

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

LISE CARON

RÉPONSES DE STRESS CHEZ LES INTERVENANTS DES CENTRES
JEUNESSE EN RELATION AVEC LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES
DES JEUNES: ÉTUDE DESCRIPTIVE ET CORRÉLATIONNELLE

DÉCEMBRE 1996

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

À l'heure actuelle, l'état des connaissances confirme que les comportements suicidaires des clients peuvent susciter des réponses de stress importantes chez divers professionnels de la relation d'aide. Afin de cerner la spécificité de l'impact de ces comportements sur les intervenants qui travaillent auprès des jeunes des Centres Jeunesse, nous avons évalué les réponses de stress de 94 sujets recrutés dans cinq régions du Québec. Plus spécifiquement, nous avons exploré l'impact des différents comportements suicidaires (suicide, tentative et idéation suicidaire sérieuse), le type d'exposition à ces comportements, les attributions de responsabilité personnelle et à autrui, la relation avec le jeune et le soutien en milieu de travail en relation avec le niveau de stress. Un questionnaire construit pour les fins de cette recherche a permis de recueillir les données concernant ces variables tandis que les réponses de stress sont mesurées à l'aide de l'Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Les résultats démontrent que le suicide occasionne plus de stress que les tentatives et les idéations suicidaires sérieuses. Les attributions de responsabilité personnelle et à autrui sont en relation positive avec le niveau de stress mais peu de résultats significatifs sont obtenus au niveau de l'exposition, de la relation au jeune et du soutien. Toutefois, des analyses ex post facto ont permis, d'une part, de considérer que l'évaluation de la létalité des tentatives de suicide a une influence sur le niveau de stress et, d'autre part, que le suicide, lorsqu'il a lieu à l'intérieur du centre de réadaptation,

a un impact plus sévère sur le niveau de stress que lorsqu'il a lieu à l'extérieur. Quant au niveau de stress lui-même, on note que dans les deux semaines qui ont suivi le comportement, 12% des sujets ont un niveau de stress comparable à celui de populations en traitement pour un trouble de stress post-traumatique. De plus, les résultats au niveau de l'impact actuel ainsi que les témoignages recueillis permettent d'envisager les comportements suicidaires comme pouvant, dans certains cas, avoir un impact à long terme. Les résultats pourront servir à identifier certains besoins en terme de formation ainsi qu'en terme de soutien à apporter aux intervenants qui ont fait face à ce genre de comportements.

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement monsieur Pierre Racine, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour avoir dirigé ce mémoire. Son ouverture d'esprit, sa simplicité et son respect pour ma démarche ont été grandement appréciés.

J'adresse aussi mes remerciements à madame Jocelyne Pronovost, professeure au département de psychologie de l'UQTR, pour ses conseils et commentaires dans la phase initiale de la recherche.

Je veux exprimer toute ma gratitude aux Centres Jeunesse participants et à l'ensemble des intervenants qui ont bien voulu se prêter à cette étude. Sans eux, évidemment, il aurait été impossible de mener ce projet à terme. En espérant que cette contribution modeste rende compte de difficultés inhérentes à un travail trop souvent méconnu.

Finalement, je tiens particulièrement à souligner le soutien de ma famille et de mes ami(e)s. Leurs encouragements constants ont été une grande source de réconfort dans cette entreprise parfois difficile mais combien enrichissante.

Je dédie ce travail à L. dont l'existence s'est terminée si tôt.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	ii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES TABLEAUX	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1: CONTEXTE THÉORIQUE	5
1.1 Clarification des concepts reliés au stress	7
1.2 Les comportements suicidaires: un stressor important chez les aidants	9
1.3 Les Centres Jeunesse et les comportements suicidaires	13
1.3.1 L'importance des comportements suicidaires	13
1.3.2 Le rôle des intervenants lors de comportements suicidaires ..	17
1.3.3 L'impact des comportements suicidaires sur les intervenants ..	18
1.4 Les réactions des aidants aux comportements suicidaires	22
1.4.1 Les témoignages	24
1.4.2 Les enquêtes	29
1.4.3 Les recherches sur les réponses de stress	31
1.4.4 Synthèse	39
1.5 Un modèle pour comprendre les réponses de stress lors d'événements extrêmes: le modèle d'Horowitz	41
1.6 Différentes variables qui peuvent influencer le stress	45
1.6.1 Le type de comportement suicidaire	46
1.6.2 Le type d'exposition aux comportements suicidaires	47
1.6.3 L'attribution de responsabilité	48
1.6.4 La relation avec le client	51
1. .5 Le soutien	53
1.7 Hypothèses de recherche	57
1.8 Pertinence sociale	58

CHAPITRE 2: MÉTHODE	60
2.1 Sujets	61
2.1.1 Données socio-démographiques	62
2.1.2 Formation au niveau du suicide	64
2.1.3 Fréquence des expériences reliées aux comportements suicidaires	64
2.2 Instruments de mesure	65
2.2.1 Questionnaire de renseignements généraux	65
2.2.2 L'Échelle d'Impact d'un Événement	68
2.2.2.1 Validité de l'Échelle d'Impact d'un Événement . .	70
2.2.2.2 Fidélité de l'Échelle d'Impact d'un Événement . .	72
2.3 Procédure	73
CHAPITRE 3: RÉSULTATS	75
3.1 Les analyses descriptives	76
3.1.1 L'Échelle d'Impact d'un Événement	76
3.1.2 Les attributions de responsabilité	79
3.1.3 La relation avec le jeune	81
3.1.4 Le soutien reçu en milieu de travail	83
3.2 Vérification des hypothèses	86
3.2.1 Effet de la gravité des comportements suicidaires sur le niveau de stress	86
3.2.2 Effet de l'exposition au comportement suicidaire sur le niveau de stress	87
3.2.3 Effet des attributions de responsabilité personnelle sur le niveau de stress	89
3.2.4 Effet des attributions de responsabilité aux autres sur le niveau de stress	90
3.2.5 Effet de la relation avec le jeune sur le niveau de stress	91
3.2.6 Effet du soutien en milieu de travail sur le niveau de stress . .	92
3.3 Analyses ex post facto	93
3.3.1 Effet de la variable sexe sur le niveau de stress	94
3.3.2 L'effet du suicide à l'intérieur du centre de réadaptation sur le niveau de stress	94
3.3.3 Relation entre le niveau de stress et le degré de létalité	95
3.3.4 La relation avec le jeune et les attributions de responsabilité .	96

3.3.5	Persistence du stress à l'égard du comportement suicidaire passé	98
	CHAPITRE 4: DISCUSSION	101
4.1	Discussion sur les résultats	102
4.2	Forces et limites de la recherche	116
	CONCLUSION	119
	RÉFÉRENCES	122
	APPENDICES	131
	APPENDICE A	132
	APPENDICE B	151
	APPENDICE C	153
	APPENDICE D	155

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Caractéristiques Reliées à l'Emploi des Sujets en Centre Jeunesse	63
TABLEAU 2	Types de Formation et Heures de Formation au Niveau du Suicide	65
TABLEAU 3	Comparaison entre les Groupes de Référence et les Sujets de l'Étude Actuelle quant aux Scores Moyens Obtenus aux Réponses de Stress	78
TABLEAU 4	Répartition des Sujets qui ont Vécu un Suicide ou une Tentative de Suicide selon le Degré d'Attribution de Responsabilité à Soi et aux Autres	80
TABLEAU 5	Répartition des Sujets Selon le Degré de Relation de Confiance et de Collaboration avec le Jeune	82
TABLEAU 6	Répartition des Sujets Selon le Degré de Satisfaction au Soutien Reçu en Milieu de Travail	84
TABLEAU 7	Comparaison de Moyennes a posteriori pour les Trois Types de Comportements Suicidaires	88
TABLEAU 8	Intercorrélations entre le Sentiment de Culpabilité et de Responsabilité et les Réponses de Stress	90
TABLEAU 9	Scores Moyens pour les Trois Types de Comportements Suicidaires au Niveau de l'Impact Présent	99

Introduction

Les préoccupations relatives à l'impact du suicide et des comportements suicidaires (CS) chez les aidants ne sont pas nouvelles. Depuis les années soixante, qu'il s'agisse de témoignages, de résultats d'enquêtes ou de recherches auprès de diverses catégories de professionnels et d'aidants, les façons d'étudier cette problématique varient beaucoup. Les informations qu'on peut y puiser indiquent cependant de façon constante que le suicide et les CS, tels que les tentatives et les idéations, sont parmi les comportements les plus stressants de la pratique quotidienne des divers professionnels de la relation d'aide (Farber, 1983; Deutsch, 1984; Hellman, Morrison & Abramowitz, 1986; Rodolfa, Kraft & Reilly, 1988). Conséquemment, ils suscitent des réponses de stress qui sont comparables, dans certains cas, à des symptômes post-traumatiques (Chemtob, 1988a, 1988b; Kleespies, P. M., Penk, W. E. & Forsyth, J. P., 1993).

À l'heure actuelle, les recherches systématiques consacrées à ce phénomène concernent des populations composées quasi exclusivement de psychiatres, de psychologues ou de stagiaires dans l'une ou l'autre de ces disciplines. Nous disposons donc de très peu d'éléments sur les réactions d'intervenants d'autres formations ou ayant une relation différente, bien que significative, avec le client (Valente, 1994).

Au Québec, différentes études effectuées auprès des jeunes qui reçoivent des services des Centres Jeunesse¹ font état, de façon inquiétante, du phénomène du suicide et des tentatives de suicide chez ces jeunes (Association des Centres d'Accueil du Québec, 1992; Desrosiers, Coderre, Bastien & Hamel, 1992; Cloutier, Champoux, Jacques et Lancop, 1994; Chagnon, en cours).

En effet, le risque élevé de suicide chez les jeunes de ce milieu, le phénomène de contagion qui peut s'ensuivre et le type même des services offerts font du travail dans les CJ un lieu où les intervenants sont exposés à des situations de stress élevé et aux autres CS (tentatives et idéations). C'est dans le milieu des Centres Jeunesse et auprès des intervenants y oeuvrant que s'est effectuée la présente recherche.

Le but poursuivi ici a donc été de mesurer le stress, plus spécifiquement les réponses d'évitement et d'intrusion, des intervenants qui ont eu à faire face à différents CS dans le cadre de leurs interventions auprès de jeunes en CJ.

¹ Les Centres Jeunesse (CJ) regroupent les établissements publics qui, dans chaque région du Québec, sont chargés de fournir une aide spécialisée aux jeunes en difficultés graves. Ils offrent «des services d'internat, d'externat comprenant l'intégration en milieu scolaire et d'autres alternatives dans la communauté comme les foyers de groupe, l'assistance éducative, les centres de jour, etc» (Le Blanc, 1995, p. 93).

Quelles relations peut-on établir entre ces réponses de stress et les différents CS? Le type d'exposition à de tels comportements suscite-t-il des réponses de stress de différente intensité? Qu'en est-il des relations entre les réponses de stress et l'attribution de responsabilité? Est-ce que la relation avec le jeune a un impact sur le niveau de stress des intervenants? De quel soutien ces derniers ont-ils bénéficié après avoir vécu ces événements et ce soutien a-t-il eu une influence sur leurs réponses de stress? Voilà autant d'éléments qu'il semble pertinent de mieux cerner si l'on veut comprendre l'impact des CS auxquels sont appelés à faire face les intervenants des CJ.

Chapitre 1
Contexte théorique

Dans ce chapitre, nous allons d'abord clarifier différents concepts reliés au stress, puis discuter des études qui ont identifié les CS comme des stressseurs importants dans le domaine de la relation d'aide. Nous prendrons ensuite connaissance d'une enquête de l'Association des Centres d'Accueil du Québec (1992) qui porte sur le phénomène des CS dans les CJ. Nous rapporterons quelques études qui permettent d'évaluer la gravité et l'évolution de ces comportements chez les jeunes qui composent la clientèle des CJ. Nous verrons enfin diverses avenues que la littérature emprunte pour traiter de ce phénomène dans les milieux qui offrent des services aux jeunes en difficulté et plus particulièrement ce que nous savons à l'heure actuelle sur l'impact des CS sur les intervenants des CJ.

Pour compléter ce tableau sur l'impact du suicide, nous référerons aux témoignages et aux enquêtes sur les réactions d'aidants et d'équipes d'aidants de divers milieux. Nous verrons que les réactions soulevées lors d'un tel événement s'apparentent aux réponses de stress d'évitement et d'intrusion que l'on retrouve de manière générale lors d'événements particulièrement stressants.

Durant la dernière décennie, malgré la richesse de l'information contenue dans la littérature sur l'impact du suicide sur les aidants, peu de recherches ont

exploré de manière systématique les réponses de stress. Dans les pages qui suivent, nous présenterons les quelques recherches récentes qui rendent compte de l'ampleur de ces réponses dans différentes populations d'aidants.

Nous prendrons ensuite connaissance d'un modèle qui permet d'identifier et de comprendre les réactions à des événements de vie stressants (Horowitz, 1976) et nous verrons comment ce modèle peut nous être utile dans l'étude actuelle.

Enfin, nous identifierons différentes variables qui sont pertinentes à la compréhension des réactions de stress vécues par les intervenants des CJ lors de CS. La gravité et l'exposition à de tels comportements, l'attribution de responsabilité, la relation avec le jeune ainsi que le soutien reçu suite à ces événements feront l'objet de la dernière section de ce chapitre.

1.1 Clarification des concepts liés au stress

Le stress est un concept défini de différentes manières dans la littérature. Aussi, plutôt que de mentionner toutes les définitions et tous les modèles théoriques qui lui sont consacrés dans différents contextes, nous allons nous limiter à deux perspectives fournies par la recherche sur l'impact des CS chez les aidants: celle des stresseurs et celle des réponses de stress.

De manière générale, un stresser est défini comme n'importe quel stimuli exerçant une demande sur l'organisme et qui requiert de celui-ci une adaptation ou un ajustement. Quant aux réponses de stress, elles sont définies comme un ensemble relativement stéréotypé de patrons psychologiques et biologiques que l'organisme déploie en réponse à l'exposition à un stresser ou à des événements de vie (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993).

Certains événements de vie stressants peuvent occasionner divers troubles d'anxiété et dans les cas d'événements particulièrement traumatisants, ils peuvent entraîner le développement de symptômes caractéristiques du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ce trouble peut survenir à la suite d'une exposition à un facteur de stress traumatique. Pour être considéré comme tel, l'événement doit correspondre à différentes caractéristiques: par exemple, d'être témoin d'un événement pouvant occasionner la mort ou une blessure, ou représentant une menace pour l'intégrité physique d'autrui; le fait, aussi, d'apprendre la mort violente ou inattendue, ou une blessure subie par un proche. Il faut cependant, et c'est un critère indispensable, que cet événement occasionne une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (Association Américaine de Psychiatrie [AAP], 1994).

Pour l'instant, nous suggérons que le fait d'être intervenant et d'avoir à faire face à un CS chez un jeune puisse correspondre à certaines de ces

caractéristiques et occasionner des réponses de stress importantes, voire extrêmes.

Horowitz (1976) a élaboré un modèle théorique des TSPT (Conceptual Model of Stress Response Syndrome). Ce modèle permet de comprendre les réactions des individus qui font face à des événements extrêmes. S'appuyant sur une synthèse des observations cliniques et expérimentales, il identifie deux types de réactions extrêmes en réponse à ce type d'événement: les réponses d'évitement et d'intrusion. Nous retiendrons ce modèle théorique et plus particulièrement ses notions d'intrusion et d'évitement car il nous semble bien adapté à notre étude.

En fait, dans cette recherche, les réponses de stress renvoient aux réactions des intervenants confrontés à un événement de vie ou à un stresser potentiel, en l'occurrence le CS d'un jeune client.

1.2 Les comportements suicidaires: un stresser important chez les aidants

Les études traitant des CS en tant que stresser chez les professionnels de la relation d'aide se situent dans le courant de la recherche portant sur l'épuisement professionnel dans les services humains (Deutsch, 1984). Bien que le stress soit inévitable dans la pratique de la psychologie, il semble qu'il soit

exacerbé par le travail auprès de certains patients et, notamment, auprès de patients qui présentent des CS (Farber, 1983).

Les travaux menés par Farber et Heifetz (1981; 1982) et à leur suite ceux de Farber (1983), Deutsch (1984), Hellman et al. (1986), Rodolfa et al. (1988) auprès de populations de psychothérapeutes de formations diverses, tels les psychiatres, les travailleurs sociaux, les psychologues et des stagiaires en ces disciplines, ont exploré les différents facteurs de stress dans la situation thérapeutique .

À partir d'une recension des comportements des clients pouvant être des sources de stress, Farber (1983) a construit un questionnaire permettant de mesurer la perception des stressseurs dans la pratique quotidienne de psychothérapeutes. Une recherche menée auprès de 60 professionnels (psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux) a permis d'établir que les propos suicidaires (suicidal statements) sont considérés comme les comportements les plus stressants.

Deutsch (1984), dans une étude menée cette fois auprès de 264 sujets de formations diverses (psychologie, travail social, counseling, éducation), confirme les conclusions de Farber (1983), à savoir que les propos suicidaires sont des stressseurs importants chez ces professionnels. Il est à noter que son échelle de

36 items reprenait 21 items de l'échelle de Farber et que son échantillon d'enquête comptait 25% de professionnels travaillant auprès d'enfants et d'adolescents.

Hellman et al. (1986), utilisant aussi l'échelle développée par Farber et Heifetz (1981, 1982) mais en y ajoutant 11 items additionnels dont les gestes suicidaires (suicidal gestures), concluaient plus fortement encore. Pour peu qu'on fasse la distinction entre gestes suicidaires et propos suicidaires, les 227 psychologues de leur échantillon identifiaient les gestes suicidaires comme le seul élément de l'échelle pouvant être qualifié le plus stressant (the most stressful form of patient behavior).

Enfin, une dernière étude (Rodolfa & al., 1988), celle-ci menée auprès de 279 psychologues et stagiaires (trainees) en psychologie, rapporte que les propos suicidaires (suicidal statements) arrivent au troisième rang des comportements les plus stressants, alors que les attaques physiques sont placées au premier rang et les tentatives de suicide au deuxième.

Mise à part Deutsch (1984) qui a indiqué que son échantillon comprenait un certain nombre de professionnels travaillant auprès d'enfants et d'adolescents, nous ne retrouvons pas de données au niveau des stressseurs dans cette population d'aidants. Toutefois, dans la littérature consacrée à la prévention et à l'intervention auprès de jeunes suicidaires, il est suggéré que les CS soient des stressseurs importants pour les intervenants (Association des Centres Jeunesse du

Québec [ACJQ], 1995; Charles & Matheson, 1988). Toolan (1984) suggère même que les intervenants craignent davantage ce type de comportements que les gestes destructeurs du genre agression.

L'absence de recherches systématiques auprès de cette population peut s'expliquer par la reconnaissance récente du fait que les enfants et les adolescents puissent penser et commettre un suicide ou être des candidats au suicide (Pfeffer, 1986).

Une enquête menée au Québec dans les centres de réadaptation¹ pour adolescents en difficulté rend compte de cette réalité dans les services des CJ. Nous allons maintenant présenter les résultats de cette enquête ainsi que ceux d'autres études nous permettant de constater l'ampleur du phénomène des CS dans les CJ et, par le fait même, la présence de ce stressor chez les intervenants de ce milieu.

¹ Depuis 1993, les Centres de Réadaptation font partie des CJ et représentent un des services d'internat. Ainsi, lorsque la situation le requiert les CJ procèdent au placement en institution appelée Centre de Réadaptation (CR).

1.3 Les Centres Jeunesse et les comportements suicidaires

1.3.1 L'importance des comportements suicidaires

En février 1992, l'Association des Centres d'Accueil du Québec (ACAQ) publiait un rapport sur le phénomène du suicide dans les 39 centres de réadaptation qui participaient à l'étude. Dans ce rapport, au cours de la période comprise entre janvier 1986 et décembre 1988, on recensait 289 tentatives de suicide et 8 suicides chez les jeunes qui recevaient des services. Toujours dans cette même enquête, les intervenants rapportaient qu'à leur connaissance 19 autres jeunes s'étaient suicidés après leur placement.

Une autre étude menée au centre d'accueil St-Joseph de Joliette par Desrosiers et ses collègues (1992) rapporte que 34% des 79 adolescents évalués sont des sujets suicidaires, soit 27 d'entre eux. Plus récemment, une enquête menée auprès d'adolescents en centres de réadaptation révèle que 49.6% des 128 adolescents disent avoir fait une tentative de suicide (Cloutier et al., 1994). Finalement une recherche en cours (Chagnon), menée dans deux établissements des CJ de Montréal, trouve que plus de 60% des jeunes admis dans ces établissements ont soit des idéations suicidaires sévères ou ont fait une tentative de suicide et plus.

De son côté, le Conseil permanent de la jeunesse (CPJ), dans son rapport Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes (1995), évalue l'ampleur de ce phénomène chez les jeunes. On y rapporte une forte hausse du suicide entre 1970 et 1980; cette augmentation se poursuivant de manière plus modérée mais continue jusqu'à aujourd'hui. De plus, ce sont les jeunes de 15 à 19 ans qui sont les plus touchés par cette augmentation et on perçoit même une tendance à la hausse chez ceux de 10 à 14 ans. Les observations rapportées dans l'enquête de l'ACAQ (1992) vont aussi dans le sens d'un rajeunissement. On y mentionne en effet que 7% des tentatives commises sont le fait de jeunes âgés de 12 à 13 ans. Cette réalité amène l'ACAQ à se demander si ce phénomène, à l'instar d'autres problèmes comme la consommation de drogues et d'alcool ou la prostitution, ne serait pas également de plus en plus présent chez les clients les plus jeunes des centres de réadaptation.

Par ailleurs, Le Blanc (1995) constate une augmentation des difficultés des jeunes clients des CJ depuis 20 ans. De leur côté, Cyr, Menghile et Vilandré (1992) ont exploré la dangerosité de la clientèle admise dans un centre de réadaptation de la région de Montréal; ce centre en est un de transition et permet ainsi une bonne représentation du réseau des jeunes qui composent la clientèle des CJ. Leurs données permettent d'affirmer que la dangerosité des sujets est importante. En effet, comme cette étude le stipule si on considère un groupe de dix adolescents pris au hasard, on risque de retrouver les conduites suivantes (non

exclusives pour chaque sujet): l'un d'entre eux est probablement suicidaire (a déjà fait une tentative), deux ont déjà songé à s'enlever la vie, trois consomment de la drogue de façon abusive ou ont fait des agressions armées, environ cinq ont eu une arme en leur possession, enfin, deux sujets appartiennent à des gangs. Un tel portrait rend l'apparition de gestes dangereux pour soi ou pour les autres quasi inévitable.

Ponce et Smith (1989) mentionnent pour leur part que les risques de contagion augmentent de façon importante lorsque le CS se produit dans un milieu où les jeunes sont déjà en grande difficulté. Le phénomène de contagion ou l'effet Werther, introduit par Phillips (1974) pour décrire l'augmentation du nombre de suicide causée par la suggestion, retient l'attention des auteurs qui s'intéressent aux CS chez les jeunes (Ponce & Smith, 1989; ACAQ, 1992; James & Wherry, 1991; Dunne-Maxim, Godin, Larnb, Sutton & Underwood, 1992; Maas & Ney, 1992; ACJQ, 1995).

Dans une étude menée auprès de 146 adolescents ayant vécu le suicide d'un de leur pair, Brent, Perper, Moritz, Friend, Schweers, Allman et al. (1993b) ont trouvé un taux plus élevé d'idéations suicidaires que dans le groupe contrôle; ce dernier groupe n'ayant pas vécu d'expérience similaire. Dunne-Maxim et al. (1992) ont aussi remarqué que les admissions de jeunes suicidaires dans une

unité de soins pour adolescents étaient plus élevées lorsqu'un jeune de l'entourage s'était suicidé ou avait commis une tentative.

L'augmentation des difficultés rencontrées par les jeunes, leur degré de dangerosité envers eux-mêmes ainsi que l'exposition possible aux CS de leurs pairs permettent de comprendre les préoccupations principales au niveau de l'ensemble du matériel publié. Ces préoccupations ont principalement trait à la compréhension des CS, aux facteurs reliés au risque suicidaire, à l'évaluation du risque suicidaire ainsi qu'à l'intervention auprès de ces jeunes (Charles & Matheson, 1988, James & Wherry, 1991; Maas & Ney, 1992; Ponce & Smith, 1989; Reis & Resnik, 1985; Slaby & McGuire, 1989).

Même en l'absence de recherches systématiques sur l'identification des stressseurs dans les CJ, l'ensemble de ces données permettent de concevoir les CS comme des stressseurs importants pour les intervenants de ces milieux. Nous allons maintenant voir quel rôle jouent ces derniers auprès des jeunes, plus particulièrement lors de CS, et leurs réactions lorsque se produisent ces comportements.

