

**Expérimentation de nouvelles modalités de services
post-tentatives adaptées aux hommes suicidaires**

Marie-Louise Beaulieu Bourgeois

Essai soumis à l'École de service social de l'Université Laval
tel que requis comme condition préalable à l'obtention de
la maîtrise en service social (M. Serv.Soc.)

Août 2009

**Expérimentation de nouvelles modalités de services
post-tentatives adaptées aux hommes suicidaires**

Marie-Louise Beaulieu Bourgeois

Essai soumis à l'École de service social de l'Université Laval
tel que requis comme condition préalable à l'obtention de
la maîtrise en service social (M. Serv.Soc.)

Août 2009

Résumé

Cet essai rend compte d'un projet qui avait pour but d'adapter le programme SILAR du Centre de prévention du suicide de Québec à la clientèle masculine. Ce programme post-tentative vise à offrir un service d'intervention, d'accompagnement, de soutien, de relance et de référence aux personnes se présentant en salle d'urgence à la suite d'un épisode suicidaire. Les modifications expérimentées visaient à favoriser une plus grande adhésion des hommes au programme et à permettre l'établissement d'un contact personnalisé avec eux lors de leur séjour à l'hôpital. Au terme du projet, seule la moitié des participants ciblés avait adhéré au programme et il fut impossible de mettre en application la procédure permettant l'établissement d'un contact à l'hôpital.

L'analyse révèle que les troubles de santé mentale, fréquents au programme SILAR, ont constitué une barrière à l'adhésion qui s'est ajoutée aux difficultés liées à la socialisation masculine. Pour contrer cette barrière et accroître la participation des hommes, il est recommandé de développer la relation thérapeutique, de recourir à la psychoéducation, d'impliquer l'entourage et de former les intervenants aux problèmes liés à la non-adhésion. Malgré les difficultés rencontrées, la prise de contact à l'hôpital demeure pertinente. D'autres efforts devraient être faits pour implanter cette procédure en s'inspirant des expériences réalisées dans le champ de la toxicomanie. Finalement, l'utilisation de la procédure de relance téléphonique expérimentée au cours du projet est conseillée, mais doit être utilisée modérément avec les clients présentant un trouble de personnalité limite ou une dynamique récurrente.

Avant-propos

Cet essai représente la fin d'un cheminement académique qui fut parsemé d'obstacles, mais sans conteste fort enrichissant tant au plan professionnel que personnel. Plusieurs personnes ont contribué à la réussite de ce projet et je ne pourrais traverser cette étape ultime sans souligner leur apport.

Je voudrais d'abord remercier les employés du Centre de prévention du suicide de Québec pour leur générosité et leur appui constant depuis le début de mon cheminement professionnel. Merci de m'avoir transmis votre expertise, votre souci de la clientèle et surtout, votre passion. Un merci particulier à Annie Perreau et à Éric Arseneault qui ont été, et sont toujours, des modèles pour moi. Ceux-ci ont cru en moi, m'ont guidée, m'ont inspirée et ont grandement contribué à faire de moi la professionnelle que je suis aujourd'hui. Merci à Sylvie Nadeau, directrice générale du Centre de prévention du suicide de Québec, qui m'a offert l'opportunité de réaliser ce projet et m'a fait entièrement confiance dans sa mise en application.

Je remercie mes proches pour leur soutien et leurs encouragements lors de moments de doute et de stress. Un merci spécial à mes trois chères amies d'études, Audrey R., Audrey T. et Johannie, qui m'ont motivée, m'ont soutenue et m'ont amenée à me surpasser. Merci à mes trois grandes amies d'enfance, Emmanuelle, Isabelle et Anne-Marie, pour leur écoute et leurs encouragements. Merci à mes parents qui ont cru en moi et m'ont incitée à persévérer. Finalement, merci à mon amour, Marc-André, de m'avoir donné le courage, les moyens et surtout la confiance en moi nécessaires à l'achèvement d'un tel projet. Sans vous tous, je n'aurais certainement pas mené à terme ce projet.

Je ne pourrais passer sous silence l'aide précieuse de mon consultant, M. Normand Brodeur. Merci de m'avoir donné l'opportunité d'apprendre des meilleurs, merci pour votre patience, votre dévouement et surtout pour vos conseils judicieux.

Table des matières

RÉSUMÉ	II
AVANT-PROPOS	III
TABLE DES MATIÈRES	IV
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	VI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE	3
1.1. DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DU SUICIDE	3
1.2. LE SUICIDE : UN PHÉNOMÈNE MULTIFACTORIEL	4
1.3. LE PROCESSUS SUICIDAIRE	6
1.4. LES SERVICES OFFERTS À LA POPULATION SUICIDAIRE	8
1.5. LACUNES DES SERVICES OFFERTS À LA POPULATION SUICIDAIRE.....	10
CHAPITRE 2 : LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE CHEZ LES HOMMES	12
2.1. EXPLICATION DES HAUTS TAUX DE SUICIDE CHEZ LES HOMMES.....	12
2.2. SOCIALISATION MASCULINE, DEMANDE D'AIDE ET RÉPONSE DES SERVICES	14
2.3. LES SERVICES OFFERTS AUX HOMMES SUICIDAIRES	16
2.4. APPROCHE D'INTERVENTION SPÉCIFIQUE À LA CLIENTÈLE MASCULINE.....	17
2.5. LES LACUNES DES SERVICES OFFERTS AUX HOMMES SUICIDAIRES	18
CHAPITRE 3 : DESCRIPTION DU PROJET D'INTERVENTION	20
3.1. LE CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE QUÉBEC.....	20
3.2. LE PROGRAMME SILAR.....	20
3.3. LES OBJECTIFS ET LES OUTILS D'INTERVENTION.....	21
3.4. LES OBJECTIFS ET LES OUTILS D'ÉVALUATION	23
3.5. CLIENTÈLE ET RECRUTEMENT	25
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	26
4.1. PRÉSENTATION DE LA CLIENTÈLE RECRUTÉE	26
4.2. MODIFICATION DE LA PROCÉDURE DE PRISE DE CONTACT	27
4.3. L'ADHÉSION DES HOMMES AU PROGRAMME.....	30
4.4. LA PROCÉDURE DE RELANCE.....	30
4.5. L'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE SUR LA SATISFACTION DES CLIENTS	33
CHAPITRE 5 : ANALYSE DES RÉSULTATS ET RECOMMANDATIONS	36
5.1. LA CLIENTÈLE RECRUTÉE	36
5.1.1. <i>Suicide et troubles de santé mentale</i>	36
5.1.2. <i>Suicide et troubles de santé mentale chez les hommes : un lien particulier</i>	38
5.1.3. <i>L'adhésion au traitement des personnes souffrant de troubles mentaux</i>	39
5.1.4. <i>Implications pour la pratique</i>	39
5.2. LA PRISE DE CONTACT	41
5.2.1. <i>Le champ de la toxicomanie : un exemple de réussite</i>	43
5.2.2. <i>Implications pour la pratique</i>	45
5.3. QUESTIONNEMENTS À PROPOS DE LA PROCÉDURE DE RELANCE TÉLÉPHONIQUE	46
5.3.1. <i>La responsabilisation de la clientèle</i>	47
5.3.2. <i>Implications pour la pratique</i>	48

CONCLUSION	50
RÉFÉRENCES	52
ANNEXE A : ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE SUR L'OPINION DES HOMMES QUANT À LA PRISE DE CONTACT	58
ANNEXE B : OPINION DES CLIENTS SUR LA PRISE DE CONTACT	60

Liste des figures et des tableaux

FIGURES

FIGURE 1 : LES SPHÈRES D'INFLUENCE SELON LE MODÈLE DE WHITE ET JODOIN (1998)	5
FIGURE 2 : MODÈLE DE PRÉDICTION DE LA TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ LES HOMMES (HOULE, 2005)	13

TABLEAUX

TABLEAU 1 - CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ.....	25
TABLEAU 2 - PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE RECRUTÉE	26
TABLEAU 3 – DÉROULEMENT DE LA PRISE DE CONTACT	29
TABLEAU 4 – RÉSULTATS QUANT À L'ADHÉSION AU PROGRAMME	30
TABLEAU 5 – EFFETS DE LA PROCÉDURE DE RELANCE	32

Introduction

Le suicide fait partie des causes de décès les plus fréquentes au Québec (St-Laurent, & Gagné, 2008) et c'est chez les hommes que la problématique est la plus inquiétante. En effet, en plus d'avoir les taux de suicide les plus élevés au Québec (St-Laurent, & Gagné, 2008), la documentation souligne une incompatibilité entre certains traits de la masculinité traditionnelle et la demande d'aide, limitant donc l'utilisation des ressources par les hommes (Tremblay, & al., 2007; Houle, 2005; Roy, 2007; Daigle, 2000). De plus, il existe peu de services en prévention du suicide adaptés à la réalité masculine. Par conséquent, l'adhésion des hommes aux services est souvent faible.

Dans l'optique de mieux répondre aux besoins des hommes suicidaires et ainsi diminuer le taux de suicide, il importe de trouver des moyens tangibles. Ayant ce dessein comme toile de fond, le présent essai analyse un projet d'intervention ayant pour but d'adapter un service à cette clientèle spécifique. De manière plus précise, ce projet cherchait à permettre l'établissement d'un contact personnalisé avec l'homme suicidaire lors de son séjour à l'hôpital et à favoriser une plus grande adhésion au traitement.

Le présent document comporte cinq chapitres. Le premier chapitre dresse l'état des connaissances sur la problématique du suicide au Québec. En plus de décrire la situation, ce chapitre présente un modèle conceptuel du suicide, les services offerts à cette clientèle ainsi que leurs limites. Toujours dans l'optique de faire l'état des connaissances, le deuxième chapitre expose la problématique du suicide chez les hommes. À ce titre, certaines explications sont apportées afin de mieux comprendre les hauts taux de suicide associés à cette population ainsi que les particularités liées à leur manière de demander de l'aide. Aussi, les services offerts à cette clientèle ainsi que leurs limites sont présentés. À la lumière de la problématique, le cadre méthodologique et le contexte dans lequel ce projet s'est déroulé sont décrits. Ainsi, le chapitre 3 présente les choix qui ont été faits quant à l'intervention et à l'évaluation. Le chapitre 4, pour sa part, dresse un bilan de l'intervention réalisée. Plus spécifiquement, cette section aborde les modifications apportées au projet initial et présente les résultats obtenus compte tenu de ces changements. Finalement, le chapitre 5 propose une analyse des résultats et offre certaines recommandations pour améliorer la pratique.

Ultimement, cet essai permet de mettre en exergue les retombées de ce projet pour l'intervention en service social.

Chapitre 1

La problématique du suicide

Ce chapitre cherche à mieux comprendre ce qu'est le suicide et à faire état de la situation québécoise en regard de cette problématique. Pour ce faire, une définition du suicide, quelques données épidémiologiques, et un modèle explicatif sont présentés. Les principaux services offerts en matière de suicide et les approches d'intervention actuellement utilisées sont également exposés.

1.1. Définition et épidémiologie du suicide

Selon l'AQPS (2003), l'expression « suicide complété » signifie « qu'un acte délibéré, causant la mort, est accompli par une personne contre elle-même ». Bien que cette définition illustre bien ce qu'est l'acte suicidaire, elle ne tient pas compte de la souffrance de la personne. À ce propos, l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (2006) ajoute l'idée qu'à travers cet acte, la personne aspire à un changement et que, dans la majorité des cas, la mort n'est pas le but ultime, mais plutôt une façon de mettre fin à une situation.

Le suicide est une problématique de santé publique importante au Québec. Entre 1981 et 2005, 31 000 québécois se sont suicidés (Gagné, & St-Laurent, 2009). Aussi, on note une augmentation de 30% des taux de suicide entre 1976 et 2001 (St-Laurent, & Bouchard, 2004). De manière plus précise, il est à noter qu'au Québec, le nombre de suicides a intensément augmenté entre 1981 et 1999, passant de 1047 à 1680 par année. Toutefois, depuis les années 2000, ce phénomène diminue considérablement (St-Laurent, & Gagné, 2008) et a atteint son niveau le plus bas en 2007 avec 1091 suicides (Gagné, & St-Laurent, 2009). Selon plusieurs auteurs (Gagné, & St-Laurent, 2009; St-Laurent, & Gagné, 2008), l'importante baisse du nombre annuel de suicides au Québec serait principalement attribuable à une baisse chez les hommes. On voit, depuis 1999, une diminution de 40% chez cette population alors que chez les femmes, cette baisse est de 24% (Gagné, & St-Laurent, 2009).

Pour St-Laurent et Gagné (2008), bien que le suicide diminue depuis les années 2000, il demeure encore une problématique très préoccupante. En effet, le suicide est devenu en 2006,

la seconde cause de mortalité chez les 15 à 19 ans et demeure encore et de loin, la première cause de mortalité chez les 20-34 ans. La tranche d'âge pour laquelle les taux de suicide sont les plus élevés au Québec est les 35-49 ans, et ce, pour les deux sexes réunis. Cependant, les hommes continuaient d'être le sexe qui se suicide le plus au Québec en 2007.

En plus d'avoir comme résultat de nombreux décès, le suicide provoque d'importants coûts à l'État et à la société. En effet, les coûts directs occasionnés par cent suicides sont élevés à plus d'un demi-million de dollars en frais de services de santé, d'autopsies, de funérailles et d'enquêtes policières. Les coûts indirects, qui représentent la valeur de la perte de productivité attribuable aux décès prématurés, sont encore plus considérables, estimés à près de 80 millions de dollars (Clayton, & Barcelò, 2000).

1.2. Le suicide : un phénomène multifactoriel

Selon le MSSS (2006), le suicide est un phénomène complexe et multidimensionnel. Compte tenu de cet aspect, il n'existe pas de consensus en ce qui a trait à l'étiologie du suicide. Toutefois, les auteurs s'entendent pour dire que le suicide est le résultat d'une combinaison de facteurs de risque qui, à un moment particulier, rendent l'individu plus vulnérable. Les stratégies mises en place pour faire face au suicide doivent être représentatives de cette vision multifactorielle (MSSS, 2006).

