir une formation spécifique sur les homicides intrafamiliaux (repérage et prévention) aux intervenants concernés » (Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012 : 47) et de « s'assurer de l'utilisation d'outils communs pour repérer les situations à risque d'homicides intrafamiliaux en fonction de la clientèle cible (hommes, femmes) » (Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012 : 47). En réponse à ces recommandations, le MSSS a octroyé en février 2013 le :

« mandat provincial au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean afin de développer un outil d'estimation du risque d'homicide, accompagné d'un guide d'intervention et d'une formation pour en assurer une utilisation adéquate par les intervenants psychosociaux du réseau de la santé et des services sociaux. Le CIUSSS y a répondu par l'entremise du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP²) » (Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale [CRAIP], 2015 : 1). Le CRAIP a donc élaboré le guide et les outils d'estimation et de gestion du risque d'homicide ainsi que la formation leur étant associée. »

L'Outil d'estimation du risque d'homicide prend la forme d'une grille à cocher comprenant cinq sections : le scénario homicide (dans lequel il est possible de détailler le plan de la PIH de même que les victimes ciblées), les facteurs de risque, les facteurs de protection, les facteurs aggravants et l'estimation finale. Le niveau de risque est représenté sous la forme d'un continuum de couleurs, allant du vert (lorsque le risque est faible), en passant par le jaune (risque modéré) et l'orange (risque élevé), jusqu'au rouge (risque imminent) (CRAIP, 2015). L'Outil de gestion du risque d'homicide, pour sa part, présente des stratégies d'intervention pouvant être utilisées en contexte de risque

1 En vue d'alléger le texte, l'acronyme PIH sera utilisé tout au long du texte afin de désigner la personne présentant des idées d'homicide.

2 Le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) a pour mission de contribuer à enrichir la pratique des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et de ses partenaires par : la création d'outils cliniques novateurs basés sur les meilleures pratiques; le développement et le transfert de connaissances; la formation et le soutien à l'appropriation de nouvelles compétences.

d'homicide. Cet Outil est divisé en quatre sections, chacune représentant un niveau de risque pouvant être obtenu à la suite de l'estimation (vert, jaune, orange ou rouge), et on y retrouve des stratégies adaptées à ce niveau de risque. De plus, dans chacune de ces sections, les stratégies sont divisées en deux colonnes, selon que l'intervention se fait auprès de la PIH ou de la victime ciblée.

La conception du guide et des outils a été réalisée selon une approche davantage psychosociale que criminologique. Plus précisément, l'approche systémique est à la base des outils, et ceux-ci ont été inspirés de divers outils existants (Drouin, Drolet, Rondeau et al., 2004; Drouin, Dubé, Lindsay et al., 2009; Kropp et Hart, 2004; Rondeau, Brodeur, Nadeau et al., 2002; Suicide Action Montréal (SAM) et Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU), 2011). L'élaboration du guide et des outils a suivi un processus rigoureux de conception et de validation. Une recension des écrits sur l'estimation du risque d'homicide a d'abord été réalisée et validée par des experts dans divers domaines reliés à la problématique (clinique, scientifique, judiciaire) pour guider la rédaction du guide et la conception des outils. Ces derniers ont également fait l'objet d'une validation de contenu par des experts et d'autres collaborateurs, ainsi que par des cliniciens visés par ces outils.

Depuis 2015, la formation nécessaire à l'utilisation des outils est diffusée à l'échelle provinciale par l'entremise de formateurs régionaux formés par le CRAIP. Ceux-ci forment les intervenants psychosociaux du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et de certains organismes communautaires pour qu'ils puissent utiliser les outils en contexte de risque d'homicide.

Ces outils sont destinés à être utilisés par tous les intervenants psychosociaux, infirmiers et ergothérapeutes qui ont préalablement suivi la formation y étant associée. Ils permettent d'estimer et de gérer le niveau de risque pour les homicides intrafamiliaux (homicide conjugal, familicide³, filicide⁴, parricide⁵) et l'homicide extrafamilial de type querelleur et vindicatif⁶. Il s'agit du seul homicide extrafamilial visé par les outils.

109

Une estimation du niveau de risque doit être réalisée à l'aide de l'Outil d'estimation du risque d'homicide (CRAIP, 2015) dès qu'une personne admet avoir des idées suicidaires, ou encore présente plusieurs facteurs de risque contextuels tels qu'un contexte de séparation, de harcèlement, de violence ou de jalousie, un conflit intense avec une autre personne, ou un conflit lié à la garde d'enfants (CRAIP, 2015).

Après avoir procédé à l'estimation, dès qu'il y a présence d'un risque d'homicide, il est nécessaire d'intervenir en vue de diminuer le niveau de risque en fonction de la cote obtenue en utilisant l'Outil de gestion du risque d'homicide (CRAIP, 2015).