1.3.2 Le rôle des intervenants lors de comportements suicidaires

Dans le milieu des CJ, les intervenants apportent soutien et aide aux jeunes dans leur expérience quotidienne. L'observation participante est leur outil privilégié et devrait faire en sorte qu'ils soient à même d'identifier et d'intervenir au cours du processus suicidaire ou de diminuer les risques de gestes suicidaires (ACAQ, 1992).

Le processus suicidaire rejoint trois niveaux de réalité comportementale: l'idéation suicidaire, la tentative de suicide et le suicide (Grenier et St-Onge, 1991). Les étapes du processus où l'on retrouve les idéations et les tentatives pouvant être réversibles, la qualité de l'intervention auprès des jeunes y est particulièrement importante (Ponce & Smith, 1989).

Tout au long du processus suicidaire, le rôle des intervenants prend diverses formes telles que le dépistage et l'évaluation des idéations suicidaires ou les interventions en lien avec les besoins du jeune. Lors d'une tentative suicidaire, si elle a lieu en leur présence, ils peuvent avoir à évaluer les besoins médicaux immédiats, ainsi que les besoins des autres clients qui sont présents.

Toutefois, que le CS ait lieu à l'intérieur ou non du service, les intervenants ont à tenir compte des effets de ce comportement sur l'ensemble des jeunes et à leur apporter soutien en considérant leur spécificité propre en terme de diagnostic

et de pathologie; en considérant aussi l'existence de deuils antérieurs (Ponce & Smith, 1989; Maas & Ney, 1992). Ils doivent non seulement soutenir les membres de la famille du jeune en cause mais aussi, dans certains cas, les familles des autres résidents (Ponce & Smith, 1989).

Selon Maas et Ney (1992), l'ensemble des besoins nécessités par la gestion d'une telle crise amène les intervenants à se préoccuper principalement des manifestations extérieures et à négliger l'impact émotionnel à court et à long terme sur les jeunes et sur eux-mêmes. Nous allons maintenant aborder ce que la littérature nous rapporte quant à l'impact des CS sur les intervenants de ce milieu.

1.3.3 L'impact des comportements suicidaires sur les intervenants

Dans la littérature sur l'impact des CS sur les intervenants travaillant auprès des jeunes en difficulté, les auteurs réfèrent aux enquêtes faites auprès d'autres professionnels de la relation d'aide ou auprès des endeuillés par suicide pour expliquer ce qu'ils observent dans leur milieu et proposer certains cadres théoriques permettant de comprendre les réactions qui y ont cours.

Ainsi, selon certains, les réactions aux CS seront conceptualisées selon les théories du deuil. Dans cet ordre d'idée, Ponce et Smith (1989) constatent que les réactions de déni, de colère et de culpabilité vécues lors d'un suicide

s'apparentent à celles rapportées par Lindemann (1965) quant aux étapes menant à la résolution du processus de deuil.

De leur côté, Maas et Ney (1992) rapportent que les CS sont très menaçants pour ceux qui ont la responsabilité d'un jeune. Les intervenants peuvent éprouver des réactions dont l'intensité est quasi proportionnelle à la charge agressive de ces comportements. Ainsi, l'anxiété suscitée par la crainte des blessures ou de la mort, le sentiment de responsabilité ou la crainte d'être tenu responsable, la tendance à éviter ou à faire du déni ainsi que la peur, la colère, la tristesse, la culpabilité et l'impuissance sont des réactions que l'on retrouve dans des situations de stress extrême et qui peuvent donc être conceptualisées dans une perspective traumatique.

L'Association des Centres Jeunesse du Québec (1995) rapporte aussi des réactions pouvant être caractéristiques de situations de stress extrême. Ces réactions prennent la forme d'un état de choc et d'un sentiment d'engourdissement (numbness) à l'annonce d'un CS ou lors de la découverte d'un jeune ayant attenté à ses jours. Ultérieurement, elles peuvent prendre la forme d'un évitement de certaines situations qui mettraient l'intervenant en contact avec d'autres jeunes suicidaires.

Certaines de ces réactions sont présentes dans les témoignages de cinq intervenants des CJ qui ont eu à faire face à un suicide dans le cadre de leur

travail et qui ont participé à un vidéo produit par les CJ de l'Abitibi-Témiscamingue en 1994: Si ça m'arrivait...être intervenant et vivre le suicide d'un jeune. On remarque un état de choc chez les intervenants qui ont soit découvert le corps, soit appris la nouvelle par personne interposée. Cet état se manifeste chez certains d'entre eux par une absence d'émotion et une forme d'engourdissement. Chez ceux qui ont découvert le corps, des émotions intenses et des images persistantes du corps du suicidé ou d'autres stimuli associés à la découverte du jeune peuvent même les amener à craindre pour leur santé mentale.

À court terme, on retrouve chez eux des problèmes reliés au sommeil (ex. insomnie) et, à plus long terme, des idéations suicidaires, des troubles somatiques (ex. nausées lorsque l'intervenant se présente sur les lieux de travail) et de l'hypervigilance.

Sur le plan personnel, un intervenant rapporte que le sentiment de culpabilité l'empêchait d'éprouver du plaisir ou tout simplement de se sentir bien dans sa vie. Dans certains cas plus extrêmes, la culpabilité peut entraîner des comportements d'auto-destruction ou des ruminations suicidaires. Dans des cas plus rares, elle peut être projetée sous forme de blâme à autrui (ACJQ, 1995). D'après ce dernier document, le contexte institutionnel est particulièrement propice à la recherche d'un coupable et les intervenants, tout autant que l'institution, peuvent servir de cible aux manifestations de colère.

Suite à un suicide, l'intervenant peut craindre l'opinion des autres, d'être identifié par les médias ou de perdre son statut professionnel (ACJQ, 1995). L'état de crise dans lequel il se trouve peut l'amener à vivre beaucoup d'incertitude, ce qui peut rendre difficile la prise de décision et l'amener à douter de ses compétences (James & Wherry, 1991). À ce propos, les témoignages des participants au vidéo permettent de constater comment cette expérience peut être une source de remises en question sur le plan professionnel. Ainsi, certains d'entre eux ont pensé à une réorientation de carrière, trois d'entre eux ont quitté leur poste pour une période plus ou moins longue, dont l'un de manière définitive.

À la lumière des témoignages et des observations tirés de la littérature sur les CJ, il est permis de considérer potentiellement importantes et sévères des réactions provoquées par les CS chez les intervenants de ce milieu; aussi importantes et sévères, en fait, que celles que l'on retrouve dans les situations de stress extrême.

En l'absence de données empiriques dans cette population, nous allons maintenant nous tourner vers les enquêtes et les études de cas qui ont traité de l'impact des CS chez d'autres professionnels de la relation d'aide pour nous permettre de compléter cette information et être en mesure de formuler des hypothèses s'appuyant sur plusieurs sources de données.

1.4 Les réactions des aidants aux comportements suicidaires

Il existe depuis les années soixante bon nombre d'enquêtes et de témoignages traitant ou faisant état des réactions suscitées par l'exposition aux CS et plus particulièrement des réactions de certains professionnels de la relation d'aide au suicide de leur client. Comme nous le verrons, certaines de ces réactions s'apparentent sensiblement aux réponses de stress, plus spécifiquement aux dimensions d'évitement et d'intrusion telles que vécues lors d'événements de vie particulièrement stressants.

L'impact du suicide sur les aidants est un thème abordé dans la littérature depuis les années soixante. Litman (1965), un pionnier en ce domaine, a mené une enquête auprès de 200 thérapeutes qui ont vécu l'expérience d'un suicide dans leur pratique professionnelle; ces thérapeutes étaient interviewés peu de temps après le suicide de leur client. Les observations tirées de ces entrevues suggèrent que les thérapeutes réagissent à la fois de manière personnelle, comme tout être humain, et aussi en lien avec leur rôle professionnel.

Un certain état de choc, des réactions émotionnelles importantes, un sentiment d'échec, de désespoir, de la colère et de la culpabilité sont quelques-unes des réactions qui s'apparentent à celles que vivent les proches des personnes suicidées. Quant aux réactions en lien avec leur rôle professionnel, on y retrouve des peurs liées au blâme, à la compétence et à la responsabilité ainsi

que la crainte que d'autres patients posent des questions sur l'événement ou en soient affectés et qu'il y ait des poursuites en justice. Cette dernière crainte peut reposer sur des assises bien réelles puisque le suicide d'un patient est une des causes les plus fréquentes de poursuite (malpractice suits) (Bongar & Harmatz, 1991).

Litman (1965) observe que dans un court délai après le suicide, les mécanismes de défense des thérapeutes, plus spécifiquement le déni et la répression, sont les mêmes que ceux que l'on retrouve chez les proches. Des manifestations de ces mécanismes se retrouvent dans la remise en question de la mort par suicide, dans l'absence d'émotions à l'annonce initiale du suicide, dans l'oubli, l'omission ou la distorsion de faits importants liés au traitement du client suicidé. Certains thérapeutes retrouvent divers aspects du client dans leurs rêves ou dans certains de leurs gestes (symptomatic actions).

Certains thérapeutes s'efforceront d'éviter de travailler avec ce type de client; pour d'autres, ce sera l'occasion d'effectuer un changement personnel, d'augmenter leur expérience professionnelle, peut-être même l'occasion d'apporter une contribution originale sur le plan scientifique ou philosophique.

De fait, dans les années qui ont suivi l'enquête de Litman (1965) on retrouve, d'une part, des enquêtes menées auprès de thérapeutes de diverses formations ou d'aidants oeuvrant en milieux hospitaliers (Cotton, Drake, Whitaker

& Potter, 1983; Goldstein & Buongiorno, 1984; Lapp, 1986; Brown, 1987a; Menninger, 1990, 1991; Chemtob & al., 1988a, 1988b; Kleespies & al., 1993) et, d'autre part, des témoignages et des études de cas présentés par des thérapeutes ou des équipes d'aidants de formations diverses qui ont eu à faire face au suicide d'un client (Perr, 1968; Carter, 1971; Alexander, 1977; Kolodny, Binder, Bronstein & Friend, 1979; Gorkin, 1985; Foster, 1987; Jones Jr., 1987; Pommereau, Delorme, Bonnemaïson & Bouthier 1994).

Dans la section précédente, nous avons mentionné que les réactions aux CS sont abordées sous l'angle du deuil ou du traumatisme. Dans la prochaine section, nous verrons que certains auteurs réfèrent à l'une ou l'autre de ces conceptualisations pour comprendre les réactions et le processus vécu lors de CS, plus spécifiquement lors d'un suicide.

1.4.1 Les témoignages

Dans la littérature, on retrouve plusieurs témoignages d'aidants ou de groupes d'aidants qui ont eu à faire face à un suicide. Le processus qui les a amené à une résolution positive justifie pour plusieurs d'entre eux ce besoin de partager cette expérience avec d'autres aidants, lesquels pourraient en bénéficier (Kolodny & al., 1979).

Dans plusieurs de ces articles, on retrouve d'une part les éléments d'une autopsie psychologique, une forme d'investigation qui a pour but de clarifier les raisons qui ont amené la personne à se suicider (Shneidman, 1973) et, d'autre part, les réactions des aidants eux-mêmes. Ces réactions sont similaires à celles que Litman (1965) a rapporté dans son enquête. Toutefois, certains de ces témoignages permettent d'apprécier l'ampleur qu'elles peuvent prendre à court et à long terme.

Ainsi, certaines manifestations dépressives telles que les sentiments de culpabilité, la crainte d'être jugé et de recevoir des récriminations de la part de collègues, les ruminations sur sa valeur comme thérapeute ou sur la valeur même du traitement peuvent être l'expression d'un deuil normal, mais être considérées pathologiques lorsqu'elles sont sévères et de longue durée. D'autres réactions comme le fait de nier un sentiment de culpabilité et d'échec, l'absence totale de manifestations liées au deuil et l'attribution massive de blâme à autrui sont des manifestations qui peuvent, lorsqu'elles sont importantes et soutenues, être le signe d'un deuil pathologique et aussi des manifestations d'une blessure narcissique (Gorkin, 1985).

Certaines autres réactions peuvent être envisagées comme des mécanismes de protection contre les sentiments soulevés par cette perte. L'indifférence, l'ennui, l'inattention, la négligence, le déni du suicide se traduisant

par l'absence d'investigation du risque suicidaire ainsi que par l'évitement de contenu triste ou douloureux chez les clients ou, à l'inverse, une grande préoccupation à l'égard du suicide, des fantaisies de sauveur en réponse à un sentiment d'impuissance peuvent toutes constituer des modèles de réactions inadaptées faisant suite au suicide d'un client (Tanney, 1995).

De leur côté, Pommereau et al. (1994) relatent l'expérience des membres du personnel d'une unité de soins spécialisée dans la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes suicidaires qui ont eu à faire face au suicide d'une jeune patiente lors de son séjour. Leur article illustre bien certaines réponses qui caractérisent l'exposition à un événement traumatique. D'ailleurs, les auteurs n'hésitent pas à qualifier d'état de sidération traumatique, l'état dans lequel se sont trouvés la plupart des membres du personnel dans les jours qui ont suivi le suicide. L'état de choc et l'engourdissement, lors de la découverte et dans les heures qui ont suivi, se sont manifestés par un sentiment de calme étrange, comme si le temps avait été suspendu. Par la suite, le même personnel s'est trouvé incapable de préciser la durée de certains événements survenus cette journée-là.

Chez ceux qui ont découvert le corps, on a remarqué un état de choc. Une des infirmières qui a identifié la jeune fille rapporte avoir des images persistantes de celle-ci baignant dans son sang; cette pensée intrusive l'a poursuivie pendant

plusieurs mois et a été associée à d'autres images dans son quotidien (ex. les dalles de ciment de son garage qui lui rappellent la dalle de ciment sur laquelle était tombée la jeune fille).

Une autre réaction mentionnée est le déni qui se manifeste au moment du suicide par l'incapacité à identifier la jeune fille en tant que telle et, dans un deuxième temps, par la difficulté à admettre qu'il s'agit bien d'un suicide par défenestration et non d'un accident. Ce déni peut aussi se manifester par l'incapacité de réaliser que la personne est décédée; ainsi une employée qui était en congé ce jour-là n'arrive pas à se convaincre que la jeune fille est morte.

Bien que des différences existent entre certains membres du personnel quant à la qualité de la relation avec la jeune fille, le fait qu'ils aient vu le corps suscite chez tous les employés des réactions émotionnelles très fortes, comme de pleurer dans des situations considérées jusqu'alors «insignifiantes» par les personnes elles-mêmes, comme d'angoisser en présence de stimuli associés au suicide.

Le fait que la jeune fille se soit suicidée sur le territoire de l'institution remet en question son rôle de protection et de pare-excitation et peut susciter chez les clients des angoisses et des remises en question quant aux capacités des aidants

à les soutenir. Cette situation particulière peut entretenir chez les aidants un sentiment d'échec et d'impuissance et les renvoyer à la hantise du suicide.

Pommereau et al. (1994) relatent que lors de la rédaction de l'article, soit un an après le suicide, un membre de l'équipe dît éprouver des sentiments très forts à l'évocation du drame et croire voir la jeune fille dans le couloir. Une telle réaction au rappel du suicide rejoint les observations qu'ont fait quelques auteurs à l'effet que l'anxiété peut persister au-delà du deuil et peut se vivre plus particulièrement lorsque le thérapeute est confronté à la menace d'un suicide ou en présence d'idéations suicidaires (Gorkin, 1985; Kleespies & al., 1993).

Ces témoignages nous amènent à faire le parallèle avec certaines réactions vécues par les intervenants des CJ; plus particulièrement chez Pommereau et al. (1994) qui relatent une expérience qui se situe dans un contexte présentant certaines ressemblances avec le milieu et la clientèle des CJ. Comme nous l'avons vu, la présence des soignants dans le quotidien des jeunes peut les amener à être témoins de CS et à vivre des réactions intenses pouvant persister longtemps après l'événement ou être réactivées dans certaines situations similaires avec l'expérience traumatique.

1.4.2 Les enquêtes

Des résidents ou stagiaires en psychiatrie ou en psychologie (Brown, 1987a, 1987b; Kleespies & al., 1993), des thérapeutes (Goldstein & Buongiorno, 1984; Lapp, 1986), des psychologues et des psychiatres (Chemtob & al., 1988a, 1988b), des employés d'hôpitaux (Cotton & al., 1983) ont fait l'objet d'enquête au niveau des réactions au suicide d'un client. Kleespies et al. (1993) ont, quant à eux, fait l'investigation des réactions aux tentatives et aux idéations suicidaires des clients.

À l'instar de l'enquête de Litman (1965) et des témoignages que nous venons de couvrir, on retrouve principalement des réactions de choc à l'annonce du suicide, de l'incrédulité, de la colère, de la culpabilité, de la tristesse, de l'impuissance, des doutes sur la compétence, un sentiment d'isolement chez les thérapeutes (Goldstein & Buongiorno, 1984) et de l'anxiété suscitée par la crainte d'être critiqué (Menninger, 1991).

Goldstein et Buongiorno (1984), dans une enquête menée auprès de 20 thérapeutes, remarquent que les répondants nient que le suicide les ait affectés de manière importante. Au cours de l'enquête, les auteurs identifient toutefois deux types de réponses qui les amènent à penser que les thérapeutes sont plus affectés qu'ils ne le croient. D'une part, les détails qu'ils rapportent au niveau de leur expérience sont très nets (vividité) et, d'autre part, ils démontrent des

émotions intenses en les relatant bien que ces expériences aient eu lieu des mois et, dans certains cas, des années auparavant. On remarque aussi que les thérapeutes ont tendance à ne plus minimiser les CS de leurs clients.

Dans un autre ordre d'idée, une réaction traduisant une activation neuro-végétative mérite d'être mentionnée: sept des 20 thérapeutes interrogés rapportent avoir vécu des changements au niveau de leur sommeil dans la période suivant les entrevues.

Dans le cadre des entrevues qu'il a menées, Brown (1987a, 1987b) observe aussi que des détails comme le nom du client et d'autres informations liées à l'événement étaient étonnamment accessibles, comme si ces informations étaient encapsulées et permettaient un rappel clair même lorsque le suicide avait eu lieu 20 ou 30 ans auparavant. Cotton et al. (1983), dans une enquête auprès d'employés d'un milieu hospitalier, constatent aussi que l'ensemble du personnel se rappelle très vivement (*vividly*) le malaise du groupe au moment des suicides, bien que certains d'entre eux aient semblé peu affectés. Les auteurs rapportent cependant que ces derniers avaient eu peu de contact avec les patients qui s'étaient suicidés.

Goldstein et Buongiorno (1984) relient cette intensité du souvenir lors du rappel de l'événement au fait que les thérapeutes soient confrontés régulièrement à des situations similaires dans le cadre de leur travail. Une autre explication peut

résider dans le fait que de faire face à un suicide peut représenter une expérience traumatique pour le thérapeute, qui a l'impression d'avoir perdu le contrôle du processus thérapeutique (Menninger, 1991), et susciter chez lui des émotions importantes lorsqu'il y a rappel de l'événement, comme nous l'avons vu précédemment chez Pommereau et al. (1994).

Récemment, des groupes de chercheurs ont fait l'investigation systématique des réponses de stress que peuvent susciter les CS des clients. Nous allons conclure avec ces enquêtes.

1.4.3 Les recherches sur les réponses de stress

En 1984, Deutsch proposait qu'une des voies de la recherche sur les stressseurs dans la relation d'aide serait l'exploration des réponses de stress et des stratégies d'adaptation des thérapeutes. De fait, au cours des dernières années, deux groupes de chercheurs ont mené ce type d'enquête auprès de psychiatres et de psychologues (Chemtob & al. 1988a, 1988b) et d'internes ou stagiaires en psychologie (Kleespies & al., 1993). Chemtob et al. (1988a, 1988b) ont mesuré ces réponses en relation avec le suicide, alors que Kleespies et al. (1993) les ont mesurées en relation avec trois CS (le suicide, les tentatives et les idéations suicidaires).

Les dimensions évaluées par ces enquêtes concernaient les effets des CS sur la pratique professionnelle et la vie personnelle des sujets, ainsi que le recours à diverses formes de soutien suite à ces événements. Attardons-nous d'abord aux réponses de stress et voyons ensuite les résultats rapportés au niveau des autres réactions.

L'instrument choisi par ces chercheurs pour mesurer les réponses de stress aux CS est l'Impact of Event Scale ([IES], Horowitz & al., 1979). Précisons pour l'instant que cette échelle comprend deux sous-échelles permettant de mesurer les réponses d'évitement et d'intrusion qui sont présentes lors d'événements stressants importants. Les réponses d'intrusion se manifestent par des pensées, des images, des émotions et des rêves envahissants et les réponses d'évitement se caractérisent par l'évitement conscient de certaines idées, émotions ou situations (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982).

Dans chacune des enquêtes, les réponses de stress ont fait l'objet de deux mesures. Une première mesure correspondant aux deux semaines qui ont suivi le CS et une deuxième référant à la période précédant la fin de leur participation à l'étude. Mentionnons que l'utilisation de l'IES a fait l'objet d'études où sont mesurées les réponses de stress de populations cliniques et non cliniques qui ont vécu des événements de vie stressants (ex. le deuil d'un parent, des blessures résultant d'accidents ou de gestes de violence). À l'heure actuelle, ces différents

résultats servent de repères pour comparer l'intensité des réponses de stress entre les diverses populations et événements de vie traumatisants.

Du côté des enquêtes de Chemtob et al. (1988a, 1988b), les psychologues ont obtenu un score moyen de 13.3 ($\acute{E}T=9.0$) au niveau de la sous-échelle d'intrusion et de 8.9 ($\acute{E}T=6.6$) au niveau de la sous-échelle d'évitement. Quant aux psychiatres, les scores moyens d'intrusion et d'évitement sont respectivement de 14.3 ($\acute{E}T=9.1$) et de 10.3 ($\acute{E}T=9.3$). Ces scores sont comparables à ceux obtenus auprès d'une population d'individus ayant récemment vécu le deuil d'un parent mais qui n'ont pas eu recours à un suivi thérapeutique suite à cet événement (Zilberg & al., 1982).

Une analyse plus approfondie des réponses de stress chez les psychologues permet de constater que 34 (49%) d'entre eux obtiennent des résultats semblables à ceux des individus qui ont vécu le deuil d'un parent et qui ont eu recours à un suivi thérapeutique. En conséquence, Chemtob et al. (1988b) concluent qu'une bonne part des psychologues vivent des symptômes post-traumatiques comparables à ceux de populations cliniques ayant vécu un événement stressant important.

L'utilisation moins fréquente de réponses d'évitement (le score d'évitement étant plus faible que le score d'intrusion) chez les psychologues suggère par ailleurs qu'ils n'évitent pas consciemment les émotions liées au suicide de leur

client et qu'une utilisation plus importante de réponses d'intrusion chez ce groupe peut donc expliquer une récupération rapide. Dans cet ordre d'idée, les réponses de stress mesurées par l'IES dans le deuxième temps permettent de constater que les psychologues ne sont plus considérés cliniquement stressés 6 mois après l'événement (le score moyen au niveau de l'échelle d'intrusion étant de 4.0 [ÉT=5.5] et de 3.6 [ÉT=6.3] sur celle d'évitement). Cependant, deux d'entre eux, pour lesquels le suicide avait eu lieu dans les trois mois précédents, obtenaient toujours des scores cliniques.

Quant à l'impact du suicide sur leur vie professionnelle ou personnelle, les résultats de l'enquête auprès de ces psychologues démontrent une augmentation de l'attention aux indices révélateurs d'un potentiel suicidaire, la consultation plus fréquente des pairs et des collègues, une hausse des préoccupations au niveau de la mort et des aspects légaux, une attitude plus conservatrice quant à la tenue de dossier ainsi que plus de pensées intrusives, de sentiments de colère et de culpabilité. Exception faite des préoccupations légales, toutes ces réactions mises en relation avec les scores de l'échelle de stress présentent des corrélations significatives.

De son côté, Kleespies et ses collègues (1993) ont mené leur recherche auprès de 292 internes et stagiaires en psychologie afin de mesurer la fréquence des CS auxquels ils étaient exposés et d'évaluer l'intensité de leurs réponses de

stress. L'originalité de cette étude était de mesurer l'impact de différents CS sur les réponses de stress. Ainsi se rajoute à l'investigation des réponses de stress au niveau du suicide, celles au niveau des tentatives et des idéations suicidaires.

Les résultats rapportés présentent des niveaux de réponses de stress plus élevés que ceux compilés par Chemtob et ses collègues (1988a, 1988b) pour leur échantillon de psychiatres et de psychologues. Cela autant pour ce qui est des réponses d'intrusion que pour celles d'évitement; aussi, le score moyen d'intrusion de 16.7 ($ÉT=7.5$) est plus élevé que celui d'évitement ($M=12.1$; $ÉT=7.6$) pour les deux semaines qui suivaient le CS.

Quant à l'impact des différents CS, on retrouve au niveau de leur impact passé et présent, une relation linéaire en fonction de l'augmentation de la sévérité du comportement: le score de stress dans le cas d'un suicide étant plus élevé que dans le cas d'une idéation suicidaire. Quant aux scores rapportés pour l'impact présent, ils ne représentent pas des niveaux de stress symptomatiques mais on remarque une relation linéaire similaire à celle observée au niveau de l'impact passé.