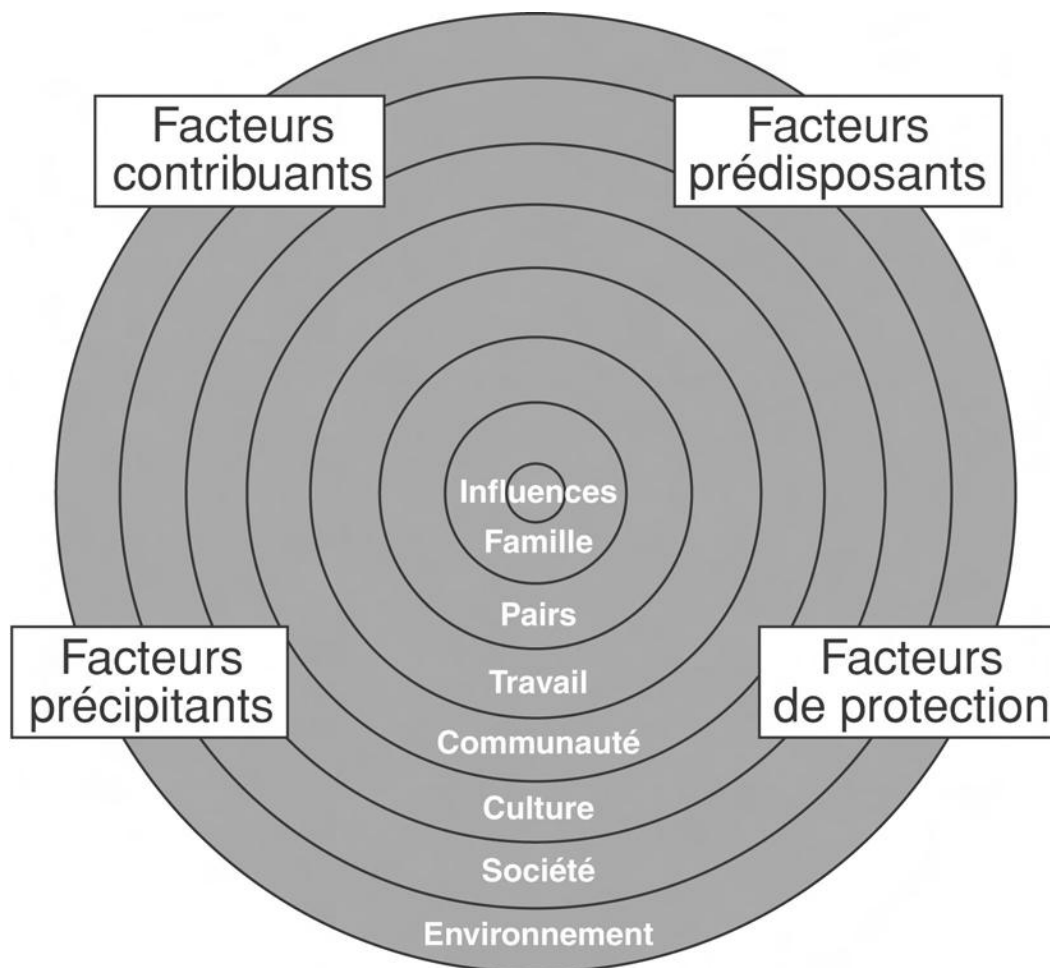
Le modèle de White et Jodoin (1998, dans AQPS, 2003) (figure 1), adapté du modèle écologique de Bronfenbrenner, a pour avantage d'offrir un cadre d'analyse prenant en compte les caractéristiques individuelles, mais aussi l'interaction entre la personne et son environnement. Aussi, ce modèle permet de mettre en relief l'aspect multifactoriel du suicide et l'importance des interactions entre les différents facteurs associés aux comportements suicidaires.

Selon ce modèle, le suicide et les comportements suicidaires s'inscrivent dans un environnement social, économique et politique dont l'individu est le centre. Tout autour de l'individu, différentes sphères d'influence coexistent telles que la famille, les pairs, le travail, la communauté, la culture, la société et l'environnement. C'est de l'interaction entre

l'individu et les différentes sphères d'influence qui l'entourent que les comportements suicidaires émergent.

Aussi, selon ce modèle, le suicide est le résultat de l'interaction entre quatre catégories de facteurs, soit les facteurs prédisposants, les facteurs contributants, les facteurs précipitants et les facteurs de protection.

Figure 1 : Les sphères d'influence selon le modèle de White et Jodoin (1998)



Les *facteurs prédisposants* sont les éléments de la vie d'une personne qui la rendent plus vulnérable au suicide. Ils sont reliés à son histoire de vie et constituent, en quelque sorte, la plate-forme sur laquelle la personne évolue. Les facteurs prédisposants sont issus du réseau

familial (histoire familiale de suicide, de violence et d'abus; pertes vécues en bas âge; etc.) et de l'entourage (isolement, manque de lien significatif, banalisation du suicide, etc.). Ils comprennent aussi tous les facteurs individuels (troubles mentaux, dépressions, deuils non résolus, etc.). La présence de facteurs prédisposants crée une grande fragilité chez un individu, et ce, avant même qu'un événement vienne perturber son état d'équilibre.

Les *facteurs contributants*, pour leur part, sont des comportements ou des événements qui accentuent le niveau de risque présent. L'abus de substances de toutes sortes, le manque d'habiletés d'adaptation, l'instabilité familiale et le manque de ressources dans le milieu immédiat et éloigné en sont des exemples. Il est à noter que les facteurs suivants augmentent la vulnérabilité des personnes face au suicide : une perte récente, l'isolement, le fait de vivre seul, le manque de soutien social, le chômage et les idéations suicidaires antérieures.

Les *facteurs précipitants* sont ceux qui pourront agir comme déclencheurs d'un déséquilibre. L'échec, l'humiliation, le rejet, la peine d'amour, la crise disciplinaire ou tout autre événement de vie récent et difficile, déstabilisant la personne dans sa façon de voir et de comprendre les choses en sont des exemples. Compte tenu de l'histoire de vie de chacun, les facteurs précipitants qui créeront un état de désorganisation différent d'une personne à l'autre.

Finalement, les *facteurs de protection* sont les conditions qui réduisent l'impact des facteurs contributants et prédisposants. La présence de modèles sains, la disponibilité de ressources dans l'entourage, de bonnes habiletés sociales et des stratégies d'adaptation adéquates sont quelques-uns des facteurs qui protègent la personne, en élargissant son éventail d'alternatives devant les situations difficiles.

En somme, le suicide est un phénomène complexe qui résulte d'un cumul de facteurs et d'une interaction entre ceux-ci, à un moment particulier de la vie d'une personne. Toutefois, la détresse et le désespoir constituent des facteurs communs dans tout processus suicidaire.

1.3. Le processus suicidaire

Le processus qui mène au suicide peut se comprendre à l'aide du concept de crise. Caplan (1964, dans Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska, 2003) voit celui-ci comme

une période relativement courte de déséquilibre chez une personne confrontée à une situation qui représente un problème important pour elle et qu'elle ne peut gérer à l'aide de ses ressources habituelles. Jobin et Mandeville (2005) ajoutent que la crise suicidaire est générée lors de l'évolution d'une crise non-résolue. En effet, lorsque les stratégies d'adaptation habituelles ne sont pas efficaces, l'individu peut envisager différentes solutions pour mettre un terme aux souffrances qui en découlent (Jobin, & Mandeville, 2005). C'est alors que la personne peut commencer à envisager le suicide comme une solution à ses problèmes.

Pour l'AQPS (2003), le processus suicidaire débute lorsqu'une personne, ne trouvant pas de solution à un problème, commence à avoir des visions d'autodestruction de quelques secondes. Ces *flashes suicidaires* peuvent se présenter une seule fois et ne plus jamais revenir, mais il peut arriver que cette pensée persiste et se transforme en *idéations suicidaires*. À ce stade, ne trouvant toujours pas de solution, l'option du suicide est de plus en plus envisagée. Vient ensuite l'étape de *rumination* dans laquelle la personne vit souvent une grande angoisse due à son incapacité de sortir de l'impasse. La personne pense alors sans arrêt au suicide et commence à élaborer des scénarios, à planifier son suicide. L'omniprésence des pensées suicidaires attise une souffrance déjà très présente. C'est alors que vient l'étape de la *cristallisation* où la personne considère le suicide comme l'ultime solution à ses problèmes, à la suite de quoi, la personne finit d'élaborer son plan. À l'étape du *plan complété*, il peut arriver qu'elle se sente soulagée puisqu'elle sait que sa souffrance tire à sa fin, affichant donc une certaine sérénité. Finalement, vient la dernière étape où, cristallisée dans l'idée du suicide, la personne *passse à l'acte*. Cette dernière étape se produira souvent à la suite d'un événement déclencheur, la goutte faisant déborder le vase à la suite d'une longue série d'échecs et de pertes.

Pour l'AQPS (2003), ces étapes distinctes se vivent de manière très différente d'une personne à l'autre. Alors que certaines personnes franchiront ces étapes rapidement, d'autres les vivront très lentement. Il peut aussi arriver que certaines personnes sautent des étapes, que d'autres y restent figées ou encore reviennent à une étape antérieure.

1.4. Les services offerts à la population suicidaire

Si l'on se place dans une perspective historique, on constate que la problématique du suicide a longtemps occupé un rang secondaire dans le cadre des différentes stratégies gouvernementales et que la mobilisation du milieu institutionnel face à cette problématique a été tardive. Avant les années 90, dans la plupart des régions du Québec, les activités de prévention, de promotion et de postvention sont d'abord prises en charge par les Centres de prévention du suicide [CPS] qui ont acquis une expertise dans ce domaine (MSSS, 1998). Les années 90, marquées par de hauts taux de suicide au Québec, ont mené les différents acteurs à mettre en branle des stratégies pour contrer cette problématique. Ainsi, ce n'est qu'à la suite de la Politique de santé mentale de 1989, qu'une réflexion gouvernementale a été entreprise (Lacroix, 1990). Aujourd'hui, l'intérêt du gouvernement du Québec relativement à la problématique du suicide s'est accru et les actions prises, tels que la Stratégie québécoise d'action face au suicide (MSSS, 1998), le Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003) et le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005), le démontrent bien.

À ce jour, bien que le milieu institutionnel soit plus impliqué dans la prévention du suicide, les principaux services d'intervention en la matière sont toujours offerts par les CPS. Toutefois, plusieurs autres établissements tels que les CSSS, les hôpitaux et les Centres de crise offrent des services à cette population. Les lignes qui suivent présentent les principaux services offerts dans la région de Québec aux personnes suicidaires.

L'aide téléphonique est le type de services le plus courant pour la population suicidaire et constitue la porte d'entrée du CPS. À partir de la ligne provinciale 1-866-APPELLE, il est possible de rejoindre en tout temps un CPS, et ce, partout au Québec. Principalement centré sur l'intervention de crise suicidaire, ce service sert à désamorcer les crises. Le principe derrière cette pratique est que l'aide doit être disponible en tout temps et offerte par un intervenant anonyme afin de ne pas créer de relation particulière entre l'intervenant et l'appelant. Une telle pratique est justifiée par le fait que la personne suicidaire ne doit pas devenir dépendante d'un individu qui pourrait ne pas être rejoint quand l'appelant vit une situation de crise particulièrement difficile (Mishara, 2003b).

Les suivis cliniques pour les personnes présentant des idées suicidaires est un autre type de services offert à la population suicidaire du Québec. Dans la région de Québec, ces services sont principalement offerts par le CPS et peuvent s'échelonner sur plusieurs mois, allant jusqu'à 10 rencontres. Les approches thérapeutiques utilisées par le CPS sont l'intervention de crise suicidaire et la thérapie brève centrée sur les solutions. Toutefois, d'autres approches peuvent être utilisées comme les autres types de thérapies brèves et l'approche cognitivo-comportementale.

Le suivi post-tentative, pour sa part, prend habituellement la forme d'un suivi communautaire et intensif visant les personnes qui ont recours aux services hospitaliers à la suite d'un épisode suicidaire. Ces interventions ont pour but de prévenir la récurrence suicidaire en offrant aux personnes qui sortent de l'hôpital les services spécifiques que requiert leur condition tout en facilitant leur réintégration ainsi que leur maintien dans leur milieu de vie. À ce titre, le programme SILAR du Centre de prévention du suicide de Québec [CPSQ], pionnier de ce type de services, illustre très bien ce qu'est le suivi intensif post-tentative.

L'objectif principal de SILAR est d'offrir un service d'intervention, de soutien et d'accompagnement aux personnes qui ont recours aux services d'un centre hospitalier après un épisode suicidaire, lorsque leur état mental ne nécessite pas une hospitalisation prolongée. Il permet d'assurer une liaison entre les soins hospitaliers et les services psychosociaux à l'externe dont l'utilisateur a besoin. De manière plus spécifique et concernant les usagers, SILAR vise :

- à offrir à la personne, à l'intérieur d'un délai de 48 heures suivant sa sortie de l'hôpital, un plan d'intervention individualisé, adapté à ses besoins;
- à intervenir auprès de la personne suicidaire afin de la soutenir face aux problèmes psychosociaux qu'elle éprouve et de l'aider dans la recherche de solutions afin d'éviter un passage à l'acte ultérieur;
- à soutenir la personne suicidaire dans ses occupations quotidiennes ainsi que dans la reprise de ses activités;
- à permettre à la personne suicidaire de briser son isolement;

- à intervenir auprès du réseau de la personne suicidaire, surtout sa famille immédiate, afin que celui-ci puisse donner un sens au geste suicidaire posé et ainsi faciliter la réintégration de la personne dans son milieu.
- à consolider et à développer des réseaux de soutien plus efficaces (CPS, 2007).

En ce qui concerne les centres hospitaliers, SILAR cherche à restreindre ou à éviter que les personnes suicidaires aient recours aux salles d'urgence et nécessitent éventuellement une hospitalisation, permettant ainsi le désengorgement des salles d'urgence et la réduction du besoin de lits aux soins internes (CPS, 2007).

1.5. Lacunes des services offerts à la population suicidaire

Selon plusieurs auteurs (Potvin, 2004 ; Dulac, 2003 ; Houle, Poulin, & van Nieuwenhuyse, 2006 ; Mishara, 2003b), les services actuellement offerts au Québec à la population suicidaire présentent de plusieurs lacunes. La qualité de ces services a d'ailleurs été sévèrement critiquée par Potvin dans l'évaluation de l'implantation de la stratégie québécoise d'action face au suicide. Cet auteur mentionne notamment que « la faiblesse de la prise en charge et du suivi de la personne suicidaire est au cœur des difficultés qui perturbent la continuité des services », laquelle est « en sérieuse difficulté à la grandeur de la province » (Potvin, 2004, p.22). Déjà en 1998, le MSSS, dans la Stratégie québécoise d'action face au suicide, notait que la majorité des personnes qui font une tentative de suicide et qui sont hospitalisées ne reçoivent pas de soins par le biais d'un programme de suivi intensif après leur hospitalisation (MSSS, 1998). Six ans plus tard, l'évaluation faite par Potvin révélait 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.

Dans le même ordre d'idées, Mishara (2003b) souligne que la pratique québécoise en matière de suivi post-tentative veut que si une personne ne se présente pas à un rendez-vous de suivi, « très peu d'énergie sera déployée dans la poursuite d'un suivi auprès d'elle ». L'auteur mentionne que les dispensateurs de services justifient cette pratique par le respect des libertés individuelles ou par le manque de ressources. Toutefois, selon l'auteur, cette pratique 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 à cette lacune, Mishara suggère d'aller au-devant des personnes ayant fait une tentative de suicide et d'exiger d'elles une rencontre. Monti, Cederek et Öjehagen (2004) ajoutent que les premiers jours suivant le congé de l'hôpital sont critiques pour impliquer les personnes qui ont fait une tentative de suicide dans un suivi puisque, après cette courte période, la probabilité qu'elles s'y engagent est faible. Aussi, Houle et ses collaborateurs (2006) mentionnent que le processus de référence utilisé à l'urgence peut influencer la probabilité qu'une personne suicidaire obtienne un suivi et soit fidèle au traitement recommandé. Deux études vont dans le même sens puisqu'elles indiquent que le fait de planifier le suivi et de prendre un rendez-vous avant de laisser la personne quitter l'hôpital augmente le taux de fidélité au traitement chez des jeunes qui ont fait une tentative de suicide (Granboulan, & al., 2001, dans Houle, & al. 2006 ; Swedo, 1989, dans Houle, & al., 2006).

Au chapitre des lacunes associées aux services offerts aux personnes suicidaires, il est aussi à noter le manque de services spécifiquement dédiés à la clientèle masculine suicidaire qui constitue un groupe pour lequel les taux de suicide sont des plus élevés. Or, Chagnon et ses collaborateurs (2008, p.11) postulent « que les interventions ciblant spécifiquement les hommes seront plus efficaces que des interventions non différenciées selon le genre pour réduire la prévalence du suicide ». Qui plus est, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005) cible prioritairement le développement d'interventions destinées aux hommes en situation de vulnérabilité et présentant un potentiel suicidaire élevé. Toutefois, Houle (2005), à la suite d'une recension des écrits portant sur les interventions auprès des hommes suicidaires, révèle que très peu de programmes spécifiquement destinés aux hommes ont été mis en place. Ainsi, il semble qu'il y ait un manque de services spécifiquement dédiés aux hommes suicidaires et que ce manque soit une lacune importante des services en matière de prévention du suicide. Le chapitre qui suit permettra de témoigner de cette réalité.