Les outils viennent soutenir le travailleur social dans son intervention auprès d'une personne présentant des idées d'homicide. Leur utilisation peut toutefois amener certains enjeux pour ce dernier. Premièrement, l'utilisation d'une grille telle que l'outil d'estimation peut parfois mener à centrer son intervention sur l'obtention d'une cote finale. Bien que la cote obtenue ait effectivement son importance pour le choix des stratégies de gestion du risque, le travailleur social doit garder en tête que l'outil constitue un levier d'intervention et vient le soutenir, mais sans se substituer à son jugement professionnel. Ensuite, le travailleur social doit être conscient que même si l'estimation

3 Familicide : « Homicide d'un ou des enfant(s) et du (de la) conjoint(e) » (Léveillé et Lefebvre, 2008 : 6).

4 Filicide : « Homicide d'un enfant âgé entre 0 et 18 ans par un ou les deux parents » (Léveillé et Lefebvre, 2008 : 6).

5 Parricide : « Homicide du père, de la mère ou des deux par son enfant adulte » (Léveillé et Lefebvre, 2008 : 6).

6 Un homicide est qualifié de querelleur et vindicatif quand il est « précédé d'une bagarre ou d'une chicane ou qu'il résulte d'une vengeance. Il est provoqué par une offense, un préjudice ou un coup et il met aux prises des protagonistes qui ne sont pas unis par un lien conjugal ou familial » (Boutin et Cusson, 1999 : 91).

du risque a été effectuée adéquatement, une part d'incertitude demeure; il est en effet impossible de prédire hors de tout doute que la PIH passera ou ne passera pas à l'acte. La situation de la personne peut effectivement changer à la suite de l'intervention, ou encore il est possible qu'elle n'ait pas tout révélé de sa situation, ce qui pourrait biaiser l'estimation du risque (CRAIP, 2015).

Les outils comportent également certaines limites. Les facteurs de risque, aggravants et de protection compris dans l'outil d'estimation du risque d'homicide ont été spécifiquement adaptés aux types d'homicide décrits précédemment. Ainsi, cet outil ne peut être utilisé dans les cas de risque d'homicide plus atypiques, tels que l'homicide par compassion, ou encore visant à obtenir l'argent d'une assurance-vie. Il en va de même pour les cas de risque d'homicide de masse, d'homicide basé sur l'honneur et d'homicide entre délinquants (c'est-à-dire liés au milieu criminel). Également, l'Outil d'estimation du risque d'homicide est destiné à une clientèle adulte, et ne peut donc pas être utilisé auprès de personnes âgées de moins de 18 ans.

En ce qui concerne l'Outil de gestion du risque d'homicide, son utilisation dépend de l'estimation réalisée à l'aide de l'Outil d'estimation du risque d'homicide : ils comportent donc les mêmes limites (CRAIP, 2015).

Caractéristiques des usagers et situations à risque d'homicide

Bien que les homicides puissent être commis par des hommes et des femmes de tous âges, certaines particularités peuvent s'appliquer selon le sexe de la PIH. D'abord, les homicides sont commis majoritairement par des hommes (Ministère de la Sécurité publique, 2016), et il en va de même pour la catégorie des homicides intrafamiliaux (Léveillé et Lefebvre, 2011; Rondeau, Brodeur, Nadeau et al., 2002; Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012). Plus précisément, les hommes seraient plus souvent les auteurs d'homicides conjugaux (Ministère de la Sécurité publique, 2016; Statistique Canada, 2015), de filicides (Azores-Gococo, Brook, Teralandur et al., 2017; Dawson, 2015; Liem et Reichelmann, 2014; Léveillé, Marleau et Dubé, 2007), et de parricides (Dantas, Santos, Dias et al., 2014; Fegadel et Heide, 2016; 2015; Marleau, Auclair et Millaud, 2006). Pour ce qui est des filicides, ceux-ci seraient commis dans des proportions semblables par des hommes et par des femmes (Ministère de la Sécurité publique, 2016; Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012). Les homicides querelleurs et vindicatifs, quant à eux, seraient davantage commis par des hommes (Ministère de la Sécurité publique, 2016; Boutin et Cusson, 1999).

Du côté des femmes, celles-ci comptent pour 30 % des présumés auteurs de tous les types d'homicides confondus, et 9,1 % des auteurs d'homicides intrafamiliaux (Ministère de la Sécurité publique, 2016). Les femmes incarcérées en raison d'un homicide extrafamilial sont souvent passées à l'acte à l'occasion d'un vol ou une dispute ayant mal tourné (Hoffman, Lavigne et Dickie, 1998). En ce qui concerne les homicides intrafamiliaux, les filicides et des néonaticides⁷ sont ceux étant le plus fréquemment commis par les femmes (Ministère de la Sécurité publique, 2016), suivis par les homicides conjugaux (Hellen, Lange-Asschenfeldt, Ritz-Timme et al., 2015; Hoffman, Lavigne et Dickie, 1998).

Certaines situations peuvent augmenter la probabilité qu'un acte homicide se produise. Les principaux facteurs de risque d'homicide sont la séparation, le harcèlement, la jalousie, un conflit concernant la garde des enfants, la violence conjugale ou encore un conflit intense avec une autre personne (CRAIP, 2015). Certains facteurs ressortent de la littérature comme étant des facteurs aggravants, c'est-à-dire qui feront augmenter d'une manière non négligeable le risque d'homicide,

7 Néonaticide : « homicide d'un enfant de moins de 24 heures par un de ses parents » (Dubé, Léveillé et Marleau, 2003).

et ce, davantage que les facteurs de risque (CRAIP, 2015). La consommation d'alcool ou de drogues est un facteur aggravant pouvant augmenter le risque de passage à l'acte (Cechova-Vayleux, Léveillé, Lhuillier et al., 2013; CRAIP, 2015; Trébuchon, 2015). La consommation en soi ne serait pas la cause de l'homicide, mais considérant qu'elle contribuerait à diminuer les inhibitions et la capacité de contrôle, elle pourrait favoriser la commission de l'homicide (Léveillé et Lefebvre, 2011). L'accès à une arme à feu, même lorsque ce n'est pas le moyen choisi par la PIH, est aussi un facteur aggravant, car il peut aussi grandement augmenter le risque d'homicide en raison de la létalité de ce moyen (Groulx, Pilote et de Léry, 2011). Il importe néanmoins de souligner qu'aucun de ces facteurs de risque ou aggravants à lui seul ne permet de conclure à un niveau de risque élevé, ni même de conclure que les personnes les présentant ont des idées d'homicide. Toutefois, ces facteurs peuvent permettre aux intervenants de se montrer vigilants en leur présence, et les amener à vérifier directement auprès de la personne si elle présente ce genre d'idées (CRAIP, 2015).