Non seulement cette étude de Kleespies et al. (1993) permet-elle pour la première fois une comparaison de l'impact des divers CS mais, par surcroît, elle met en évidence de façon inédite, l'existence d'un rapport entre la sévérité des CS et l'intensité des réponses de stress.

Dans un second volet de l'étude, les mêmes auteurs évaluent certaines réactions à court et long terme selon chacun des trois CS. Or, il appert à la lumière de ces derniers résultats, que ceux qui ont vécu un suicide ou une tentative présentent des scores significativement plus élevés à court terme au niveau des réactions de choc, des sentiments d'échec, de culpabilité et de responsabilité personnelle (self-blame). De plus, les sujets du groupe dont le client s'était suicidé estimaient que ces réactions avaient duré plus longtemps que les sujets des deux autres groupes. De plus, les auteurs ont mis en relation ces résultats avec ceux de l'IES et obtiennent plusieurs corrélations significatives ($p < .001$), les plus élevées étant en relation avec la sous-échelle d'intrusion.

Quant aux réactions à long terme, on retrouve dans les trois groupes des scores modérés et élevés pour deux variables: l'acceptation plus grande des CS chez les clients et une augmentation de la sensibilité au niveau des signes de suicide. Par contre, au plan de l'anxiété manifestée lors de l'évaluation d'un patient suicidaire, les répondants qui ont fait face à un suicide ont un score significativement supérieur à ceux du groupe qui ont fait face à une idéation.

Ces derniers résultats, notamment ceux relatifs aux réactions aiguës et à long terme et aux expressions fréquentes de choc, incitent à considérer l'expérience du suicide comme pouvant constituer une cause de TSPT (Kleespies & al., 1993). Toutefois, bien que ces résultats aillent dans le même sens que ceux

de Chemtob et al. (1988a, 1988b), Kleespies et al. (1993) préfèrent interpréter les résultats comme une réaction de stress intense.

L'essentiel de la controverse, à l'effet de considérer ou non l'ensemble de ces réactions dans une perspective de stress post-traumatique, se situe au niveau du critère de détermination du stress, soit les CS des clients, pouvant être considéré facteur de stress traumatique extrême. À l'époque où ont eu lieu ces enquêtes, le critère officiel pour définir le caractère traumatique d'un facteur de stress était le suivant:

Le sujet a vécu un événement hors du commun qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus, p. ex. une menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité physique, un danger ou un malheur important pour ses enfants, son conjoint, d'autres parents proches ou des amis, une destruction soudaine de son domicile ou de son quartier, la découverte de quelqu'un gravement blessé ou mort dans un accident ou des suites d'une agression physique (AAP, 1987, p. 282).

Ainsi, à l'exception d'un aidant qui aurait été témoin ou aurait découvert un client mort ou blessé à la suite d'une tentative de suicide, l'expérience d'un CS chez les aidants ne pouvait correspondre au critère hors du commun.

L'Association Américaine de Psychiatrie (1994), dans sa quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (MDS-IV), révisé ce critère qui se lit maintenant comme suit:

Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents:

- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (p. 503).

Conséquemment, cette révision fait en sorte que d'être intervenant et d'avoir à faire face à un CS chez un client peut maintenant satisfaire officiellement ce critère. Le trouble de stress aigu et celui de TSPT¹ sont deux troubles qui peuvent se développer à la suite de l'exposition à un facteur de stress traumatique.

Pour terminer cette section, nous faisons une brève synthèse des symptômes caractéristiques de ces troubles et voyons comment plusieurs des réactions que nous venons de couvrir dans la littérature sur l'impact des CS y correspondent.

¹ Ce qui distingue essentiellement ces deux troubles est la durée des symptômes. On pose le diagnostic de stress aigu dans le cas où les symptômes surviennent et disparaissent à l'intérieur des quatre semaines qui ont suivi l'événement traumatique. Le diagnostic de stress aigu est modifié pour celui de TSPT dans le cas où les symptômes remplissent les critères de ce trouble et qu'ils persistent plus d'un mois (AAP, 1994, p. 502).

1.4.4 Synthèse

Les symptômes caractéristiques de l'exposition à un événement traumatique extrême se retrouvent dans le fait de revivre de manière persistante l'événement traumatique et dans l'évitement persistant de stimuli associés au traumatisme; un émoussement des réactions générales et des symptômes d'activation neurovégétative accompagnent aussi ces réactions d'évitement et d'intrusion (AAP, 1994).

Nous allons maintenant voir de manière plus spécifique comment peuvent s'exprimer ces symptômes tels que décrits dans le MDS-IV (AAP, 1994) et les réactions auxquelles ils correspondent dans la littérature.

La répétition involontaire de l'événement traumatique peut se manifester à travers des images, des pensées, des perceptions, des rêves, des impressions qui peuvent faire penser à des hallucinations ou à des illusions. Cette répétition peut aussi s'observer à travers des sentiments de détresse et une réactivité physiologique en face de stimuli associés à l'événement.

À cet égard, nous avons vu chez certains aidants des réactions émotionnelles intenses en présence de stimuli associés au suicide, beaucoup d'intensité lorsqu'ils sont appelés à relater l'événement, certains aspects des clients qui se retrouvent dans les rêves, l'illusion de voir le corps de la personne

suicidée, des images persistantes du corps lorsqu'ils l'ont découvert et de l'anxiété lorsqu'ils sont confrontés à la menace d'un suicide ou en présence d'idéations suicidaires.

Quant à l'évitement des stimuli associés à l'événement, on réfère généralement par cette notion à tout effort pour éviter ce qui peut rappeler le traumatisme (ex. des pensées, des sentiments, des endroits), la difficulté à se rappeler certains faits, la réduction de son investissement dans des activités importantes, un sentiment de détachement d'autrui, une restriction des affects et le sentiment de n'avoir aucun avenir au niveau personnel et professionnel.

Dans la littérature, on rapporte parfois une absence d'émotion lors de l'annonce de la mort par suicide, un sentiment d'engourdissement, de calme étrange, une incapacité à mesurer la durée de certains événements. On a vu aussi que l'indifférence, l'ennui, l'inattention et des réactions dépressives peuvent se manifester chez certains aidants. L'absence d'évaluation du risque suicidaire ainsi que l'évitement de certains contenus tristes et douloureux chez les clients peuvent aussi correspondre à ce critère.

Quant aux symptômes qui traduisent une activation neuro-végétative, le MDS-IV (AAP, 1994) réfère plus particulièrement à des difficultés liées au sommeil, à de l'irritabilité, à des difficultés de concentration, à de l'hypervigilance ainsi qu'à des réactions de sursaut disproportionnées. Dans la littérature, nous

retrouvons plus particulièrement des perturbations au niveau du sommeil suite à des entrevues au cours desquelles les aidants avaient à relater l'expérience ou dans certains cas suite aux CS. De plus, nous serions tenté de classer diverses réactions, telles que la hantise du suicide et certaines attitudes pour contrecarrer d'autres suicides, comme des manifestations d'hypervigilance.

L'ensemble de la littérature que nous venons de couvrir nous permet de considérer l'impact des CS sur les aidants dans une perspective traumatique. Nous allons maintenant présenter un modèle pour comprendre les réactions dans une telle perspective; nous verrons comment ce modèle présente certains avantages pour la recherche actuelle.

1.5 Un modèle pour comprendre les réponses de stress lors d'événements extrêmes: le modèle d'Horowitz

Horowitz (1976), ainsi que tous ses travaux ultérieurs, explique les réactions aux événements traumatiques par une théorie cognitive du traitement de l'information. Sa théorie met l'emphase sur l'impact des événements traumatiques au niveau des schèmes cognitifs et le rôle des contrôles ou défenses dans la régulation du traitement de l'information. Ce modèle des TSPT intègre l'explication psychanalytique classique de la compulsion de répétition avec l'explication plus contemporaine du rôle des cognitions dans la médiation des événements stressants (Lazarus, 1966).

Essentiellement, tant que l'événement traumatique n'est pas intégré au niveau des schèmes existants, les représentations psychologiques de l'événement sont emmagasinées dans la mémoire active dont la propriété est de les répéter. Ce phénomène de répétition inclut des pensées et des images involontaires de l'événement, appelées réponses d'intrusion, qui sont accompagnées par des vagues d'émotions intenses. Un autre ensemble de symptômes inclut le déni et l'engourdissement émotionnel (emotional numbing) qui sont présentés comme des mécanismes de défense empêchant la personne d'être submergée par les pensées et les images intrusives et les émotions qu'elles suscitent.

Bien qu'il y ait des différences individuelles en terme de résilience (la résilience se définit comme étant la capacité d'un individu à recouvrer plus ou moins facilement d'un événement stressant), de zones de vulnérabilité et de soutien, les observations en provenance de recherches cliniques et expérimentales au niveau des événements extrêmes suggèrent qu'on puisse s'attendre invariablement à voir se manifester des réponses-type, notamment des réponses d'intrusion et d'évitement, chez les individus qui sont soumis à un tel type d'événement.

L'intrusion se caractérise par des pensées et des images involontaires, des rêves troublés (troubled dreams), des vagues de réactions émotionnelles importantes et des comportements répétitifs (repetitive behaviors). Quant aux

réponses d'évitement, elles correspondent à une restriction au niveau de la pensée (ideational constriction), au déni de la signification et des conséquences de l'événement, à l'émoussement des sensations, à l'inhibition comportementale (behavioral inhibition) ou à des activités contre-phobiques et à la conscience d'être engourdi au niveau des émotions (Horowitz & al., 1979).

Les phases d'intrusion et d'évitement peuvent se recouvrir et leurs séquences respectives peuvent varier selon les individus. Toutefois, on obtient généralement un patron de réponses où les réactions d'intrusion surviennent suite à l'événement et sont parées par différentes manoeuvres d'évitement qui permettent de doser le niveau d'intrusion. Au fur et à mesure que l'individu assimile le contenu de l'événement traumatique, on observe une oscillation entre les réponses d'intrusion et d'évitement qui rend le rappel de l'événement tolérable et permet une intégration graduelle de cet événement dans l'ensemble de son expérience. Une baisse en intensité et en fréquence des réponses de stress résultera de cette intégration graduelle.

Dans le cas où un tel patron de réponses se trouve prolongé, freiné ou excède ce qui peut être toléré par la personne, on peut alors parler de syndrome de réponses de stress. En ce sens, Horowitz et Kaltreider (1979) proposent que la pathologie résulte de l'intensité des réponses d'évitement et d'intrusion qui ne progresse pas à travers le temps vers une résolution adaptative (adaptative

completion). La non résolution de cette expérience peut se manifester par des symptômes de dépression, d'anxiété, des troubles physiologiques et avoir des conséquences importantes pour l'individu autant sur le plan personnel que professionnel (Horowitz, 1986).

Nous allons conclure en disant que le diagnostic de TSPT a été inclus pour la première fois dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux en 1982 et que le travail d'Horowitz, plus particulièrement dans la première édition de son livre Stress Response Syndromes (1976), a eu une importance certaine dans la reconnaissance de ce trouble. Bien que ce diagnostic ait fait l'objet de diverses modifications depuis cette première inclusion, les réponses d'évitement et d'intrusion demeurent des symptômes caractéristiques de ce trouble.

Ainsi, ce modèle a différents avantages. Il propose une théorie qui permet de comprendre le processus par lequel les individus en arrivent à intégrer une expérience traumatique (Mc Cann, Sakheim & Abrahamson, 1988). Il présente aussi des réactions qui sont reconnues par une convention (MDS-IV). Finalement, une échelle construite à partir de ce modèle, l'Impact of Event Scale (Horowitz & al., 1979) permet de mesurer ces dimensions auprès de populations qui ont vécu différents événements de vie.

1.6 Différentes variables qui peuvent influencer le stress

Au niveau des réponses de stress, nous avons vu que les réactions rapportées lors des CS, particulièrement lors d'un suicide, se manifestent par des réponses d'intrusion et d'évitement. Notre variable dépendante, le stress, sera mesurée sous l'angle de ce type de réponses.

Quant aux variables qui peuvent influencer le stress des intervenants des CJ, l'absence de données empiriques au niveau de cette population, nous amène à considérer les différentes pistes que nous offre la littérature dans ce milieu pour déterminer les variables à l'étude.

Bien que des facteurs individuels interviennent dans les réponses de stress, les résultats de données cliniques et expérimentales suggèrent que les individus confrontés à suffisamment de stress vont présenter des réactions liées au stress (Horowitz, 1986).

Ainsi, les variables reliées à l'événement comme tel peuvent influencer les réponses de stress et nous verrons comment le type de CS (suicide, tentative ou idéation suicidaire sérieuse), l'exposition à ces CS ainsi que le soutien reçu suite à l'événement peuvent moduler ces réponses qui peuvent, dans certains cas, être extrêmes et conduire à l'apparition de symptômes caractéristiques du TSPT

(ACJQ, 1995). Par ailleurs, la relation avec le client et le type d'attribution de responsabilité manifesté par les intervenants sont des variables plus personnelles qui seront explorées.

Pour poser les hypothèses qui nous semblent pertinentes à l'exploration du phénomène dans les CJ, nous explorerons ce que la littérature se rapportant à d'autres professionnels ou à des proches survivants d'un suicide nous offre au niveau de l'ensemble de ces variables.

1.6.1 Le type de comportement suicidaire

Le contexte de travail des intervenants des CJ les amène à faire face à différents CS. Comme nous l'avons vu précédemment, les propos suicidaires et les gestes suicidaires sont reconnus comme des stressseurs importants chez les professionnels de la relation d'aide. Bien que les études sur les réactions des thérapeutes portent principalement sur le suicide, on peut donc anticiper que l'ensemble des CS occasionnent des réponses de stress de plus ou moins grande intensité.

Tel que mentionné précédemment, les résultats de l'enquête de Kleespies et al. (1993) présentent un continuum de réponses de stress en lien avec la sévérité des comportements. Ces résultats fournissent le soutien empirique à la formulation d'une hypothèse à l'effet que l'on obtiendra une relation linéaire entre

les réponses de stress et la sévérité du comportement, le moins sévère étant les idéations et le plus sévère, le suicide.

1.6.2 Le type d'exposition aux comportements suicidaires

La réalité des intervenants des CJ, comme nous l'avons vu précédemment, les amène à être exposés et plus spécifiquement à être des témoins visuels de CS, à faire la découverte de jeunes qui commettent des tentatives et des suicides. Dans les témoignages d'aidants que l'on retrouve dans le vidéo des CJ de l'Abitibi-Témiscamingue, ceux qui ont découvert ou identifié le jeune lors d'un suicide disent avoir éprouvé des symptômes d'anxiété à l'évocation de ce souvenir ou en présence de stimuli visuels leur rappelant la scène de la découverte.

Dans le MDS-IV, on mentionne que la probabilité de développer un TSPT peut augmenter en fonction de l'intensité et de la proximité physique avec le stresser. L'exposition à une mort violente est en relation avec des symptômes d'anxiété, de dépression et de TSPT (Brent & al., 1993b; Breslau, Glenn, Andresk & Peterson, 1991). Plus spécifiquement au niveau du suicide, Andress et Corey (1978) et Rudestam (1977) ont rapporté une forte prévalence de symptômes de TSPT chez des adultes témoins d'un suicide ou qui ont découvert le corps d'une personne qui s'est suicidée.

De leur côté, Brent et al. (1992), dans une étude menée auprès d'amis et de connaissances qui ont connu un jeune qui s'est suicidé, ont observé que ceux qui avaient été témoins du suicide ou qui avaient découvert le corps avaient des scores plus élevés sur une échelle mesurant les réactions de TSPT.

Ces données permettent d'envisager l'hypothèse voulant que d'être un témoin visuel ou de faire la découverte d'un individu qui a commis un CS puisse avoir une influence sur l'intensité des réponses de stress.

1.6.3 L'attribution de responsabilité

L'expérience des CJ démontre que deux facettes de la responsabilité sont présentes lors de CS. D'une part, on remarque la recherche d'un coupable ou d'un responsable à l'intérieur de l'organisation et, d'autre part, chez l'intervenant qui a vécu le suicide, une attribution personnelle de la cause du CS faute de trouver une autre explication (ACJQ, 1995). Confronté à un suicide, l'entourage met en jeu des mécanismes défensifs que l'on retrouve aussi dans tout groupe structuré d'aidants lorsqu'ils sont confrontés au suicide d'un client (Pommereau & al., 1994).

Le suicide est souvent interprété par l'entourage comme une attaque dirigée contre soi et cette interprétation peut produire un sentiment de responsabilité dans la décision du suicidé de mettre fin à ses jours. Ce sentiment va amener la

personne à revoir sa relation avec celui qui a commis le CS pour mesurer son degré de responsabilité. Ce sentiment d'implication personnelle va engendrer de la culpabilité qui pourra s'exprimer à travers la rationalisation et la recherche de causes extérieures au geste du suicidé (D'Amours & Kiely, 1985).

Dans cet ordre d'idée, Pommereau et al.(1994) proposent que la culpabilité se présente sous deux formes d'expression distinctes représentées par l'auto-accusation angoissée («j'y suis pour quelque chose») et la disculpation projective («ce n'est pas moi, c'est l'autre»). De son côté, Farberow (1993) parle de culpabilité et de projection de la culpabilité qui se manifeste dans le blâme d'autrui.

La littérature sur les aidants nous fournit les données empiriques permettant de mettre en relation la culpabilité ou l'auto-accusation avec la sévérité des réactions et les réponses de stress. Dans une enquête menée auprès de 199 psychothérapeutes qui ont vécu un suicide, Lapp (1986) identifie les facteurs qui peuvent avoir une importance au niveau de la sévérité des réactions des thérapeutes. Les résultats de cette enquête permettent de considérer la culpabilité comme l'un des facteurs faisant varier de manière significative les réactions des thérapeutes.

De leur côté, Kleespies et al. (1993) ainsi que Chemtob et al. (1988b), ont mis en relation le sentiment de culpabilité (guilt) avec les réponses de stress. Les

résultats rapportés dans les deux études sont à l'effet que la culpabilité et les réponses de stress sont fortement reliées. Par surcroît, Kleespies et al. (1993) ont mesuré la relation entre le sentiment d'auto-accusation (self-blame) et les réponses de stress; ces résultats vont dans le même sens que ceux rapportés pour la culpabilité.

Quant à l'attribution de responsabilité faites à autrui, bien que la littérature suggère que cette réaction soit prévisible lors de CS et que le contexte institutionnel soit propice à la recherche d'un coupable (Quidu, 1977; Vedrinne, 1982; Pommereau & al., 1994; ACJQ, 1995), aucune recherche n'a exploré cette dimension en relation avec la sévérité des réactions ou des réponses de stress chez les aidants.

Cependant, une étude menée par Séguin (1988) auprès d'endeuillés par suicide présente des résultats à l'effet que ceux qui accordent beaucoup de ressentiment ou de blâme à un tiers ont des scores plus élevés au questionnaire de Parkes (1970) que ceux qui en accordent peu. Ce questionnaire mesure plusieurs aspects dont les symptômes physiques qui accompagnent l'anxiété et le stress.

Ainsi, dans la recherche actuelle, nous mesurerons la relation entre les réponses de stress et ces deux types d'attribution de responsabilité: soit celles faites à autrui et celles faites à soi-même.

1.6.4 La relation avec le client

L'enquête de l'ACAQ (1992) sur le phénomène du suicide en centre de réadaptation suggère que l'impact chez les intervenants d'une tentative de suicide et le processus de deuil lors d'un suicide sont d'autant plus grands que la relation entre ces derniers et le jeune était significative.

Litman (1965) proposait que des variables comme la perception du client, la durée et la qualité de la relation thérapeutique puissent influencer les réactions de thérapeutes ayant vécu le suicide d'un client. Dans ce même ordre d'idée, Pommereau et al. (1994) avancent que les aidants peuvent être d'autant plus ébranlés dans leur sentiment de confiance en eux-mêmes que le temps passé avec le patient et la qualité des échanges avec lui ont été significatifs. Et l'on doit aussi considérer le cas des quelques membres du personnel hospitalier peu affectés par les suicides ayant eu lieu dans une des unités psychiatriques, en raison même de leurs relations limitées aux patients (Cotton & al., 1983).

L'investissement émotionnel constitue un facteur prédictif de la sévérité des réactions des thérapeutes qui font face au suicide d'un client. Cet investissement étant mesuré par des items portant sur l'alliance thérapeutique, le soutien, la chaleur de la relation (warmth), l'identification avec le client et, enfin, par l'investissement intellectuel dans le traitement (Lapp, 1986).

Bien que plusieurs auteurs proposent que la relation entre le client et le thérapeute ait une influence sur les réactions, la littérature sur la relation entre les survivants et la personne décédée par suicide (sauf Lapp, 1986) a surtout porté sur les membres de la famille et les amis ainsi que sur les réactions liées au deuil. C'est pourquoi McIntosh (1993) suggère que les recherches futures s'intéressent à la proximité de la relation (closeness of the relationship) et non seulement au degré de parenté avec le suicidé.

Une étude de Brent et al. (1992), concernant des adolescents exposés au suicide d'un pair montre en effet que la sévérité des réactions liées au TSPT est en lien avec la proximité de la relation avec la victime. Les aspects significatifs de la relation répertoriés par ces auteurs sont: la fréquence des contacts, l'accomplissement d'activités avec la victime (doing things with the victim) et l'accomplissement d'activités de la part de la victime pour le sujet (victim doing things for the subject).

À la lumière de ce qui précède, il nous semble que le rôle joué par les intervenants auprès de la clientèle, de même que la durée et la qualité de leur relation aux jeunes, doivent être pris en considération dans l'analyse de leurs réponses de stress lors d'un CS.

1.6.5 Le soutien

La préoccupation pour les CS dans les CJ a amené l'ACJQ à produire un document dans lequel on retrouve des recommandations au niveau de la formation et de protocoles d'intervention lors de CS pour faire face au phénomène à différentes étapes du processus suicidaire. Pour les besoins de notre étude, nous allons nous attarder aux recommandations concernant les intervenants et plus particulièrement celles au niveau de la postvention. La postvention est définie comme l'ensemble des activités destinées à réduire les effets négatifs d'un suicide ou d'une tentative de suicide sur l'entourage (ACJQ, 1995).

Au niveau de l'intervenant témoin du CS, on propose que lui soit assuré un soutien immédiat et aussi que soit accessible une personne-ressource (ex. un psychologue) pour le soutenir autant sur le plan personnel que professionnel. Quant à l'équipe dans laquelle se produit le CS, on propose diverses modalités: par exemple, un soutien particulier aux employés qui en ont besoin et la tenue de rencontres d'équipe pour rendre possible les échanges entre les intervenants et aussi les manifestations de solidarité à l'égard de cette équipe.

La littérature fait consensus quant à la nécessité d'offrir du soutien aux intervenants qui font face à des CS dans des milieux qui offrent des services aux jeunes. Maas et Ney (1992), par exemple, proposent une démarche de résolution de crise suite à un CS en centre de réadaptation pour adolescents. Ils proposent

que soit identifié les formes de soutien dont ont besoin les intervenants à l'intérieur et l'extérieur du milieu de travail et que les rencontres dans le milieu visent la compréhension des réactions et des sentiments reliés à l'événement. La revue de l'événement ou l'autopsie psychologique sont d'autres moyens susceptibles de répondre adéquatement au besoin de compréhension du geste suicidaire et capables, éventuellement, de réduire le sentiment de culpabilité chez certains intervenants (Ponce & Smith, 1989). Au niveau individuel, les programmes d'aide aux employés sont un autre type de soutien qui peut être offert aux intervenants (Ponce & Smith, 1989).

Dans une revue des études empiriques sur le soutien social et le stress, Cohen et Wills (1985) concluent que le soutien protège les gens des effets négatifs des événements stressants et que le soutien social est fortement corrélé avec le bien-être psychologique. La littérature sur l'impact des CS sur les intervenants suggèrent aussi des résultats en ce sens.

L'importance du soutien lors du suicide d'un client est abordé par Litman dès 1965; la consultation avec les pairs, la revue de l'événement sont proposées comme deux formes de soutien pouvant être bénéfiques au plan psychologique pour les psychothérapeutes. Les témoignages et les enquêtes qui ont suivi cette enquête suggèrent d'autres formes de soutien comme la supervision, la

consultation auprès des pairs, les réunions de personnel, la revue de l'événement ou l'autopsie psychologique.

Certaines formes de soutien, telles que le soutien par les pairs et les rencontres d'équipe, semblent être perçues comme particulièrement satisfaisantes par les aidants. Selon Cotton et al. (1983), les membres du personnel qui semblaient les mieux se remettre des suicides avaient assisté à des rencontres d'équipe, avaient reçu du soutien de la part de leurs collègues et avaient discuté de manière plus ouverte avec les autres membres du personnel. Kolodny et al. (1979) rapportent aussi que les rencontres informelles au cours desquelles les thérapeutes pouvaient discuter de leur expérience dans un climat de respect et à un rythme déterminé par chacun selon ses besoins ont facilité le travail de perlaboration (*working through*).

