

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
ANNE-MARIE LECLERC

L'INTERVENTION AUPRÈS DES PROCHES AIDANTS D'INDIVIDUS  
SUICIDAIRES COMMUNIQUANT AVEC DES CENTRES D'ÉCOUTE ET DE  
PRÉVENTION SUICIDE PERMET-ELLE DE RÉPONDRE À LEURS BESOINS?

AOUT 2016

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.

# UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**Cet essai de 3<sup>e</sup> cycle a été dirigé par :**

---

Marc Daigle, Ph.D., directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation de l'essai :**

---

Marc Daigle, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Jean-Pierre Gagnier, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Arlène Laliberté, Ph.D.

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

## Sommaire

Les centres de prévention du suicide offrent généralement de l'écoute téléphonique aux personnes suicidaires, mais aussi à leurs proches. À la fin de la première intervention avec les proches, il leur est généralement proposé de communiquer à nouveau avec le centre pour pouvoir mieux les accompagner et les soutenir. Il peut également leur être demandé s'ils désirent qu'un intervenant les rappelle. Toutefois, la rétention des proches à l'intérieur des services des centres de prévention est faible. Cette étude visait ainsi à déterminer si l'intervention auprès d'eux sur les lignes d'écoute permet réellement de répondre à leurs besoins. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer les problèmes de rétention. Tout d'abord, outre le fait qu'il se peut qu'ils ne veuillent pas déranger, il est possible qu'à la fin de l'appel, les proches se sentent confiants dans les actions à poser, mais que l'individu suicidaire refuse ensuite de collaborer et que les proches n'osent pas rappeler. Ensuite, il se peut qu'ils communiquent avec le centre dans l'espoir de transférer la responsabilité de l'aide aux intervenants. De plus, il se peut qu'il existe deux profils d'appelants différents, soit ceux venant tout juste d'être mis au courant des idéations suicidaires ou de la tentative de suicide d'un membre de l'entourage, ou ceux qui prennent soin de l'individu en souffrance depuis un moment. Le premier type de proche pourrait alors appeler en état de stress désirant recevoir des conseils, alors que le deuxième communiquerait davantage dans un état d'épuisement. Les deux types pourraient alors entretenir différents besoins alors que l'intervention habituelle, basée sur les actions à poser, répondrait davantage à ceux du premier type. Finalement, alors que la littérature soulève l'importance des perceptions dans les

réactions des proches, il se peut que la façon habituelle de les évaluer, soit de demander à l'appelant ce qu'il pense du suicide, ne permette pas de comprendre leurs véritables croyances. Afin de mieux saisir ces enjeux, des entrevues ont été réalisées auprès de quatre proches ayant communiqué avec un centre d'écoute et de prévention suicide. Les informations recueillies dans cette recherche qualitative et exploratoire confirment le vécu des proches, tel que rapporté dans la littérature. Elles permettent également de confirmer l'hypothèse comme quoi il existerait deux types d'appelants, soit ceux venant d'apprendre la nouvelle et ceux dont la situation perdure depuis un moment. Les deux profils auraient des besoins différents et n'appelleraient pas dans le même état d'esprit. L'étude a également permis de confirmer qu'une relance est non seulement appréciée par les proches, mais permet de mieux les accompagner. La relance pourrait également permettre d'effectuer de la prévention au niveau des signes avant-coureurs et des perceptions. L'hypothèse selon laquelle il faudrait modifier la façon de questionner les perceptions des proches fut également confirmée. Il faudrait toutefois poursuivre les recherches avec un échantillon plus grand et davantage varié.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	6
Les proches .....	7
Définition du terme « proche » .....	8
Le portrait des proches au Centre d'écoute et de prévention suicide de Drummondville .....	8
Pertinence de s'intéresser aux proches .....	9
Réalité vécue par les proches des personnes suicidaires .....	12
Réactions aux messages suicidaires .....	12
Perceptions des proches à l'égard du suicide .....	17
Émotions vécues par les proches lorsqu'ils sont confrontés à la problématique .....	19
Émotions ponctuelles .....	20
Émotions à long terme .....	24
Réactions comportementales .....	27
Différents profils de proches .....	31
Besoins des proches .....	33
Besoin d'éducation et d'information .....	34
Besoin de soutien .....	35
Besoin d'être impliqué dans le suivi et dans le traitement .....	36