Les biais du travailleur social pouvant avoir des impacts sur l'intervention auprès de la PIH

Le sujet de l'homicide est souvent générateur d'émotions particulièrement intenses au sein de la population (Léveillé, Tousignant, Laforest et al., 2015). Les médias dépeignent fréquemment les personnes ayant commis un homicide comme des personnes déviantes, et la nouvelle est souvent rapportée de manière émotive et « dégage un sentiment d'incompréhension » (Léveillé, Tousignant, Laforest et al., 2015 : 13). De ce fait, la perception de la société à l'égard d'une personne pouvant avoir des idées d'homicide peut s'avérer négative.

Le travailleur social peut lui aussi avoir une vision défavorable à l'égard de la PIH. D'abord, il peut partager les jugements négatifs véhiculés dans la société. Des expériences professionnelles peuvent également avoir un impact néfaste sur sa perception de la PIH. Par exemple, le fait d'avoir travaillé par le passé auprès de victimes potentielles peut influencer son niveau d'empathie envers la PIH lors d'une intervention auprès de celle-ci. Aussi, des valeurs, des croyances ou des expériences sur le plan personnel peuvent également avoir une influence sur sa perception. Par exemple, un travailleur social ayant déjà vécu de la violence conjugale peut avoir un faible niveau d'empathie pour une personne ayant des idées d'homicide envers son conjoint ou sa conjointe. Les valeurs et les croyances défavorables qu'entretiennent les travailleurs sociaux à l'égard de ces personnes peuvent avoir des effets néfastes sur leur intervention (CRAIP, 2015; Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec [OTSTCFQ], 2007; Rondeau, Brodeur, Nadeau et al., 2002). Des moyens permettant de surmonter ces valeurs et croyances défavorables à l'égard de la PIH seront abordés ultérieurement dans cette section.

En présence de telles valeurs et croyances chez le travailleur social, le lien de confiance nécessaire à une intervention sociale aidante pour la clientèle (OTSTCFQ, 2012a) pourra alors plus difficilement être créé. Il importe de se rappeler que pour établir la relation d'aide, il est essentiel, entre autres, d'« accepter le client tel qu'il se présente », d'« être empathique envers les sentiments du client » et de « maintenir une approche qui évite les jugements » (OTSTCFQ, 1993 : 5). Ainsi, pour être à même d'établir un lien de confiance lui permettant de venir en aide à la personne présentant des idées d'homicide, le travailleur social doit être en mesure d'accueillir ses propos sans jugement et de démontrer de l'ouverture (CRAIP, 2015; Drouin, Lindsay, Dubé et al., 2012).

De plus, le travailleur social doit croire au potentiel de la personne de se développer et d'évoluer, et le but de son intervention est d'« aider la personne à se développer et rétablir son fonctionnement social » (OTSTCFQ, 2012b : 12). Dans un contexte de risque d'homicide, il faut également viser une

diminution du niveau de risque par l'utilisation de stratégies d'intervention auprès de la personne (CRAIP, 2015). De la sorte, lors de l'intervention, bien qu'il soit parfois nécessaire d'instaurer des mesures de protection lorsque le niveau de danger le justifie, il est tout de même important de garder ces recommandations en tête, et ce, en vue d'apporter une aide concrète à la personne et d'éviter d'intervenir d'une manière pouvant s'avérer trop coercitive pour la situation. Advenant le cas où le travailleur social ne croirait pas au potentiel de la personne et ne ressentirait que peu d'empathie pour elle, il lui serait nécessaire de prendre conscience du fait qu'il a atteint ses limites professionnelles et ne peut offrir à la personne l'aide dont elle a besoin. Dans une telle situation, le travailleur social serait dans l'obligation d'aviser la personne de son incapacité à pouvoir l'aider, avant de la référer à un collègue (Éditeur officiel du Québec, 2002).

Comme mentionné précédemment, la vision défavorable que peut avoir le travailleur social à l'égard de la PIH peut rendre difficile l'application des recommandations énumérées dans cette section, et même rendre son intervention inutile, voire nuisible. Elle pourrait également biaiser l'évaluation du professionnel, le poussant à surévaluer ou à sous-estimer le niveau de risque. Par conséquent, il importe de prendre conscience de ses préjugés, de ses valeurs et de ses croyances face à la situation, qui constituent des biais lors de l'intervention (CRAIP, 2015; Drouin, Dubé, Lindsay et al., 2012; OTSTCFQ, 2012a). Par la suite, le travailleur social doit prendre des mesures pour s'assurer que ceux-ci ne nuiront pas à l'intervention. Pour y arriver, il doit parvenir à se centrer sur la PIH en s'efforçant de mettre ses biais de côté. L'utilisation des Outils d'estimation et de gestion du risque d'homicide pour s'assurer d'analyser objectivement la situation constitue un moyen efficace. Consulter ses collègues ou un superviseur afin d'obtenir leur avis sur la situation et pour valider l'estimation, ou encore demander à un collègue de poursuivre l'intervention avec la personne (en cas de biais trop importants et risquant de porter préjudice à la démarche d'aide) constituent d'autres exemples de moyens susceptibles de contrer les biais du travailleur social lors de l'intervention (CRAIP, 2015).