Les mécanismes de soutien rapportés dans la littérature sur l'impact du suicide se retrouvent principalement à l'intérieur du contexte de travail, soit qu'ils soient mis en place par l'organisation, soit qu'ils soient initiés par les aidants à l'intérieur du contexte de travail.

Une étude récente de Shinn, Morch, Robinson et Neuner (1993) portant sur les stressés et les mécanismes d'adaptation d'intervenants travaillant dans des services résidentiels pour enfants rapporte que les efforts de l'organisation pour gérer la détresse engendrée par les stressés dans le contexte de travail ont un

effet plus positif sur la réduction de cette détresse que les efforts individuels des intervenants. Considérant l'ensemble de ces données, nous explorerons cette variable uniquement sous l'angle du soutien reçu en milieu de travail par les intervenants des CJ ayant été exposés à des CS.

1.7 Hypothèses de recherche

Hypothèse 1: Gravité du comportement suicidaire

Le niveau de stress des sujets qui ont vécu un suicide est plus élevé que le niveau de stress des sujets qui ont vécu une tentative de suicide ou une idéation suicidaire sérieuse.

Hypothèse 2: Exposition au comportement suicidaire

Le niveau de stress des sujets qui ont été témoin ou ont fait la découverte d'un jeune qui s'est suicidé ou a commis une tentative de suicide est plus élevé que le niveau de stress des sujets qui n'ont pas été témoin ou n'ont pas fait cette découverte.

Hypothèses 3a et 3b: Attributions de responsabilité à soi et à autrui

3a) Plus les sujets qui ont eu à faire face à un suicide ou à une tentative de suicide s'attribuent une responsabilité personnelle, plus le niveau de stress est élevé.

3b) Plus les sujets qui ont eu à faire face à un suicide ou à une tentative de suicide attribuent une responsabilité à autrui, plus le niveau de stress est élevé.

Hypothèse 4a et 4b: Nature de la relation avec le jeune

4a) Plus la relation est vécue de manière significative par le sujet, plus élevé est le niveau de stress (La relation est définie par la relation de confiance et de collaboration au moment du CS ainsi par le temps écoulé depuis que le jeune et le sujet ont fait connaissance).

4b) Les accompagnateurs ou les tuteurs auprès du jeune ont un niveau de stress plus élevé que ceux qui ont occupé une autre fonction.

Hypothèses 5a et 5b: Soutien obtenu en milieu de travail

5a) Le niveau de stress des sujets qui ont reçu du soutien est significativement moins élevé que le niveau de stress des sujets qui n'ont pas reçu de soutien.

5b) Plus il y a de satisfaction au niveau du soutien reçu moins le niveau de stress est élevé.

1.8 Pertinence sociale

Il n'y a à ce jour aucune étude ayant exploré le stress des intervenants par rapport au phénomène du suicide dans les services pour adolescents. La présence du suicide et de tentatives de suicide des jeunes dans les CJ est pourtant une réalité à laquelle ont à faire face plusieurs professionnels de ces milieux; l'ampleur du phénomène suggère même à l'heure actuelle qu'il faille mettre en place des programmes de postvention, c'est-à-dire offrir certains

services de soutien aux personnes qui sont exposées au suicide (ACJQ, 1995). Une étude permettant de mieux connaître cette population d'intervenants peut, à notre avis, permettre de comprendre les facteurs qui jouent un rôle important lors d'une telle expérience et d'identifier certains besoins en terme de services à offrir à cette population d'aidants.

Chapitre 2

Méthode

Dans ce deuxième chapitre nous aborderons les différents aspects de la méthode mise de l'avant pour vérifier nos hypothèses à l'étude. Ainsi, la description de l'échantillon, les instruments de mesure utilisés et la procédure pour recueillir les données seront présentés à tour de rôle.

2.1 Sujets

Les intervenants des CJ sont la population ciblée pour cette étude. Cinq CJ ont collaboré à cette recherche soit ceux de l'Abitibi-Témiscamingue, des Bois-Francs, de Laval, des Laurentides et de la Montérégie.

Un total de 118 sujets ont répondu au questionnaire. Vingt-quatre questionnaires ont dû être rejetés pour les deux raisons suivantes: un premier groupe de 11 participants a rempli l'ensemble des sections du questionnaire en faisant référence à plus d'un CS et un deuxième groupe de 13 participants ont répondu n'avoir jamais eu à faire face à aucun CS.

Quatre-vingt quatorze sujets constituent l'échantillon final et 19 sujets ont répondu à l'ensemble du questionnaire en fonction d'un suicide, 42 en fonction d'une tentative et 33 en fonction d'une idéation suicidaire sérieuse. Toutefois, dans une majorité de 85% ($n=80$), ces sujets ont eu à faire face à plus d'un CS

dans le cadre de leur travail dans les CJ. Ces données sont présentées à la section 2.1.4.

2.1.1 Données socio-démographiques

Notre échantillon se compose de 53 femmes (56%) et 41 hommes (44%). L'âge des sujets varie entre 23 et 49 ans et l'âge moyen des participants est de 35.1 ans ($ET=6.1$).

Au niveau de la formation académique, 2 sujets (2%) rapportent détenir un diplôme de secondaire V et l'ensemble des 92 autres sujets (98%) possèdent au moins un diplôme de niveau collégial ou l'équivalent. Chez ces 92 sujets, 69% ($n=65$) détiennent aussi un diplôme universitaire, soit un certificat, un baccalauréat ou une maîtrise.

Quant aux données reliées à l'emploi actuel et les années d'expérience de travail auprès des jeunes dans le milieu des CJ, elles sont présentées au Tableau 1.

Tableau 1

Caractéristiques Reliées à l'Emploi des Sujets en Centre Jeunesse

Variables		<i>n</i>	%
Nombre d'années d'expérience en CJ	2 - 6	18	20
	7 - 11	31	34
Moyenne : 11.22	12 - 16	24	26
Écart type : 5.50	17 - 21	16	17
	22 - 26	3	3
Titre d'emploi	Psycho-éducateur	3	3
	Éducateur	78	83
	Autres ¹	13	14
Statut d'emploi	Temps plein	77	82
	Temps partiel régulier	7	7
	Temps partiel occasionnel	3	3
	Liste de rappel	3	3
	Autres	4	4
Type de service	Intérieur d'un CR ²	80	85
	Foyer de groupe	3	3
	École	2	2
	Autre	3	3
	Plus d'un service	6	6
Nombre d'heures travaillées par semaine	27 - 32	6	6
	33 - 38	27	29
Moyenne : 37.98	39 - 44	58	62
Écart type : 0.50	45 - 50	3	3
Nombre d'heures en contact direct avec la clientèle	2 - 10	5	5
	11 - 19	8	9
	20 - 28	26	28
Moyenne : 28.45	29 - 37	37	39
Écart type : 8.67	38 - 46	18	19

¹ Les sujets qui ont un titre d'emploi autres détiennent un poste d'agent de relations humaines, ou de responsable d'unité de réadaptation ou de superviseur clinique.

² CR signifie Centre de Réadaptation.

2.1.2 Formation au niveau du suicide

Trente-quatre sujets, soit une proportion de 36%, rapportent n'avoir reçu aucune formation au niveau du suicide dans le cadre de leur travail dans les CJ ou dans d'autres contextes (ex. Centre de prévention du suicide, formation académique ou autre). Quant à ceux qui ont reçu une formation, on retrouve au Tableau 2, le niveau de formation qu'ils ont reçue.

2.1.3 Fréquence des expériences reliées aux comportements suicidaires

Ces expériences réfèrent à celles vécues dans le cadre du travail dans les CJ. Quatorze des 94 sujets (15%) rapportent n'avoir eu à faire face qu'à un seul type de CS: une tentative dans un cas et au moins une idéation suicidaire sérieuse pour les 13 autres. Quant aux 80 sujets restants, ils ont tous fait face à au moins deux CS. Plus spécifiquement, 26% d'entre eux ($n=21$) ont fait face à au moins un suicide, une tentative et une idéation suicidaire sérieuse, 1% ($n=1$) à un suicide et une tentative, 4% ($n=3$) à au moins un suicide et une idéation suicidaire sérieuse, et 69% ($n=55$) à au moins une tentative et une idéation suicidaire sérieuse.

Tableau 2
Types de Formation et Nombre Moyen d'Heures de Formation
au Niveau du Suicide

Variables	Nombre moyen d'heures de formation		
Types de formation	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Sensibilisation	52	5.9	5.4
Intervention	41	9.1	10.8
Évaluation	36	5.2	4.6
Postvention	16	5.2	6.7

2.2 Instruments de mesure

Le matériel utilisé consiste en un questionnaire comprenant huit sections; on retrouve l'Impact of Event Scale (Horowitz & al., 1979) à l'intérieur de deux d'entre elles. L'ensemble du questionnaire est décrit dans ce qui suit et une copie de celui-ci se trouve en Appendice (voir Appendice A).

2.2.1 Questionnaire de renseignements généraux

Ce questionnaire comprend 58 items construits en fonction des hypothèses à l'étude et de façon à obtenir une description la plus détaillée possible de notre

échantillon. Le questionnaire final est le résultat d'une démarche à laquelle ont participé cinq intervenants des milieux des CJ. L'information recueillie auprès d'eux a permis de clarifier certains items et de définir ceux concernant le type de soutien reçu en milieu de travail.

Les deux premières sections portent sur les données socio-démographiques et les caractéristiques au niveau d'emploi et de formation au niveau de la problématique du suicide. La troisième section porte sur les trois différents CS à l'étude (le suicide, les tentatives et les idéations suicidaires sérieuses). Les définitions de ces CS ont été construites à partir de celles retrouvées dans le document Le phénomène du suicide chez les adolescents en centre de réadaptation (1992).

Une procédure de renvoi achemine les sujets à l'une ou l'autre des trois sections qui correspondent à chacun des trois CS; ainsi chaque sujet ne doit répondre qu'à une de ces trois sections. Chacune de ces sections comporte des items qui permettent de recueillir de l'information sur les variables à l'étude telles que le temps écoulé depuis qu'a eu lieu le CS, l'endroit où a eu lieu le comportement, l'exposition au comportement et la relation au jeune mesurée par la durée et la qualité de la relation ainsi que par le rôle qu'avait l'intervenant auprès de ce jeune.

Une septième section comprend des items mesurant le soutien reçu en milieu de travail et les attributions de responsabilité. Au niveau du soutien, on mesure à l'aide d'une échelle de type Likert allant de pas du tout (1) à beaucoup (4) la satisfaction à l'égard de cinq différents types de soutien. De plus, des espaces sont offerts pour permettre d'indiquer d'autres types de soutien reçu par les intervenants et le niveau de satisfaction des répondants à leur égard. Une dernière question permet de recueillir les données sur d'autres formes de soutien souhaitées par les sujets suite à cette expérience.

Quant aux attributions de responsabilité, seuls les sujets qui ont choisi de répondre au questionnaire en fonction d'un suicide ou d'une tentative de suicide lors du renvoi ont répondu à ces items. Cette échelle comprend 5 items et évalue la perception qu'a l'intervenant de son degré de responsabilité ou de celui d'autrui à l'égard du geste posé par le jeune à l'aide d'une échelle de type Likert allant de pas du tout (1) à beaucoup (4). Ces items sont tirés d'une recherche auprès d'endeuillés par suicide (Séguin, 1988).

À la fin du questionnaire, des espaces sont prévus pour que les sujets puissent partager des aspects de leur expérience qui ne sont pas couverts dans le questionnaire ainsi que pour y faire des commentaires au niveau de la recherche ou du questionnaire.

2.2.2 L'Échelle d'Impact d'un Événement

L'Impact of Event Scale (Horowitz & al., 1979)¹ est une mesure de stress subjectif fiable qui permet 1) l'évaluation des individus à différents moments dans le temps, 2) la comparaison du niveau de détresse entre différents sous-groupes et 3) la comparaison de l'impact de différents événements de vie sur les réponses de stress.

Plus spécifiquement, il s'agit d'un questionnaire auto-administré de 15 items contenant des énoncés en lien avec deux facteurs observés dans les réactions de stress: les pensées intrusives ou souvenirs de l'événement et l'évitement de ces pensées ou souvenirs (exemple d'item sur le facteur d'intrusion: Des images de cet événement se sont imposées à mon esprit; exemple d'item sur le facteur d'évitement: J'ai tenté de sortir cet événement de ma mémoire). Il est important de mentionner que l'évitement est différent des mécanismes de déni ou de répression. Dans ces deux derniers cas, la personne peut être dans l'impossibilité de recourir à son expérience consciente pour rapporter des épisodes d'engourdissement ou de restriction au niveau de la pensée (ideational constriction).

¹ La traduction française utilisée dans cette étude est de Louise Gaston, Ph.D., de la clinique Traumatys (Montréal), clinique spécialisée dans le dépistage, l'évaluation et le traitement des troubles de stress post-traumatiques.

On retrouve donc deux sous-échelles: une au niveau des réponses d'intrusion qui comprend 7 items (1, 4, 5, 6, 10, 11, et 14) et 8 autres items qui appartiennent à la sous-échelle des réponses d'évitement (2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 et 15). Chaque item d'intrusion et d'évitement est coté selon la fréquence d'apparition: a) jamais, b) rarement, c) quelquefois, et d) souvent. On accorde à chacun de ces quatre points des scores différents de 0, 1, 3 et 5, respectivement.

Le calcul final de l'échelle peut être effectué de trois manières: un calcul pour les items d'intrusion, un autre pour les items d'évitement et un troisième pour un calcul combiné des deux échelles. Un score total maximum de 70 peut être obtenu sur cette échelle, soit un score maximum de 35 au niveau de l'échelle d'intrusion et de 40 au niveau de l'échelle d'évitement. La pertinence d'obtenir des résultats pour chaque type de réponses est conséquente avec le rationnel théorique et les données empiriques à l'effet qu'un syndrome de stress est la résultante d'une division entre la symptomatologie d'intrusion et d'évitement et qu'il y a un patron prévisible de réponses suite à un événement traumatique (Horowitz, 1986).

Dans notre étude, les sujets devaient remplir cette échelle en référant uniquement à un CS auquel ils avaient fait face. Lorsqu'un sujet avait fait face à plusieurs CS, il devait choisir l'expérience face à laquelle il avait ressenti le plus de détresse. À l'instar des études de Chemtob et al. (1988a, 1988b) et de

Kleespies et al., (1993), cette échelle est utilisée à deux reprises. Les sujets complétaient la première échelle en référant aux deux semaines qui avaient suivi le CS choisi et, pour la deuxième échelle, ils devaient référer aux deux semaines précédant la passation du questionnaire. Les résultats de la première échelle ont servi à vérifier les hypothèses à l'étude, alors que les résultats de la deuxième échelle servaient à connaître le niveau de stress actuel des sujets en lien avec cet événement passé.

Nous allons maintenant exposer les différentes propriétés de cette échelle en terme de validité, de fidélité et de sensibilité.

2.2.2.1 Validité de l'Échelle d'Impact d'un Événement

On reconnaît à l'heure actuelle que les symptômes d'évitement et d'intrusion sont caractéristiques de l'exposition à des expériences stressantes importantes; en fait foi le MDS-IV (1994) qui inclut le diagnostic de TSPT depuis 1980 et dont deux des critères pour établir ce diagnostic reposent sur l'une et l'autre de ces réponses de stress. La nécessité de développer un outil pouvant mesurer de telles caractéristiques lors d'un événement de vie spécifique est à la base de la construction de l'IES (Horowitz & al., 1979).

Une première version constituée de 20 items a fait l'objet d'une étude menée auprès de 66 adultes qui, suite à différents événements sévères, présentent les symptômes d'un désordre de stress (ce qui actuellement

correspond au TSPT dans le MDS-IV) et sont référés pour un traitement en psychothérapie (Horowitz & al., 1979). Une première analyse visait à établir la fréquence à laquelle ces items correspondaient aux symptômes vécus par les sujets. Les sujets ont endossé fréquemment l'ensemble des items; les items les plus fréquemment endossés étaient rapportés par 85% des sujets alors que l'item le moins rapporté correspondait à 35% de l'ensemble des sujets. À la suite de ces résultats, les auteurs ont fait une analyse d'items qui a permis d'identifier et de soustraire de cette première version les items non-significatifs. La version finale est celle utilisée dans notre étude.

Une seconde étude menée par Zilberg et ses collègues (1982) auprès d'un échantillon composé de patients et de non-patients confirme la pertinence des items de cette dernière version; cette fois-ci le pourcentage des items endossés varie entre 44% et 89%.

Quant à la division entre les sous-échelles, Horowitz et al. (1979) ont effectué des analyses afin de s'assurer que ces deux échelles mesurent bien des construits différents. Le résultat obtenu, soit une corrélation de 0.42 ($p < .01$) entre la sous-échelle d'évitement et celle d'intrusion, amène les auteurs à conclure que ces deux sous-échelles sont reliées sans toutefois mesurer des dimensions identiques.

La validité d'un instrument peut aussi être appréciée en fonction de son efficacité (Bélanger, 1988). À cet égard, différentes études permettent d'affirmer la valeur de cette échelle quant à sa capacité à différencier entre les différentes populations d'individus qui ont vécu un même événement de vie (Horowitz & al., 1979; Zilberg & al., 1982; Schwarzwald, Solomon, Weisenberg, & Mikulincer, 1987) et leur sensibilité aux changements lors de mesures répétées (Zilberg & al., 1982).

2.2.2.2 Fidélité de l'Échelle d'Impact d'un Événement

En ce qui a trait à la fidélité, la version finale de l'IES (Horowitz & al., 1979) s'avère un instrument stable. À l'aide de la méthode test-retest, des coefficients de fidélité élevés sont obtenus au niveau de chacune des sous-échelles, soit 0.78 au niveau de la sous-échelle d'intrusion et 0.82 quant à la sous-échelle d'évitement.

Dans l'étude d'Horowitz et al. (1979), une analyse moitié-moitié (split-half) mesurant l'homogénéité ou le degré de constance qu'offrent les réponses d'un individu aux questions variées d'un test présente un coefficient de 0.87 pour le score global de réponses de stress, de 0.89 pour la sous-échelle d'intrusion et de 0.79 pour celle d'évitement.

D'autres études supportent la stabilité de l'instrument. Ainsi, Zilberg et al. (1982), dans une étude de validité croisée (cross-validation) menée auprès de trois

groupes de sujets, mesurent les réponses de stress à trois moments différents et rapportent des coefficients uniformément élevés de 0.79 à 0.92, dans toutes les conditions d'administration. De leur côté, Schwarzwald et al. (1987) ont administré la version hébraïque de l'échelle à 20 soldats israéliens à deux moments différents et à une semaine d'intervalle. Dans cette étude, les auteurs obtiennent un coefficient de 0.93 au niveau du score global de stress.

Dans notre recherche, nous avons utilisé la version française et nous obtenons des coefficients alpha de Cronbach de 0.88 pour l'impact passé et de 0.91 pour l'impact présent au niveau du score global de stress. Au niveau des sous-échelles, les coefficients sont de 0.80 pour les réponses d'évitement et de 0.88 pour celles d'intrusion mesurant l'impact passé et de 0.87 pour les réponses d'évitement et de 0.86 pour celles d'intrusion pour l'échelle mesurant l'impact présent.

L'ensemble de ces résultats démontrent que cette échelle est une mesure stable et valide.

2.3 Procédure

Un premier contact téléphonique avec le personnel responsable des services de la réadaptation ou de la recherche a permis à ceux-ci de prendre connaissance des buts de la recherche. S'il y avait une réponse positive à ce

premier contact, un envoi comprenant une lettre explicitant ces derniers aspects ainsi qu'une copie du questionnaire était acheminé à ces personnes ressources (la lettre concernant la demande de collaboration apparaît à l'Appendice B). Par la suite, le nombre requis de questionnaires leur étaient remis et ils s'assuraient de les distribuer aux membres du personnel ayant eu à faire face à des CS et ayant un titre d'emploi d'éducateur, de psycho-éducateur ou l'équivalent en terme de tâches et qui travaillent dans un service de réadaptation qui les amène à être en contact direct avec les jeunes. Par la suite, des lettres de rappel ont été envoyées aux personnes responsables de la distribution. Il était convenu que ces lettres étaient affichées dans les services ou les lieux accessibles aux intervenants.

Les participants intéressés à participer à la recherche sur une base volontaire recevaient une enveloppe préaffranchie et préadressée contenant un formulaire de consentement qui incluait de l'information sur les buts de la recherche et les différentes modalités concernant l'anonymat et la confidentialité dans le traitement des données (voir Appendice C)¹.

¹ Pour les Centres Jeunesse de la Montérégie, nous avons utilisé leur propre formulaire de consentement. Une copie de ce formulaire se trouve à l'Appendice D.

Chapitre 3

Résultats

Dans ce chapitre, nous allons présenter l'ensemble des résultats obtenus. Les analyses descriptives font l'objet d'une première section et les analyses nécessaires à la vérification des hypothèses sont présentées dans une deuxième. Viennent ensuite les résultats d'analyses ex post facto. Ces analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la version 6.1.2 du logiciel SPSS (SPSS Inc., 1995)

3.1 Les analyses descriptives

Dans cette section, nous allons présenter la description statistique de la variable dépendante de stress et les analyses de fréquence au niveau des attributions de responsabilité, du soutien reçu en milieu de travail et de la relation avec le jeune.

3.1.1 L'Échelle d'Impact d'un Événement

Les résultats à cette échelle peuvent varier entre 0 et 75 et plus spécifiquement entre 0 et 40 au niveau de la sous-échelle d'évitement et entre 0 et 35 au niveau de celle d'intrusion. La comparaison avec des groupes de références qui ont vécu différents événements traumatiques tels que la mort d'un proche parent ou des blessures à la suite d'accidents, de gestes de violence, de

maladie ou de chirurgie (Horowitz & al., 1979; Zilberg & al. 1982) permet d'évaluer l'ampleur des réponses de stress de notre groupe de sujets. Au Tableau 3, les scores moyens pour chacune de ces études et les résultats de notre échantillon sont présentés.

Considérant qu'un score symptomatique doit correspondre à au moins 39.6 (Horowitz & al., 1979), les résultats moyens pour chacun de nos groupes ne présentent pas un niveau symptomatique de stress. Toutefois, la distribution des scores individuels révèle que 12% des sujets ($n=11$) ont un score supérieur à 40 dans les deux semaines qui suivent le CS; pour quatre de ces sujets, le CS est un suicide; pour cinq autres, il s'agit d'une tentative de suicide et pour les deux derniers, il s'agit d'une idéation suicidaire sérieuse.

Quant au type de réponses de stress, les résultats de notre échantillon démontrent un plus haut taux de réponses d'intrusion que de réponses d'évitement et ce, au niveau des trois CS. Pour s'assurer que ces deux types de réponses représentent bien des construits distincts nous avons évalué le recouvrement possible entre les réponses d'évitement et celles d'intrusion et un recouvrement de 32% entre les deux types de réponses ($r^2=0.32$, $p<.001$)¹ a été obtenu. Ce

¹ Le calcul du coefficient de détermination est l'indice statistique qui permet d'évaluer le recouvrement entre deux concepts. On obtient ce coefficient en mettant au carré le coefficient résultant de la relation entre deux variables. Dans ce cas-ci, les deux variables sont les réponses d'intrusion et celles d'évitement.

Tableau 3

Comparaison entre les Groupes de Référence et les Sujets de l'Étude Actuelle quant aux Scores Moyens Obtenus aux Réponses de Stress

Études	<i>n</i>	Intrusion		Évitement		Score global
		<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Horowitz et al. (1979)	66	21.4	9.6	18.2	10.8	39.6
Zilberg et al. (1982)	35	21.2	7.9	20.8	10.2	42
Groupe Suicide	19	19.8	7.0	10.8	7.2	30.6
Groupe Tentative	42	12.3	7.1	8.7	7.6	21
Groupe Idéation	33	9.9	7.2	6.7	6.3	16.6

résultat supérieur à celui qu'obtient Horowitz et ses collègues (1979), soit une corrélation de 0.42 ($p < .01$), nous permet d'abonder dans le même sens que ces auteurs lorsqu'ils précisent que bien que ces deux construits sont reliés ils ne mesurent pas des dimensions identiques. Ces résultats justifient donc la nécessité de rapporter des scores distincts pour chacune des deux sous-échelles.