Pertinence d'inclure les proches dans l'intervention .....	37
Apports positifs à l'égard de l'individu suicidaire et apport en prévention.....	38
Apport dans l'intervention .....	41
Intervention auprès des proches de personnes suicidaires communiquant avec un centre de prévention suicide.....	43
But de l'étude et hypothèses de recherche .....	51
Méthode.....	55
Déroulement et analyses .....	56
Éthique .....	56
Cueillette de données .....	56
Recrutement .....	56
Protocole d'entrevue .....	57
Participants.....	57
Instrument .....	58
Résultats .....	59
Participant.es .....	60
1. Situation de l'individu suicidaire et façon dont le proche fut mis au fait .....	61
Situation de l'individu suicidaire .....	61
Annonce des idéations et signes avant-coureurs.....	63
Autres proches impliqués?.....	64
2. Le vécu du proche .....	65
Émotionnel.....	65
Cognitif et perceptuel.....	67

Interventions comportementales tentées .....	69
Le proche a-t-il parlé à quelqu'un de la situation? .....	71
3. Les instants précédant l'appel .....	72
Désir et capacité de s'impliquer .....	72
Délai entre l'annonce et l'appel au CEPSD .....	73
État d'esprit et besoins lors de l'appel .....	73
Ce qu'elles pensaient que le CEPSD pouvait faire .....	74
4. Appel sur la ligne d'écoute .....	75
Intervention effectuée par l'intervenant .....	75
Relance et nouvel appel au CEPSD .....	78
Possibles besoins insatisfaits.....	78
5. Situation post-intervention.....	80
Émotions suite à l'appel.....	80
Actions posées suite à l'appel .....	80
Situation de la personne suicidaire par la suite.....	82
Conséquences de la situation sur le proche.....	84
Discussion .....	86
Analyse des résultats.....	87
Forces et faiblesses .....	95
Conclusion .....	98
Références.....	100
Appendice. Grille d'entrevue .....	108



## **Remerciements**

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de recherche, Monsieur Marc Daigle, Ph.D., professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa grande disponibilité, son soutien, ainsi que pour ses conseils pratiques tout au long du projet.

## **Introduction**

Malgré la tendance à la baisse du taux de suicide ces dernières années, le Québec détenait en 2009 le quatrième rang du classement canadien et un rang élevé en comparaison mondiale (Légaré, Gagné, St-Laurent, & Perron, 2013). À la fin des années 90, devant l'ampleur du phénomène, le Ministère de la santé et des services sociaux considérait désormais la problématique du suicide comme une priorité nationale (Nanhou, Fournier, & Audet, 2010). Ainsi, divers programmes tels ceux présentés dans la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (Mercier, & Saint-Laurent, 1998) furent élaborés afin d'intervenir au niveau de la problématique. De plus, afin d'optimiser la compréhension du phénomène, diverses études furent effectuées, dont certaines à l'égard des facteurs de risque et de protection. Plusieurs auteurs relèvent alors l'importance de la présence d'un réseau social satisfaisant (Czyz, Liu, & King, 2012; Houle, Mishara, & Chagnon, 2005; Nanhou et al., 2010; You, Van Orden, & Conner, 2011). C'est vers ce réseau que se tourne habituellement l'individu suicidaire pour demander de l'aide et confier qu'il a des idéations suicidaires (Mishara, 1995). Considérant cet élément, il devient alors possible d'élargir la vision de la prévention du suicide afin de placer le phénomène au sein d'une visée systémique et écologique. En effet, Durkheim percevait le suicide comme le degré d'intégration et de régulation d'un individu au sein de la société (Durkheim, 1951). De plus, l'approche systémique perçoit l'individu comme un être évoluant au sein de divers systèmes constituant un ensemble d'éléments interdépendants en interaction (Wright & Leahey, 1994). De manière

parallèle, comme le souligne Bronfenbrenner (1979), l'humain n'existe pas seul, mais au sein de systèmes interdépendants agissant sur l'individu, qui influence à son tour les diverses sphères de son environnement. Ainsi, si l'entourage constitue un facteur de protection, la problématique suicidaire en affectera également ses membres. En effet, l'Association québécoise de prévention du suicide (2003) souligne que les idéations suicidaires et les tentatives de suicide toucheront environ 400 000 proches au cours d'une année.