L'intervention auprès de la PIH

Le travailleur social doit être au fait des réalités particulières vécues par la personne afin d'être en mesure de démontrer de l'empathie au moment d'intervenir. D'ailleurs, des études démontrent que la PIH vit une grande détresse psychologique, et que de nombreuses personnes ayant commis un homicide présentaient des symptômes dépressifs au moment du passage à l'acte (Drouin, Lindsay, Dubé et al., 2012; Marleau, Roy, Webanck et al., 1999; Salari et Sillito, 2016; Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012).

Passer à l'acte en commettant un homicide est rarement le but ultime de la personne. En effet, les idées d'homicide masquent souvent le besoin de la personne de faire cesser une souffrance ou de surmonter une impasse qu'elle ne parvient pas à gérer autrement que par l'homicide (Drouin, Lindsay, Dubé et al., 2012), qu'il s'agisse par exemple du besoin pour une victime de faire cesser une situation de violence conjugale alors qu'elle n'en voit pas l'issue, du besoin de conserver la garde exclusive de ses enfants tandis qu'un jugement défavorable à cet égard a été rendu, ou encore du besoin que ses parents continuent de subvenir à ses besoins alors que ceux-ci refusent désormais de le faire. Ces idées d'homicide peuvent également émerger du désir de contrôle du ou de la partenaire ou ex-partenaire à la suite d'une rupture (ou face à l'imminence d'une rupture).

Pour diminuer le risque d'homicide, le travailleur social pourrait aider la personne à cerner les besoins auxquels les idées d'homicide cherchent à répondre et explorer avec la personne des alternatives au passage à l'acte (CRAIP, 2015; Drouin, Lindsay, Dubé et al., 2012). Prenons l'exemple d'une jeune mère présentant des symptômes de dépression post-partum, recevant peu de soutien de son

entourage, et dont le bébé, issu d'une grossesse non désirée, demande une quantité considérable de soins à ses yeux (il pleure beaucoup, dort peu le jour comme la nuit, etc.). Les besoins de cette jeune femme pourraient consister à retrouver la liberté et la santé physique et mentale qu'elle avait avant la venue au monde de son bébé, ainsi que d'être soutenue dans son nouveau rôle de mère. Si elle est complètement envahie par les tâches et les soins requis par l'enfant et n'entrevoit pas la possibilité de recevoir de l'aide au quotidien, il est possible que la meilleure solution à ses yeux soit que le bébé disparaisse, ce qui pourrait mener graduellement à des idées d'homicide envers ce dernier. Le rôle du travailleur social dans ce contexte est d'aider cette jeune femme à identifier d'autres moyens de répondre aux besoins à l'origine de ces idées, par exemple en l'accompagnant dans l'adaptation à son rôle de mère et en la référant vers des ressources d'aide pouvant l'assister au quotidien avec son bébé.

Les idées d'homicide peuvent également survenir en réaction à une ou des pertes vécues par la personne et lui paraissant insurmontables (CRAIP, 2015; Drouin, Lindsay, Dubé et al., 2012). Par exemple, dans le cas d'un homicide conjugal, la séparation est souvent perçue comme étant extrêmement douloureuse par la personne quittée (Drouin, Lindsay, Dubé et al., 2012; Léveillé, Doyon et Cantinotti, 2019; Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012); celle-ci peut éprouver un fort sentiment d'abandon (Bénézech, 1996, cité par Léveillé et Lefebvre, 2011), ou vivre la rupture comme une perte de contrôle sur son conjoint ou sa conjointe (CRAIP, 2015). Dans une telle situation, la personne peut se sentir incapable de faire face à la perte de l'autre et à sa perte de contrôle sur l'autre (Drouin, Lindsay, Dubé et al., 2012; Léveillé et Lefebvre, 2011; Rondeau, Brodeur, Nadeau et al., 2002), et ainsi en venir à envisager l'homicide pour ne pas avoir à subir ces pertes (CRAIP, 2015). Le travailleur social aura donc avantage, dans un tel cas, à aider la personne à cheminer dans son processus de deuil de la relation (Drouin, Lindsay, Dubé et al., 2012).

Ensuite, les PIH semblent généralement avoir plus de difficultés à obtenir une aide spécifique à la problématique de l'homicide en comparaison aux personnes aux prises avec d'autres problématiques (Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012). Par ailleurs, les hommes, lesquels ont plus fréquemment des idéations d'homicide, comme nous l'avons mentionné précédemment, utiliseraient moins les services d'aide que les femmes (Lavallée, 2017; Barabé, 2012; Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012). Rondeau, Brodeur, Nadeau et leurs collaborateurs (2002) rapportent que lorsque ces derniers demandent de l'aide, c'est en dernier recours, lorsque toutes leurs stratégies d'adaptation se sont avérées infructueuses. Enfin, l'accès à des ressources spécialement conçues pour les hommes est plus limitée, et le dépistage de la dépression est plus difficile chez cette clientèle, principalement dû au fait qu'elle n'exprime pas de la même manière sa détresse (Rondeau, Brodeur, Nadeau et al., 2002; Shafer et Wendt, 2015). Ces obstacles à obtenir de l'aide pourraient augmenter le risque de passage à l'acte (Rondeau, Brodeur, Nadeau et al., 2002; Tremblay, Delorme, Ménard et al., 2012). Le travailleur social devrait donc porter une attention particulière aux hommes effectuant une démarche d'aide et, dans la mesure du possible, s'assurer de leur offrir une aide appropriée dans de courts délais.