3.1.2 Les attributions de responsabilité

Au niveau de cette variable, seuls les sujets qui ont répondu au questionnaire en fonction d'une expérience à l'égard du suicide ($n=19$) ou d'une tentative de suicide ($n=42$) ont complété cette section. L'attribution à soi est mesurée plus spécifiquement par des items qui impliquent un sentiment de culpabilité personnelle (item 69) et un sentiment d'implication personnelle dans le geste (item 71) et l'attribution aux autres consiste à accorder des responsabilités à des personnes (item 68) ou à accorder du blâme à un tiers (item 70). Le Tableau 4 présente la distribution de fréquence pour chacun des quatre items correspondant à ces attributions. Du côté des attributions aux autres, le questionnaire offrait aux sujets la possibilité d'indiquer le rôle des personnes qui, selon eux, auraient dû se comporter autrement avec le jeune et aussi le rôle des personnes à qui elles en ont voulu suite au CS. Trente-cinq des 61 sujets qui ont fait face à un suicide ou à une tentative ont indiqué leur opinion à ce sujet.

Pour 10 d'entre eux (29%), seuls les membres de la famille sont en cause alors que pour 18 autres sujets (51%), il s'agit uniquement des membres du personnel qui sont en cause. Pour les sept autres sujets (20%), ce sont des membres de la famille et du personnel qui auraient dû se comporter autrement.

Tableau 4

Répartition des Sujets qui ont Vécu un Suicide ou une Tentative de Suicide selon le Degré d'Attribution de Responsabilité à Soi et aux Autres

Variables	Pas du tout		Un peu		Modérément		Beaucoup	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sentiment d'implication personnelle (<i>n</i> =42)	27	64	9	21	4	10	2	5
Sentiment de culpabilité personnelle (<i>n</i> =57)	16	28	19	33	13	23	9	16
Accorder un blâme à un tiers (<i>n</i> =57)	28	49	15	26	6	11	8	14
Accorder des responsabilités à des personnes (<i>n</i> =56)	22	39	9	16	10	18	15	27

Chez les 25 sujets (71%) qui mettent en cause les membres du personnel, 15 (60%) réfèrent spécifiquement à des collègues ou à des intervenants (ou éducateurs), alors que les 10 autres (40%) mentionnent d'autres membres du

personnel à l'intérieur ou à l'extérieur du service (ex. psychologue, travailleur social, infirmière, médecin, administrateur, responsable de service).

3.1.3 La relation avec le jeune

Dans cette étude, la relation avec le jeune est mesurée par la durée de la relation entre le jeune et l'intervenant, le degré de confiance et de collaboration entre eux ainsi que par la fonction qu'occupe l'intervenant auprès du jeune.

La durée de la relation entre le jeune et l'intervenant varie de 1 mois à 48 mois chez les intervenants qui ont fait face à un suicide ($M=17.9$; $ÉT=14.4$) et chez ceux qui ont fait face à une tentative ($M=8.1$; $ÉT=10.1$). Quant à ceux qui ont fait face à une idéation suicidaire sérieuse, elle varie de 1 mois à 60 mois ($M=10.3$; $ÉT=12.5$).

Quant à la variable concernant la relation de confiance et de collaboration avec le jeune, elle mesure cette relation dans les jours qui ont précédé le suicide ou la tentative, ou durant la période au cours de laquelle ont eu lieu les idéations suicidaires sérieuses. Dans un pourcentage plus élevé, les sujets répondent avoir une relation de confiance et de collaboration plutôt moyenne et ce, au niveau des trois CS. Le Tableau 5 présente la distribution de fréquence au niveau de cette variable pour chacun des CS, ainsi que les scores moyens et les écarts-types.

Tableau 5

Répartition des Sujets Selon le Degré de Relation de Confiance
et de Collaboration avec le Jeune

Variables	Aucune		Faible		Moyenne		Élevée		<i>M</i>	<i>ÉT</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Suicide (<i>n</i> =19)	1	5	5	26	8	42	5	26	2.9	0.9
Tentative (<i>n</i> =40)	4	10	8	20	23	58	5	13	2.7	0.8
Idéation (<i>n</i> =33)	-	-	8	24	22	67	3	9	2.8	0.6

Pour ce qui est de la fonction occupée auprès du jeune, nous en avons déterminé deux qui sont principalement occupées par les intervenants, soit la fonction d'intervenant régulier et celle d'accompagnateur. Dans ce dernier cas, l'intervenant occupe certaines fonctions auprès du jeune qui lui permettent d'avoir avec lui un rapport privilégié. Dans notre échantillon, on retrouve 25 intervenants (27.2%) qui ont occupé cette fonction auprès du jeune auquel ils font référence, 50 (54.3%) qui avaient une fonction d'intervenant régulier au moment où ils ont vécu l'expérience du CS et un troisième groupe de 17 sujets (18.5%) qui n'ont

occupé aucune de ces deux fonctions. Ces derniers occupaient des emplois de chefs de service, de superviseurs cliniques et d'agents de relations humaines.

3.1.4 Le soutien reçu en milieu de travail

Sur l'ensemble des 94 sujets de l'échantillon, 11 (12%) déclarent n'avoir reçu aucun soutien en milieu de travail; ainsi un total de 83 sujets (88%) ont reçu du soutien. Le Tableau 6 présente les données relatives au soutien reçu: soit les diverses formes de soutien et le nombre de sujets qui en ont bénéficié ainsi que la distribution de fréquence au niveau de la satisfaction à l'égard de ce soutien.

Le type de soutien le plus rapporté est la discussion informelle avec les pairs et, en ordre décroissant, la réunion d'équipe régulière, la supervision individuelle, la rencontre spéciale et les programmes d'aide aux employés.

Le taux de satisfaction moyen à l'égard de ces 5 formes de soutien varie entre 3.2 pour les rencontres d'équipe régulière ($\acute{E}T=0.9$) et 3.8 pour les programmes d'aide aux employés ($\acute{E}T=1.8$). Les moyennes pour les autres formes de soutien sont 3.4 ($\acute{E}T=0.7$) pour les discussion informelle avec les collègues, 3.4 ($\acute{E}T=0.8$) pour les supervisions individuelles et 3.2 ($\acute{E}T=0.9$) pour les rencontres d'équipe portant sur la situation. On remarque que la majorité des sujets sont plutôt satisfaits du soutien reçu en milieu de travail.

Par ailleurs, dix sujets rapportent avoir bénéficié de formes de soutien autres que celles énumérées dans le questionnaire. Ces autres formes de soutien sont la présence d'un supérieur lors de l'événement, un congé suite à l'événement avec, dans un cas, un contact quotidien avec l'employeur, le recours à un psychologue, une rencontre sociale d'équipe et une rencontre avec le jeune qui a posé le geste suicidaire. De ces dix sujets, deux ont reçu un type supplémentaire de soutien. Dans un cas, il s'agit d'un suivi psychologique et, dans l'autre, d'une lettre de félicitations concernant l'attitude de l'intervenante lors de l'événement. Dans les deux cas, ces formes de soutien sont évaluées comme très satisfaisantes.

Finalement, 16 sujets (17%) ont indiqué le type de soutien qu'ils auraient souhaité recevoir lorsqu'ils ont vécu l'expérience d'un CS. Pour certains, il s'agit de supervisions en équipe et de supervisions individuelles. Pour d'autres, le soutien ou la possibilité d'avoir accès à une personne ressource ou à un spécialiste (ex. un psychologue) est souhaitée et ce, au niveau des réunions d'équipe et des réunions en groupe avec les jeunes et aussi pour soutenir l'intervenant lorsqu'il rencontre le jeune après la période de crise. Certains autres intervenants manifestent le désir de recevoir de la formation pour les sensibiliser au problème et pour intervenir avec le jeune après la crise. D'autres ont exprimé le besoin d'avoir des procédures et d'être formés pour intervenir en cas d'urgence.

Enfin, quelques-uns mentionnent qu'ils auraient apprécié un congé après l'événement pour pouvoir récupérer.

3.2 Vérification des hypothèses

Dans cette section, les résultats de la variable dépendante de stress tels que mesurée par l'IES (Horowitz & al., 1979) sont présentés sous trois formes: un score d'intrusion, un score d'évitement et un score global qui représente la somme des deux premiers. Le score global permet d'identifier rapidement les différences de score entre les groupes. Par ailleurs, seul le score global est rapporté lorsqu'un test statistique ne présente aucun résultat significatif au niveau de chacune des deux sous-échelles. Aux fins de vérification des hypothèses, les sujets sont regroupés selon différentes modalités; ces modalités sont explicitées pour chacune des hypothèses.

3.2.1 Effet de la gravité des comportements suicidaires sur le niveau de stress

Cette première hypothèse prévoit que le niveau de stress est significativement plus élevé en fonction de la gravité du CS auquel fait face le sujet; le comportement présumé le plus grave étant le suicide, le second la tentative et finalement les idéations suicidaires sérieuses. Les résultats de l'analyse de variance présentent des différences significatives entre les CS au

niveau du score d'intrusion et du score global. Le tableau 7 présente les moyennes obtenues pour chacun des trois groupes.

Une comparaison a posteriori effectuée à l'aide d'un test Scheffé révèle que les sujets qui ont vécu un suicide ont des scores de stress d'intrusion et global qui diffèrent significativement des sujets qui ont vécu une tentative de suicide ou une idéation suicidaire sérieuse. Par contre, la comparaison entre ces deux derniers groupes ne franchit pas le seuil significatif du .05. Par ailleurs, dans chaque groupe les scores d'intrusion sont plus élevés que ceux d'évitement. Le score d'intrusion est donc déterminant dans la différence significative révélée par l'analyse statistique au niveau du score global. Compte tenu de ces résultats, on peut conclure que l'hypothèse 1 est partiellement confirmée.

Enfin, bien que les trois groupes ne diffèrent pas significativement entre eux, on note une relation linéaire entre le niveau de stress et la gravité des CS et cette relation va dans le sens d'une augmentation du niveau de stress en fonction de la gravité des CS.

3.2.2 Effet de l'exposition au comportement suicidaire sur le niveau de stress

L'hypothèse 2 veut vérifier s'il existe une différence au niveau des réponses de stress entre les sujets qui ont fait la découverte d'un suicidé ou ont été témoins d'une tentative et ceux qui n'ont pas vécu ces expériences.

Tableau 7
 Comparaison de Moyennes a posteriori
 pour les Trois Types de Comportements Suicidaires

Variables	Idéation (<i>n</i> =33)		Tentative (<i>n</i> =42)		Suicide (<i>n</i> =19)		<i>F</i> (2,91)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Intrusion	9.9a	7.2	12.3a	7.1	19.8b	7.0	11.98*
Évitement	6.7	6.3	8.7	7.6	10.8	7.2	2.05
Global	16.6a	12.3	21.0a	13.5	30.6b	10.2	7.60*

Note. Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice sont significativement différentes entre elles au test Scheffé ($p < .05$).

* $p < .01$

Du côté des sujets qui ont vécu un suicide, un seul sujet sur l'ensemble des 19 en a découvert ou vu la victime. Conséquemment, nous n'avons pu comparer les sujets qui ont fait face à un suicide au niveau de cette variable.

Du côté des sujets qui ont vécu une tentative, notre échantillon nous permet de comparer deux groupes de 20 sujets au niveau de cette variable. Chez ceux qui ont découvert ou vu le jeune lors de ce geste on obtient un niveau de stress moyen de 20.4 ($ÉT = 14.9$) et chez ceux qui ne l'ont pas vu ou découvert de 21.5 ($ÉT = 12.9$). Le test *t* ne révèle aucune différence significative entre les deux

groupes qui ont fait face à une tentative de suicide ($t(40)=-.99$, n.s.). Bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre les deux groupes, on note toutefois que le score moyen de ceux qui n'ont pas vu ou découvert est plus élevé que celui de ceux qui ont vu ou découvert le jeune.

3.2.3 Effet des attributions de responsabilité personnelle sur le niveau de stress

Cette hypothèse prévoit que plus les intervenants s'attribueront une responsabilité personnelle lors d'un suicide ou d'une tentative de suicide plus leur niveau de stress sera élevé. Pour vérifier cette hypothèse, on a regroupé les sujets qui ont vécu l'un ou l'autre de ces CS. L'analyse entre les réponses de stress et chacun des deux items liés à l'attribution de responsabilité personnelle est ensuite effectuée à l'aide de corrélations de Pearson (voir les deux premières colonnes du Tableau 8).

Les résultats révèlent une relation positive significative entre le score global de stress, plus spécifiquement les réponses d'intrusion et le sentiment d'implication personnelle. Quant au sentiment de culpabilité, on obtient aussi des corrélations positives significatives à .001 entre celui-ci et les réponses de stress d'évitement et d'intrusion.

Compte tenu de l'ensemble de ces résultats, la troisième hypothèse n'est que partiellement confirmée.

Tableau 8

Intercorrélations entre le Sentiment de Culpabilité
et de Responsabilité et les Réponses de Stress

Variables	Sentiment d'implication personnelle (<i>n</i> =42)	Sentiment de culpabilité personnelle (<i>n</i> =57)	Accorder un blâme à un tiers (<i>n</i> =57)	Accorder des responsabilités à des personnes (<i>n</i> =56)
Intrusion	.31*	.54***	.63***	.46***
Évitement	.24	.42***	.36**	.30**
Global	.34**	.57***	.58***	.44***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

3.2.4 Effet des attributions de responsabilité aux autres sur le niveau de stress

Cette hypothèse prévoit que plus les sujets attribuent une responsabilité aux autres lors d'un suicide ou d'une tentative de suicide, plus leur niveau de stress est élevé. Pour la vérification de cette hypothèse, comme dans la précédente, les sujets qui ont vécu soit une tentative ou un suicide sont regroupés. Les deux dernières colonnes du Tableau 8 présentent les résultats pour chacun des deux items qui mesurent ces attributions. Les corrélations entre les réponses de stress

et ces attributions sont toutes significatives et l'hypothèse à l'effet que plus les attributions de responsabilité aux autres sont importantes plus le niveau de stress est élevé est donc confirmée.

3.2.5 Effet de la relation avec le jeune sur le niveau de stress

L'hypothèse 5a prévoit une relation positive entre le niveau de stress et les deux variables suivantes: la durée de la relation et le degré de confiance et de collaboration au moment du CS. Pour vérifier cette hypothèse, les sujets sont regroupés selon le CS auquel ils ont fait face et les scores de stress de chacun des trois groupes sont mis en relation avec chacune des deux variables. Une seule relation significative est obtenue au niveau des intervenants qui ont vécu un suicide et ce, uniquement au niveau de la durée de la relation. Ainsi, plus ces intervenants connaissaient le jeune moins ils ont de réponses d'évitement ($r(19) = -.43, p < .05$).

Quant à l'hypothèse 5b, on prévoyait que les sujets qui avaient occupé une fonction d'accompagnement ou de tuteur auprès du jeune auraient un niveau de stress plus élevé que ceux qui occupaient une fonction d'intervenant régulier ou une tout autre fonction (ex. chef d'unité ou de service; agent de relations humaines). Pour le calcul de cette analyse, on a regroupé l'ensemble des sujets et on les a répartis en trois groupes selon la fonction qu'ils occupaient auprès du jeune, soit celle d'accompagnateur ou de tuteur ($n=25$), d'intervenant régulier

($n=50$) et un troisième groupe qui comprend les chefs de service et les agents de relations humaines ($n=17$). L'analyse de variance ne révèle aucune différence significative entre ces trois groupes ($F(2,89)=0.50$, n.s.).

3.2.6 Effet du soutien en milieu de travail sur le niveau de stress

L'hypothèse 6a prévoyait que les intervenants qui ont reçu du soutien auraient un niveau de stress significativement moins élevé que ceux qui n'en ont pas reçu. Sur les 94 sujets, seulement 11 ont répondu ne pas avoir du tout reçu de soutien en milieu de travail. L'analyse effectuée n'indique aucune différence significative entre ces deux groupes ($t(92)=0.24$, n.s.) et le score global moyen de ceux qui ont reçu du soutien est de 21.5 ($ÉT=13.4$) contre 20.5 ($ÉT=13.5$) pour ceux qui n'en ont pas reçu.

Quant aux sujets qui ont reçu du soutien, nous avons effectué des tests t afin de vérifier si le fait de recevoir ou non une forme de soutien spécifique influence les scores de stress. Deux résultats significatifs sont obtenus: un premier au niveau de la rencontre d'équipe portant spécifiquement sur la situation et un deuxième au niveau de la réunion d'équipe régulière. Les sujets qui ont assisté aux rencontres sur la situation ont un score moyen de 24.3 ($ÉT=13.7$) alors que ceux qui n'y ont pas assisté ont un score moyen de 18.3 ($ÉT=12.5$); les scores de ces deux groupes diffèrent significativement ($t(91)=2.20$, $p<.05$). La différence significative entre ces deux groupes de sujets se retrouve au niveau des

réponses d'intrusion ($t(91)=2.11, p<.05$) ainsi qu'au niveau des réponses d'évitement ($t(91)=1.75, p<.05$); le score aux réponses d'intrusion étant plus élevé qu'aux réponses d'évitement. Quant à ceux qui ont assisté à une réunion régulière, le score moyen de stress est de 21.6 ($ÉT=13.9$) alors que celui des sujets qui n'y ont pas assisté est de 20.9 ($ÉT=12.4$). Au niveau de cette analyse, seules les réponses d'évitement sont significativement différentes entre les deux groupes et elles sont plus élevées chez les sujets qui ont assisté à ces réunions ($t(92)=1.65, p<.05$). Néanmoins, les scores des réponses d'intrusion sont plus élevés que ceux des réponses d'évitement dans les deux groupes.

Quant à l'hypothèse 6b prévoyant une relation négative entre le caractère satisfaisant du soutien et le niveau de stress, les corrélations de Pearson obtenues pour chacun des types de soutien vont dans le sens prévu par l'hypothèse. Toutefois, ces résultats ne franchissent pas le seuil significatif du .05.

3.3 Analyses ex post facto

Certaines données recueillies dans le cadre de cette étude n'ont pas servi à la vérification des hypothèses. Néanmoins elles ont été analysées pour approfondir l'interaction des variables à l'étude. Ces résultats peuvent aussi constituer des pistes à explorer ultérieurement pour la compréhension du phénomène des CS dans les CJ.

3.3.1 Effet de la variable sexe sur le niveau de stress

Dans l'étude qui a mené à la version actuelle de l'IES, Horowitz et al. (1979) obtiennent des différences significatives entre les scores moyens de stress des hommes et des femmes. Par ailleurs, Zilberg et al. (1982) suggèrent qu'il soit possible d'obtenir des scores différents sur cette variable compte tenu d'une tendance observée au niveau des femmes à obtenir des scores symptomatiques plus élevés que les hommes.

Notre échantillon comprend 53 femmes et 41 hommes. Le score moyen des femmes est de 23.2 ($ÉT=13.0$) et de 19.0 ($ÉT=13.5$) pour les hommes. La comparaison entre ces deux groupes révèle une différence significative uniquement au niveau du score d'intrusion ($t(92)=2.40, p<.05$). Les femmes ont un score moyen significativement plus élevé au niveau de ce type de réponse que les hommes; le score moyen d'intrusion des femmes étant de 14.64 ($ÉT=8.0$) et de 10.8 ($ÉT=7.4$) pour les hommes.

3.3.2 L'effet du suicide à l'intérieur du centre de réadaptation sur le niveau de stress

L'ACJQ dans son document sur la prévention et l'intervention dans les CJ rapporte que l'impact est plus important lorsque le suicide se produit à l'intérieur de l'institution. Bien qu'un seul sujet ait vu ou découvert la victime de suicide, sept sujets ont vécu un suicide qui a eu lieu à l'intérieur du centre de réadaptation.

Nous avons comparé leurs scores de stress avec celui des douze sujets pour lesquels le suicide auquel ils ont fait face a eu lieu à l'extérieur du centre. Le score moyen de stress des sujets est de 35.6 ($\acute{E}T=11.1$) lorsque le suicide a lieu à l'intérieur du centre et de 27.7 ($\acute{E}T=9.0$) lorsqu'il a lieu à l'extérieur.

La comparaison entre ces deux groupes révèle que les sujets qui ont vécu le suicide à l'intérieur du centre ont un score global moyen plus élevé et significativement différent de celui des sujets qui l'ont vécu à l'extérieur du centre ($t(17)=1.71, p<.05$). Cette différence est attribuable uniquement aux réponses d'évitement ($t(17)=4.32, p<.001$), qui sont beaucoup plus élevées chez ceux qui ont vécu le suicide à l'intérieur du centre.

Bien que les scores d'intrusion soient plus élevés que ceux d'évitement dans les deux groupes, les scores d'évitement de ceux pour qui le suicide a eu lieu à l'intérieur du centre sont presque égaux à ceux d'intrusion. Le score moyen d'intrusion pour ce groupe est de 18.1 ($\acute{E}T=7.0$), alors que celui d'évitement est de 17.4 ($\acute{E}T=6.1$).

3.3.3 Relation entre le niveau de stress et le degré de létalité

Le degré de létalité réfère au risque que le geste posé ou le moyen utilisé lors d'une tentative entraîne la mort. Une hypothèse implicite à ce sujet est à l'effet que plus une tentative est perçue comme pouvant entraîner la mort, plus la

réponse de stress est élevée. Dans le questionnaire, un item permettait de vérifier cette dimension à l'aide d'une échelle graduée de 1 à 10, 1 étant le plus faible risque et 10 le risque le plus élevé que le geste posé entraîne la mort.

Trente-sept sujets ayant fait face à une tentative ont répondu à cet item. Les corrélations de Pearson effectuées présentent une relation positive significative sur le score global ($r(37)=0.54$, $p<.001$) ainsi que sur les scores d'intrusion ($r(37)=0.55$, $p <.001$) et d'évitement ($r(37)=0.45$, $p <.001$). Il apparaît donc que plus le geste est évalué à risque, plus le niveau de stress est élevé.

Une deuxième analyse statistique, soit un test t , révèle au niveau de cette variable que le groupe de sujets qui ont vu ou découvert le jeune lors de cette tentative ont fait une évaluation moins élevée du degré de létalité du geste que ceux qui ne l'ont pas vu ou découvert. Les sujets qui ont vu le jeune obtiennent un score de 4.4 ($ÉT=3.0$) sur l'échelle mesurant le degré de létalité du geste, alors que ceux qui ne l'ont pas vu ont un score moyen de 5.1 ($ÉT=3.0$). Cependant, les résultats de cette analyse ne franchissent pas le seuil significatif du .05.

3.3.4 La relation avec le jeune et les attributions de responsabilité

L'absence de relation significative entre le niveau de stress et la relation au jeune nous a amené à considérer la possibilité d'un lien entre les attributions de responsabilité à soi et la relation de confiance avec le jeune au moment du CS.

À cet égard, la littérature fournit des données qui démontrent que l'investissement émotionnel est en relation avec la culpabilité des psychothérapeutes qui ont vécu un suicide (Lapp, 1986).

Pour vérifier cette hypothèse implicite, nous avons cumulé les résultats des deux items portant sur l'attribution à soi et les avons mis en relation avec l'item mesurant le niveau de confiance avec le jeune dans les jours précédant le suicide ou la tentative. Tel que prévu, on obtient une corrélation significative positive ($r(36)=0.39, p<.01$) entre ces deux variables.

Par ailleurs, la littérature nous fournit des données à l'effet que bien que l'on puisse éprouver diverses émotions envers l'entourage, certaines émotions (ex. la colère) peuvent aussi être vécues envers la personne qui a commis le geste. Un item (Malgré moi, j'en voulais au jeune) a permis de vérifier s'il y avait une relation entre cette pensée dirigée vers le jeune et le score de stress chez les sujets qui ont fait face à un suicide ou une tentative.

Les résultats de l'analyse statistique (r de Pearson) révèle une relation positive significative entre ces deux variables. Ainsi, plus le sujet en veut au jeune, plus le score de stress est élevé ($r(51)=0.53, p<.001$) et ce, autant au niveau des réponses d'évitement ($r(51)=0.51, p<.001$) que des réponses d'intrusion ($r(51)=0.41, p<.01$).

3.3.5 Persistance du stress à l'égard du comportement suicidaire passé

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les sujets ont rempli une seconde mesure d'IES en référant aux deux semaines qui ont précédé la passation du questionnaire. Cette deuxième mesure permettait d'évaluer la persistance des symptômes reliés à cette expérience. Le temps moyen écoulé depuis le comportement jusqu'à la passation du questionnaire est de 5.1 années ($\acute{E}T=4.0$) pour ceux qui ont fait face à un suicide, 2.6 années ($\acute{E}T=2.2$) au niveau d'une tentative et de 1.5 année ($\acute{E}T=2.0$) quant aux idéations suicidaires sérieuses. Le Tableau 9 présente les scores moyens de stress pour les trois groupes de sujets au niveau de l'impact présent.

Tenant compte de la possibilité qu'un événement puisse rappeler le CS auquel ils ont fait face et donc influencer le score de stress au niveau de l'impact présent, nous avons demandé à l'ensemble des sujets de préciser si, dans les dernières semaines, une situation au travail ou dans leur vie personnelle avait pu leur rappeler cette expérience. Sur 90 sujets, 33 ont répondu à cette question par l'affirmative. Une analyse comportant un test t a permis de comparer ce groupe avec celui qui disait n'avoir vécu aucune situation pouvant créer ce rappel. Les résultats de l'analyse ne révèle aucune différence significative entre les 2 groupes ($t(88)=1.36$, n.s.).