Afin d'agir en prévention du suicide, divers services existent afin de venir en aide à l'individu en souffrance et aux membres de son entourage. En effet, lorsqu'un individu se présente à l'hôpital suite à une tentative de suicide ou avec des idéations suicidaires importantes, une évaluation psychiatrique peut être réalisée par les professionnels, proposant par la suite un plan de traitement. L'entourage peut alors être sollicité pour s'impliquer dans le traitement et approfondir l'évaluation. La personne suicidaire et son entourage peuvent également recevoir de l'aide par des intervenants, soit dans le réseau public, dans le privé ou via les organismes communautaires.

Concernant les organismes, les centres de prévention du suicide œuvrent spécifiquement à offrir de l'aide aux individus suicidaires et à leur famille. Ces derniers offrent divers services, notamment une ligne téléphonique que les membres de la population peuvent contacter s'ils souffrent d'idées suicidaires, si des gens de leur entourage en entretiennent ou font une tentative, ou s'ils traversent un deuil par suicide.

En plus de la ligne téléphonique, des programmes en face à face existent, afin d'offrir un suivi et de l'aide à ces individus.

Les proches, selon le terme habituellement utilisé au Québec, constituent la clientèle qui contacte les centres de prévention suicide, en raison du fait qu'ils s'inquiètent pour un membre de leur entourage désirant s'enlever la vie. Suicide Action Montréal (SAM) a reçu 6500 appels de proches au cours de l'année 2012-2013, représentant environ 30 % du total des appels. Ces 6500 appels de proches représentent également une augmentation de 15 % comparativement à l'année précédente (Suicide Action Montréal, 2013). Si l'on considère que Mishara (1995) estimait que le ratio d'appels de proches était de 20 %, il devient alors possible de remarquer, au fil des ans, une hausse des taux d'appels effectués par les proches de personnes suicidaires, augmentation également rapportée par SAM.

Les intervenants des centres de prévention suicide posent alors diverses actions afin de leur venir en aide. Au Centre d'écoute et de prévention suicide de Drummondville (CEPSD), où l'auteure du présent essai détient une expérience clinique, les intervenants, désirent ne pas surcharger les proches lors du premier appel. Pour ce faire, ils leur fournissent les informations essentielles et leur donnent une tâche concrète à réaliser pour évaluer l'urgence suicidaire de l'individu souffrant. Ils leur demandent par la suite de rappeler au centre afin de poursuivre l'intervention. Le but visé par ce nouveau contact est, d'effectuer un certain suivi avec le proche, notamment parce qu'une

intervention complète demeure ardue au sein d'un seul appel. Ces contacts subséquents permettraient d'accompagner le proche dans ses démarches auprès de l'individu suicidaire, de fournir de l'information, de le soutenir, de même que de l'outiller. Toutefois, les intervenants du CEPSD ont remarqué qu'il est relativement rare que ces derniers communiquent de nouveau avec le centre et ils se questionnent à ce sujet.

Alors que la littérature disponible à l'égard de la problématique du suicide concerne la réalité des individus suicidaires de même que celle des endeuillés, peu d'auteurs se sont penchés sur le vécu des proches (Veilleux, 1991). Ainsi, puisque la rétention des proches demeure très faible et que peu de données empiriques existent sur lesquelles baser les plans d'intervention (Mishara & Daigle, 1995; Mishara, Houle, & Lavoie, 2005), une question se pose : l'intervention effectuée auprès des proches sur les lignes d'écoute permet-elle vraiment de répondre à leurs besoins? Cet essai présentera d'abord une recension de la littérature afin de présenter les différents concepts théoriques. Ainsi, seront abordés les thèmes suivants : la présentation du concept de proche, leur réalité, leurs besoins, la pertinence de les inclure dans l'intervention et, finalement, le type d'intervention qui est effectuée auprès d'eux. En raison de la pertinence de la question de recherche et de l'impossibilité d'y répondre seulement par les études effectuées auparavant, cet essai contiendra, en complément de sa démarche de recension scientifique, des informations recueillies à partir d'entrevues réalisées auprès de quatre proches ayant communiqué avec le CEPSD. Les résultats de ces entrevues seront présentés, de même qu'une discussion sur le sujet.