Chapitre 2

La problématique du suicide chez les hommes

Tout comme dans la majorité des pays du monde, les suicides au Québec sont majoritairement le fait des hommes (Chagnon, & al., 2008). Plus particulièrement, on retrouve au Québec un ratio de 4 hommes pour chaque femme qui décède par suicide (Canetto, & Lester, 1995; St-Laurent, & Gagné, 2008). Entre les années 1971 et 1997, alors que le taux de suicide féminin connaît une croissance de 35 %, il bondit de 84 % chez les hommes. Toutefois, depuis les années 2000, les taux de suicide connaissent un recul, (St-Laurent, & Gagné, 2008). En effet, de 1999 à 2005, le taux de suicide des hommes est passé de 35,8 par 100 000 à 26,1 par 100 000 (St-Laurent et Gagné, 2008). Malgré cette baisse importante, on note tout de même, en 2006, que 883 suicides ont été perpétrés par les hommes alors que, chez les femmes, ce nombre était de 253 (St-Laurent, & Gagné, 2008). De plus, le suicide demeure la première cause de mortalité chez les hommes québécois de 20 à 39 ans.

Ces données reflètent que la problématique du suicide chez les hommes est particulièrement inquiétante et démontrent la pertinence d'y porter une attention soutenue. Dans cet objectif, le présent chapitre propose certaines explications afin de mieux comprendre les hauts taux de suicide chez cette population. Une attention spéciale est portée à la socialisation masculine et aux liens entre celle-ci et la réponse des services d'aide. Aussi, cette section présente les services offerts aux hommes suicidaires et une approche d'intervention spécifique pour la clientèle masculine. Finalement, cette section s'achève par la présentation des limites des services offerts aux hommes suicidaires.

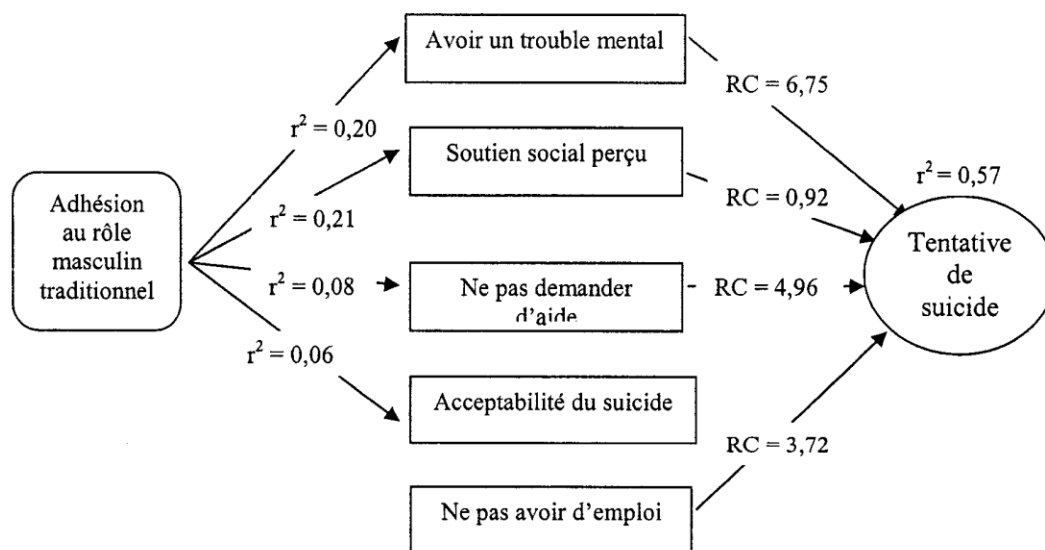
2.1. Explication des hauts taux de suicide chez les hommes

La documentation fait ressortir que les taux de suicide seraient plus élevés chez les hommes en raison de la létalité des moyens qu'ils utilisent (Moscicki, 1994; Beautrais, 2002) et de la présence plus fréquente de troubles de santé mentale chez ceux-ci (Lesage, & al., 1994; Duberstein, Conwell, & Caine, 1993). Des auteurs soulèvent aussi qu'il y a une acceptabilité plus grande du suicide par les hommes que par les femmes (Durand, & Mishara, 2002) et que

les hommes ont une plus forte propension à l'agressivité (Eagly, & Steffen, 1986; Romanov, & al., 1994). Finalement, les plus hauts taux de suicide chez les hommes pourraient s'expliquer par la réticence à demander de l'aide, par un plus faible réseau social ou par certaines particularités liées au rôle masculin.

Dans sa thèse portant sur la demande d'aide, le soutien social et le rôle masculin chez les hommes ayant fait une tentative de suicide, Houle (2005) présente un modèle expliquant l'apport de quelques-uns de ces facteurs dans la prédiction de la tentative de suicide chez les hommes (figure 2).

Figure 2 : Modèle de prédiction de la tentative de suicide chez les hommes (Houle, 2005)



RC = Ratio de cote

En regard de ce modèle, il s'avère que, bien que les hypothèses décrites plus haut soient toutes largement appuyées par la documentation, l'adhésion des hommes au rôle masculin traditionnel constitue un facteur particulièrement important dans l'explication des hauts taux de suicide chez les hommes. Charbonneau (2000) mentionne d'ailleurs que la socialisation est un dénominateur commun dans la problématique du suicide chez les hommes, de par son influence facilitatrice ou inhibitrice des facteurs clés du processus suicidaire. Dulac (dans

Charbonneau, 1999) ajoute que la socialisation contribue à diminuer les mécanismes d'adaptation dont les hommes disposent en stigmatisant l'expression de la souffrance et de la demande d'aide. De ce fait, les hommes se coupent des sources potentielles d'aide lors de situations de crise, se privant donc d'un soutien essentiel. Comme cet aspect est central pour la compréhension de la problématique suicidaire chez les hommes, il importe d'en tenir compte afin de mettre sur pied des interventions efficaces pour contrer cette problématique.

2.2. Socialisation masculine, demande d'aide et réponse des services

En raison de leur socialisation, les hommes craignent que le fait de rechercher ou de demander de l'aide soit interprété comme un signe de faiblesse, de non-masculinité ou d'incompétence (Dulac, 2001a). Pour Daigle (2000), la principale réticence des hommes suicidaires à consulter est l'« orgueil », ceux-ci ayant tendance à croire qu'ils peuvent et doivent régler leurs problèmes par eux-mêmes. Des études ajoutent que les hommes sont moins portés à demander de l'aide à leur famille, à leurs amis et aux professionnels de la santé (Beautrais, 2002; Olivier, & al., 1999 ; Rickwood, & Braithwaite, 1994). Selon les auteurs, cela contribue à l'aggravation de leurs problèmes psychologiques. Dans le même sens, Gallo et ses collaborateurs (1995) ont montré que les femmes sont 2,6 fois plus susceptibles d'utiliser les services de santé mentale que les hommes. Finalement, on note que les hommes utilisent peu les services d'aide psychosociale (Dulac, 1997; Dulac & Groulx, 1999; Tremblay, & al., 2005).

Charmaz (1994) ajoute que de nombreux hommes, qu'il décrit comme traditionnels, dissimuleraient et nieraient leurs symptômes pendant une longue période de temps, et ce, peu importe la gravité de la maladie. Les hommes arrivent donc en crise dans les organismes, n'ayant plus d'autres choix que de demander de l'aide (Dulac, 2001a; Charbonneau, 1999; Daigle, 2000; Banks, 2001).

Aussi, lorsqu'ils demandent de l'aide, les hommes traditionnels le font souvent de manière non-conventionnelle. Lynch et Kilmartin (1999) mentionnent que les hommes vivent une pression telle lors de la demande d'aide qu'ils ont tendance à extérioriser leur malaise par des comportements agressifs. Ces comportements, mal reçus par les dispensateurs de services,

amènent une réaction répressive de la part des intervenants et les empêchent de voir la souffrance derrière le comportement. De ce fait, les hommes ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin.

Aussi, la demande d'aide des hommes dans les organismes œuvrant en prévention du suicide se fait souvent par les tiers (amis, conjoint, mère, etc.) (Daigle, 2000; Charbonneau 1999). Lorsque c'est le cas, l'homme est invité à rappeler par lui-même dans les organismes. Or, dans environ 50 % des cas, celui-ci ne rappelle pas. De plus, il apparaît que lorsque c'est l'homme qui prend l'initiative de communiquer avec une ressource d'aide, c'est en fait sa femme qui a fait pression sur lui (Charbonneau, 1999).

Tremblay et ses collaborateurs (2004) font ressortir différentes particularités liées à la demande d'aide des hommes qui font en sorte que les dispensateurs de services réagissent de manière inappropriée à la clientèle masculine. Les services offerts étant basés sur des modèles d'intervention plus typiquement féminins, les besoins des hommes en matière d'aide thérapeutique ne sont pas concordants avec ce qui se fait habituellement (Tremblay, & al., 2007). À titre d'exemple, Tremblay et ses collaborateurs (2004) ressortent que, de par la socialisation masculine, les hommes valorisent l'autonomie. En réponse à cette norme, les dispensateurs de services ont tendance à avoir une attitude bancale, à ne pas aller au-devant et à donner moins d'informations. Aussi, comme les hommes ont tendance à réprimer leurs émotions, les dispensateurs de services évitent de travailler cet aspect. Finalement, les dispensateurs de services ont tendance à réagir négativement aux comportements des hommes, ces derniers utilisant la force et l'agressivité comme preuve de leur masculinité (Tremblay, & al., 2004).

Dans la même veine, Tremblay et ses collaborateurs (2004) notent que les normes liées à la masculinité sont à l'opposé des normes liées à la thérapie. Par exemple, la masculinité demande à l'homme de cacher sa vie privée, de garder le contrôle, de montrer sa force, d'exprimer sa fierté, de nier sa douleur et sa souffrance et d'être invincible, alors que la thérapie exige de dévoiler sa vie privée, de renoncer au contrôle, de montrer ses faiblesses, de faire l'expérience de la honte, de faire face à sa douleur et à sa souffrance et d'être vulnérable. En somme, l'aide thérapeutique demande à l'homme traditionnel de renoncer à ce qu'il est.

L'ensemble de ces éléments montre qu'il y a certaines particularités liées à la demande d'aide des hommes et que les services actuels sont mal adaptés à cette clientèle. C'est d'ailleurs ce que conclut Daigle (2000) à la suite d'une étude portant sur la concertation entre différents organismes visant à stimuler la demande d'aide des hommes suicidaires.

2.3. Les services offerts aux hommes suicidaires

Chagnon et ses collaborateurs (2008), dans des travaux visant à faire consensus entre la recherche et la pratique pour améliorer les programmes en prévention du suicide chez les hommes, recensent l'ensemble des services québécois présentant des éléments spécifiques intéressants pour la clientèle masculine suicidaire. En tout, 12 programmes ont été recensés, dont deux de prévention s'adressant spécifiquement aux hommes suicidaires, cinq s'adressant plus largement aux hommes en difficulté et cinq autres visant cette fois plus largement les personnes suicidaires sans distinction de genre. L'ensemble de ces programmes a été classé par les auteurs en quatre grandes catégories :

- *Les programmes d'éducation et de promotion* visent à former et à éduquer les milieux et les intervenants aux spécificités masculines, à sensibiliser les proches et à développer les compétences des hommes;
- *Les programmes de dépistage et de prévention* visent à agir auprès de la communauté et à identifier les hommes à risque dans les milieux de vie afin de les référer aux ressources nécessaires.
- *Les programmes de prévention* visent directement les hommes à risque en leur offrant des ressources spécialisées pour diminuer les facteurs de risque et prévenir l'apparition de comportements suicidaires.
- *Les programmes d'intervention de crise auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide* ont pour but de résorber la crise et de diminuer le risque de récurrence.

Il est à noter que le programme SILAR décrit plus haut entre dans la dernière catégorie de services.

2.4. Approche d'intervention spécifique à la clientèle masculine

En plus des services dédiés spécifiquement aux hommes suicidaires, il importe de s'intéresser aux approches d'intervention spécialement développées pour la clientèle masculine. Tremblay et L'Heureux (2002) ont développé un modèle d'intervention masculiniste en s'inspirant des recherches québécoises, canadiennes anglaises et américaines portant sur les pratiques professionnelles auprès de la clientèle masculine.

Selon ce modèle, pour intervenir auprès des hommes, il convient d'être sensible aux dimensions de genre. De ce fait, il faut reconnaître *l'inconfort dans la demande d'aide des hommes et porter une attention particulière à la prise de contact*. Plus particulièrement, les auteurs proposent d'accorder une attention à la création d'un lien de confiance solide, et ce, en dépit des mécanismes de défense que le client met en place pour éviter un tel lien. L'adoption d'une attitude empathique et un accueil chaleureux permettent, selon les auteurs, l'affaiblissement des résistances et une diminution de l'inconfort face à la demande d'aide.

Les auteurs suggèrent aussi de *miser sur les forces afin de contrecarrer la honte* associée au fait de demander de l'aide. La honte, sentiment qui porte la peur du jugement de l'autre et de la réprobation sociale, est un sentiment fréquemment vécu par les hommes qui acceptent de l'aide. Celle-ci génère un mal-être profond qui complexifie la relation d'aide. Afin de freiner ce sentiment, il importe pour les auteurs de miser sur les forces préexistantes du client plutôt que sur ses faiblesses.

Le modèle propose aussi *un cadre thérapeutique clair, structuré et concret* afin de rendre le suivi moins menaçant pour les hommes. En général, la thérapie est un processus nébuleux, alors que les hommes traditionnels fonctionnent de manière concrète, avec des objectifs clairs et précis (Dulac & Groulx, 1999). Pour eux, un processus thérapeutique doit s'appuyer sur des changements pratiques et concrets. Une thérapie bien structurée et concrète leur permettra de se sentir en confiance et d'avoir le sentiment que les choses évoluent.

Finalement, 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. Dulac (2001b) mentionne d'ailleurs qu' « un délai, si court soit-il, peut freiner tout le reste du processus d'aide, rendre encore plus difficile l'expression de sa vulnérabilité ou la création d'un lien de confiance avec un intervenant » (p.139). D'autre part, l'attente d'une demande d'aide formelle de la part de l'homme n'est pas toujours adéquate. Comme les hommes demandent peu facilement de l'aide, il convient de développer des stratégies d'intervention plus proactives.

Dans le même sens, Charbonneau (1999) mentionne que la plupart des hommes qui ne sont pas rencontrés rapidement après une demande d'aide perdent leur disponibilité à entrer en contact avec leurs difficultés. Elle propose donc d'offrir, dans la mesure du possible, un rendez-vous dans les 24 heures suivant leur demande. Aussi, elle affirme que bien qu'une attitude proactive provoque souvent des résistances chez les hommes, celles-ci diminuent très rapidement, offrant ainsi une excellente occasion de briser la barrière de la demande d'aide.

2.5. Les lacunes des services offerts aux hommes suicidaires

De prime abord, il convient de mentionner l'aspect positif lié aux faits qu'il y ait des services comportant des éléments intéressants pour les hommes suicidaires et que différents acteurs se soient souciés de les mettre en évidence. L'existence d'un modèle d'intervention spécifique pour la clientèle masculine est aussi très favorable.

Malgré ce constat positif, seuls deux programmes particuliers pour les hommes suicidaires ont été recensés. Cette lacune est majeure puisque, « les interventions ciblant spécifiquement les hommes seront plus efficaces que des interventions non différenciées selon le genre pour réduire la prévalence du suicide » (Chagnon, & al., 2008, p.11).

Il est intéressant de noter qu'en 2007, le MSSS a financé sept projets pilotes visant à évaluer la pertinence d'interventions novatrices de prévention du suicide auprès des hommes (Chagnon, & al., 2008). Toutefois, comme ces projets sont récents, ils n'ont toujours pas été évalués, empêchant donc de connaître les retombées quant à leur implantation et leurs effets sur les comportements suicidaires des hommes qu'ils ciblent.