Tableau 9
Scores Moyens pour les Trois Types de Comportements Suicidaires
au Niveau de l'Impact Présent

Variables	Idéation (<i>n</i> =33)		Tentative (<i>n</i> =42)		Suicide (<i>n</i> =19)		<i>F</i> (2,91)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Intrusion	3.6	4.7	4.4	6.0	6.5	6.2	1.56
Évitement	2.7	5.3	3.6	6.0	3.5	5.5	.23
Combiné	6.3	9.7	8.0	11.3	9.8	8.6	.69

Les scores moyens au niveau de l'impact présent sont nettement inférieurs à ceux de l'impact passé, qui sont déjà considérés asymptotiques. On observe, au même titre qu'au niveau de l'impact passé, une certaine relation linéaire entre les réponses de stress et la gravité du CS (sauf pour le score d'évitement au niveau des tentatives et des suicides) bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre les trois groupes.

Une distribution des scores des sujets permet de considérer que trois d'entre eux ont un score plus élevé que 40 dans cette deuxième mesure. Dans un des trois cas, il s'agit d'un sujet qui rapporte une tentative qui a eu lieu à

l'intérieur du centre de réadaptation dans les deux semaines précédant la passation du questionnaire. Quant aux deux autres sujets, il s'agit, dans un cas, d'un intervenant qui rapporte une idéation suicidaire sérieuse rencontrée il y a 3 ans et, dans l'autre, d'un intervenant qui rapporte une tentative à l'intérieur du centre de réadaptation huit mois plus tôt. On retrouve une constante chez ces trois sujets: ils ont tous vécu plus d'une tentative de suicide et au moins une idéation suicidaire sérieuse.

Nous avons effectué une sélection des sujets qui avaient vécu, dans les derniers 6 mois, le CS choisi pour répondre au questionnaire. Vingt-quatre sujets composent ce sous-groupe qui constitue 26% de notre échantillon global. Ce sous-groupe comprend des sujets qui ont vécu un suicide ($n=4$), une tentative ($n=6$) et une idéation suicidaire sérieuse ($n=14$). Seuls deux sujets ont des scores plus élevés que 40 dans les deux semaines qui ont suivi l'événement. Un de ces sujets est celui que nous avons mentionné précédemment (celui qui a vécu une tentative dans les deux dernières semaines) et qui avait toujours le même score après deux semaines. Quant à l'autre sujet, il s'agit d'un intervenant qui a fait face à une idéation suicidaire sérieuse chez un jeune dans les deux jours qui ont précédé la passation du questionnaire.

Chapitre 4

Discussion

Dans ce chapitre, nous discuterons des résultats obtenus conformément ou non aux hypothèses de la recherche et examinerons la signification des scores de stress obtenus par nos sujets. Nous tenterons d'intégrer ces résultats aux connaissances actuelles dans le domaine de l'impact du suicide sur les aidants. De plus, des commentaires qu'ont fait les intervenants dans le questionnaire sont rapportés dans le but de mettre en relief l'expérience personnelle qui se profile derrière les différents aspects couverts par l'étude. Nous terminerons cette section avec les forces et les limites de l'étude.

4.1 Discussion sur les résultats

La gravité des comportements suicidaires et le niveau de stress

Les résultats à l'effet que le suicide soit le CS qui occasionne le plus haut taux de stress et qu'il n'y ait aucune différence entre des intervenants qui ont fait face à une tentative et ceux qui ont fait face à une idéation suicidaire sérieuse rejoint les résultats obtenus par Kleespies et al. (1993). Bien que le niveau de stress de ces deux derniers groupes ne diffèrent pas entre eux, on retrouve, à l'instar de ces auteurs, une relation linéaire entre la gravité des CS et le niveau de stress.

Cette absence de différence entre ceux qui ont fait face à une tentative de suicide ou à une idéation suicidaire sérieuse peut s'expliquer par l'évaluation que l'intervenant fait de la gravité du CS. Il se pourrait que dans notre échantillon, une partie des intervenants qui ont fait face à une tentative ait perçu ce geste moins à risque d'entraîner la mort qu'une partie des intervenants qui ont fait face à un jeune qui avait des idéations suicidaires sérieuses et pouvait avoir un niveau d'urgence très élevé. Un intervenant qui a fait face à une tentative témoigne de cette dimension de la manière suivante: «La situation est celle d'un jeune qui commet des gestes auto-destructeurs sans nécessairement vouloir mourir. L'impact n'est pas le même que si un jeune voulait vraiment mourir et notre détresse personnelle est peu présente dans cette situation».

Les analyses ex post facto nous fournissent des résultats à l'effet que plus les sujets perçoivent un risque que le geste posé lors d'une tentative entraîne la mort plus les réponses de stress sont élevées. Ces derniers résultats vont dans le sens de ceux rapportés par Mishara et Giroux (1993) à propos d'une population de bénévoles d'un Centre de Prévention du Suicide. Dans cette étude, le prédicteur le plus puissant de stress durant les appels est le niveau d'urgence suicidaire des appelants tel qu'évalué par les bénévoles.

Cette explication va dans le sens de la compréhension qu'ont Lazarus et Folkman (1984) de l'importance de la transaction entre l'environnement et l'individu

dans les variations que l'on observe au niveau du stress. Plus spécifiquement, une réponse de stress se manifeste lorsque l'individu évalue que la situation à laquelle il fait face dépasse ses ressources ou peut mettre en danger son bien-être.

L'étude de Kleespies et ses collègues (1993) permettait pour la première fois d'évaluer l'impact différentiel des CS. Les données de la recherche actuelle permettent d'avancer que non seulement le CS comme tel peut faire varier le stress mais que l'évaluation qu'en fait l'intervenant est une variable qui influence les réponses de stress.

L'exposition aux comportements suicidaires et le stress

Nos résultats à l'effet que le niveau de stress soit légèrement plus élevé chez ceux qui n'ont pas vu ou découvert le jeune lors d'une tentative sont fort différents de ceux anticipés. La létalité du geste auquel ont fait face les sujets peut, selon nous, expliquer ce résultat et cette variable serait à considérer parallèlement à l'exposition.

Les réactions de stress post-traumatiques sont caractéristiques d'une exposition à un facteur extrême. Compte tenu des critères du MDS-IV, les CS peuvent être considérés comme tels dans le cas où le jeune est décédé ou a été gravement blessé. Dans notre échantillon, l'insuffisance de sujets exposés à un

jeune suicidé n'a pas permis de comparer les deux niveaux de la variable exposition dans une situation de ce genre.

Quant aux sujets qui ont fait face à une tentative, on peut se demander si la gravité du geste posé par le jeune représentait une blessure grave. Les scores moyens au niveau de la létalité pour l'ensemble des sujets révèlent que ce geste a été perçu à risque modéré. De plus, on note que le groupe de sujets qui n'ont pas découvert ou vu le jeune lors de la tentative ont obtenu un score moyen plus élevé que les autres. Ces résultats permettent de suggérer que chez nos sujets, cette dimension peut être plus importante que le fait d'avoir vu ou non la victime suite à la tentative.

Du côté des sujets qui ont fait face à un suicide, une analyse ex post facto fournit des résultats à l'effet que lorsque ce comportement a lieu à l'intérieur du centre de réadaptation, les réponses de stress des intervenants sont significativement plus élevées que celles des sujets pour lesquels le suicide a eu lieu à l'extérieur du centre. Ces résultats fournissent des données empiriques concordent avec la proposition de l'ACJQ à l'effet que l'impact soit plus important lorsque le suicide se produit à l'intérieur de l'institution.

Les attributions de responsabilité et le stress

Les résultats obtenus quant aux attributions de responsabilité aux autres et personnelles sont en conformité avec les hypothèses. Du côté des attributions personnelles, les résultats vont dans le sens de la littérature sur les aidants (Lapp, 1986; Chemtob & al., 1988b; Kleespies & al., 1993). Quant aux attributions faites aux autres, seule une étude auprès de mères endeuillées par suicide (Séguin, 1988) offrait des données empiriques permettant de faire l'hypothèse d'une relation entre ces attributions et les CS; nos résultats fournissent donc les données empiriques nécessaires à la formulation de cette hypothèse chez les aidants.

Par ailleurs, les résultats fournis par les données descriptives démontrent que les intervenants, dans une plus forte proportion, rapportent s'en être voulu davantage de ne pas avoir pu prévenir l'événement que d'avoir eu l'impression de jouer un rôle dans le geste du jeune. Cette dernière attribution suppose un sentiment d'implication personnelle dans le geste posé par le jeune et, à cet égard, comme le mentionnent Cleiren et Diektra (1995), ce type de responsabilité est relié à beaucoup plus de ruminations et de dépression à long terme que la responsabilité liée à leur inhabilité à prévenir le suicide lui-même.

Ces mêmes chercheurs (Cleiren & Diekstra, 1995) suggèrent aussi que les endeuillés par suicide en arrivent à reconnaître une limite à leur pouvoir

d'empêcher le geste et que la responsabilité ultime en vient au décédé. À cet égard, un intervenant mentionne:

Je pense qu'il faut s'assurer du bien-être de l'adolescent et vérifier s'il est actif malgré sa dépression. Mais on ne peut empêcher tout; en fait nous avons la responsabilité d'être vigilant et de répondre le mieux et le plus vite possible au besoin du jeune.

Quant au sentiment de responsabilité lié à l'incapacité à prévenir le suicide, il peut susciter des efforts pour comprendre le geste et, selon Litman, Curphy, Shneidman, Farberow et Tabachnick (1970), ces efforts de compréhension sont cruciaux pour le processus de réparation. De leur côté, Millen et Roll (1985) reconnaissent que bien que ce type de questionnement puisse être positif, il peut prendre aussi la forme de ruminations et de blâme personnel et ne pas être du tout constructif.

La relation avec le jeune et le stress

L'absence de résultats significatifs au niveau de cette variable nous amène à considérer deux explications. Une première concerne les items choisis pour rendre compte de la relation entre l'intervenant et le jeune. Bien que ces items décrivent certaines réalités de la relation entre les jeunes et les intervenants dans les CJ, ils ne rendent peut-être pas compte de l'importance et de la signification de cette relation pour l'intervenant. La durée de la relation et la fonction occupée auprès du jeune sont des variables reliées à un statut relationnel et ces variables

peuvent être moins déterminantes que l'attachement dans l'intensité de réactions telles que la culpabilité, la honte, le choc et la préoccupation mentale (Reed & Greenwald, 1991).

La deuxième explication réside dans le fait qu'un seul item du questionnaire ait mesuré la relation de confiance et de collaboration entre le jeune et l'intervenant dans les jours précédant le CS. Cet item n'a pas permis d'établir un lien entre la relation avec le jeune et le stress. Par contre, les données descriptives nous indiquent que les sujets ont évalué cette relation comme étant plutôt moyenne et élevée dans une plus grande proportion que ceux qui l'ont évalué comme faible ou totalement absente. Ce niveau de relation plutôt élevé entre le jeune et l'intervenant nous amène à considérer la possibilité que les réactions vécues soient en lien avec des réactions de deuil plutôt que des réponses de stress. À cet égard, deux études de Brent et al. (1992, 1993a) démontrent que dans le cas d'amis exposés au suicide d'un pair, le tableau clinique en est plus un de deuil et de dépression que de TSPT.

Toutefois, l'item mesurant le lien de confiance et de collaboration est en relation avec les attributions de responsabilité personnelle. Ce résultat confirme celui de Lapp (1986) montrant que plus les psychothérapeutes qui ont vécu un suicide s'étaient investis émotionnellement avec leur client, plus ils vivaient de la culpabilité.

Enfin, les résultats de l'analyse corrélacionnelle entre l'item «Malgré moi, j'en voulais au jeune» et les réponses de stress nous indique que cette pensée, qui peut impliquer de la colère, peut faire varier le stress. Au niveau de la colère, certains auteurs rapportent que dans la mesure où elle n'empêche pas l'expression d'autres émotions (ex. la tristesse, l'impuissance), elle est prévisible et essentielle chez ceux qui font face à un suicide (Millen & Roll, 1985). Dans certains cas, elle peut occasionner de la détresse (Cleiren & Diekstra, 1993). Comme le rapporte un sujet qui a fait face à une tentative:

(...) l'événement en particulier reste très douloureux pour moi. Bizarrement, j'en veux terriblement au jeune qui a fait ça. Moins j'en parle, moins j'en entends parler, mieux je me sens. Tout de suite après l'événement, je me suis coupé de ce jeune, il m'a été bien difficile de le revoir qu'une seule fois et je ne veux le revoir ou en entendre parler.

Le soutien et le stress

De manière globale, le fait de recevoir ou non du soutien au travail ne crée pas de différence dans les réponses de stress. Toutefois, les sujets qui ont assisté à des réunions d'équipe régulière et à des réunions portant spécifiquement sur la situation ont des niveaux de stress significativement plus élevés que ceux qui n'y ont pas assisté. Et ces résultats sont tout à fait différents de ceux anticipés.

Bien que ceux qui ont assisté à ces rencontres aient un niveau de stress plus élevé, il demeure à un niveau asymptotique et dans les deux cas les réponses d'intrusion sont plus élevées que les réponses d'évitement. Ce niveau de stress et le fait que les réponses d'intrusion soient plus élevées sont des indicateurs que le rappel de l'événement est tolérable (Horowitz, 1976). L'augmentation du niveau de stress chez ces sujets peut s'expliquer par le fait qu'ils se retrouvent dans un contexte où l'on discute de CS. Puisque cette augmentation du niveau de stress demeure tolérable, on peut faire l'hypothèse que l'augmentation de ces réponses indique l'utilisation plus grande de stratégies d'ajustement au stress.

Dans cette perspective, et conformément à l'article de Paulhan (1994), les stratégies d'évitement peuvent permettre de liquider la tension émotionnelle et aider l'individu à se sentir mieux. Quant à elles, les stratégies de vigilance peuvent impliquer la recherche d'informations pour mieux cerner la situation et favoriser la planification de résolution de problème.

Une autre explication pourrait être que, malgré le niveau tolérable de stress, les intervenants perçoivent une menace lors de ces rencontres et que cette menace augmente leurs réponses de stress. À cet égard, Goldstein et Buongiorno (1984) rapportent que la majorité de leurs sujets se sont sentis menacés et

vivaient du doute lorsqu'une activité, par exemple une autopsie psychologique, avait lieu immédiatement après le suicide.

Pour ce qui est du peu de différence entre les sujets qui ont reçu du soutien et ceux qui n'en ont pas reçu, on peut supposer que le niveau de stress des sujets n'est peut-être pas suffisamment élevé pour que le soutien reçu en milieu de travail présente des résultats qui démontreraient son efficacité. Cette explication réfère au modèle tampon de soutien social (buffer model). Ce modèle propose que certaines ressources de soutien soient en relation avec le bien-être uniquement dans le cas où les individus vivent un taux élevé de stress (Cohen & Wills, 1985).

Par ailleurs, si l'on considère que les réactions contre-transférentielles qui surgissent lors de CS peuvent provoquer la crainte de paraître incompetent (Maas, 1990), on peut se demander si le type de soutien reçu correspond vraiment aux besoins des intervenants. Dans ce cas, on pourrait aborder le soutien social comme un concept pluridimensionnel plutôt qu'unifié (Rasclé, 1994). Ainsi certaines formes de soutien, notamment le soutien émotionnel et d'estime, pourraient être plus bénéfiques que le soutien informatif ou matériel dans des situations liées à des changements professionnels, à une perte ou à un échec personnel ou professionnel.

On peut se demander si les intervenants n'ont pas reçu ou recherché de soutien en-dehors du milieu de travail. Bien que cette explication soit possible, on doit tout de même considérer la satisfaction des intervenants à l'égard du soutien fourni à l'intérieur même du milieu de travail. Le plus grand nombre de sujets soutenus par les pairs peut s'expliquer de différentes manières: soit par l'absence d'autres formes de soutien organisationnel, soit par l'augmentation du soutien par les pairs suite au CS ou tout simplement par le fait que ce soutien par les pairs est déjà installé et apprécié par les intervenants.

Finalement, bien que dans l'ensemble le taux de satisfaction vis-à-vis les divers types de soutien ne soit pas relié significativement avec le stress, les relations obtenues entre les types de soutien reçu et le niveau de stress vont dans le sens prévu par notre hypothèse. Cette perception positive du soutien reçu permet d'entrevoir qu'il ait une certaine pertinence par rapport aux besoins d'aide des individus (Rasclé, 1994).

L'impact des comportements suicidaires sur le stress

L'ensemble de la littérature sur l'impact du suicide en tant que tel suggère qu'il peut produire des réponses de stress atteignant l'intensité des réponses provoquées par des événements traumatiques. La présence des CS dans les CJ ainsi que le contexte de travail des intervenants nous amenaient à considérer chez les aidants la possibilité d'un niveau de stress particulièrement élevé. Bien que

le score moyen de stress de nos sujets qui ont fait face à un suicide soit plus élevé que ceux des deux autres groupes, aucun des trois n'atteint un score symptomatique.

On pourrait en déduire que les CS ne constituent pas un facteur de stress traumatique extrême. Toutefois, les études portant sur un grand nombre de sujets peuvent masquer l'intensité de l'impact sur les individus. De fait, l'analyse des scores individuels révèle que 12% des sujets à l'étude ont un score de stress qui est considéré symptomatique dans les deux semaines suivant l'un des trois CS. Ces résultats permettent d'avancer que les CS peuvent, à tout le moins dans certains cas, occasionner des réponses de stress intenses et présenter les caractéristiques d'un trouble de stress aigu (AAP, 1994).

Quant à la possibilité que ces CS puissent entraîner le développement de symptômes caractéristiques d'un TSPT, l'analyse des résultats au niveau de l'impact présent révèle une diminution importante du stress en relation avec le CS vécu. Par contre, une analyse individuelle des scores indique que deux sujets obtiennent des scores symptomatiques bien que le CS auquel ils réfèrent ait eu lieu au-delà des 6 derniers mois. Malgré les réserves qui sont de mise dans l'établissement d'un diagnostic sur la base d'un questionnaire auto-administré, ces données , conjuguées aux témoignages suivants venant de deux sujets qui ont

vécu un suicide il y a plusieurs années permettent de constater l'impact à long terme de cette expérience:

(...) lorsque j'ai été confronté à des jeunes présentant un profil "à risque" ou qui manifestaient des comportements auto-destructeurs graves comme l'auto-mutilation (non associée à de la manipulation) cela a soulevé chez moi beaucoup d'anxiété. J'ai exprimé mes craintes et mes émotions à ce moment. Après 8 ans, l'attribution personnelle de responsabilité dans le suicide de l'adolescente s'est de beaucoup atténuée. Je vois la situation de façon plus objective et je ne ressens pratiquement plus de culpabilité. Le souvenir de ces moments difficiles demeure pénible mais sans m'envahir émotionnellement.

Dans mon milieu de travail, on s'est occupé beaucoup plus de moi (tutrice) que des gardiens et que du chef d'unité. Eux ont encore de la difficulté à parler de l'événement alors que moi c'est mieux. (...) Je dirais que maintenant je suis plus prudente face aux jeunes qui ont des idées suicidaires.

Quant au type de réponses obtenues, les réponses d'intrusion sont plus élevées que les réponses d'évitement. Ces résultats peuvent suggérer que les intervenants n'évitent pas consciemment les émotions associées au comportement suicidaire auquel ils ont fait face et cela pourrait favoriser une résolution adaptative de cette expérience (Horowitz, 1976).

Toutefois, des témoignages permettent de considérer que, chez certains d'entre eux, le souvenir de l'expérience est suffisamment douloureux pour que le rappel les incite à adopter des réponses d'évitement: «Je dois avouer que me

replonger dans cet événement a éveillé des émotions que je préfère oublier ou mettre de côté» et «Je n'ai pas rempli le questionnaire avec la meilleure concentration. Beaucoup des questions me font revivre certaines situations que je n'ai pas appréciées et surtout que je n'ai pas le goût de revivre».

Par ailleurs, chez ceux qui ont vécu le suicide à l'intérieur du centre de réadaptation, on remarque que les scores moyens d'évitement sont beaucoup plus élevés que chez ceux qui l'ont vécu à l'extérieur du centre; leurs réponses d'évitement sont presque égales à leurs réponses d'intrusion. Ces résultats peuvent signifier que ces intervenants ont à utiliser plus de réponses d'évitement pour parer les réponses d'intrusion qui peuvent être une source de détresse. La pression que vivent les intervenants à l'intérieur de l'institution peut les amener à s'orienter sur les manifestations comportementales de la crise lorsque survient un CS et, comme Maas et Ney (1992) le mentionnent, cela peut les amener à ignorer de manière défensive, en l'évitant, l'impact émotionnel à court et moyen terme sur les clients et sur eux-mêmes.

Dans l'ensemble, donc, les résultats vont dans le sens d'un niveau de stress asymptotique. Mais il est possible de penser, compte tenu des résultats, qu'après un CS des intervenants vivent des réponses de stress intenses et qu'ils en ressentent les effets à long terme.

4.2 Forces et limites de la recherche

La participation des CJ et celle des intervenants qui constituent l'échantillon s'est faite sur une base volontaire. Compte tenu que le phénomène à l'étude, l'impact des CS sur les intervenants, constitue en lui-même un sujet délicat et difficile pour les institutions et les individus sollicités, la réponse favorable des milieux ainsi que le nombre de sujets ayant répondu au questionnaire constituent un aspect positif.

Un autre aspect à considérer tient en ceci qu'une partie des intervenants affectés de manière importante par l'expérience d'un CS ont pu décider de ne pas participer à une telle étude. Waisaeth (1989) (cité dans Boyer & Brunet, 1996) suggère d'ailleurs que, dans le domaine du stress post-traumatique, les individus qui sont les plus sévèrement exposés au traumatisme participent dans une moindre proportion à ce type d'étude que ceux qui ne se sentent nullement affectés. Ce biais peut réduire le taux de psychopathologie estimée dans la population étudiée et il y a lieu de penser qu'une telle difficulté peut s'appliquer à la recherche actuelle. De plus, on peut même aller jusqu'à se demander combien d'individus ont pu quitter le milieu après avoir eu à faire face à des CS. Ce type de question est toutefois très difficile à contrôler sur le plan méthodologique.

Sur ce dernier plan également, la critique que soulève ce genre d'étude est la mesure rétrospective de l'impact d'un événement et l'utilisation d'un

questionnaire auto-administré. L'utilisation d'un tel questionnaire comporte certaines limites quant à l'établissement d'un diagnostic et à la qualité des données recueillies (Allaire, 1988). En effet, au niveau des données recueillies, ce type d'administration a entraîné, d'une part, l'élimination de certains sujets parce qu'ils avaient répondu au questionnaire en référant à plusieurs expériences reliées aux CS et, d'autre part, un taux de réponse plus faible à certaines questions à cause de leur manque de clarté (rf. items 22 et 32 sur le degré d'exposition, qui ont été éliminés, et l'item 71 sur les attributions de responsabilité, qui a recueilli un taux plus faible de réponses).

Une autre critique peut être soulevée, relativement à la validité de construit cette fois. La force de cette étude, croyons-nous, est d'avoir exploré plusieurs dimensions reliées à l'expérience des CS dans les CJ. Cependant, les résultats concernant certains construits (ex. l'exposition au CS, le soutien reçu et la relation au client) se sont avérés peu significatifs. L'utilisation de mesures plus articulées favoriserait, dans une recherche ultérieure, une meilleure investigation de ces variables et de leur impact.

Cette critique ne s'applique pas à l'IES (Horowitz & al., 1979), lequel a fait ses preuves sur le plan psychométrique. Toutefois, l'évaluation de la fréquence des réponses de stress se fait par la comparaison avec des petits groupes de sujets qui ont fait face à un événement traumatique et cette évaluation comporte

certaines limites. À cet égard, Schwarzwald et al. (1987) soulignent que l'instrument n'a pas de critères et de normes clairs de diagnostic. Le problème de la détermination du score ou du patron de réponses de stress indiquant une psychopathologie et le besoin d'une intervention psychologique demeure entier.

Conclusion

L'objectif principal de cette recherche était d'évaluer l'impact des CS sur les intervenants en CJ et d'explorer différentes variables susceptibles d'influencer le stress causé par ces comportements. À ce titre, au niveau de l'impact, les CS d'un jeune semblent effectivement avoir des effets à long terme sur les intervenants. Et, cette constatation nous amène à souligner la pertinence de la proposition de l'ACJQ (1995) à l'effet d'assurer un suivi continu sur une longue période aux intervenants qui font face aux CS. Quant aux différentes variables susceptibles d'influencer le stress, il s'avère que les résultats des attributions de responsabilité à soi et aux autres sont particulièrement significatifs mais que d'autres variables, non liées à nos hypothèses, notamment l'évaluation de la létalité et le lieu du suicide, se sont aussi avérées importantes et mériteraient davantage d'investigation.