## **Contexte théorique**

Cette section présentera une recension de la littérature afin de bien cerner la problématique du suicide ainsi que les différents facteurs qui seront à l'étude. Plus spécifiquement, le contexte théorique se subdivise en cinq sections, qui permettront de mieux comprendre la réalité des proches et l'intervention généralement effectuée pour leur venir en aide. La première présente un portrait des proches, soit la définition du concept et la pertinence de s'y intéresser. La deuxième aborde les émotions et les réactions des proches à l'égard du suicide. La troisième présente les différents besoins des proches, tandis que la quatrième explique la pertinence de les inclure dans l'intervention. Même si le présent essai s'intéresse principalement aux centres de prévention du suicide, les informations présentées dans ces quatre sections incluent également des données issues d'études effectuées dans d'autres milieux. Finalement la cinquième partie présente l'intervention effectuée auprès de proches de personnes suicidaires communiquant avec un centre de prévention suicide.

### **Les proches**

Cette section présentera successivement la définition du terme « proche », le portrait des appelants contactant le CEPSD en raison de l'inquiétude ressentie à l'égard d'un membre de leur entourage, ainsi que la pertinence de s'intéresser à cette clientèle.



### **Définition du terme « proche »**

Le terme « proche », du moins dans un contexte québécois, réfère à une personne significative possédant un lien affectif avec l'individu suicidaire. Celle-ci peut être le parent, l'enfant, le conjoint ou l'ex-conjoint, le frère ou la sœur, l'ami, le voisin ou encore le collègue de travail (Boulianne, 2005).

### **Le portrait des proches au Centre d'écoute et de prévention suicide de Drummondville**

Alors que plusieurs centres de prévention du suicide se concentrent principalement sur les appels suicidaires (personnes suicidaires, proches de personnes suicidaires et endeuillés par suicide), le CEPSD a deux volets d'intervention téléphonique. En effet, en plus des appels suicidaires, les intervenants du centre répondent également à des appels d'écoute. Donc, une personne souffrante peut communiquer avec le CEPSD pour ventiler et recevoir de l'aide pour diverses problématiques : solitude, difficultés financières, problèmes de santé mentale et physique, deuil, etc. Dans le rapport annuel du centre (CEPSD, 2015), il est possible de relever que, pour l'année 2014-2015, le CEPSD a reçu au total 3716 appels, soit 1813 appels pour le volet suicidaire et 1903 appels pour le volet écoute. Aussi, 182 proches de personnes suicidaires ont communiqué avec le CEPSD pour la même année, ce qui constitue 10 % des appels suicidaires. En 2009-2010, il y avait eu 1456 appels suicidaires, dont 104 appels de proches. Il est ainsi possible d'observer une augmentation au fil des années, tant au niveau des appels suicidaires (augmentation d'environ 24,5 %) que des appels de proches (augmentation de 75 %). Cette augmentation concorde avec celle observée au

sein de d'autres centres de prévention du suicide. Par exemple, Suicide Action Montréal (SAM), pour l'année 2014-2015, observe une augmentation de 10 % de leurs appels de proches comparativement à l'année précédente, et une augmentation de 17 % de leur total d'appels (SAM, 2015). Aussi, les appels effectués par les proches de personnes suicidaires constituaient environ 14 % des appels, ce qui constitue un taux similaire à celui du CEPSD.

De plus, le CEPSD n'a pas de statistiques officielles concernant le sexe des appelants, ce qui rend impossible la comparaison avec les différents centres québécois de prévention du suicide, qui fournissent également peu d'information à ce sujet.

Ainsi, en raison d'informations insuffisantes, il est difficile d'effectuer un portrait des proches communiquant avec le CEPSD et de le comparer avec le profil des proches qui font appel aux autres centres de prévention du suicide.