Aussi, une étude de Dulac (2003) portant sur 38 hommes décédés par suicide révèle la présence de lacunes importantes dans le suivi post-tentative des hommes et une absence quasi-totale de référence de ces clients à des ressources psychothérapeutiques ou à un suivi psychosocial.

En somme, le portrait dressé ci-haut met en relief l'importance de mettre sur pied des services spécifiques à la clientèle masculine suicidaire et d'évaluer leurs retombées. De manière plus précise, et en regard des lacunes attribuées aux services offerts à la clientèle suicidaire en général ainsi qu'aux hommes suicidaires plus particulièrement, il apparaît que le suivi post-tentative demande une attention particulière, et ce, autant en terme de quantité, qu'en terme de qualité des services. En d'autres mots, il importe non seulement d'augmenter le nombre d'hommes référés à ce type de services, mais aussi d'améliorer les pratiques envers les hommes, notamment en ce qui a trait à la procédure de référence et de prise de contact.

Chapitre 3

Description du projet d'intervention

Les données relatives à la population suicidaire en général et masculine plus spécifiquement démontrent l'importance d'améliorer les services pour contrer cette problématique. Les lacunes susmentionnées justifient le développement de services à la clientèle masculine et l'amélioration de l'accessibilité aux services post-tentative. Le projet d'intervention dont il est question ici a été réalisé dans l'optique de répondre à ces préoccupations. Le présent chapitre s'attarde à décrire le cadre méthodologique et le contexte dans lequel ce projet s'est déroulé. Pour ce faire, le milieu d'intervention ainsi que les choix quant au protocole d'intervention sont décrits. Ensuite, une présentation de la clientèle visée par le projet et de la procédure de recrutement est faite. Finalement, les objectifs et les outils d'intervention ainsi que les objectifs et les outils d'évaluation sont présentés.

3.1. Le centre de prévention du suicide de Québec

Le projet d'intervention a été réalisé au CPSQ, organisme communautaire spécialisé dans la problématique du suicide depuis 1978. Le CPSQ a pour mission de participer à la réduction du nombre de décès par suicide sur le territoire de Québec, d'intervenir auprès de personnes suicidaires, de leurs proches ainsi que des personnes endeuillées par suicide. De plus, le CPSQ vise l'éducation de la population au suicide par la sensibilisation et la formation. Si la clientèle desservie par le CPSQ réside principalement sur le territoire du Québec métropolitain, les demandes d'aide peuvent également provenir des territoires de Portneuf et de Charlevoix. Les activités du CPSQ se divisent en trois volets soit l'intervention, la prévention et la formation (CPSQ, 2008a ; CPSQ, 2008b).

3.2. Le programme SILAR

Le présent projet s'intégrait dans le volet de l'intervention, et plus spécifiquement à l'intérieur du programme de suivi post-tentative, soit le programme SILAR. Ce programme a été choisi puisqu'il présente des caractéristiques intéressantes pour la clientèle visée. Notamment, le programme SILAR offre une réponse dans un délai de 48 heures suivant la sortie de l'hôpital

alors qu'il a été démontré que la rapidité de la réponse est un élément à privilégier en intervention auprès des hommes. Ainsi, il semble que SILAR offre un terrain propice au développement d'interventions adaptées aux hommes suicidaires. D'ailleurs, Chagnon et ses collaborateurs (2008) ciblent SILAR comme un programme novateur qui mériterait d'être examiné dans les recherches futures visant le suivi post-tentative chez les hommes.

Bien que SILAR soit très intéressant pour la problématique dont il est ici question, ce type de programme a été analysé dans le cadre de la recherche de Chagnon et ses collaborateurs (2008), et différentes recommandations ont été dégagées. Notamment, les auteurs soulignent l'importance d'entrer en contact avec les hommes suicidaires dès qu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital et d'utiliser une approche dite « proactive » afin de faciliter l'accès à l'aide et la réceptivité aux interventions. Plus particulièrement, ils suggèrent que ce type de programme devrait, pour bien répondre aux besoins de la clientèle masculine : 1- Permettre l'établissement d'un contact personnalisé avec l'homme suicidaire lors de son séjour à l'hôpital; 2- Favoriser une meilleure adéquation des services par une analyse précise de la situation et des besoins de l'homme couplée à une bonne connaissance des services disponibles dans la communauté; 3- Favoriser une plus grande adhésion au traitement; 4- Favoriser une meilleure intégration de la personne suicidaire dans son réseau social; 5- Faciliter l'établissement et le maintien de contacts entre l'homme suicidaire et les services d'aide de son environnement.

En ce sens, le présent projet visait à modifier le programme SILAR pour l'adapter à la clientèle masculine, et ce, en tenant compte des aspects suggérés par Chagnon et ses collaborateurs (2008). Plus particulièrement, une attention a été portée à la prise de contact et à l'adhésion au traitement.

3.3. Les objectifs et les outils d'intervention

Le Programme SILAR prévoit plusieurs objectifs (p.9), toutefois, puisque le projet visait à le modifier afin de l'adapter à la clientèle masculine, seuls les objectifs liés à ces modifications sont décrits dans cette section.

Globalement, le projet avait deux objectifs principaux, soit 1- De permettre l'établissement d'un contact personnalisé avec l'homme suicidaire lors de son séjour à l'hôpital ; et 2- De favoriser une plus grande adhésion au traitement.

Afin de remplir le premier objectif, il fut prévu de modifier la prise de contact du programme SILAR. Alors que la prise de contact se fait généralement au moyen d'une relance téléphonique 48 heures après la sortie de l'hôpital du client, le présent projet proposait de le rencontrer à l'hôpital avant même sa sortie. Des ententes préliminaires ont d'ailleurs été prises entre la coordonatrice clinique du CPSQ et les milieux hospitaliers à cette fin. Il a été entendu que lorsqu'un homme utilisait les services hospitaliers à la suite d'un épisode suicidaire, le travailleur social de l'hôpital devait lui offrir qu'un intervenant du CPSQ vienne lui rendre visite à l'hôpital. Si l'utilisateur acceptait, l'hôpital devait lui faire signer une autorisation de transmission de renseignements et communiquer avec le service d'intervention de crise du CPSQ afin de procéder à la référence et à l'envoi du rapport d'évaluation psychosociale, psychiatrique ou de tout autre document pertinent. À la suite de cette référence, l'intervenante devait se présenter à l'hôpital afin d'entrer en contact avec l'homme et lui proposer le service. Cette procédure avait l'avantage d'augmenter la proactivité et la rapidité du service, tel que proposé dans le modèle de Tremblay et L'Heureux (2002).

En ce qui concerne le deuxième objectif, l'adhésion au traitement a été définie à partir des indices suivants : 1- Les hommes devaient accepter le suivi SILAR ; 2- Participer aux dix rencontres; 3- Atteindre leurs objectifs de suivi ; ou 4- Accepter d'être pris en charge par un autre organisme. Si ces conditions étaient remplies, il était alors possible d'affirmer que l'homme avait adhéré au traitement. Afin d'atteindre cet objectif, différents moyens basés sur le modèle masculiniste de Tremblay et L'heureux ont été ciblés.

Premièrement, l'intervention visait à diminuer les résistances et l'inconfort de l'homme face à la demande d'aide. Dans cette optique, la création d'un lien de confiance solide avec l'homme par l'adoption d'une attitude empathique et un accueil chaleureux était de mise. Aussi, au niveau éducatif, l'intervention consistait à conscientiser l'homme à l'importance de la demande d'aide et aux implications de tels comportements dans sa vie. Au niveau psychologique, l'intervention avait pour but d'amener l'homme à mieux comprendre ses

résistances et ainsi avoir une emprise sur celles-ci afin de les diminuer. Pour encourager l'homme à participer au programme SILAR, ce travail devait être fait dès la prise de contact. Toutefois, afin qu'il maintienne sa participation, qu'il remplisse ses objectifs de suivi et qu'il accepte d'être pris en charge par un autre organisme, un travail continu devait être fait à ce niveau.

Aussi, comme la honte associée au fait de demander de l'aide est l'une des raisons limitant la participation des hommes au programme, l'intervention visait à la contrecarrer en misant sur les forces de l'homme. En ce sens, et tel qu'habituellement utilisée au CPSQ, l'approche orientée vers les solutions était employée dans le cadre de ce projet. Selon cette approche, il convient d'utiliser les ressources, les solutions et les points forts du client et de les transposer dans la situation perçue comme problématique. L'accent sur les ressources de la personne et la mise en avant plan de ses points forts et de ses aptitudes favorisent une reprise de confiance.

Ainsi, l'objectif visant à favoriser l'adhésion des hommes au programme SILAR devait se faire par la diminution de leurs résistances et de leur inconfort face à la demande d'aide ainsi que par l'atténuation de leur sentiment de honte qui y est associée.

3.4. Les objectifs et les outils d'évaluation

L'évaluation de l'intervention est une étape importante puisqu'elle offre la possibilité de s'assurer de la qualité et de l'efficacité des interventions proposées à la clientèle. Aussi, elle permet de voir l'effet des interventions sur les personnes rencontrées. La priorité demeure toutefois de répondre aux besoins des clients. D'ailleurs, Mayer et Ouellet (1991) rappellent qu'il faut privilégier la pertinence plutôt que la scientificité en évaluation de l'intervention. Selon eux, « le respect des populations prévaudra sur l'infaillibilité du devis » (p.42). Ainsi, comme les personnes à l'étude sont des hommes qui, de prime abord, sont difficilement ouverts à la relation d'aide, il semblait inopportun de les surcharger avec de lourds outils de collecte de données.

Dans un objectif évaluatif, l'opinion des clients quant à la prise de contact a été recueillie, et ce, à partir d'un protocole qualitatif. Celui-ci a été choisi puisqu'il permet d'obtenir des données sur les opinions, les points de vue ou les croyances des individus (Mayer, & Ouellet, 1991). Plus spécifiquement, l'entrevue semi-structurée a été privilégiée (annexe A). Cette entrevue, d'une durée approximative de 15 minutes, comprenait trois questions principales ciblant respectivement l'impression globale de la personne quant à la prise de contact, les aspects à changer et les aspects appréciés. Cette technique de recherche qualitative a été choisie puisqu'elle favorise la verbalisation du client sur un thème donné, permettant ainsi d'explorer ses idées, ses représentations et ses attitudes en regard du sujet choisi (Giroux, 1998).

La passation de l'entrevue semi-structurée se faisait lors de la troisième rencontre puisque les deux premières rencontres étaient dédiées à l'évaluation complète de la situation et à l'établissement d'un solide lien de confiance. Comme la troisième rencontre était suffisamment rapprochée de la prise de contact, celle-ci a été privilégiée afin que les souvenirs du client soient assez frais pour permettre une bonne analyse. Mentionnons que, pour cette prise de mesure, l'enregistrement audio a été utilisé afin de faciliter l'analyse des données.

En deuxième lieu, l'observation de la participation des hommes était primordiale afin de déterminer l'atteinte du deuxième objectif. À chacune des séances, l'étudiante a donc porté une attention particulière aux informations y étant relatives et les a consignées dans les notes évolutives des clients. Étaient considérés comme des informations relatives à la participation, tous les faits et les propos du client ayant trait à son acceptation envers le suivi SILAR, à sa participation aux rencontres, à l'atteinte des objectifs et à sa prise en charge par un autre organisme. Cette méthode de prise de mesure a été privilégiée afin de ne pas surcharger les clients avec des techniques trop lourdes, risquant ainsi de diminuer leur motivation au processus d'intervention et de compromettre l'atteinte de l'objectif.

3.5. Clientèle et recrutement

Les hommes ayant bénéficié de services hospitaliers à la suite d'un épisode suicidaire constituaient la clientèle cible de ce projet. Les critères d'admissibilité du programme SILAR ont été respectés (CPS, 2007). Le tableau 1 présente ces critères :

Tableau 1 - Critères d'admissibilité

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Avoir recours aux services d'une urgence générale ou psychiatrique à la suite d'un épisode suicidaire; • Être âgé de 18 ans et plus; • Résider sur le territoire de Québec; • Être référé par l'un de ces hôpitaux de la région de Québec : l'Enfant-Jésus, Saint-François d'Assise, Saint-Sacrement, l'Hôtel-Dieu-de-Québec et le CHUL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne nécessitant des services de 2^e ou 3^e ligne ou une mobilisation importante d'autres ressources du réseau de la santé et des services sociaux ou communautaires; • Toute situation pouvant menacer la sécurité des intervenants; • Toute personne connue du CPSQ faisant l'objet de recommandations particulières visant à la centrer sur l'intervention téléphonique 24/7 uniquement; • Toute personne légalement inapte à exercer un choix éclairé.

Ainsi, en plus de devoir être un homme, les participants devaient répondre à ces critères préétablis par le CPSQ.

En somme, pour mieux rejoindre la clientèle masculine du programme SILAR et mesurer les retombées de ce projet, différentes dispositions cliniques et méthodologiques ont été prévues. Dans la section suivante, il sera possible de constater les différents résultats qui ont été obtenus en regard de ces dispositions.

Chapitre 4

Présentation des résultats

Le chapitre précédent a mis en relief les choix qui ont été faits initialement afin de s'assurer du bon fonctionnement du projet d'intervention et de la réalisation des objectifs visés. Bien que ces choix soient justifiés, il s'est avéré un écart entre la réalité théorique et la réalité pratique, demandant donc certains ajustements en faveur des exigences des milieux et des besoins des clients. Le présent chapitre dresse le bilan de l'intervention réalisée. Il débute par une présentation de la clientèle recrutée et décrit ensuite les modifications apportées et les résultats obtenus en regard de la procédure de prise de contact. Aussi, cette section s'attarde à décrire les résultats relevés en lien avec l'adhésion des hommes au programme SILAR. Par la suite, la procédure de relance téléphonique, un ajout au devis initial, ainsi que ses effets sont présentés. Finalement, cette section fait état des résultats obtenus à la suite de la passation de l'entrevue semi-structurée mesurant la satisfaction des clients quant à la prise de contact.

4.1. Présentation de la clientèle recrutée

Dans un premier temps, il importe de bien se représenter la clientèle ayant participé au projet et les problématiques rencontrées par celle-ci. Pour ce faire, il est possible de se référer au tableau 2 qui en dresse un portrait.

Tableau 2 - Portrait de la clientèle recrutée

Clients	Éléments suicidaires	Troubles de santé mentale diagnostiqués*	Autres problématiques psychosociales
1	Référé à la suite d'une tentative de suicide par intoxication de médicaments, d'alcool et de cocaïne.	Aucun	<ul style="list-style-type: none">• Dépendance à la cocaïne et à l'alcool;• Difficultés amoureuses;• Séquelles cervicales dues à un accident de travail;• Problèmes financiers.
2	<ul style="list-style-type: none">• Six tentatives de suicide dans le passé;• Référé à la suite d'une tentative de suicide par intoxication de cocaïne, d'extasy et d'alcool.	<ul style="list-style-type: none">• Trouble dysthymique;• Traits ou trouble de personnalité limite.	<ul style="list-style-type: none">• Dépendance au cannabis;• Rupture amoureuse récente;• Présence de violence conjugale.
3	Référé à la suite d'idéations suicidaires.	<ul style="list-style-type: none">• Traits narcissiques;• Épisode de dépression majeure.	<ul style="list-style-type: none">• Idées homicides (« flashes » de tuerie dans une école);• Plusieurs distorsions cognitives.

4	Référé à la suite d'idéations suicidaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble schizo-affectif; • Épisode de dépression majeure; • Trouble de personnalité schizoïde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture amoureuse; • Idées homicides (« flashes » qu'il tue son ex-conjointe et sa fille de 6 mois); • Antécédents judiciaires; • 12 pertes d'emploi dans la dernière année; • Problèmes financiers graves.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Automutilations fréquentes à l'adolescence; • Référé à la suite d'une tentative de suicide par surconsommation de médicaments. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble d'adaptation avec humeur dépressive et anxiété; • Trouble de personnalité limite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Épilepsie sévère; • Dépendance au cannabis; • Conjointe présentant un diagnostic de trouble de personnalité limite; • Trois enfants en bas âge; • Difficultés parentales; • Faillite personnelle dans la dernière année; • Difficultés financières; • Ancien polytoxicomane.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Tentatives de suicide à répétition par le passé; • Référé à la suite d'une tentative de suicide par surconsommation de médicaments; • Tentative de suicide en cours de suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de personnalité du cluster B avec composante limite et antisociale; • Traits dépendant; • Trouble bipolaire différé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance à la cocaïne; • Rupture amoureuse; • Arrêt brusque de sa médication; • Potentiel de violence.