Par ailleurs, notre étude permet de constater que les intervenants font face à plusieurs CS. On peut se demander si ces expositions répétées les fortifient ou les rendent plus vulnérables. De plus, d'autres stressseurs importants reliés à la clientèle de ce milieu sont sûrement à considérer dans l'explication du stress vécu par les intervenants. Il serait donc pertinent, d'une part, de recenser et d'évaluer les stressseurs reliés à la clientèle dans cette population d'aidants (ex. les

agressions) et, d'autre part, d'évaluer l'effet de l'exposition à ces multiples stressseurs.

Dans un autre ordre d'idée, sachant que l'épuisement professionnel est un phénomène fréquent chez les intervenants oeuvrant dans le domaine de la relation d'aide (Pines, Aronson & Kafry, 1982), on peut se demander si dans certaines circonstances, l'épuisement professionnel ne masquerait pas ou ne serait pas confondu avec des symptômes reliés à un trouble de stress. Il serait donc intéressant qu'une recherche clinique examine la co-morbidité entre l'épuisement professionnel et le TSPT.

D'autre part, puisque nos résultats montrent que la gravité des CS a une influence sur les réponses de stress des intervenants, il est important que la formation au niveau du suicide mette à leur portée des connaissances et des instruments standardisés d'évaluation du potentiel suicidaire et de la létalité des divers gestes suicidaires.

Enfin, il va sans dire que des mécanismes de soutien au travail ainsi que des mesures préventives et postventives devraient être systématiquement mises en place dans les CJ étant donné la prévalence de CS auxquels les intervenants ont à faire face et l'impact apparemment plus grand des suicides en tant que tels lorsqu'ils surviennent à l'intérieur même du centre de réadaptation.

Références

- Alexander, P. (1977). A Psychotherapist's Reaction to his Patient's Death. Suicide and Life-Threatening Behavior, 17(4), 203-211.
- Allaire, D. (1988). Questionnaires: mesure verbale du comportement. In M. Robert (Éd.), Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie (3e éd.) (pp. 229-275). St-Hyacinthe, Québec: Edisem.
- Andress, V. R., & Corey, D. M. (1978). Survivor-victims: who discovers or witnesses suicide? Psychological Reports, 42, 759-764.
- Association Américaine de Psychiatrie (1987). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (3ème éd. rév.), Washington, D.C: Auteur.
- Association Américaine de Psychiatrie (1994). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4ème éd.), Washington, D.C: Auteur.
- Association des Centres Jeunesse du Québec (1995). Le phénomène du suicide chez les jeunes: la prévention et l'intervention dans les centres jeunesse. Montréal: Auteurs.
- Association des Centres d'accueil du Québec (1992). Le phénomène du suicide chez les adolescents en centre de réadaptation. Montréal: Auteur.
- Bélanger, D. (1988). Mesure des phénomènes. In M. Robert (Éd.), Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie (3e éd.) (pp. 213-227). St-Hyacinthe, Québec: Edisem.
- Bongar, B., & Harmatz, M. (1991). Clinical psychology graduate education in the study of suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, 21, 231-244.
- Boyer, R., & Brunet, A. (1996). Prévalence du trouble de stress post-traumatique chez les chauffeurs d'autobus. Santé Mentale au Québec, 21(1), 189-208.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Friend, A, Schwreers, J. Allman, C., McQuiston, L., Boylan, M. B., Roth, C., & Balach, L. (1993b). Adolescent witnesses to a peer suicide. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32(6), 1184-1188.

- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Schweers, J., Roth, C., Balach, L., & Harrington, K. (1992). Psychiatric effects of exposure to suicide among the friends and acquaintances of adolescent suicide victims. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31(4), 629-639.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Schweers, J., Roth, C., Balach, L., Canobbio, R., & Liotus, L. (1993a). Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32(3), 509-517.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archive of General Psychiatry, 48, 216-222.
- Brown, N. H. (1987a). Patient suicide during residency training (I): incidence, implications, and program response. Journal of Psychiatric Education, 11(4), 201-216.
- Brown, N. H. (1987b). The impact of suicide on therapists in training. Comprehensive Psychiatry, 28, 101-112.
- Carter, R. E. (1971). Some effects of client suicide on the therapist. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 8, 287-289.
- Centres Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (Producteur) & Labrecque, D. (Directeur). (1994). Si ça m'arrivait...être intervenant et vivre le suicide d'un jeune (Vidéo). (Disponible à l'Association des Centres Jeunesse du Québec, 2000, rue Mansfield, Bureau 400, Montréal, Québec, H3A 2Z1).
- Chagnon, F. (en cours). Les événements stressants, l'adaptation et le suicide chez les adolescents en centre de réadaptation. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- Charles, G., & Matheson, J. (1988). Suicide prevention and intervention in childcare programs. Journal of Childcare, 3(6), 39-50.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Torigoe, R. Y., & Kinney, B. (1988b). Patient suicide: frequency and impact on psychologists. Professional Psychology: Research and Practice, 19(4), 416-420.

- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988a). Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. American Journal of Psychiatry, 145, 224-228.
- Cleiren, M.P.H.D., & Diekstra, R.F.W. (1995). After the Loss: Bereavement after Suicide and Other Types of Death. In B. Mishara (Éd), Springer series on death and suicide: The Impact of Suicide, (pp. 110-122). New York: Springer.
- Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C., & Lancop, C. (1994). Nos ados et les autres: Étude comparative des adolescents des Centres Jeunesse du Québec et des élèves du secondaire. Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval (Québec).
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310-357.
- Conseil Permanent de la Jeunesse (1995). Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes. Publication du gouvernement du Québec, Montréal: Yvan d'Amours.
- Cotton, P.G., Drake, R., Whitaker, A., & Potter J. (1983). Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit. Hospital and Community Psychiatry, 34(1), 55-59.
- Cyr, G., Menghile, C., & Vilandré, S. (1992). Étude exploratoire de la dangerosité de la clientèle admise en centre de réadaptation. Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 21(1), 29-44.
- D'Amours, L., & Kiely, M. C. (1985). Le processus de deuil après un suicide: essai de conceptualisation. Revue Québécoise de Psychologie, 6(3), 105-117.
- Desrosiers, M., Coderrre, R., Bastien, M.F., & Hamel, S. (1992). Les tendances suicidaires chez une population adolescente à risque: étude comparative du réseau social, du soutien social et des stratégies de recherche d'aide chez des adolescents suicidaires et non suicidaires. Département de Santé Communautaire de Lanaudière, Joliette (Québec).
- Deutsch, C. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. Professional Psychology: Research and practice, 15, 833-845.
- Dunne-Maxim, K., Godin, S., Lamb, F., Sutton, C., & Underwood, M. (1992). The aftermath of youth suicide-providing postvention services for the school and community. Crisis, 13(1), 16-22.

- Farber, B. (1983). Psychotherapists' perceptions of stressful patient behavior. Professional Psychology: Research and Practice, 14, 697-705.
- Farber, B., & Heifetz, L. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: a factor analytic study. Professional Psychology, 12, 621-630.
- Farber, B., & Heifetz, L. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. Professional Psychology, 13, 293-301.
- Farberow, N. L. (1993). Bereavement after suicide. In A. A. Leenars (Éd.) Suicidology: Essays in honor of Edwin S. Shneidman.
- Foster, B. (1987). Suicide and the impact on the therapist. In J. L. Sacksteder, Schwartz, D. P. & Akabone, Y. (Éds), Attachment and the Therapeutic Process, (pp. 197-204). International University Press.
- Goldstein, L. S., & Buongiorno, P. A. (1984). Psychotherapists as suicide survivors. American Journal of Psychotherapy, 38(3), 392-398.
- Gorkin, M. (1985). On the suicide of one's patient. Bulletin of the Menninger Clinic, 49(1), 1-9.
- Grenier, L., & St-Onge, A. (1991). Indications pour le dépistage des adolescents suicidaires. Apprentissage et Socialisation, 14(4), 291-302.
- Hellman, I., Morrison, T., & Abramowitz, S. (1986). The stresses of psychotherapeutic work: a replication and extension. Journal of clinical psychology, 42, 197-205.
- Horowitz, M.J. (1976). Stress response syndromes. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M.J. (1986). Stress response syndromes (éd. rév.). New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective stress. Psychosomatic medicine, 41, 209-218.
- Horowitz, M. J., & Kaltreider, N. (1979). Brief therapy of stress response syndromes. Psychiatric Clinics of North America, 2, 365-378.

- James, L., & Wherry, J. N. (1991). Suicide in residential treatment: causes, assessment and treatment issues. Residential Treatment for Children and Youth, 9(2), 23-36.
- Jones Jr., F. A. (1987). Therapists as survivors of client suicide. In E. Dunne, K., Dunne-Maxim & J. L., McIntosh (Éds), Suicide and its aftermath: understanding and counseling the survivors. New-York: Norton.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F., Patterson, T. L. (1993). Health and human behavior. New York: MacGraw-Hill.
- Kleespies, P. M., Penk, W. E., & Forsyth, J. P. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: incidence, impact, and recovery. Professional Psychology: Research and Practice, 24(3), 293-303.
- Kolodny, S., Binder, R. L., Bronstein, A. A., & Friend, R. L. (1979). The working through of patients' suicide by four therapists. Suicide and Life-Threatening Behavior, 9(1), 33-46.
- Lapp, G. E. (1986). Therapists' response to client suicide. Thèse de doctorat, California School of professional Psychology, Berkeley.
- Lazarus, R. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Le Blanc, M. (1995). Y'a-t-il trop d'adolescents placés en internat aux Centres jeunesse de Montréal? Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 24(2), 93-120.
- Litman, R. E. (1965). When Patients Commit Suicide. American Journal of Psychotherapy, 19, 570-576.
- Litman, R., Curphy, T., Shneidman, E., Farberow, N., & Tabachnick, N. (1970). Psychological autopsy in equivocal deaths. In E. Shneidman, N. Farberow, & R. Litman (Éds.), The Psychology of Suicide. New York: Science House.
- McCann, I.L., Sakheim, D.K., & Abrahamson, D.J. (1988). Trauma and victimization: a model of psychological adaptation. The Counseling Psychologist, 16(4), 531-594.

- McIntosh, J. (1993). Control group studies of suicide survivors: a review and critique. Suicide and Life-Threatening Behavior, 23(2), 146-161.
- Maas, K., & Ney, D. (1992). Suicide in residential care: implications for child care staff. Journal of Child and Youth Care, 7(3), 45-57.
- Menninger, W. W. (1990). Anxiety in the psychotherapist. Bulletin of the Menninger Clinic, 54, 232-246.
- Menninger, W. W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. Bulletin of the Menninger Clinic, 55(2), 216-227.
- Millen, L., & Roll, S. (1985). A case study in failure: on doing everything right in suicide prevention. Death Studies, 9, 483-492.
- Mishara, B. L., & Giroux, G. (1993). The relationship between coping strategies and perceived stress in telephone intervention volunteers at a suicide prevention center. Suicide and Life-Threatening Behavior, 23(3), 221-229.
- Parkes, C. M. (1970). Seeking and finding a lost object: evidence from recent studies of the reaction to bereavement. Social Science and Medicine, 4, 187-201.
- Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustement ou coping. In M. Bruchon-Schweitzer & R. Dantzer (Éds), Introduction à la psychologie de la santé (pp. 100-121). Paris: Presses Universitaire de France.
- Perr, H. M. (1968). Suicide and the doctor-patient relationship. American Journal of Psychoanalysis, 28, 177-188.
- Pfeffer, C. R. (1986). Suicidal behavior in child psychiatric inpatients and outpatients and in nonpatients. American Journal of Psychiatry, 143(6), 733-738.
- Phillips, D. (1974). The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implication of the Werther effect. American Social Review, 39, 340-354.
- Pines, A.M., Aronson, E., Kafry, D. (1982). Burnout: Se vider dans la vie et au travail. Montréal: Éd. Le Jour.

- Pommereau, X., Delorme, M., Bonnemaïson, B., & Bouthier C. (1994). L'impact du suicide sur l'aidant. Santé Mentale au Québec, 19(2), 83-104.
- Ponce, D. E., & Smith, J. P. (1989). Adolescent suicide in a residential treatment center: a clinical and administrative post-mortem. Residential Treatment for Children and Youth, 7(1), 45-59.
- Quidu, M. (1977). Les répercussions du suicide dans une institution. Quelle attitude adopter? Psychologie médicale, 9, 1633-1637.
- Rasclé, N. (1994). Le soutien social dans la relation stress-maladie. In M. Bruchon-Schweitzer & R. Dantzer (Éds), Introduction à la psychologie de la santé (pp. 125-153). Paris: Presses Universitaires de France.
- Reed, M. D., & Greenwald, J. Y. (1991). Survivor-status, attachment, and sudden death bereavement. Suicide and Life-Threatening Behavior, 21, 385-401.
- Reis, K., & Resnick, D. (1984). Adolescent suicidal behavior: a residential treatment center view. Residential Group Care Treatment, 2(4), 21-34.
- Rodolfa, E. R., Reilley, R. R., & Kraft, W. A. (1988). Stressors of professionals and trainees at Apa-approved counseling and VA medical center internship sites. Professional Psychology: Research and Practice, 19(1), 43-49.
- Rudestam, K. E. (1977). Physical and psychological responses to suicide in the family. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 162-170.
- Schwarzwald, J., Solomon, Z., Weisenberg, M., & Mikulincer, M. (1987). Validation of the Impact of event scale for psychological sequelae of combat. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55(2), 251-256.
- Séguin, M. (1988). L'effet des mécanismes d'adaptation sur les réactions physiques et psychologiques du deuil, consécutif à une perte par suicide. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.
- Shinn, M., Morch, H., Robinson, P. E., & Neuner, R. A. (1993). Individual, group and agency strategies for coping with job stressors in residential child care programmes. Journal of Community and Applied Psychology, 3, 313-324.
- Shneidman, E. S. (1973). Deaths of man. New York: Quadrangle Books.

- Slaby, A. E., & McGuire, P. (1989). Residential management of suicidal adolescents. Residential Treatment for Children and Youth, 7(1), 23-43.
- Tanney, B. (1995). After à Suicide: A Helper's Handbook. In B. Mishara (Éd), Springer series on death and suicide: The Impact of Suicide, (pp. 110-122). New York: Springer.
- Toolan, J. M. (1984). Psychotherapeutic treatment of suicidal children and adolescents. In H.S. Sudak & al. (Eds), Suicide in the Young (pp. 325-343). Littleton, Mass: John Wright.
- Valente, S. M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. American Orthopsychiatric Association, 64, 614-621.
- Vedrinne, J., & Weber, D. (1982). Relations entre suicide et institutions. In Suicide et conduites suicidaires, Tome II, Aspects cliniques et institutionnels, No 122, Collectif de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale, Paris, 153-162.
- Zilberg, N.J., Weiss, D.S., & Horowitz, M.J. (1982). Impact of event scale: a cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50(3), 407-414.

Appendices

Appendice A

Date: _____ Questionnaire no: _____

Note: Dans ce questionnaire, le genre masculin est utilisé sans préjudice à l'un ou l'autre des sexes et ce, uniquement pour en alléger le texte.

SECTION 1: DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET SUR LE MILIEU DE TRAVAIL ACTUEL

1. Âge: _____ ans

2. Sexe: F _____ M _____

Diplômes obtenus et votre champ d'étude (ex. diplôme d'étude collégial en technique d'éducation spécialisée; certificat d'intervention auprès des jeunes):

3. Collégial:

4. Universitaire:

5. Combien d'années d'expérience avez-vous auprès des jeunes en Centres Jeunesse?

(S.V.P. soyez le plus précis possible et incluez tous les emplois et stages de formation où vous avez été en contact direct avec les jeunes dans les Centres Jeunesse)

. _____ années _____ mois

6. Nom de votre employeur et lieu de travail actuel:

7. Quel est votre titre d'emploi actuel?

a) psycho-éducateur: _____

b) éducateur: _____

c) autre, spécifiez: _____

8. S'agit-il d'un emploi:
- a) à temps plein : _____
 - b) à temps partiel régulier: _____
 - c) à temps partiel occasionnel: _____
 - d) sur liste de rappel: _____
 - e) autre, spécifiez: _____
9. Veuillez noter, en moyenne, le nombre d'heures travaillées par semaine:
_____ heures.
10. Combien d'heures par semaine, en moyenne, êtes-vous en contact direct avec la clientèle?
_____ heures.
11. Pouvez-vous préciser le type de service dans lequel vous travaillez actuellement?
- a) à l'intérieur d'un centre de réadaptation: _____
 - b) foyer de groupe: _____
 - c) école : _____
 - d) famille naturelle: _____
 - e) famille d'accueil: _____
 - f) appartements supervisés: _____
 - g) autre, spécifiez: _____
12. Dans votre centre avez-vous des procédures d'établies lors de:
- a) manifestations d'idéations suicidaires
Oui: _____ Non: _____
 - b) tentatives de suicide
Oui: _____ Non: _____
 - c) suicide
Oui: _____ Non: _____
13. Est-ce que ces procédures sont accessibles par écrit?
- a) Oui: _____
 - b) Non: _____
 - c) Je ne sais pas: _____

SECTION 2: FORMATIONS LIÉES À LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE

Note: Vous pouvez avoir reçu ces formations dans le cadre de votre emploi dans les Centres Jeunesse et/ou dans d'autres contextes (ex. Centre de prévention du suicide, dans le cadre de votre formation académique, etc)

14. Avez-vous déjà reçu une formation liée à la problématique du suicide?
a) Oui: ____
b) Non: ____
(si vous répondez "non" à cette question passez à la section 3, page 3)
15. À quel niveau cette formation se situait-elle?
- a) SENSIBILISATION: formation ayant surtout comme objectif de présenter et de discuter des mythes et réalité entourant le suicide, de connaître un peu mieux le processus suicidaire et les facteurs de risque.
Oui: ____ Nombre d'heures approximatives: ____
- b) INTERVENTION: formation ayant comme objectif de développer des habiletés pour intervenir auprès des jeunes suicidaires.
Oui: ____ Nombre d'heures approximatives: ____
- c) ÉVALUATION: formation ayant comme objectif de maîtriser des outils d'évaluation du suicidaire.
Oui: ____ Nombre d'heures approximatives: ____
- d) POSTVENTION: formation ayant comme objectif de traiter des conséquences des comportements suicidaires (tentative ou suicide) sur le groupe de pairs, la famille de l'individu suicidaire et vous-mêmes, ainsi que votre équipe de travail comme intervenant.
Oui: ____ Nombre d'heures approximatives: ____

SECTION 3: EXPÉRIENCES LIÉES AUX COMPORTEMENTS SUICIDAIRES DES JEUNES

LE SUICIDE est un comportement, qui est exécuté par une personne qui a l'intention de mourir. Ce comportement est une menace effective pour sa vie et résulte en sa mort.

16. Dans le cadre de votre travail dans les Centres Jeunesse, avez-vous déjà eu à faire face à un jeune qui s'est suicidé?
- a) Non: _____
- b) Oui: _____ , combien de fois: _____
- .Combien de temps s'est-il écoulé depuis que vous avez eu à faire face à ce suicide? (si vous avez eu à faire face plus d'une fois à un suicide, précisez le temps écoulé depuis la dernière expérience): ._____année(s) _____ mois

LA TENTATIVE DE SUICIDE est un comportement exécuté avec l'intention de mourir, qui aboutit à un échec voulu ou involontaire.

17. Dans le cadre de votre travail dans les Centres Jeunesse, avez-vous déjà eu à faire face à un jeune qui a fait une tentative de suicide?
- a) Non: _____
- b) Oui: _____ , combien de fois: _____
- .Combien de temps s'est-il écoulé depuis que vous avez eu à faire face à cette tentative de suicide? (si vous avez eu à faire face plus d'une fois à une tentative de suicide, précisez le temps écoulé depuis la dernière expérience): _____année(s) _____ mois

LES IDÉATIONS SUICIDAIRES SÉRIEUSES consistent en cette étape du processus suicidaire où la personne commence à planifier le passage à l'acte. À ce stade, vous avez accès à de l'information sur certaines dimensions de la planification telles que le lieu, le moment et le moyen pour se suicider.

18. Dans le cadre de votre travail dans les Centres Jeunesse, avez-vous déjà eu à faire face à un jeune qui avait des idéations suicidaires sérieuses?
- a) Jamais: _____
- b) Rarement: _____
- c) À quelques occasions: _____
- d) Souvent : _____
- .Combien de temps s'est-il écoulé depuis que vous avez eu à faire face à une idéation suicidaire sérieuse? (si vous avez eu à faire face plus d'une fois à ce comportement, précisez le temps écoulé depuis la dernière expérience): _____année(s) _____ mois

Si vous avez répondu "non" aux questions 18, 19 et "jamais" à la question 20, c'est que vous considérez n'avoir jamais eu à faire face à un comportement suicidaire d'un jeune dans le cadre de votre travail dans les Centres Jeunesse. Vous cessez de répondre au questionnaire ici. Nous vous remercions de votre collaboration.

CONSIGNE

À partir d'ici vous devrez répondre à toutes les questions des sections suivantes en vous référant à une seule situation où vous avez eu à faire face à un jeune présentant un comportement suicidaire. Nous vous demandons d'abord d'identifier clairement le comportement suicidaire auquel vous allez référer à l'intérieur de ceux que vous avez mentionnés aux questions 18, 19 et 20.

Si vous avez eu à faire face qu'une seule fois à un comportement suicidaire de la part d'un jeune, cochez ce comportement suicidaire au bas de cette page et rendez-vous à la section indiquée.

Si vous avez eu à faire face à plusieurs reprises à des comportements suicidaires, choisissez à l'intérieur de ces expériences, celle face à laquelle vous avez ressenti le plus de détresse. Cochez ensuite au bas de cette page le comportement suicidaire choisi et rendez-vous à la section indiquée.

Si cette expérience est:

a)Un suicide:___, passez à la section 4, page 4.

b)Une tentative de suicide:___, passez à la section 5, page 5.

c)Une idéation suicidaire sérieuse:___, passez à la section 6, page 7.

SECTION 4: EXPÉRIENCE D'UN SUICIDE

19. L'expérience à laquelle vous référez ici pour répondre aux prochaines questions a eu lieu, il y a: ____ années, ____ mois, ____ semaines

Note: Soyez précis au niveau des semaines uniquement si l'expérience à laquelle vous référez est très récente et a eu lieu en-deça d'un mois.

20. À ce moment, le jeune recevait des services:

- a) d'hébergement à l'intérieur du centre: ____
- b) en foyer de groupe: ____
- c) à l'école : ____
- d) en famille naturelle: ____
- e) en famille d'accueil: ____
- f) en appartement supervisé: ____
- g) autre, pouvez-vous spécifier: _____

21. Le jeune s'est suicidé:

- a) à l'intérieur du service: ____,
pouvez-vous spécifier: _____
- b) à l'extérieur de service: ____,
pouvez-vous spécifier: _____

22. Étiez-vous au travail lorsque le suicide a eu lieu?

- a) Oui: ____
- b) Non: ____

23. Êtes-vous une des personnes qui avez découvert ou vu la victime lors de cette découverte?

- a) Oui: ____
- b) Non: ____

24. Quel moyen le jeune avait-il utilisé?

- a) arme blanche (ex. couteau): ____
- b) arme à feu: ____
- c) chute: ____
- d) incendie: ____

- e) intoxications (drogues, médicaments, monoxyde de carbone, produits chimiques): _____
- f) noyade: _____
- g) pendaison: _____
- h) autre: ____, veuillez spécifier: _____
25. Depuis combien de temps connaissiez-vous ce jeune?
- a) _____ années, _____ mois
- b) moins d'un mois: _____, veuillez spécifier: _____
26. Quelle était votre fonction auprès de ce jeune?
- a) éducateur d'accompagnement (ex. tuteur): _____
- b) éducateur régulier(e): _____
- c) autre, veuillez spécifier: _____
27. Comment décririez-vous la relation de confiance et de collaboration entre vous et ce jeune dans les jours précédant le suicide?
- Aucune:___ Faible:___ Moyenne:___ Élevée: ___
28. Avant que ce jeune se suicide, aviez-vous anticipé qu'il pouvait le faire?
- a) Non: _____
- b) Oui: _____ ; spécifiez comment vous en arriviez à cette anticipation:
Note: vous pouvez cocher plusieurs réponses s'il y a lieu.
- a) il m'avait confié personnellement qu'il en avait l'intention et/ou il en avait fait allusion devant moi: _____
- b) mon observation de ses attitudes et de son comportement: _____
- c) suite à une évaluation de son potentiel suicidaire: _____
- d) il avait signifié lui-même par écrit ou verbalement à des gens de son entourage qu'il en avait l'intention: _____
- e) autre, spécifiez: _____

Note: Passez maintenant à la section 7 du questionnaire, page 8.