Finalement, la problématique de l'homicide est évidemment de nature criminologique. Dès lors, non seulement la personne vit une situation difficile et en souffre, mais elle envisage également de poser un acte criminel qui aura des impacts irréparables pour elle-même, mais aussi pour plusieurs autres personnes. Cette situation peut lui ajouter un fardeau supplémentaire, et elle pourrait en conséquence se montrer hésitante à se confier à ce sujet. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il est crucial pour le professionnel de privilégier certaines attitudes lorsqu'il reçoit ce genre de dévoilement. Il doit d'abord se montrer chaleureux et rassurant, et démontrer de l'ouverture face aux idées d'homicide de la personne de même qu'à son état émotif. Il lui importe de responsabiliser la personne par rapport aux comportements qu'elle pourrait avoir eus (par exemple, si une personne indiquerait avoir commis de la violence conjugale) tout en évitant de tenir des propos moralisateurs

ou culpabilisants. Le travailleur social doit également s'abstenir de porter des jugements. Finalement, tel que nous l'avons mentionné précédemment, il doit s'assurer de respecter ses limites personnelles et professionnelles (CRAIP, 2015; Drouin, Lindsay, Dubé et al., 2012).

Assurer la sécurité des personnes impliquées

Malgré ses objectifs d'intervention, qui sont d'aider la personne à se développer et à rétablir son fonctionnement social, le travailleur social doit d'abord et avant tout « protéger la vie et assurer la sécurité des personnes » impliquées (CRAIP, 2015 : 33). Pour ce faire, le travailleur social doit être bien au fait des lois et règlements qui régissent le secret professionnel et la confidentialité, comme le Code des professions (RLRQ, chapitre C-26), le Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (RLRQ c. C-26, r 286), la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ c A-2.1.), la Loi sur la santé et les services sociaux (RLRQ c S-4.2). Le présent article ne vise pas à renseigner les travailleurs sociaux au sujet de ces dispositions juridiques, mais plutôt à les sensibiliser à l'importance de bien les connaître afin d'être en mesure de poser des actions en cohérence avec les lois et règlements en vigueur, et ainsi d'assurer la sécurité des personnes impliquées.

Bien sûr, veiller à la sûreté de la victime potentielle est une évidence, mais outre celle-ci, qui sont les autres personnes impliquées?

Tout d'abord, le travailleur social doit penser à sa propre sécurité, car aucune situation, quelle que soit sa gravité, ne justifie qu'il se mette en danger (CRAIP, 2015). Ensuite, il doit avoir la préoccupation d'assurer la sécurité de toutes les autres personnes pouvant être appelées à intervenir auprès de la PIH, qu'il s'agisse des services policiers, ambulanciers, médicaux ou autres. Pour ce faire, le travailleur social doit leur fournir toute information pertinente leur permettant d'intervenir de façon sécuritaire (par exemple, indiquer la présence d'une arme à feu dans le cas d'une intervention à domicile) (CRAIP, 2015; Groulx, Pilote et De Léry, 2011). Outre la victime potentielle, d'autres personnes de l'entourage pourraient également être ciblées par la PIH (CRAIP, 2015; Rondeau, Brodeur, Nadeau et al., 2002). Il pourrait s'agir de personnes présentes au moment du passage à l'acte et qui pourraient tenter de porter secours à la victime. Ce pourrait également être des personnes qui, en raison de leur lien avec l'individu ou avec la victime potentielle, pourraient devenir victimes à leur tour (CRAIP, 2015). Par exemple, une personne souhaitant mettre fin aux jours de son père pourrait en venir à cibler sa mère aussi.

Bref, la sécurité de toutes les personnes pouvant être impliquées devrait primer avant tout. Toutefois, comme mentionné précédemment, des mesures de protection ne doivent être mises en place que lorsque le niveau de risque le justifie (CRAIP, 2015). En effet, une personne qui verbalise des idées d'homicide n'est pas forcément sur le point de passer à l'acte. De manière générale, l'homicide survient rarement sur un coup de tête, mais plutôt après une période plus ou moins longue à ressasser sa colère et ses autres émotions négatives. L'idée de l'homicide apparaît graduellement dans l'esprit de l'individu, pour finalement s'imposer comme étant la seule solution possible (Dobash, Dobash et Cavanagh, 2009). C'est pourquoi le stade de planification peut varier selon les personnes et les situations, ainsi que selon le moment où la PIH est rencontrée par le travailleur social (CRAIP, 2015). Par exemple, une personne rencontrée pourrait n'avoir planifié aucun acte homicide, mais s'imaginer poser un tel geste et peut-être même ressentir une satisfaction face à ce fantasme, sans toutefois avoir réellement l'intention de le réaliser. Par contre, cette même personne,

si elle est rencontrée quelques semaines plus tard, pourrait avoir pensé à un moment où le passage à l'acte serait opportun et envisager de plus en plus sérieusement de le concrétiser.