*Les troubles de santé mentale retenus dans ce tableau sont des diagnostics émis par les médecins traitants et consignés par ceux-ci dans les dossiers médicaux des clients, dossiers auxquels les intervenants SILAR ont accès.

À la lumière des informations présentées dans le tableau 2, on constate que six clients ont été rencontrés dans le cadre de ce projet. Aussi, il ressort certaines particularités liées à la demande d'aide des hommes. Entre autres, les données montrent que les hommes arrivent au projet dans un état de crise aigüe et vivent des problématiques de santé mentale et psychosociales sévères et multiples.

4.2. Modification de la procédure de prise de contact

Un des objectifs du projet, soit de permettre l'établissement d'un contact personnalisé avec l'homme suicidaire lors de son séjour à l'hôpital, a subi plusieurs modifications. Malgré les ententes préliminaires établies entre la coordonnatrice du CPSQ et les milieux hospitaliers, il a été impossible pour l'étudiante de prendre contact avec les hommes à l'hôpital, tel que préalablement prévu. En effet, lors d'une réunion ultérieure entre l'étudiante, la coordonnatrice clinique du CPSQ et les milieux hospitaliers, il est ressorti certaines

considérations éthiques et pratiques en lien avec cette procédure qui la rendaient difficilement applicable.

En effet, lorsqu'un client est référé à SILAR, il est, dans la plupart des cas, libéré immédiatement après sa rencontre avec le travailleur social de l'hôpital. Comme l'étudiante n'était pas en permanence à l'hôpital, la procédure envisagée dans le projet initial aurait demandé aux hommes suicidaires d'attendre à l'hôpital la venue de l'intervenante SILAR alors qu'ils venaient de subir une multitude d'entretiens (médecin généraliste, psychiatre, travailleur social, etc.) souvent éreintants pour eux. Il a donc été convenu qu'une telle demande n'était pas optimale.

Il a aussi été envisagé, pour pallier à cette lacune, que l'étudiante soit présente avec le travailleur social du milieu hospitalier lors de ses rencontres avec les clients et d'effectuer la prise de contact à ce moment. Toutefois, la rencontre entre le travailleur social du milieu hospitalier et le client sert à déterminer les orientations pour ce dernier, empêchant donc de savoir à l'avance quels clients seront référés à SILAR. Cette procédure impliquait donc que l'étudiante rencontre des personnes n'étant pas destinées au programme SILAR. Qui plus est, l'étudiante, n'étant pas liée aux établissements hospitaliers, n'était pas régie par leurs règles éthiques, l'empêchant donc de participer à ces rencontres.

Finalement, lors de cette réunion, il a été proposé que l'étudiante demeure à l'hôpital le temps du recrutement. Cette procédure aurait permis d'entrer en contact avec l'homme immédiatement après sa rencontre avec le travailleur social du milieu hospitalier, et ce, sans faire attendre le client. Toutefois, cette manière de fonctionner aurait réduit le recrutement à l'intérieur d'un seul établissement hospitalier. Aussi, certains problèmes d'organisation sont apparus, tels que le manque d'espace et de temps nécessaires à la préparation d'une telle procédure, faisant en sorte que celle-ci n'a pu être appliquée.

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations, il a été convenu avec les milieux hospitaliers que lorsqu'il y aurait une référence d'un homme au programme SILAR, le milieu référant appellerait au CPSQ pour aviser l'étudiante et celle-ci devrait se déplacer immédiatement, lorsque la situation le permettait, afin de faire la prise de contact. Toutefois,

comme cette manière de procéder demandait aux hommes d’attendre à l’hôpital la venue de l’intervenante, ce qui n’incitait pas leur participation, seul un homme a bénéficié d’une telle prise de contact. Afin de ne pas priver les hommes du service essentiel qu’est SILAR, un ajustement devait avoir lieu. Ainsi, bien que la prise de contact à l’hôpital demeurait le moyen privilégié, lorsque la situation ne le permettait pas, c’est la procédure normale de SILAR qui était utilisée, soit une relance téléphonique par un intervenant du CPSQ dans les 48 heures suivant la sortie de l’hôpital.

Les réalités du milieu l’obligeant, la prise de contact ne s’est pas effectuée tel que planifiée. Dans cette perspective, le tableau 3 illustre la manière réelle dont la prise de contact s’est déroulée, et ce, pour chacun des clients ayant participé au projet.

Tableau 3 – Déroulement de la prise de contact

Clients		1	2	3	4	5	6
Jours écoulés entre la référence et la prise de contact avec le CPSQ		1	1	6	4	1	5
Jours écoulés entre la sortie de l’hôpital et la prise de contact avec l’étudiante		14	6	7	0	7	11
Nombre de fois que la première rencontre a été reportée		1	1	0	0	4	2
Prise de contact	Qui	Intervenant de crise	Intervenant de crise	Intervenant de crise	Étudiante	Intervenant de crise	Intervenant de crise
	Comment	Relance à la maison	Monsieur appelle de lui-même	Relance à la maison	Relance à l’hôpital	Monsieur appelle de lui-même	Relance à la maison
	Lieu de la première rencontre	CPSQ	CPSQ	CPSQ	Hôpital	Un café près de chez monsieur	CPSQ

Les résultats quant à la prise de contact montrent que seulement une personne a été rencontrée à l’hôpital. Aussi, il ressort de ces résultats qu’une moyenne de 7,5 jours se sont écoulés entre la sortie de l’hôpital et la prise de contact avec l’étudiante, alors qu’il était initialement prévu qu’il n’y aurait aucun délai. En considérant que cinq des six clients sont d’abord entrés en contact avec un intervenant de crise plutôt qu’avec l’étudiante, le temps moyen entre la sortie

de l'hôpital et la prise de contact est de 3,6 jours, démontrant une prise en charge plus rapide. Finalement, il apparaît que quatre clients ont reporté la première rencontre et, dans certains cas, à plusieurs reprises.

4.3. L'adhésion des hommes au programme

Outre l'établissement d'un contact personnalisé avec les hommes suicidaires lors de leur séjour à l'hôpital, le projet visait à favoriser l'adhésion des hommes au programme. Le tableau 4 présente les résultats obtenus en regard de cet objectif, tel qu'opérationnalisé au chapitre 3.

Tableau 4 – Résultats quant à l'adhésion au programme

Clients	Acceptation du suivi SILAR	Participation aux 10 rencontres	Atteinte des objectifs de suivi	Prise en charge par un autre organisme	Abandon
1	✓				✓
2	✓				✓
3	✓	✓	✓	✓	
4	✓	✓	✓	✓	
5	✓				✓
6	✓		✓	✓	

À la lumière du tableau 4, on constate que les clients 3, 4, et 6 ont adhéré au programme selon les critères définis. La moitié des hommes ont abandonné.

4.4. La procédure de relance

Compte tenu qu'il fut impossible de rencontrer la plupart des hommes à l'hôpital et des difficultés liées à l'adhésion constatées en cours d'intervention, d'autres moyens ont été élaborés afin de favoriser l'atteinte des objectifs.

En s'inspirant du modèle de Tremblay et L'Heureux, qui propose de reconnaître l'inconfort des hommes dans la demande d'aide et d'en affaiblir les résistances, d'être proactif et d'offrir un cadre thérapeutique clair et structuré, et du service MASC de l'organisme CHOC (Carrefour d' Hommes en Changement) qui travaille à prévenir le suicide chez les hommes,

une nouvelle procédure a été mise sur pied. Cette procédure consistait en une relance téléphonique systématique auprès des clients qui ne se présentaient pas en rencontre. Il est intéressant de noter que, selon Chagnon et ses collaborateurs (2008, p.49), « il est crucial de relancer les hommes qui ne se présentent pas aux rendez-vous fixés dans le cadre [d'un tel] programme ». Voici les objectifs et quelques exemples d'interventions associés à cette procédure tirés de la pratique de l'étudiante:

- *Assurer la sécurité du client.* Exemple d'intervention : « Comme vous n'êtes pas venu à votre dernière rencontre, je me permets de vous appeler afin de m'assurer que tout va bien pour vous. Est-ce que vous pensez au suicide? Quelle est la nature de ces idées suicidaires? À quelle fréquence pensez-vous au suicide? Est-ce que vous avez une planification suicidaire (comment, où, quand)? Êtes-vous en sécurité présentement? » ;
- *Amener le client à exprimer ses résistances, ses besoins et ses attentes face au suivi.* Exemple d'intervention : « Comme vous ne vous êtes pas présenté à votre dernière rencontre, je me questionne quant à votre satisfaction par rapport aux objectifs d'intervention qui ont été mis en place et au travail que nous faisons ensemble depuis le début du suivi. Est-ce possible que les ententes que nous avons prises ensemble ne vous satisfassent pas? De quelle manière est-ce que nous pourrions mieux répondre à vos besoins? Est-ce que vous vivez certains malaises face au suivi? » ;
- *Travailler, dans l'ici-et-maintenant, l'ambivalence du client envers le suivi.* Exemple d'intervention : « Je comprends qu'il puisse être difficile pour vous de recevoir de l'aide de ma part. Au fond, ce que je vous propose c'est un moment pour vous, un moment pour discuter avec quelqu'un de ce que vous vivez. Et qui sait, peut-être que cela vous sera bénéfique. Je crois que vous ne perdez rien à essayer. Qu'en dites-vous? »
- *Amener le client à prendre position face au suivi et à sa participation.* Exemple d'intervention : au point précédent, l'intervenante demande à l'homme : « Qu'en dites-vous? ». Cette intervention demande au client de prendre position face au suivi et à sa participation.
- *Amener le client à vivre une expérience positive de demande d'aide.* En permettant à l'homme d'exprimer son malaise et ses insatisfactions face au processus d'aide, l'homme

se sent compris, il apprend que la demande d'aide peut être bénéfique pour lui et apprend un nouveau registre de comportements adéquats de demande d'aide.

- *Établir un cadre favorable à la poursuite du suivi.* Exemple d'intervention : « Si je comprends bien, ce que vous me dites c'est que les objectifs établis sont satisfaisants pour vous et que vous êtes prêt à poursuivre le suivi. De mon côté, je me suis engagée à vous aider dans un délai d'environ dix rencontres et je réitère mon engagement. Toutefois, je crois que pour arriver à atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés, certaines conditions doivent être remplies. Notamment, je tiens à ce que vous vous présentiez aux rencontres cédulées. Si vous ne pouvez pas vous présenter, je vous demande de m'appeler pour m'aviser. Est-ce que vous êtes prêt à vous engager à remplir ces conditions ? »
- *Être proactif.* En allant chercher les hommes dans un moment où l'ambivalence face au suivi est présente, il est ainsi possible de les rejoindre et de briser une barrière au traitement.

Le tableau 5 présente les interventions que cette procédure a entraînées pour chacun des clients, de même que leurs effets.

Tableau 5 – Effets de la procédure de relance

Clients	Moment / *Motif	Sujets abordés	Effets obtenus
1	<ul style="list-style-type: none"> • Avant la rencontre d'évaluation; • *M. ne s'est pas présenté en rencontre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la sécurité; • Motivation face au suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amorce d'un lien de confiance; • Affaiblissement de l'ambivalence de M. envers le suivi, puisqu'il se présente en rencontre le lendemain.
	<ul style="list-style-type: none"> • Avant la deuxième rencontre; • *M. ne s'est pas présenté en rencontre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la sécurité; • Motivation face au suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • M. se dit prêt à poursuivre le suivi; • M. ne se présente pas à sa rencontre; • M. abandonne le suivi.
2	<ul style="list-style-type: none"> • À la suite de la deuxième rencontre; • *Après 2 semaines sans nouvelles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la sécurité; • Accord quant aux objectifs établis; • Prise de position face au suivi; • Solidification du cadre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du suivi; • Accord quant au cadre mis en place; • Solidification du lien de confiance.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Avant la dernière rencontre; 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la sécurité; • Prise de position face au suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • M. se dit prêt à terminer le suivi;

	<ul style="list-style-type: none"> • *Après 2 semaines sans nouvelles. 		<ul style="list-style-type: none"> • Solidification du lien de confiance.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Avant la rencontre d'évaluation; • *M. ne s'est pas présenté en rencontre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la sécurité; • Motivation face au suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • M. se dit motivé envers le suivi.
	<ul style="list-style-type: none"> • Avant la deuxième rencontre; • *M. ne s'est pas présenté en rencontre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de position face au suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • M. met fin au suivi.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Avant la rencontre d'évaluation; • *M. ne s'est pas présenté en rencontre à deux reprises. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de la sécurité; • Motivation face au suivi; • Travaille le lien de confiance; • Travaille l'ambivalence de M. face au suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solidification du lien de confiance; • Diminution de l'ambivalence envers le suivi; • M. accepte de venir en rencontre.

En somme, il ressort du tableau 5 que la mise en application de la procédure de relance a permis, dans certains cas, d'amorcer ou de solidifier le lien de confiance (4/5), de réduire l'ambivalence des clients face au traitement (2/5), de travailler la motivation des hommes envers le suivi (4/5) et de les encourager à venir aux rencontres (5/7). En dépit de ces effets, on constate tout de même des abandons.

4.5. L'entrevue semi-structurée sur la satisfaction des clients

Cette section vise à présenter l'opinion des clients quant à la prise de contact à partir des données issues de l'entrevue semi-structurée. Il convient de mentionner que, compte tenu des désistements, uniquement trois participants ont répondu à cette entrevue et que, de ces trois participants, deux personnes n'ont pas bénéficié d'une prise de contact à l'hôpital. Les propos de ces deux clients seront jumelés et opposés à ceux de l'autre client. Pour un relevé complet des éléments de réponse apportés à l'entrevue, il est possible de se référer à l'annexe B.

En ce qui a trait à la vision globale, les clients qui n'ont pas été rencontrés à l'hôpital démontrent, par leurs propos, la lenteur du processus de prise de contact, l'absence de soutien adéquat à l'hôpital et la difficulté liée au fait d'entrer en contact avec un organisme tel que le CPSQ. Les propos du client rencontré à l'hôpital, pour leur part, manifestent une opinion globale positive de la prise de contact. Il mentionne : « La prise de contact s'est très bien faite,

c'était très professionnel, très sympathique, j'ai été très satisfait du contact et puis c'était calme et l'écoute était très bonne. »

En ce qui a trait aux aspects à modifier, les hommes n'ayant pas bénéficié de la prise de contact à l'hôpital proposent des services plus rapides et plus proactifs. À ce titre, le client 6 mentionne : « J'aurais aimé que ce soit plus rapide. Je veux m'en sortir, je veux de l'aide, mais ça ne vient pas assez vite. » Le client 3, pour sa part, affirme :

« 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 CPSQ], 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. »

Cette réponse démontre bien le besoin d'une prise en charge proactive et rapide pour ce client. De son côté, le client rencontré à l'hôpital mentionne ceci : « Il n'y a rien qui m'a déplu », démontrant ainsi sa satisfaction envers la prise de contact.

Finalement, des propos portant sur les aspects appréciés, il est possible de constater une appréciation de la procédure par le client rencontré à l'hôpital. Il dit : « J'ai apprécié que le contact se fasse à l'hôpital. » Il ajoute : « Ça été quand même assez rapide, je suis satisfait. » Pour ce qui est des deux autres clients, les réponses apportées ont davantage trait au service en général qu'à la prise de contact.