SECTION 5: EXPÉRIENCE D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE

29. L'expérience à laquelle vous réferez ici pour répondre aux prochaines questions a eu lieu, il y a: _____ années, _____ mois, _____ semaines
- Note: Soyez précis au niveau des semaines uniquement si l'expérience à laquelle vous réferez est très récente et a eu lieu en-deça d'un mois.**

30. À ce moment, le jeune recevait des services:
- a) d'hébergement à l'intérieur du centre: _____
 - b) en foyer de groupe: _____
 - c) à l'école : _____
 - d) en famille naturelle: _____
 - e) en famille d'accueil: _____
 - f) en appartement supervisé: _____
 - g) autre, pouvez-vous spécifier: _____
31. Le jeune a fait sa tentative de suicide:
- a) à l'intérieur du service: _____, pouvez-vous spécifier: _____
 - b) à l'extérieur de service: _____, pouvez-vous spécifier: _____
32. Étiez-vous au travail lorsque la tentative de suicide a eu lieu?
- a) Oui: _____
 - b) Non: _____
33. Êtes-vous une des personnes qui avez découvert ou vu la victime lors de cette découverte?
- a) Oui: _____
 - b) Non: _____
34. Quel moyen le jeune avait-il utilisé:
- a) arme blanche (ex. couteau): _____
 - b) arme à feu: _____
 - c) chute: _____
 - d) incendie: _____
 - e) intoxications (drogues, médicaments, monoxyde de carbone, produits chimiques): _____
 - f) noyade: _____
 - g) pendaison: _____
 - h) autre: ____ veuillez spécifier: _____
35. Selon vos perceptions et connaissances, quel était le degré de létalité du geste posé par le jeune, càd le pourcentage de chance que sa tentative entraîne la mort. Veuillez encercler le pourcentage:
- 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90%

36. Depuis combien de temps connaissiez-vous ce jeune:
a) _____ années, _____ mois
b) moins d'un mois: _____, veuillez spécifier: _____
37. Quelle était votre fonction auprès de ce jeune?
a) éducateur d'accompagnement (ex. tuteur(trice)): _____
b) éducateur régulier: _____
c) autre, veuillez spécifier: _____
38. Comment décririez-vous la relation de confiance et de collaboration entre vous et ce client dans les jours précédant la tentative de suicide?
Aucune: ___ Faible: ___ Moyenne: ___ Élevée: ___
39. Avant que ce jeune fasse sa tentative de suicide, aviez-vous pensé qu'il pouvait commettre ce geste; en d'autres termes, aviez-vous anticipé cette possibilité?
a) Non: _____
b) Oui: _____ ; spécifiez comment vous en arriviez à cette anticipation:
Note: vous pouvez cocher plusieurs réponses s'il y a lieu.
a) le jeune m'avait confié personnellement qu'il en avait l'intention et/ou il en avait fait allusion devant moi: _____
b) mon observation de ses attitudes et de son comportement: _____
c) suite à une évaluation de son potentiel suicidaire: _____
d) le jeune avait signifié lui-même par écrit ou verbalement à des gens de son entourage qu'il en avait l'intention: _____
e) autre, spécifiez: _____

Note: Passez maintenant à la section 7 du questionnaire, page 8.

SECTION 6: EXPÉRIENCE D'UNE IDÉATION SUICIDAIRE SÉRIEUSE

40. L'expérience à laquelle vous référez ici pour répondre aux prochaines questions a eu lieu, il y a: ____ années, ____ mois, ____ semaines

Note: Soyez précis au niveau des semaines uniquement si l'expérience à laquelle vous référez est très récente et a eu lieu en-deça d'un mois.

41. À ce moment, le jeune recevait des services?

- a) d'hébergement à l'intérieur du centre: ____
 b) en foyer de groupe: ____
 c) à l'école : ____
 d) en famille naturelle: ____
 e) en famille d'accueil: ____
 f) en appartement supervisé: ____
 g) autre, pouvez-vous spécifier: _____

42. Depuis combien de temps connaissiez-vous ce jeune:

- a) ____ années, ____ mois
 b) moins d'un mois: ____

43. Quelle était votre fonction auprès de ce jeune?

- a) éducateur d'accompagnement (tuteur): ____
 b) éducateur régulier: ____
 c) autre, veuillez spécifier: _____

44. Comment décririez-vous la relation de confiance et de collaboration entre vous et ce client au cours de la période où il avait des idéations suicidaires?

Aucune: __ Faible: __ Moyenne: __ Élevée: __

45. Dans cette situation le fait que ce jeune avait des idéations suicidaires, a été porté à votre connaissance par:

Note: vous pouvez cocher plusieurs réponses s'il y a lieu.

- a) le jeune m'avait confié personnellement qu'il en avait l'intention et/ou il en avait fait allusion devant moi: ____
 b) mon observation de ses attitudes et de son comportement: ____
 c) suite à une évaluation de son potentiel suicidaire: ____
 d) le jeune avait signifié lui-même par écrit ou verbalement à des gens de son entourage qu'il en avait l'intention: ____
 e) autre, spécifiez: _____

46. Est-ce que ce jeune avait eu des idéations suicidaires antérieures à celles-ci?
 a) Oui: _____
 b) Non: _____
 c) Je ne sais pas: _____
47. Est-ce que ce jeune avait déjà commis une tentative de suicide?
 a) Oui: _____, selon vos perceptions et connaissances, quel était degré de létalité du geste posé par le jeune, càd le pourcentage de chance que sa tentative entraîne la mort. Veuillez encercler:
 10% - 20% - 30% - 40% - 50% - 60% - 70% - 80% - 90%
 b) Non: _____
 c) Je ne sais pas: _____

Note: Passez maintenant à la section 7 du questionnaire, page 8.

SECTION 7:

Note: Dans cette section-ci, vous devez répondre aux questions en vous référant à la période où vous avez vécu l'événement.

Échelle d'Impact d'un événement:

En vous référant au comportement suicidaire qui vous a causé le plus de détresse. Veuillez encercler le chiffre, pour chaque énoncé, qui décrit le mieux la fréquence à laquelle vous avez vécu chacune de ces réactions au cours des deux semaines qui ont suivi le comportement suicidaire.

**Échelle: 1 = jamais
 2 = rarement
 3 = quelquefois
 4 = souvent**

48. J'ai pensé à cet événement lorsque je ne le voulais pas
 1 2 3 4
49. J'ai évité de devenir troublé/e lorsque j'ai pensé à cet événement ou
 lorsque quelque chose me le rappelait.
 1 2 3 4
50. J'ai tenté de sortir cet événement de ma mémoire.
 1 2 3 4

51. J'ai eu de la difficulté à m'endormir ou à demeurer endormi/e.
1 2 3 4
52. J'ai eu des sentiments intenses face à cet événement.
1 2 3 4
53. J'ai rêvé à cet événement.
1 2 3 4
54. Je suis demeuré/e à l'écart de ce qui pouvait me rappeler cet événement.
1 2 3 4
55. J'ai eu l'impression que cet événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.
1 2 3 4
56. J'ai essayé de ne pas parler de cet événement.
1 2 3 4
57. Des images de cet événement se sont imposées à mon esprit.
1 2 3 4
58. D'autres choses continuaient à me faire penser à cet événement.
1 2 3 4
59. J'étais conscient/e que j'avais beaucoup d'émotions par rapport à cet événement, mais je ne m'en suis pas occupé/s.
1 2 3 4
60. J'ai essayé de ne pas penser à cet événement.
1 2 3 4
61. Tout ce qui me rappelait cet événement a suscité chez moi des émotions face à cet événement.
1 2 3 4
62. Mes émotions par rapport à cet événement étaient engourdies.
1 2 3 4

Soutien

Note: Par rapport aux divers comportements suicidaires, tout le soutien reçu par la famille, les amis est sûrement important mais nous n'aurons ici que des questions relatives au soutien en milieu de travail au moment où vous avez vécu l'événement.

63. D'abord, avez-vous eu du soutien dans votre milieu de travail?

Oui: ____ Aucun: ____

Si oui, de quel type de soutien s'agissait-il?

64. a) Supervision individuelle: Oui ____ Non ____

En êtes-vous satisfait?

Pas du tout ____ Un peu ____ Modérément ____ Beaucoup ____

b) Réunion d'équipe régulière: Oui ____ Non ____

En êtes-vous satisfait?

Pas du tout ____ Un peu ____ Modérément ____ Beaucoup ____

c) Rencontre d'équipe portant spécifiquement sur la situation: Oui ____ Non ____

En êtes-vous satisfait?

Pas du tout ____ Un peu ____ Modérément ____ Beaucoup ____

d) Discussion informelle avec des collègues: Oui ____ Non ____

En êtes-vous satisfait?

Pas du tout ____ Un peu ____ Modérément ____ Beaucoup ____

e) Programme d'aide aux employés: Oui ____ Non ____

En êtes-vous satisfait?

Pas du tout ____ Un peu ____ Modérément ____ Beaucoup ____

f) Si vous avez reçu un type de soutien dans votre milieu de travail (ex. congé) différent de ceux énumérés précédemment:

Spécifiez: _____

. En êtes-vous satisfait?

Pas du tout ___ Un peu ___ Modérément ___ Beaucoup ___

Spécifiez: _____

. En êtes-vous satisfait?

Pas du tout ___ Un peu ___ Modérément ___ Beaucoup ___

Y'aurait-il d'autres formes de soutien que vous auriez souhaité recevoir et que vous n'avez pas reçu? Si oui, pouvez-vous en préciser la nature:

Au moment où vous avez eu à faire face à ce comportement:

65. Aviez-vous reçu une formation liée à la problématique du suicide lorsqu'a eu lieu cet événement?

a) Oui: ___

b) Non: ___

66. Y'avait-il dans votre centre des procédures d'établies lors de manifestations de comportements suicidaires?

a) Oui: ___

b) Non: ___

c) Je ne sais pas: ___

67. Est-ce que ces procédures étaient accessibles par écrit?

a) Oui: ___

b) Non: ___

c) Je ne sais pas: ___

Note: Si le comportement auquel vous avez référé en répondant aux questions précédentes est une idéation suicidaire sérieuse, passez maintenant à la section 8, page 11.

Si le comportement auquel vous avez référé en répondant aux questions précédentes est un suicide ou une tentative de suicide répondez aux questions suivantes portant sur "l'Attribution de responsabilité".

Attribution de responsabilité

Note: Beaucoup de personnes réexaminent les jours et les événements qui ont précédé un suicide ou une tentative de suicide. Veuillez répondre aux prochaines questions en vous référant aux semaines qui ont suivi l'événement.

68. À certains moments, j'en arrivais à penser que si certaines personnes s'étaient comportées différemment, les choses auraient tourné autrement.

Pas du tout ___ Un peu ___ Modérément ___ Beaucoup ___

.Si vous pensez que certaines auraient dû se comporter autrement, pouvez-vous spécifier le rôle de ces personnes: (ex. administrateurs, collègues, membres de la famille, travailleurs sociaux, etc):

69. Malgré moi, je m'en voulais de ne pas avoir pu prévoir ce qui est arrivé.

Pas du tout ___ Un peu ___ Modérément ___ Beaucoup ___

70. Malgré moi, j'en voulais à certaines personnes.

Pas du tout ___ Un peu ___ Modérément ___ Beaucoup ___

.Si vous en avez voulu à certaines personnes, pouvez-vous spécifier le rôle de ces personnes: (ex. administrateurs, collègues, membres de la famille, travailleurs sociaux, etc):

71. Malgré moi, j'avais l'impression d'avoir joué un rôle dans la mort de ce client.

Pas du tout ___ Un peu ___ Modérément ___ Beaucoup ___

72. Malgré moi, j'en voulais au jeune.

Pas du tout ___ Un peu ___ Modérément ___ Beaucoup ___

Si vous avez des commentaires concernant les attributions de responsabilité, faites-nous en part ici:

Note: Passez maintenant à la section 8, à la page suivante (page 11).

SECTION 8:

Note: Dans cette section, vous répondez une seconde fois à "L'échelle d'impact d'un événement". Contrairement à la section 7 où l'on vous demandait de répondre aux questions en vous référant aux semaines suivant l'événement, ici vos réponses doivent refléter vos réactions actuelles.

Échelle d'impact d'un événement:

En vous référant au comportement suicidaire qui vous a causé le plus de détresse. Veuillez encercler le chiffre, pour chaque énoncé, qui décrit le mieux la fréquence à laquelle vous avez vécu chacune de ces réactions au cours des deux dernières semaines, soit celles précédant la passation de ce questionnaire.

Échelle: **1 = jamais**
 2 = rarement
 3 = quelquefois
 4 = souvent

73. J'ai pensé à cet événement lorsque je ne le voulais pas.
 1 2 3 4

74. J'ai évité de devenir troublé/e lorsque j'ai pensé à cet événement ou
 lorsque quelque chose me le rappelait.
 1 2 3 4

75. J'ai tenté de sortir cet événement de ma mémoire.
 1 2 3 4

76. J'ai eu de la difficulté à m'endormir ou à demeurer endormi/e.
1 2 3 4
77. J'ai eu des sentiments intenses face à cet événement.
1 2 3 4
78. J'ai rêvé à cet événement.
1 2 3 4
79. Je suis demeuré/e à l'écart de ce qui pouvait me rappeler cet événement.
1 2 3 4
80. J'ai eu l'impression que cet événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.
1 2 3 4
81. J'ai essayé de ne pas parler de cet événement.
1 2 3 4
82. Des images de cet événement se sont imposées à mon esprit.
1 2 3 4
83. D'autres choses continuaient à me faire penser à cet événement.
1 2 3 4
84. J'étais conscient/e que j'avais beaucoup d'émotions par rapport à cet événement, mais je ne m'en suis pas occupé/s.
1 2 3 4
85. J'ai essayé de ne pas penser à cet événement.
1 2 3 4
86. Tout ce qui me rappelait cet événement a suscité chez moi des émotions face à cet événement.
1 2 3 4
87. Mes émotions par rapport à cet événement étaient engourdies.
1 2 3 4

88. Dans les dernières semaines, avez-vous vécu une situation dans votre travail ou dans votre vie personnelle qui aurait pu vous rappeler le comportement suicidaire auquel vous avez référé en répondant au questionnaire?

a) Oui: _____, pouvez-vous préciser:

b) Non: _____

Le questionnaire se termine ici, nous vous remercions de votre collaboration et si vous désirez nous faire des commentaires concernant ce questionnaire ou tout autre aspect de votre expérience par rapport aux comportements suicidaires, n'hésitez pas à nous en faire part:

Merci de votre collaboration.

SI VOUS AVEZ BESOIN DE SOUTIEN...

Pour certains d'entre vous, les expériences que vous avez vécues en lien avec les comportements suicidaires peuvent être encore très présentes et vous mettre en contact avec certaines émotions ou réactions difficiles à vivre. Nous vous incitons à en discuter avec vos collègues ou avec les personnes de votre entourage qui peuvent vous apporter du soutien. Toutefois, si pour quelques raisons que ce soit, cela ne s'avère pas suffisant ou que vous ne vous sentez pas à l'aise d'ouvrir cette expérience avec les membres habituels de votre réseau de soutien, nous vous encourageons à utiliser les autres ressources de votre milieu.

Les Centres de Prévention du Suicide font partie des ressources de votre milieu. Certains d'entre eux offrent certaines activités spécifiques pour les intervenants qui ont besoin de soutien. Voici les numéros de téléphone ainsi que les horaires de ligne d'intervention de quelque-uns de ces centres au Québec:

Région	Nom de l'organisme et adresse	Ligne d'intervention	Horaire de la ligne d'intervention
Abitibi-Témiscamingue	<i>Comité de Prévention du Suicide de Val d'Or</i>	1-800-567-6407	Du lundi au jeudi de 20h00 à 24h00 et du vendredi au dimanche de 20h00 à 4h00
Laurentides	<i>Centre d'intervention Le Faubourg St-Jérôme</i>	1-514-569-0101 1-800-661-0101	24 heures/7 jours
Montréal	<i>C.P.S. de la Haute-Yamaska Granby</i>	1-514-375-4252	Du lundi au jeudi de 8h00 à 24h00. Le vendredi de 8h00 à 4h00. Le samedi de 17h00 à 4h00 et le dimanche de 17h00 à 24h00.
	<i>C.P.S. du Haut-Richelieu St-Jean-sur-Richelieu</i>	1-514-357-9189	18h00 à 24h00 7 jours/semaine
Montréal	<i>Suicide-Action Montréal Montréal</i>	514-723-4000	24 heures/7 jours
Outaouais	<i>Tel Aide Outaouais Hull</i>	1-613-741-6433 1-800-567-9699	24 heures/7 jours
	<i>Centre d'aide 24/7 Hull</i>	1-819-595-9999	24 heures/7 jours
Québec	<i>C.P.S. de Québec Québec</i>	1-418-683-4588	24 heures/7 jours

Appendice B

Montréal, le _____, 1996

Objet: collaboration de recherche

Madame/Monsieur,

Dans le cadre d'une maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières effectuée sous la direction de monsieur Pierre Racine et avec la collaboration de Madame Jocelyne Pronovost, je vise à mener une recherche portant sur le stress vécu par les intervenants face aux comportements suicidaires des jeunes en Centre Jeunesse. Ayant moi-même déjà travaillé dans un centre jeunesse, je me suis sensibilisée à cette problématique et cette recherche constitue pour moi un effort pour en approfondir quelques aspects. Je constate, d'autre part, que cette problématique fait aussi l'objet de préoccupation chez plusieurs intervenants et responsables dans le milieu si j'en juge par les rapports de l'Association des Centres d'Accueil du Québec, "Le phénomène du suicide chez les adolescents en centre de réadaptation" (1992) et "La prévention et l'intervention dans les Centres Jeunesse" (1995). Aussi, je sollicite votre aide pour cette étude qui pourra amener un éclairage complémentaire quant à l'impact de ce phénomène sur les aidants. Les lignes qui suivent décrivent, je crois, l'essentiel de ce que vous devez, à ce stade-ci, connaître de ce projet de recherche.

Un certain nombre d'études portent sur les réactions de différents professionnels de la santé mentale ayant vécu la tentative ou le suicide d'un client. Ces études ont abordé la question du stress et ont obtenu des résultats à l'effet que les comportements suicidaires des clients peuvent être associés à des niveaux importants de stress chez ces professionnels. À ce jour, il n'y a cependant pas d'étude spécifique auprès d'intervenants comme ceux en Centre Jeunesse, intervenants qui pourtant sont souvent en contact quotidien et direct plusieurs heures par semaine avec une clientèle qui peut présenter des facteurs de risque suicidaire importants. De plus, il s'agit d'une clientèle où le phénomène de contagion peut avoir une prise importante. Considérant ces particularités du milieu et l'impact de cette réalité sur le travail des intervenants, nous croyons que ceux-ci méritent une attention particulière.

Ainsi, le but de la recherche est d'explorer l'impact des différents comportements suicidaires (suicide, tentative de suicide et idéation suicidaire sérieuse) sur le stress vécu par les intervenants et voir comment ce stress est en relation avec des variables telles que la gravité des comportements suicidaires, l'expérience, l'attribution de responsabilité, la nature du lien avec le jeune, le soutien et la formation au niveau du suicide. Ces différentes variables ont été identifiées à partir de la littérature portant sur le sujet et elles s'avèrent comme étant les plus significatives pour bien saisir l'ampleur de l'expérience vécue par les intervenants.

Pour cette recherche, nous visons un échantillon global d'au moins 150 sujets dans les Centres Jeunesse du Québec. Les critères retenus pour la sélection des sujets sont qu'ils aient un titre d'emploi d'éducateur, de psycho-éducateur ou l'équivalent en terme de tâches et qu'ils travaillent dans un service de réadaptation qui les amène à être en contact direct avec les jeunes.

La participation de ces intervenants consiste à répondre à un questionnaire qui nécessite environ 40 minutes. Nous joignons par la présente, copie de la lettre que nous adressons directement à ces personnes ainsi que le questionnaire que nous leur demandons de remplir.

Tenant compte des informations qui précèdent, votre tâche serait de solliciter la participation à ma recherche et, si possible, de distribuer en main propre à un maximum d'intervenants de votre milieu les questionnaires que je vous aurai remis. Les participants intéressés à participer à la recherche retourneront eux-mêmes leur questionnaire par la poste dans une enveloppe pré-adressée et pré-affranchie. L'anonymat et la confidentialité dans le traitement des données sont assurés tel que nous le stipulons dans la lettre qui leur est adressée.

En définitive, cette recherche vise à obtenir une meilleure compréhension d'une partie de la problématique du suicide en Centre Jeunesse et à contribuer, nous le souhaitons, à la mise en place de programmes de postvention qui, comme la formation des intervenants face au suicide des jeunes, est de plus en plus nécessaire. Bien entendu, les résultats ainsi que les recommandations qui découleront de cette recherche ne vous engagent aucunement.

Je communiquerai avec vous pour convenir de votre participation à ce projet. Je demeure disponible pour toutes informations supplémentaires et souhaite votre collaboration pour m'aider à rejoindre les intervenants concernés.

Veillez, madame ou monsieur, accepter mes salutations distinguées.

Lise Caron, B. Ps.

Pour rejoindre Pierre Racine:
Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychologie
C.P. 500
Trois-Rivières, Québec
G9A 5H7
Tél.: (819) 376-5085
Fax : (819) 376-5195

Appendice C

TRAVAIL EN CENTRE JEUNESSE ET EXPÉRIENCE DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES DANS LA CLIENTÈLE

CONSENTEMENT ET COLLABORATION À LA RECHERCHE

Madame/Monsieur,

Je sollicite votre collaboration pour cette recherche menée dans le cadre de la maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières sous la direction de Pierre Racine et avec la collaboration de Jocelyne Pronovost, tous deux professeurs au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Cette recherche a pour but de mieux comprendre comment les intervenants, qui font face à des comportements suicidaires chez les jeunes, vivent cette expérience. Ayant déjà moi-même travaillé dans un Centre jeunesse, je me suis sensibilisée à cette problématique et cette recherche constitue pour moi un effort pour en approfondir quelques aspects.

Utilisation des résultats

Les informations recueillies dans le cadre de cette recherche serviront principalement à la rédaction d'un mémoire qui est une des exigences pour l'obtention de la maîtrise en psychologie. Par la suite, elles pourront être utilisées pour la préparation d'articles ou de présentations. Le mémoire sera déposé à chacun des centres participants.

Les résultats de cette recherche permettront d'approfondir nos connaissances au niveau de cette problématique et pourront être utilisés pour cibler certains aspects de la postvention en lien avec les besoins spécifiques des intervenants. Toutefois, les résultats ainsi que les conclusions et recommandations qui pourront être proposés par cette recherche n'engagent en rien les Centres jeunesse quant à l'établissement de politiques et de programmes en lien avec cette problématique.

Engagement et confidentialité

Votre engagement dans cette recherche consiste à répondre à un questionnaire et ce, tout simplement au meilleur de votre expérience. Votre participation est volontaire et n'engage en rien votre employeur.

De mon côté, je m'engage à assurer la confidentialité des données et à respecter toutes autres règles d'éthique entourant les communications et la diffusion de cette recherche. Ainsi, ce formulaire que je vous demande de signer, permettant de confirmer votre participation comme sujet à cette recherche, sera retiré de votre questionnaire pour que soit respecté la confidentialité de vos données.

Je déclare avoir lu ce qui précède et je consens à répondre à cette recherche aux conditions qui y sont mentionnées.

Signature: _____, signé le
_____ 1996

Je m'engage, en tant que responsable de cette étude, à respecter les conditions de cette recherche.

Signature: _____, signé le
_____ 1996

Cette recherche ne peut se faire sans vous et soyez assuré(e)s de ma reconnaissance pour le temps consacré.

Monsieur Pierre Racine, Ph. D.
Lise Caron, B. Ps.
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500
Trois-Rivières, Québec
G9A 5H7

**S.V.P. Veuillez retourner cette lettre et votre questionnaire dans
l'enveloppe ci-jointe le plus tôt possible ou au plus tard le
_____ 1996**



**Les Centres jeunesse
de la Montérégie**

*Centre de recherche et d'enseignement
sur les mères (pères)
en difficultés d'adaptation*

Appendice D

Siège social
25, boulevard Lafayette, Longueuil (Québec) J4K 5C8
Téléphone : (514) 679-0140, télécopieur : (514) 679-3731

ETUDE DESCRIPTIVE ET CORRELATIONNELLE
A L'ÉGARD DES INTERVENANTS
QUI FONT FACE A DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES DES JEUNES EN CRJDA

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, _____, accepte de participer à une étude qui a pour but de mieux comprendre comment les intervenants qui font face à des comportements suicidaires chez les jeunes, vivent cette expérience.

Je reconnais avoir été informé que les données recueillies seront conservées et utilisées à l'aide d'un code, de sorte que l'on ne puisse établir aucun lien entre un sujet de cette étude et moi-même.

Je consens à donner mon autorisation concernant l'utilisation des données provenant de cette étude pour fins de rapport et publicitaire, à la condition que mon identité soit strictement préservée.

Je pourrai en tout temps retirer ma participation à cette étude, et ceci sans avoir de conséquences de quelque façon que ce soit.

La signature au bas de cette formule indique que j'ai bien compris tout ce qui est mentionné ci-dessus et qu'on a répondu de façon satisfaisante à mes questions concernant la participation à cette étude.

(signature)

Témoin (intervenant)

(date)