Dans les situations où l'estimation permet de conclure à un niveau de risque moyen ou élevé, mais sans que ce niveau de risque ne justifie la mise en place de mesures de protection plus coercitives (par exemple, faire intervenir les policiers, briser le secret professionnel ou demander aux policiers de transporter la personne au centre hospitalier contre son gré), certaines stratégies peuvent être utilisées auprès de la PIH afin de gérer le niveau de risque d'homicide. Le fait d'établir une stratégie de sécurité, notamment dans le cas où le niveau de risque est élevé, est nécessaire. Il pourrait s'agir d'éloigner le moyen identifié (par exemple, confier son arme à feu à un proche possédant un permis valide), ou encore d'aller passer quelques jours chez une personne de confiance (par exemple, si la PIH vit avec la victime ciblée). Identifier des moments critiques, qui consistent en des « situations ou circonstances pouvant accroître le risque de passage à l'acte » (CRAIP, 2015 : 77), peut permettre à la personne de prévoir ces moments, de s'y préparer et de chercher à les éviter dans la mesure du possible. Offrir un suivi adapté au niveau de risque est également essentiel. Ce suivi devra cibler avec la personne la problématique sous-jacente aux idées d'homicide, et la fréquence des rencontres devra également être adaptée au niveau de risque. L'intervenant offrant ce suivi devra s'assurer d'effectuer régulièrement une réévaluation du niveau de risque à l'aide de l'Outil d'estimation du risque d'homicide. La fréquence à laquelle les réévaluations devront être réalisées sera déterminée en fonction du niveau de risque, selon le jugement professionnel du travailleur social. Par exemple, dans le cadre d'un suivi avec une personne présentant un niveau de risque élevé, la réévaluation devrait être refaite à chaque rencontre. Toutefois, en présence d'une personne présentant un risque modéré dont la situation présente des améliorations, le travailleur social pourrait juger que l'estimation pourrait être effectuée toutes les deux rencontres. Enfin, la mobilisation du réseau de soutien de la personne est un élément important afin que la PIH reçoive du soutien au quotidien. Bien sûr, dans ce cas, il est nécessaire d'obtenir l'accord de la personne avant d'aviser ses proches de la situation (CRAIP, 2015).

115

Tout au long de son intervention, le travailleur social doit donc trouver un équilibre entre le fait d'assurer la sécurité des personnes impliquées et celui d'être empathique et de soutenir la personne qui a des idées d'homicide (CRAIP, 2015). Atteindre cet équilibre constitue un réel défi pour le professionnel, surtout considérant que plusieurs enjeux sont en cause. D'une part, les conséquences pourraient évidemment être désastreuses si la sécurité n'avait pas été assurée alors qu'il y aurait eu lieu qu'elle le soit. D'autre part, l'intervenant doit garder à l'esprit que l'application de mesures de protection coercitives, notamment la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, c. P-38.001), peut avoir des conséquences néfastes sur la PIH. D'abord, elles privent temporairement la PIH de sa liberté, en l'emmenant contre son gré dans un centre hospitalier afin qu'elle soit évaluée par un médecin (CRAIP, 2015). Lorsque l'application de ces mesures n'est pas justifiée, le droit à la liberté de la PIH est donc brimé, alors qu'il s'agit d'un droit protégé par la Charte des droits et libertés de la personne (Gouvernement du Québec, 2019). Également, il ne faut pas oublier que le fait de planifier un homicide, jusqu'à un certain point, peut être considéré comme criminel. Ainsi, dans le cas où des mesures de protection trop encadrantes pour le niveau de risque auraient été mises en place, la personne pourrait se retrouver empêtrée dans des procédures judiciaires, ce qui serait fort fâcheux advenant le cas où elle n'avait aucunement l'intention de passer à l'acte. À la suite de cela, il est possible que lors de situations semblables dans l'avenir où elle pourrait avoir besoin de services psychosociaux, la PIH s'abstienne de demander de l'aide afin d'éviter de se retrouver dans une telle situation (CRAIP, 2015).

De ce fait, le choix de la conduite à tenir dans les situations de risque d'homicide ne doit en aucun cas être pris à la légère. Pour cela, le travailleur social se doit d'utiliser son jugement professionnel à

toutes les étapes de son intervention. D'abord, lors de l'estimation du risque d'homicide, l'utilisation de l'Outil d'estimation du risque d'homicide est essentiel; toutefois, comme nous l'avons mentionné précédemment, il constitue un levier d'intervention venant soutenir le travailleur social, mais sans se substituer à son jugement professionnel. Ainsi, l'Outil n'est pas une simple grille à remplir à la manière d'un questionnaire en vue d'en arriver à une cote finale. Une fois son estimation effectuée, le travailleur social devra gérer le risque. Pour ce faire, il pourra utiliser l'Outil de gestion du risque d'homicide. Cet Outil présente des stratégies adaptées au niveau de risque estimé, mais le travailleur social doit également utiliser son jugement professionnel. En effet, les stratégies ne doivent pas forcément être appliquées dans leur ensemble : certaines d'entre elles pourraient ne pas être appropriées à la situation, et d'autres ne figurant pas dans l'Outil pourraient tout de même s'avérer pertinentes dans une situation particulière. Aussi, comme certains biais peuvent être présents chez le travailleur social, celui-ci devrait encore une fois utiliser son jugement professionnel pour déterminer si l'importance de ces biais risque de l'empêcher d'aider adéquatement la personne lui demandant de l'aide, et s'il serait préférable qu'un ou une collègue réalise l'intervention à sa place. Enfin, en raison du fait qu'il s'agit parfois d'une décision ardue à prendre malgré les outils disponibles, il est fortement recommandé de valider son estimation avec un collègue ou un superviseur (Drouin, Lindsay, Dubé et al., 2012; CRAIP, 2015).