Ainsi, les propos rapportés de l'entrevue démontrent que les clients qui n'ont pas bénéficié d'une prise de contact à l'hôpital auraient préféré que la prise de contact soit plus rapide. Aussi, il ressort des difficultés liées au fait d'entrer en contact avec le CPSQ, et ce, en dépit du fait qu'ils soient relancés de manière téléphonique par un intervenant, illustrant le besoin d'un service plus proactif. Pour ce qui est du client rencontré à l'hôpital, il appert que celui-ci est satisfait de la prise de contact et qu'il n'y modifierait rien.

En somme, les résultats présentés dans ce chapitre illustrent les difficultés organisationnelles rencontrées en cours de projet. Ces difficultés, ayant entraîné des modifications à la procédure

envisagée, ont compromis à certains niveaux la satisfaction des clients envers la prise de contact. Toutefois, la procédure de relance introduite en cours de projet a permis de limiter les conséquences liées à l'atteinte de l'objectif visant à favoriser l'adhésion des hommes au programme SILAR. Dans le chapitre qui suit, on tentera de mieux comprendre les difficultés organisationnelles et thérapeutiques rencontrées et de trouver des pistes de solution afin de les contrer.

Chapitre 5

Analyse des résultats et recommandations

Le chapitre précédent montre que l'atteinte des objectifs visés est mitigée. Le présent chapitre tente d'expliquer ces résultats, de répondre à quelques questionnements et d'offrir des pistes de solution pour la pratique. Pour ce faire, une analyse de la clientèle recrutée est faite. Ensuite, en plus d'analyser les résultats quant à l'adhésion des hommes et à la prise de contact, des recommandations sont apportées afin d'arriver à mettre en place une procédure de prise de contact à l'hôpital qui soit effective. Pour ce faire, le champ de la toxicomanie est pris en exemple. Finalement, la procédure de relance est analysée afin de répondre à quelques questionnements formulés par les intervenants du CPSQ.

5.1. La clientèle recrutée

Comme l'indique le tableau 2 (p.26), les clients recrutés vivaient des problématiques de santé mentale et psychosociales sévères et multiples. Plus précisément, cinq clients sur six avaient plus d'un trouble de santé mentale diagnostiqués. Comme ces problématiques sont fréquentes chez les hommes admis au programme SILAR, on peut se demander si elles apportent un niveau de difficulté supplémentaire en thérapie qui s'ajoute aux caractéristiques problématiques liées à la masculinité traditionnelle décrits en début de document. Voici ce que dit la documentation scientifique sur le lien entre suicide et troubles de santé mentale.

5.1.1. Suicide et troubles de santé mentale

Des études par autopsies psychologiques réalisées aux États-Unis, en Angleterre, au Canada et dans les pays scandinaves révèlent que 79% à 100% des personnes qui se suicident souffrent de troubles mentaux au moment de leur décès (Tanney, 2000). Aussi, il apparaît que les personnes qui souffrent d'un trouble de santé mentale ont un risque 12 fois plus élevé de suicide que celles qui n'ont pas de troubles mentaux (Cavanagh, & al., 2003). Une méta-analyse (Harris, & Barraclough, 1997) révèle que, sur 44 troubles examinés, 39 sont associés significativement à un taux de mortalité par suicide plus élevé. Parmi ceux-ci, on note que ce sont les troubles de l'humeur (dont la dépression majeure) et les troubles d'abus de substances

qui sont le plus fréquemment associés au suicide (Cavanagh, & al., 2003; Tanney, 2000). Alors que Cavanagh et ses collaborateurs (2003) mentionnent que les troubles psychotiques sont au troisième rang des troubles les plus fortement associés au suicide, Tanney (2000) révèle que ce sont les troubles de personnalité qui détiennent cette place.

Qui plus est, Cavanagh et ses collaborateurs (2003), rapportent que la majorité des personnes qui se suicident souffre de plus d'un trouble de santé mentale. En fait, entre 21% et 81% des personnes décédées pas suicide souffraient d'au moins deux troubles mentaux. Plus précisément, il y a généralement une comorbidité entre les troubles d'abus de substances et d'autres troubles mentaux. La comorbidité entre ces pathologies, fréquemment observée dans la population suicidaire, renforce la notion de « triade létale » du suicide mise de l'avant par Blumenthal (1988). Cette notion suggère un risque très élevé de suicide en présence d'une coexistence de deux des trois pathologies suivantes: dépression, abus d'alcool et de drogues et personnalité limite.

En ce qui a trait aux différences selon le sexe, les études démontrent que la prévalence de la dépression majeure, trouble le plus fortement associé au suicide, serait 1,5 à 2 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Robins, & Regier, 1991; Kessler, & al., 1994). En dépit de ce constat, dans leur étude menée au Québec et portant sur les décès attribués au suicide, Lesage et ses collaborateurs (1994) ont découvert que les hommes suicidaires ont 11,2 fois plus de risques de vivre une dépression majeure que les hommes non suicidaires. Ces mêmes auteurs ont aussi mis en évidence quatre grandes pathologies mentales fortement associées au suicide chez les hommes, soit la dépression majeure, l'abus d'alcool et de drogue, la schizophrénie et la personnalité limite. Qui plus est, ils ont fréquemment observé une comorbidité entre ces pathologies, renforçant la possibilité de triade létale. En outre, des études (Kessler, & al. 1994; Institut de la statistique du Québec, 2008) affirment que les hommes souffrent davantage de troubles liés à la consommation tels que la toxicomanie et l'alcoolisme, lesquels sont observés 2,5 à 4 fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

Ainsi, les éléments observés chez les clients recrutés dans le cadre de ce projet sont largement documentés dans la documentation, notamment en ce qui a trait à la présence fréquente de

troubles de santé mentale, aux types de troubles observés et à la présence de comorbidité. Aussi, ces données démontrent bien que les problèmes de santé mentale constituent un facteur important chez les personnes suicidaires. Toutefois, comme l'intérêt est de savoir si la présence de troubles de santé mentale chez les hommes suicidaires représente une barrière supplémentaire au traitement qui s'ajoute aux difficultés liées à la masculinité, il importe de mieux documenter la situation masculine.

5.1.2. Suicide et troubles de santé mentale chez les hommes : un lien particulier

Certains auteurs (Mishara, & Tousignant, 2004; Houle, 2005) suggèrent que l'un des impacts les plus importants de la maladie mentale est le stigma rattaché aux personnes qui en sont atteintes. La culture de compétition, l'importance de la productivité et de la réussite sociale rendent l'échec personnel humiliant, faisant en sorte que la personne atteinte d'un trouble mental est rapidement marginalisée et ne trouve plus sa place dans notre société. Selon cette explication, les hommes, en raison de leur adhésion au rôle social masculin traditionnel, seraient davantage affectés par le stigma lié à la maladie mentale. Le sentiment de honte étant plus présent chez ceux-ci, ils seraient moins enclins à demander de l'aide que les femmes. En lien avec la difficulté de demander de l'aide, plusieurs auteurs (Dulac, 1997; Gallo & al., 1995; Pirkis, & al., 2001) affirment que l'identification et le traitement des troubles mentaux seraient plus complexes chez les hommes. Houle (2005) affirme que les hommes sont moins bien diagnostiqués et moins bien traités que les femmes pour leurs troubles mentaux et que les conséquences de ces troubles sont donc plus importants ou plus difficiles à assumer pour les hommes que pour les femmes.

À la lumière de ces explications, il convient d'affirmer que la présence de troubles mentaux chez les hommes suicidaires constitue une barrière supplémentaire. En effet, comme les hommes adhérant au modèle masculin traditionnel se sentent davantage stigmatisés, ceux-ci ne consultent pas en présence de troubles mentaux, résultant donc en de mauvais traitements et en des conséquences exacerbées.

5.1.3. L'adhésion au traitement des personnes souffrant de troubles mentaux

Plusieurs recherches portant sur l'observance au traitement des personnes aux prises avec une problématique de santé mentale mettent en évidence des résultats intéressants. Corruble et Hardy (2003), affirment que « l'existence d'une souffrance psychique est un facteur de mauvaise observance des traitements ». Aussi, selon eux, la dépression est un facteur bien connu de non-observance du traitement dans les pathologies somatiques. Une méta-analyse de Di Matteo (1994) démontre que les patients déprimés ont un risque trois fois plus élevé que les patients non déprimés de ne pas prendre correctement leur traitement médical. Les troubles de dépendance seraient aussi un facteur de mauvaise adhésion (Matas, Staley, & Griffin, 1992) et il en serait de même pour les personnes présentant un potentiel d'hostilité élevé (Cremniter, & al., 2001). Les études attestent aussi que les patients présentant un trouble de personnalité limite sont particulièrement enclins à adopter des comportements de non-adhésion au traitement (Cheval, & al., 2008; Matas, & al., 1992). Ces personnes se caractérisent également par une assiduité instable aux séances de psychothérapie, comme en témoignent de nombreuses études rappelées par Gunderson et ses collaborateurs (1997).

En somme, les éléments susmentionnés suggèrent non seulement que le sentiment d'échec et le stigma associé à la maladie mentale, augmenteraient la difficulté des hommes présentant un trouble mental à demander de l'aide, mais aussi que les personnes atteintes de troubles mentaux sont moins adhérentes aux traitements. Ainsi, les troubles de santé mentale constitueraient une difficulté supplémentaire au traitement qui s'ajoute à celles liées aux caractéristiques problématiques de la masculinité traditionnelle.

5.1.4. Implications pour la pratique

Comme l'adhésion au rôle masculin traditionnel et la présence de troubles mentaux sont toutes deux associées à une faible observance au traitement et que la présence de troubles mentaux est fréquente chez la clientèle masculine admise au programme SILAR, il importe de tenir compte de cet aspect afin de favoriser la participation des hommes suicidaires à ce programme. De manière plus spécifique, il est intéressant de consulter la documentation afin

de voir les solutions émises pour contrer la non-adhésion au traitement des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale.

La documentation fait ressortir l'importance d'un partenariat favorisant l'alliance thérapeutique entre l'intervenant et le client (Corruble, & Hardy, 2003). Selon les auteurs, l'observance est meilleure lorsque les attentes du client quant à la relation thérapeutique ont été satisfaites, que l'intervenant écoute et respecte le client dans une attitude sincère et sympathique, et que l'intervenant lui fournit des informations répondant à ses attentes à propos de sa maladie. Ils notent également que le fait de contacter les patients par courrier, courrier électronique ou téléphone permet de diminuer l'absentéisme aux rendez-vous.

La psychoéducation est aussi un moyen utilisé et qui a prouvé son efficacité pour améliorer l'adhésion au traitement des personnes atteintes d'un trouble mental (Corruble, & Hardy, 2003). En effet, selon Khazaal, Preisig et Zullino (2006), la qualité de l'adhésion à un traitement renvoie à la qualité de la reconnaissance du trouble, elle-même en lien avec la compréhension des symptômes, de leur lien avec une maladie et des possibilités de traitement.

L'implication de l'entourage est considérée comme un moyen pouvant augmenter l'adhésion au traitement des personnes atteintes d'un trouble de santé mental. Selon Corruble et Hardy (2003) qu'il s'agisse de membres de la famille, d'amis ou de membres d'associations de malades, l'entourage a un rôle positif s'il est impliqué dans le traitement, tout en restant non intrusif. Les techniques utilisées pour mobiliser l'entourage peuvent mettre en jeu l'information des familles, leur éducation à travers l'apprentissage de stratégies d'intervention appropriées en fonction des situations, ou bien encore des consultations de psychothérapie familiale.

Finalement, Corruble et Hardy (2003) mentionnent l'importance de la formation des intervenants. Selon eux, malgré sa fréquence, la diversité de ses manifestations et ses conséquences majeures, la mauvaise adhésion aux traitements demeure insuffisamment connue des professionnels. Une formation adaptée des intervenants aux problèmes posés par la non-adhésion et aux techniques permettant de l'améliorer est indispensable.

Dans le présent projet, une attention particulière a été portée à la relation thérapeutique. Toutefois, il pourrait être pertinent d'investiguer davantage les autres solutions proposées par Corruble et Hardy (2003) et de les additionner aux modes d'intervention suggérés pour la clientèle masculine afin de maximiser la participation des hommes au programme.

5.2. La prise de contact

Le chapitre 4 a fait ressortir, d'une part, l'incapacité de mettre en application la procédure de prise de contact à l'hôpital et, d'autre part, la difficulté d'obtenir l'adhésion des hommes au traitement proposé. Or, il a été démontré que le fait de planifier le suivi et de prendre un rendez-vous avant de laisser la personne quitter l'hôpital augmente le taux de fidélité au traitement chez des personnes qui ont fait une tentative de suicide (Granboulan, & al., 2001, dans Houle, & al. 2006 ; Swedo, 1989, dans Houle, & al., 2006). Il a aussi été vu que l'établissement d'un contact à l'hôpital est fortement recommandé en intervention auprès des hommes suicidaires (Chagnon, & al., 2008). En ce sens, les changements majeurs survenus dans la procédure de prise de contact peuvent expliquer en partie les résultats concernant l'adhésion des hommes. À ce titre, il est intéressant de soulever quelques obstacles à la participation des hommes au programme SILAR qui mettent en relief l'importance de la prise de contact à l'hôpital.

La lecture des résultats sur la prise de contact permet de constater que le premier contact ne s'est pas fait dans les délais prévus, avec une moyenne de 7,5 jours entre la sortie de l'hôpital et la prise de contact avec l'étudiante. Or, tel que mentionné, un délai lors de la demande d'aide, si court soit-il, freine le processus d'aide, rend plus difficile la création d'un lien de confiance et augmente le désistement (Tremblay, & L'Heureux, 2002; Dulac, 2001b).

En plus de la lenteur de prise en charge, la prise de contact a généralement été faite par l'intervenant de crise plutôt que par l'étudiante. Bien que cette procédure ait permis d'entrer en contact plus rapidement avec les clients, elle a possiblement freiné le processus d'aide. En effet, il a été vu que la création d'un lien de confiance solide est centrale dans l'intervention auprès des hommes (Tremblay, & L'Heureux, 2002) et que les programmes d'intervention pour hommes suicidaires devraient permettre l'établissement d'un contact personnalisé avec

l'homme suicidaire dès le début du traitement (Chagnon et al., 2008). En regard de ces données, il est possible d'émettre l'hypothèse qu'un premier contact avec un autre intervenant a pu nuire à l'adhésion au programme en ralentissant la création du lien de confiance.

Finalement, comme la prise de contact ne s'est pas faite à l'hôpital, la première rencontre devait se faire au CPSQ afin d'évaluer le potentiel de dangerosité du client dans un environnement sécuritaire pour l'intervenante. Or, on peut croire que les difficultés de certains clients de se déplacer au CPSQ afin d'effectuer la première rencontre ont possiblement freiné l'adhésion au programme. En effet, certains clients ont émis des réticences à se déplacer au CPSQ. Par exemple, le client 5, qui souffrait d'épilepsie sévère, ne voulait pas venir au CPSQ par peur de faire une crise lors de son déplacement, ce qui aurait pu être dangereux pour sa vie. En ce sens, la première rencontre fut reportée à plusieurs reprises, ayant comme conséquence possible d'augmenter l'ambivalence du client face au suivi. Dans le même sens, le client 6 vivait des crises d'anxiété intenses quand venait le temps de se rendre chez des organismes d'aide, reportant donc sa première rencontre de nombreuses fois. Lorsque l'homme a finalement accepté de se déplacer au CPSQ, il était en situation de crise avancée. Il a affirmé que si ce n'avait été de l'intensité de sa souffrance, il n'aurait jamais accepté.