CONCLUSION

L'intervention auprès d'une personne présentant des idées d'homicide est complexe et comporte plusieurs défis. En tant que travailleur social, il importe en premier lieu d'effectuer une réflexion personnelle sur ses préjugés, valeurs et croyances pouvant venir biaiser son estimation et son intervention. Effectivement, chaque professionnel est avant tout un être humain ayant son bagage personnel et professionnel, lequel a souvent une influence sur sa manière de percevoir la personne aidée et d'agir avec elle. Un autre défi auquel fait face le travailleur social dans un tel type d'intervention est de trouver le juste équilibre entre le fait d'assurer la sécurité des personnes impliquées, la protection des personnes devant être sa préoccupation première, et de faire preuve d'empathie face à la personne présentant des idées d'homicide, puisque cette personne vit un moment de détresse et qu'elle tente simplement de mettre un terme à sa souffrance par un moyen inadéquat.

Les Outils d'estimation et de gestion du risque d'homicide développés par le CRAIP peuvent grandement aider le travailleur social à faire face à ces défis. Néanmoins, plusieurs situations demeurent ambiguës, et il faut garder à l'esprit que même « la meilleure estimation du risque comporte toujours une part d'imprévisibilité » (CRAIP, 2015 : 19). C'est donc dire que le jugement professionnel joue un rôle capital dans l'intervention en présence d'un risque d'homicide. Également, le jugement professionnel des collègues et du superviseur doit lui aussi être mis à profit en les consultant, ce qui contribuera à valider l'estimation réalisée ainsi que l'intervention privilégiée.

Pour finir, il importe de rappeler que la problématique de l'homicide relève du domaine criminel et qu'elle peut confronter les travailleurs sociaux à de nouveaux enjeux. Effectivement, il peut être difficile pour eux d'intervenir auprès d'une PIH et de favoriser son autodétermination tout en cherchant à protéger les personnes impliquées, ce qui peut impliquer de devoir la dénoncer aux autorités.

ABSTRACT:

Since 2015, tools for the estimation and management of homicide risk along with related training have been developed by the "Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale" (CRAIP – Centre for applied research in psychosocial intervention). These seek to support social workers in

the adoption of a professional stance that prioritizes, on the one hand, the protection of individuals and, on the other, fosters a psychosocial view of homicide. In fact, in this type of intervention, it is imperative to attempt to find a balance between empathy for the distress of the person being helped and the safety of individuals involved in the situation, including the person at risk of committing a violent act. This article presents these tools and raises avenues for action as well as issues related to this type of practice.

KEYWORDS:

Domestic homicide, homicide, intervention, tools

RÉFÉRENCES

- Azores-Gococo, N., Brook, M., Teralandur, S. P. et R. E. Hanlon (2017). « Killing a child: Neuropsychological profiles of murderers of children », *Criminal justice and behavior*, vol. 44, n° 7, 946-962.
- Barabé, L. (2012). *Guide pour intervenant(e)s : s'adapter aux réalités des hommes*, Outaouais : Table de concertation l'« Outaouais au masculin ».
- Boutin, S. et M. Cusson (1999). « L'homicide querelleur et vindicatif » : 91-130, dans J. Proulx, M. Cusson et M. Ouimet (sous la dir.), *Les violences criminelles*, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Cechova-Vayleux, E., Léveillé, S., Lhuillier, J.-P., Garre, J.-B., Senon, J.-L. et S. Richard-Devantoy (2013). « Singularités cliniques et criminologiques de l'uxoricide : éléments de compréhension du meurtre conjugal », *L'Encéphale*, vol. 39, n° 6, 416-425.
- Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (2015). *Guide d'estimation et de gestion du risque d'homicide : Manuel du participant*, Alma : CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Dantas, S., Santos, A., Dias, I., Dinis-Oliveira, R. J. et T. Magalhães (2014). « Parricide: A forensic approach », *Journal of forensic and legal medicine*, vol. 22, 1-6.
- Dawson, M. (2015). « Canadian trends in filicide by gender of the accused, 1961-2011 », *Child abuse & neglect*, vol. 47, 162-174.
- Dobash, R. E., Dobash, R. P. et K. Cavanagh (2009). « "Out of the blue": Men who murder an intimate partner », *Feminist Criminology*, vol. 4, n° 3, 194-225.
- Drouin, C., Drolet, J., Rondeau, G., Dubé, M., Lindsay, J., Brochu, S., Marchand, I., Boisclair, O., Bureau, C., Gélinas, E., Hénauld, L., Lazcano, P. et S. Therrien (2004). *Agir pour prévenir l'homicide de la conjointe : guide d'intervention*, Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), en collaboration avec le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) et le Service de police de la Ville de Québec (SPVQ).
- Drouin, C., Dubé, M., Lindsay, J. et G. Rondeau (2009). *Prévenir l'homicide de la conjointe, Aide mémoire*. Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), en collaboration avec le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) et le Service de police de la Ville de Québec (SPVQ).
- Drouin, C., Lindsay, J., Dubé, M., Trépanier, M. et D. Blanchette (2012). *Intervenir auprès des hommes pour prévenir l'homicide conjugal*, Montréal et Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF).
- Dubé, M., Léveillé, S. et J. D. Marleau (2003). « Cinq cas de néonaticide au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 2, 183-194.
- Éditeur officiel du Québec (2002, 14 juin). *Projet de loi n° 90 : loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. En ligne : <http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi-90.pdf>
- Fegadel, A. R. et K. M. Heide (2015). « Double parricide: An in-depth look at two victims homicides involving parents as victims », *Behavioral sciences and the law*, vol. 33, n° 6, 723-739.

- Fegadel, A. R. et K. M. Heide (2016). « NIBRS and SHR: A comparison of two national homicide databases with respect to parricide », *Victims & Offenders*, vol. 13, n° 2, 1-22.
- Gouvernement du Québec (2019). *Charte des droits et libertés de la personne*, Québec.
- Groulx, J., Pilote, R. et R. De Léry (2011). *L'homicide par arme à feu en contexte conjugal et familial : une étude qualitative de l'intervention dans les situations à risque auprès d'intervenants et policiers de la Montérégie*, Longueuil : Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Hellen, F., Lange-Asschenfeldt, C., Ritz-Timme, S., Verhülsdonk, S. et B. Hartung (2015). « How could she? Psychosocial analysis of ten homicide cases committed by women », *Journal of forensic and legal medicine*, vol. 36, 25-31.
- Hoffman, L. E., Lavigne, B. et I. Dickie (1998). *Femmes purgeant une peine fédérale pour homicide*. En ligne : <http://www.csc-scc.gc.ca/publications/fsw/homicide/toc-fra.shtml>
- Kropp, P. R. et S. D. Hart (2004). *Élaboration du bref questionnaire d'évaluation des risques en cas de violence conjugale (B-SAFER) : outil à l'intention des professionnels de la justice pénale*, Ottawa : Ministère de la Justice du Canada, Division de la recherche et de la statistique.
- Lavallée, M. (2017). *Plan d'action ministériel Santé et bien-être des hommes 2017-2022*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Léveillé, S., Doyon, L. et M. Cantinotti (2019). « Évolution dans le temps du filicide-suicide masculin au Québec », *L'Encéphale*, vol. 45, n° 1, 34-39.
- Léveillé, S. et J. Lefebvre (2008). *Étude des homicides intrafamiliaux commis par des personnes souffrant d'un trouble mental*, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Léveillé, S. et J. Lefebvre (2011). *Le passage à l'acte dans la famille : perspective psychologique et sociale*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Léveillé, S., Marleau, J. D. et M. Dubé (2007). Filicide: A comparison by sex and presence or absence of self-destructive behavior, *Journal of family violence*, vol. 22, n° 5, 287-295.
- Léveillé, S., Tousignant, M., Laforest, J. et P. Maurice (2015). *La couverture médiatique des homicides intrafamiliaux : mieux en comprendre les effets*, Montréal : Conseil de Presse du Québec.
- Liem, M. et A. Reichelmann (2014). « Patterns of multiple family homicide », *Homicide studies*, vol. 18, n° 1, 44-58.
- Marleau, J. D., Roy, R., Webanck, T., Laporte, L. et B. Poulin (1999). « Les parents qui tuent leurs enfants » : 107-130, dans M. Proulx, M. Cusson et M. Ouimet (sous la dir.), *Les violences criminelles*, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Marleau, J. D., Auclair, N. et F. Millaud (2006). « Comparison of factors associated with parricide in adults and adolescents », *Journal of family violence*, vol. 21, n° 5, 321-325.
- Ministère de la Sécurité publique (2016). *Les homicides familiaux en 2014 : faits saillants*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (1993). *Les normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux*, Montréal.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2007). *L'éthique et les travailleurs sociaux : éléments de réflexion et guide de délibération*, Montréal.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2012a). *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de travailleuse sociale ou travailleur social au Québec*, Montréal.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2012b). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, Montréal.
- Rondeau, G., Brodeur, N., Nadeau, J., Lindsay, J., Lemire, G. et S. Brochu (2002). *Les situations de violence conjugale comportant un haut risque de létalité : éléments de réflexion et d'analyse sur l'intervention*, Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF).
- Salari, S. et C. L. Silito (2016). « Intimate partner homicide-suicide: Perpetrator primary intent across young, middle, and elder adult age categories », *Aggression and violent behavior*, vol. 26, 26-34.
- Shafer, K. et D. Wendt (2015). « Men's Mental Health: A Call to Social Workers », *Social Work*, vol. 60, n° 2, 105-112.
- Statistique Canada (2015). *Section 4 : Les homicides dans la famille, 2000 à 2009*. En ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-224-x/2010000/part-partie4-fra.htm>

- Suicide Action Montréal (SAM) et Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU) (2011). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire*.
- Trébuchon, C. (2015). *Fonctionnement psychologique de femmes incarcérées ayant commis un crime violent*, thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Tremblay, G., Delorme, A., Ménard, C., Rochette, É., Côté, G., Martel, G., Lepage, J., Monastesse, M., Fréchette, M., Trépanier, M., Hamel, M., Lavallée, M., Dubé, M., Gagnon, S. et S. Nadeau (2012). *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*, Québec : Gouvernement du Québec.