Ainsi, les éléments de réflexion concernant l'adhésion des hommes au programme rappellent l'importance d'une prise de contact à l'hôpital. Celle-ci aurait l'avantage d'augmenter la rapidité de la prise en charge, de permettre un contact direct avec l'intervenante responsable du suivi, de favoriser la création d'un lien de confiance solide et d'éviter au client de se déplacer au CPSQ pour effectuer la première rencontre. Outre l'analyse des résultats quant à l'adhésion des hommes au programme, les entrevues semi-structurées visant à évaluer la satisfaction des clients face à la prise de contact ont mis en relief l'intérêt des clients pour une approche plus rapide et plus proactive. Il devient donc évident que la mise en place d'une telle procédure est pertinente. Compte tenu de l'incapacité de la mettre en application, il convient de pousser plus loin l'analyse et de trouver des solutions afin que celle-ci soit effective. Pour ce faire, le champ de la toxicomanie est pris en exemple.

5.2.1. Le champ de la toxicomanie : un exemple de réussite

Il existe deux exemples de réussite issus du champ de la toxicomanie. Il y a, d'une part, l'équipe de liaison entre le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve [CRUV] et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec et, d'autre part, le réseau intégré de services en désintoxication [RISD] de Domrémy MCQ et du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières [CHRTR]. Ces deux services, sensiblement identiques, se traduisent essentiellement par un arrimage étroit entre les services de réadaptation en alcoolisme-toxicomanie-jeu pathologique et les services des centres hospitaliers (Duguay, & Tremblay, 2008; Bertrand, & Ménard, 2008). Cet arrimage s'incarne principalement par la présence quotidienne d'une infirmière de liaison du Centre de réadaptation au Centre hospitalier où elle peut rencontrer des usagers, à l'urgence ou hospitalisés, qui présentent une problématique en lien avec des dépendances. Ces services ont comme objectifs : 1- d'améliorer le dépistage des problèmes de consommation chez les usagers présents en centre hospitalier; 2- de profiter de façon optimale de la fenêtre d'opportunité créée par la crise associée à la présence des usagers en centre hospitalier pour les engager ou les réengager dans une démarche de changement en regard de leur consommation problématique; 3- de fournir aux usagers en priorité et avec rapidité l'accès aux niveaux de soins requis en fonction de paramètres opérationnalisés à l'intérieur d'une grille d'évaluation standardisée.

Duguay et Tremblay (2008), dans le guide d'implantation de l'équipe de liaison du CRUV, affirment que la présence en centre hospitalier d'une équipe de liaison favorise :

- Un repérage et une détection efficace des clients;
- Des résultats rapides et prometteurs qui contribuent au désencombrement à l'urgence;
- L'utilisation de la crise comme une occasion à saisir pour introduire un changement et susciter la motivation à se faire aider chez les usagers;
- Une orientation plus rapide et mieux ciblée pour répondre aux besoins des clients;
- Un meilleur arrimage entre les dispensateurs de services afin de favoriser l'accès ainsi que la continuité et l'adaptation des soins et des services aux clients.
- Une bonification des services en disposant d'une meilleure connaissance des besoins de la clientèle et d'une plus grande habileté à y répondre.

Une évaluation effectuée un an après la mise sur pied de l'équipe de liaison CRUV (Bouchard, 2008) a révélé des résultats intéressants. Il a été démontré que l'établissement des équipes de liaison permet d'obtenir un taux de recrutement plus élevé au centre de réadaptation. En effet, plus de 80 % des patients qui sont ainsi orientés acceptent d'entreprendre une démarche de réadaptation. Aussi, la moyenne des séjours à l'urgence psychiatrique du CHUQ est passée de 29 à 20 heures, une moyenne qui se maintient depuis.

Pour ce qui est du RISD, une évaluation (Bertrand, & Ménard, 2005) fait ressortir différents constats :

- La mise en place du RISD a été suivie d'un accroissement important du nombre de patients dirigés vers Domrémy MCQ en provenance du CHRTR, lesquels sont passés de 48 (2001-2003) à 236 (2003-2005).
- Près de la moitié des usagers visités ont déjà eu recours aux services de Domrémy. À la suite de cette visite, 80 % des usagers formulent une demande d'aide officielle auprès de Domrémy. Une fois cette demande verbalisée, près de la moitié des usagers font une démarche significative à Domrémy pour leur problème de consommation alors que le tiers entreprend une démarche partielle.
- Le personnel de Domrémy et du CHRTR dresse un bilan positif en ce qui concerne les retombées du RISD. Ce dernier a favorisé notamment le développement d'une confiance mutuelle entre les deux établissements, un meilleur dépistage des problèmes de consommation chez la clientèle du CHRTR et un meilleur accès aux services de réadaptation en toxicomanie.
- Devant la problématique de toxicomanie, les intervenants du CHRTR se sentent plus efficaces et crédibles, mieux outillés et soutenus ainsi que moins isolés.
- Les usagers se présentent au CHRTR dans un contexte de détresse psychologique élevée, souvent liée à des événements de vie difficiles. La rencontre avec l'infirmière de liaison se déroule donc dans un moment-clé favorisant la décision d'entreprendre ou de poursuivre une démarche de changement.

En somme, cette évaluation permet de conclure que le RISD favorise une meilleure qualité, continuité et accessibilité des services en toxicomanie pour la clientèle du CHRTR dans une

perspective de hiérarchisation des soins. Afin d'en arriver à des résultats semblables en prévention du suicide auprès des hommes, l'analyse des facteurs de réussites de ces programmes de toxicomanie est pertinente.

5.2.2. Implications pour la pratique

Comme la procédure issue de l'exemple du champ de la toxicomanie est similaire à celle envisagée pour ce projet, il est intéressant de s'y référer afin de rendre effective la prise de contact à l'hôpital. À ce titre, Duguay et Tremblay (2008) nomment différentes étapes à respecter afin de mener à bien l'implantation d'un projet de liaison :

- Informer, sensibiliser et mobiliser les partenaires en échangeant sur les besoins identifiés, la pertinence du projet et la mise en valeur d'une offre de services ;
- Offrir de la formation au personnel des établissements en fonction des nouvelles collaborations qu'amène le projet et mettre à profit les programmes de formation disponibles ;
- Donner aux intervenants les instruments nécessaires sur les plans clinique et administratif, ainsi qu'en matière de suivi et d'évaluation ;
- Conclure des ententes administratives qui précisent les rôles et les responsabilités des partenaires en cause (qui fait quoi), les modalités d'application (comment et quand), les résultats attendus, ainsi que les mécanismes de suivi.

Le présent projet, étant d'envergure limitée, n'avait pas la prétention de modifier dans l'immédiat les ententes à long terme entre le CPSQ et les centres hospitaliers. En raison de l'ampleur restreinte de cette entreprise, plusieurs de ces étapes n'ont pas été respectées.

Par exemple, il est possible de faire ressortir que les ententes administratives précisant les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires et les modalités d'application ont été lacunaires. À ce sujet, plusieurs auteurs (Clément, Ouellette, & Coulombe, 1995 ; Panet-Raymond, 1994 ; Panet-Raymond, & Bourque, 1991) mentionnent que le partenariat entre les établissements institutionnels et les établissements communautaires doit être cimenté par l'élaboration d'un plan de travail où sont clairement énoncés les attentes et les objectifs du

partenariat, de même qu'une stratégie de gestion commune précisant, entre autres, les investissements de temps et les modalités de gestion du budget (Clément et al., 1995 ; Panet-Raymond, 1994 ; Panet-Raymond, & Bourque, 1991). Outre quelques ententes implicites prises entre la coordonnatrice du CPSQ et le milieu hospitalier, aucune entente concernant les stratégies de gestion n'a été élaborée. Il est donc possible de croire qu'un plan de travail plus serré aurait facilité la mise en application de la procédure.

Aussi, bien qu'une formation ait été prodiguée au personnel du CPSQ, le personnel des établissements hospitaliers n'ont pas eu droit à un tel encadrement. Il est donc possible de croire que ce manque de formation a nui à la procédure de prise de contact. Celui-ci ne sachant pas de quelle manière fonctionner, la procédure habituelle de référence utilisée au programme SILAR a possiblement été choisie.

Finalement, il convient de rappeler que le manque de bureaux pour accueillir la clientèle fait partie des explications justifiant l'incapacité de mise en application de la procédure. En ce sens, il est pertinent de souligner qu'une des étapes importantes pour l'implantation d'une équipe de liaison en centre hospitalier est de fournir aux intervenants les instruments qui y sont nécessaires.

En somme, l'envergure limitée de ce projet a fait transparaître plusieurs lacunes empêchant la mise en place de la procédure de prise de contact. Comme les résultats obtenus dans le cadre de ce projet ont permis de mettre en relief l'importance d'une telle procédure, il serait pertinent d'y accorder plus de ressources, tant humaines que matérielles, afin de respecter les étapes proposées ci-haut.

5.3. Questionnements à propos de la procédure de relance téléphonique

Compte tenu de l'incapacité de mettre en application la procédure de prise de contact à l'hôpital et des répercussions sur la participation des hommes au programme, la procédure de relance a été mise sur pied. Comme plusieurs questionnements ont été soulevés par l'équipe du CPSQ lors de la mise en application de cette procédure, il convient de les analyser.

5.3.1. *La responsabilisation de la clientèle*

Le principe de responsabilisation de la clientèle, une valeur d'intervention fondamentale au CPSQ, est au cœur des questionnements soulevés en lien avec cette procédure. S'appuyant sur l'approche de l'empowerment, l'équipe du CPSQ considère qu'il importe de redonner leur pouvoir d'agir aux personnes suicidaires, celles-ci se trouvant dans une situation où elles ont l'impression de n'avoir plus aucun contrôle sur leur vie. Comme le mentionne Le Bossé (1996), « l'empowerment est un instrument [...] qui plonge ses racines dans la volonté de rééquilibrer les pouvoirs au profit des plus démunis ». En ce sens, l'intervention est planifiée en fonction du renforcement des personnes dans l'optique d'activer leur capacité à se prendre en charge. Au plan individuel, Eisen (1994) définit *l'empowerment* comme la façon par laquelle l'individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle. Certains parlent de processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie (Gibson, 1991). C'est donc selon ce principe d'empowerment que la responsabilisation de la clientèle prend son sens pour le CPSQ.

Aussi, tel que susmentionné, la clientèle SILAR est constituée d'une forte proportion de personnes aux prises avec des troubles de personnalité. Qui plus est, les clients qui présentent un patron de détresse les amenant à demander de l'aide de façon récurrente sont fréquents au CPSQ. Or, pour ces types de clientèle, la documentation suggère d'utiliser la responsabilisation et de limiter la prise en charge (AQPS, 2003; Frare, Robert, & Boucher, 2009). Selon Frare et ses collègues (2009), les modèles d'intervention traditionnels entraînent une dépendance envers les services et augmentent le risque suicidaire. En effet, le type de prise en charge habituellement prodigué offre l'attention recherchée par ces clients, renforçant donc les comportements auto-destructeurs. En d'autres mots, les gains secondaires provoqués par une forte prise en charge de ces clientèles entraînent le maintien de la dépendance envers les services et l'augmentation du risque suicidaire. Pour contrer cette escalade du risque suicidaire par une forte prise en charge, ces auteurs proposent l'utilisation de l'approche du suicide « haut risque haut gain ». Cette approche comprend trois principes de base, soit la responsabilisation du client, la tolérance du risque suicidaire et la prise en charge minimale.

Selon le principe de responsabilisation, « une personne dont les capacités d'analyse et d'action sont suffisantes doit assurer sa propre sécurité lorsque celle-ci est menacée. » Ce principe favorise donc la recherche de solutions par la personne afin qu'elle les intègre éventuellement à son bagage de compétences. Aussi, selon cette approche, la tolérance d'un haut risque suicidaire à court terme est nécessaire afin de diminuer les risques suicidaires à long terme. Finalement, le principe de prise en charge minimale suggère 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.

Compte tenu d'une culture organisationnelle valorisant l'empowerment et une prise en charge minimale, la procédure de relance proactive proposée par l'étudiante dans le cadre de ce projet a suscité plusieurs questionnements chez les intervenants du CPSQ. Devons-nous privilégier la proactivité au détriment de la responsabilisation? Y a-t-il des situations contre-indiquées pour cette relance? Dans quelles situations plus spécifiques est-il favorable de relancer? Il serait irréaliste de répondre entièrement à ces questions dans le cadre de ce travail. Toutefois, certains éléments de réponse peuvent être apportés pour le bénéfice de la pratique.

5.3.2. Implications pour la pratique

D'abord, il importe de se questionner s'il faut privilégier la proactivité au détriment de la responsabilisation. Un des stéréotypes liés à la masculinité est la croyance que les hommes sont forts, autonomes et doivent par le fait même se débrouiller seuls. Tremblay et ses collaborateurs (2007) mentionnent d'ailleurs que les dispensateurs de services, en réaction au stéréotype masculin qu'est l'autonomie, ont tendance à ne pas aller au-devant. Or, ces mêmes stéréotypes entraînent des effets négatifs sur la santé des hommes, notamment par un isolement affectif et un refus de demander de l'aide. Comme les hommes agissent généralement pendant ou après une crise, cette réaction des services d'aide à ce stéréotype masculin « a trop souvent pour effet d'entraîner des conséquences graves » (p.9). La vie humaine étant ici l'enjeu, la prise en charge proactive est essentielle. Cette recommandation va d'ailleurs dans le même sens que Chagnon et ses collaborateurs (2008) qui précisent qu'en raison des réticences des hommes à demander de l'aide et de l'aggravation subséquente de

leur état, « 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 » (p. 52).

Aussi, selon l'approche de l'empowerment, à la base du principe de responsabilisation, l'acquisition des habiletés visant 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 nécessite la traversée d'un processus. Or, pour réaliser cette traversée, une aide est souvent de mise. À ce titre, les interventions proactives sont fort pertinentes puisqu'elles permettent d'engager le processus d'acquisition des habiletés nécessaires à la responsabilisation. Ainsi, il est possible d'être proactif tout en étant responsabilisant et c'est d'ailleurs ce que le CPSQ s'est proposé de faire à la suite de ce projet : rendre leur pouvoir d'agir aux personnes suicidaires tout en leur offrant une chance supplémentaire de recevoir de l'aide par le biais d'une relance téléphonique proactive.

En dépit de l'importance de la proactivité, cette dernière peut être à proscrire pour certaines clientèles. Tel que susmentionné, les clientèles présentant une dynamique de récurrence ou un trouble de personnalité pourraient réagir négativement. En ce sens, la procédure de relance est à utiliser avec modération. En effet, l'intervenant désirant relancer un client présentant ce type de dynamique doit garder en tête les dangers qui y sont associés. Cette recommandation ne signifie pas d'éviter toute intervention proactive avec ce type de clientèle, celle-ci pouvant être utile pour créer un premier contact, mais engage plutôt à la prudence.

Ainsi, il est possible de dégager différentes recommandations de ces analyses. La conclusion qui suit dressera une synthèse de ces recommandations et proposera des avenues pour le développement des connaissances et de la pratique en service social.

Conclusion

Ce projet commandé par le CPSQ avait pour but d'adapter leur service post-tentative aux hommes suicidaires. Les modifications expérimentées visaient à favoriser une plus grande adhésion des hommes au programme et à permettre l'établissement d'un contact personnalisé avec eux lors de leur séjour à l'hôpital. Au terme du projet, seule la moitié des participants ciblés avait adhéré au programme et il fut impossible de mettre en application la procédure permettant l'établissement d'un contact à l'hôpital.

L'analyse des résultats permet de dégager des recommandations afin d'adapter les programmes post-tentatives aux hommes suicidaires. Premièrement, les troubles de santé mentale, fréquents au programme SILAR, ont constitué une barrière à l'adhésion qui s'est ajoutée aux difficultés liées à la socialisation masculine. Pour contrer cette barrière et accroître la participation des hommes, il est recommandé de développer la relation thérapeutique, de recourir à la psychoéducation, d'impliquer l'entourage et de former les intervenants aux problèmes liés à la non-adhésion. Deuxièmement, Malgré les difficultés rencontrées, la prise de contact à l'hôpital demeure pertinente. D'autres efforts devraient être faits pour implanter cette procédure en s'inspirant des expériences réalisées dans le champ de la toxicomanie. Finalement, l'utilisation de la procédure de relance téléphonique expérimentée au cours du projet est conseillée, mais doit être utilisée modérément avec les clients présentant un trouble de personnalité limite ou une dynamique récurrente.

Ainsi, au chapitre des contributions à l'avancement des connaissances en service social, ce projet offre des recommandations pertinentes pour la mise en application de services spécifiques aux hommes suicidaires. Comme le CPSQ est intéressé par l'acquisition de données favorisant l'émergence de nouvelles pratiques auprès des hommes suicidaires, ce projet est d'une contribution certaine.

Qui plus est, il convient de noter la convergence entre ce projet et la documentation, soulignant toutes deux l'importance d'une intervention proactive auprès des hommes. D'une part, les éléments de réflexion concernant l'atteinte mitigée de l'objectif visant à favoriser l'adhésion des hommes au programme rappellent l'importance d'une prise de contact à l'hôpital. D'autre part, la procédure de relance téléphonique a permis plusieurs avancements

thérapeutiques, notamment en regard de l'adhésion des hommes au programme. Compte tenu de ces éléments, il importe maintenant de changer les pratiques afin d'offrir aux hommes suicidaires les outils dont ils ont besoin dans le but de diminuer leur taux de suicide au Québec.

En conclusion, il importe de rappeler que le suicide est une problématique multifactorielle et multidimensionnelle. Bien que la complexité de la problématique offre de multiples occasions de prévenir le suicide, « on ne peut entrevoir une seule solution simple du suicide dans une société » (Mishara, 2003b, p.113-114). En ce sens, bien que les recommandations proposées dans ce projet offre des pistes d'intervention pertinentes, celles-ci sont nécessairement incomplètes. Il demeure donc essentiel de pousser davantage les recherches afin de mettre en place des stratégies pour faire face au suicide chez les hommes qui soient plus représentatives de cette vision multifactorielle. À ce propos, plusieurs facteurs expliquant les hauts taux de suicide chez les hommes sont mentionnés au chapitre 2 (p.12). Bien qu'il ait été démontré que les particularités liées au rôle masculin traditionnel sont centrales, il demeure important de travailler au développement d'interventions permettant de considérer l'ensemble des éléments ayant une incidence sur les hauts taux de suicide des hommes. Une intervention prenant en compte l'ensemble de ces facteurs serait un exemple idéal d'une stratégie d'action qui soit représentative de la vision multifactorielle du suicide.

Références

- Association canadienne de prévention du suicide. (2004). *Avant-projet de l'ACPS pour une stratégie nationale canadienne pour la prévention du suicide*. Edmonton.
- 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.
- Bertrand, C, & Ménard, J. (2005). *Évaluation du réseau intégré de services en désintoxication : Projet pilote de collaboration entre le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et Domrémy MCQ*. Trois-Rivières.
- Bertrand, C, & Ménard, J. (2008). Réseau intégré de services en désintoxication : Évaluation d'un projet pilote mis en place par Domrémy Mauricie et Centre-du-Québec et le centre hospitalier de Trois-Rivières. *Toxicoréseau*, 8, 2, 3.
- Blumenthal, S.J. (1988). Suicide: a guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. *Medical Clinics of North America*, 72, 4, 937-971.
- Bouchard, M. (2008). Les équipes de liaison en milieu hospitalier, un succès tangible. *Toxicoréseau*, 8, 3, 4.
- Canetto, S. S., & Lester, D. (1995). Gender and the primary prevention of suicide mortality. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 25, 1, 58-69.
- Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide : A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Centre de prévention du suicide. (2007). *Programme SILAR : Guide à l'intention des milieux référents*. 8 p.
- Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska. (2003). *Apprendre pour la vie. Formation à l'intervention de crise suicidaire*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Centre de prévention du suicide de Québec. (2008a). Ensemble... autrement depuis 30 ans : Rapport annuel 2007-2008. Extrait du site Web du CPSQ le 15 juin 2008 : http://www.cpsquebec.ca/fr/rapports/Rapport1_annuel_2006-2007.pdf
- Centre de prévention du suicide de Québec. (2008b). Donner un sens à sa souffrance. Extrait du site Web du CPSQ le 15 juin 2008 : <http://www.cpsquebec.ca/fr/organisme/services.htm>

- Chagnon, F., Vrakas, G., Bardon, C., Daigle, M., Houle, J. (2008). *Consensus entre la recherche et la pratique pour améliorer les programmes de prévention du suicide chez les hommes*. CRISE, UQAM. Montréal.
- 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-vie*, 10, 1. Extrait du site Web de l'Association québécoise de prévention du suicide le 24 novembre 2007 : <http://www.aqps.info/>
- Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly*, 35, 2, 269-88.
- Cheval, S., Mirabel-Sarron, C., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2008). L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale. *Annales Médico-Psychologiques*. 1-8.
- Clément, M., Ouellet, F., Coulombe, L. (1995). Le partenariat de recherche : éléments de définition et ancrage dans quelques études de cas. *Service social*, 44, 2, 147-164.
- Clayton, D. & Barcelò, A. (2000). Coût de la mortalité par suicide au Nouveau-Brunswick, 1996. *Maladies Chroniques au Canada*, 20, 2.
- Corruble, E., Hardy, P. (2003). Observance du traitement en psychiatrie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-860-A-60, 1-6.
- Cremniter, D., Payan, C., Meidinger, A., Batista, G., Fermanian, J. (2001). Predictors of short-term deterioration and compliance in psychiatric emergency patient: a prospective study of 457 patients referred to the emergency room of a general hospital. *Psychiatry Research*, 104, 49-59.
- 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.
- Di matteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *Journal of the American Medical Association*, 271, 79-83.
- 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.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal: Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.

- Dulac, G. (2001a). *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. (2001b). *Aider les hommes...aussi*. Montréal : VLB.
- 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.
- Dulac, G., & Groulx, J. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories & pratiques québécoises*. Montréal : Centre d'études appliquées sur la famille, École de service social, Université McGill.
- Duguay, L., & 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 Ubalde-Villeneuve.
- Durand, C., & Mishara, B. (2002). *Le suicide. Sondage d'opinion auprès des québécois*. CROP-EXPRESS.
- Eagly, A. H., & Steffen, V. J. (1986). Gender and aggressive behaviour : A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, 100, 3, 309-330.
- Eisen, A. (1994). Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly*, 21, 2, 235-252.
- Frare, P., Robert, D., & Boucher, P. (2009). Trouble de personnalité et suicide. Diapositives présentées au Colloque lavallois 2009 en prévention du suicide.
- Gagné, M., & St-Laurent, D. (2009). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes-1981 à 2007*. Québec : Institut national de santé publique.
- Gallo, J. J., Marino, S., Ford, D., & Anthony, J. C. (1995). Filters on the pathway to mental health care, II. Sociodemographic factors. *Psychological medicine*, 25, 1149-1160.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Giroux, S. (1998). *Méthodologie des sciences humaines : La recherche en action*. Éditions du Renouveau Pédagogique. 266 p.
- Gunderson, J. G., Najavits, L. M., Leonhard, C., Sullivan, C., Sabo, A.N. (1997). Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients. *Psychotherapy Research*, 7, 301-309.
- Harris, E.C., & Barraclough, B.M. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.

- 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., & 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.
- Institut de la statistique du Québec. (2008). Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Extrait du site Web de l'Institut de la statistique du Québec le 8 juin 2009 : www.stat.gouv.qc.ca
- Jobin, S., & Mandeville, L. (2005). Une vision positive du processus suicidaire : Pour comprendre et intervenir différemment. *Revue québécoise de psychologie*, 26, 2, 111-129.
- Khazaal, Y, Preisig, Y, & Zullino, D. F. (2006). Psychoéducation et traitements cognitifs et comportementaux du trouble bipolaire. *Santé mentale au Québec*, 31, 1, 125-143.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hugues, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lacroix, L. (1990). Le suicide et les politiques sociales au Québec. *Santé mentale au Québec*, 14, 1, 46-61.
- Le Bossé, Y. (1996). Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux, *Nouvelles pratiques sociales*, 9,1, 127-145.
- 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, NY: Haworth Press.
- Matas, M., Staley, D., Griffin, W. (1992). A profile of the noncompliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *General Hospital Psychiatry*, 14, 124-130.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Montréal. Éd. Gaëtan Morin.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie*. Québec.

- Ministère de la santé et des services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). *L'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide : Cadre de référence*. Québec.
- Mishara, B. (2003a). *À l'écoute des nouvelles orientations sur les blessures : Document d'information sur la place du suicide dans les blessures intentionnelles*. Université du Québec à Montréal.
- Mishara, B. (2003b). Pratiques novatrices pour la prévention du suicide au Québec : un défi de société. *Santé mentale au Québec*, XXVIII, 1, 111-125.
- Mishara, B.L., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- 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.
- Oliver, J.M., Reed, C.K.S, Katz, B.M., & Haugh, J.A. (1999). Students' self-reports of help-seeking: The impact of psychological problems, stress, and demographic variables on utilization of formal and informal support. *Social Behavior & Personality*. 27, 2, 109-128.
- Organisation mondiale de la santé. (2006). *Étude multicentrique d'intervention sur les comportements suicidaires*. Extrait du site Web de l'Organisation mondiale de la santé le 4 janvier 2009 : <http://www.who.int/research/fr/>
- 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.
- Panet-Raymond, J., & Bourque, D. (1991). *Partenariat ou « pater-nariat » ?*, Montréal, Université de Montréal.
- Pirkis, J.E., Burgess, P.M., Meadows, G.N., & Dunt, D.R. (2001). Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Medical Journal of Australia*, 175(10), 542-545.
- 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.

- Rickwood, D.J., & Braithwaite, V.A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine*, 39, 4, 563-572.
- Robins, L.N., & Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America : the Epidemiologic Catchment Area Study*. New York : The Free Press.
- 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.
- Roy, P. (2007). Négociation des normes masculines par les hommes en crise suicidaire. Mémoire de maîtrise. Université du Québec à Montréal.
- St-Laurent, D., & Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?* Québec : Institut national de santé publique.
- St-Laurent, D., & 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.
- Tanney, B. L., (2000). Psychiatric diagnoses ans suicidal acts. Dans *Comprehensive Textbook of suicidology*, New York: The Guilford Press.
- Tremblay, G., Cloutier, Antil, T., R., Bergeron, M-E., & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Tremblay, G., & L'heureux, P. (2002). L'intervention psychosociale auprès des hommes: Un modèle émergeant d'intervention clinique. *Intervention*, 116, 13-25.
- Tremblay, G., Morin, M., Desbiens, V., & Bouchard, P. (2007). *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Collection Études et Analyses, 36. Université Laval, Québec : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Tremblay, G., Thibault, Y., Fonséca, F., & Lapointe-Goupil, R. (2004). La santé mentale et les hommes : État de situation et pistes d'intervention. *Intervention*, 121, 6-16.

Annexe A

Entrevue semi-structurée sur l'opinion des hommes quant à la prise de contact

- Cette entrevue vise à connaître votre opinion par rapport à la prise de contact que vous avez eue avec le CPSQ. La prise de contact comprend la présentation que l'hôpital a faite de nos services, la référence de l'hôpital vers le CPS, le premier contact téléphonique avec l'intervenante ainsi que la première rencontre avec l'intervenante SILAR et vous. Par cette entrevue, nous cherchons à connaître votre opinion sur la manière dont le projet vous a été présenté, sur l'approche qui a été utilisée, sur l'endroit où s'est déroulé l'entrevue, la rapidité de la réponse offerte ou sur tous les autres aspects liés à cette étape que vous jugez pertinents.
 - Si vous n'y voyez pas d'objection, j'aimerais enregistrer l'entrevue afin de faciliter la compilation des données. Comme pour l'ensemble des informations recueillies lors de nos rencontres, ce que vous me direz restera strictement confidentiel et aucun nom n'apparaîtra dans mon essai. Si toutefois, vous ne vous sentez pas à l'aise de vous faire enregistrer, n'hésitez pas à m'en faire part afin que je puisse mettre en place une autre manière de procéder. Aussi, vous êtes libre de mettre fin à l'entrevue quand vous le voulez ou de ne pas répondre à toutes les questions.
 - Je vais vous poser des questions afin de guider l'entrevue. Toutefois, si vous avez d'autres commentaires pertinents, n'hésitez pas à m'en faire part, cela contribuera à enrichir la discussion.
1. Dans un premier temps, j'aimerais que vous me disiez globalement comment vous avez vécu la prise de contact.
 - Comment est-ce que vous l'avez perçue?
 - Racontez-moi comment vous vous êtes senti.
 2. Si c'était à refaire, qu'est-ce que vous changeriez à la prise de contact, quelles sont les choses que vous n'avez pas aimées?
 - En ce qui a trait à la procédure de la prise de contact.
 - En ce qui a trait au lieu de la prise de contact.
 - En ce qui a trait à l'approche utilisée au moment de la prise de contact.
 - En ce qui a trait au moment de la prise de contact.
 - Qu'est-ce qui aurait pu faire que vous ne participiez pas au projet?

3. Quel sont les aspects qui, selon vous, ne devraient pas être changés?
 - Qu'est-ce que vous avez apprécié?
 - Ce qui a contribué à la réussite de la prise de contact?
 - Qu'est-ce qui a fait que vous avez accepté de participer au projet?

Annexe B

Opinion des clients sur la prise de contact

Clients	Vision globale	Aspects à modifier	Aspects appréciés
3	<ul style="list-style-type: none"> • « La prise de contact est toujours perçue comme négative parce que c'est de dire qu'on a besoin d'un service pour quelque chose qui est tragique. » • « Ça demande des efforts d'accepter un tel service. » • « Quand on sort de l'hôpital, ce n'est pas évident de prendre le téléphone et d'appeler à ce genre de service. » • « Je me suis senti comme quelqu'un qui se faisait offrir un service pour l'aider, donc positivement. Je ne me suis pas senti jugé. » 	<ul style="list-style-type: none"> • « 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, 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. » 	<ul style="list-style-type: none"> • « C'est un service qui est hyper important. J'ai un grand respect pour une société qui permet ça. Je dirais que politiquement je suis content qu'on soit dans une société où il y a encore un filet social. »
4	<ul style="list-style-type: none"> • « La prise de contact s'est très bien faite, c'était très professionnel, très sympathique, j'ai été très satisfait du contact et puis c'était calme et l'écoute était très bonne. » • « La présentation du service à l'hôpital était assez claire, y avait pas toutes les informations en détail, mais c'était intéressant d'entendre parler d'un service qui pouvait nous aider. » 	<ul style="list-style-type: none"> • « Il n'y a rien qui m'a déplu. » 	<ul style="list-style-type: none"> • « J'ai apprécié que le contact se fasse à l'hôpital. » • « Ça été quand même assez rapide, je suis satisfait. »
6	<ul style="list-style-type: none"> • « De l'hôpital à ici ça été long, ça été long pas mal. » • « À l'hôpital, je n'ai pas reçu l'écoute que j'avais besoin. » • « 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. » 	<ul style="list-style-type: none"> • « C'est compliqué cette question-là. C'est à moi de changer. » • « À l'hôpital, le médecin était occupé, y avait pas le temps, c'est comme si y avait d'autre chose à faire. « Y veut pas parler lui, ben on va le laisser sur sa civière! » Je ne me souviens pas que quelqu'un soit venu me voir pour me demander comment j'allais. » 	<ul style="list-style-type: none"> • « J'ai eu confiance aux personnes à qui j'ai parlé, je me suis senti écouté. »

		<ul style="list-style-type: none">• « J'aurais aimé que ce soit plus rapide. Je veux m'en sortir, je veux de l'aide, mais ça vient pas assez vite.»• « Au début, j'ai trouvé ça difficile d'avoir à venir au CPS. »	
--	--	--	--