### **Pertinence de s'intéresser aux proches**

Plusieurs facteurs permettent de démontrer la pertinence de s'intéresser aux proches au sein de la problématique du suicide. En effet, ces derniers se retrouvent fréquemment dans le rôle d'aidants, recevant ainsi la responsabilité de prodiguer de l'aide. Ils constituent ainsi une source d'aide informelle, ce qui signifie que leurs actions ne s'inscrivent pas dans un cadre d'intervention précis. De plus, le manque de données empiriques à leur sujet entrave le processus de validation des programmes leur étant

offert. Finalement, le fait que ces derniers constituent fréquemment les premiers témoins et intervenants des idéations ou actes suicidaires contribue à rendre leur vécu difficile. Il devient alors pertinent d'optimiser la compréhension à cet égard de façon à mieux saisir à quoi ils s'exposent en adoptant ce rôle.

Tout d'abord, Sun et Long (2008), ainsi que Veilleux (1991) relèvent le peu d'études explorant la réalité des proches, alors que Boulianne (2005) ajoute que les anciennes études visaient généralement à démontrer la contribution de la famille dans le développement de la maladie mentale. Or, il va de soi, que la situation des proches de maladie mentale et celle des proches de personnes suicidaires peuvent se recouper, mais elles ne sont pas équivalentes. Boulianne ajoute de plus que c'est la famille qui demeure en contact avec la personne avant que celle-ci ne soit diagnostiquée ou traitée, en plus de recevoir les messages liés aux idéations (Mishara, 1995). Également, Sun et Long soulignent que la famille prend éventuellement en charge l'individu suicidaire à sa sortie de l'hôpital. D'autre part, plusieurs auteurs relèvent que, suite à la désinstitutionalisation, l'État a transféré la responsabilité des soins physiques et psychologiques à la famille (Beautrais, 2004; Boulianne, 2005; Maheu, Guberman, & Dorvil, 1989; Sabetta, 1984; Saint-Onge, Lavoie, & Cormier, 1995; Therrien, 1990). Certains auteurs ajoutent qu'à sa sortie de l'hôpital, la personne demeure fréquemment dans un état précaire (Biegel, Sales, & Schulz, 1991, Morissette, 1984), sans nécessairement disposer d'un suivi psychologique par la suite. En effet, dans leur étude, Granboulan, Rabain et Basquin (1995) établirent que seulement 32 % de leur échantillon

de 127 personnes hospitalisées suite à une tentative reçurent des services professionnels suite à leur sortie de l'hôpital. Lorsque les services hospitaliers ne proposent pas de services, ou lorsque la personne en souffrance refuse l'aide professionnelle offerte, les familles se retrouvent avec les soins à prodiguer, laissées à elles-mêmes (Désy, 1999).

Un facteur supplémentaire permet de renforcer la pertinence de s'intéresser aux proches. En effet, alors que les centres de crise distribués à travers le monde offrent de l'aide à ces derniers, peu de données empiriques sur lesquelles baser leurs interventions et leurs programmes existent (Mishara et al., 2005; Mishara & Daigle, 1995).

Finalement, il est également pertinent de s'intéresser à eux en raison de leur réalité difficile. Alors que la responsabilité des soins en santé mentale incombe fréquemment aux proches, peu d'entre eux reçoivent l'information nécessaire (Sun & Long, 2008), sont impliqués par les professionnels dans l'intervention auprès de l'individu, (Boulianne, 2005; Mishara & Houle, 2008) ou reçoivent du soutien (Boulianne, 2005; Kjellin & Östman, 2005). Aussi, certains ne disposent pas de l'énergie physique nécessaire pour tenir ce rôle (Sun, Long, Huang, & Huang, 2008). De plus, en raison de l'absentéisme au travail lié aux comportements de surveillance associés aux menaces suicidaires, le proche s'expose à un risque de perte d'emploi (Boulianne, 2005).

### **Réalité vécue par les proches des personnes suicidaires**

Constater qu'une personne de notre entourage envisage de mettre fin à ses jours engendre divers bouleversements et entraîne diverses réactions, tant émotives que comportementales. La réalité des proches devient pénible puisqu'ils demeurent confrontés à un éventail d'émotions, notamment la peur de perdre un être cher, en plus de ressentir une pression d'intervenir. S'attarder à la réalité des proches demeure pertinent dans la mesure où leur vécu influence leur relation avec l'individu suicidaire et leur intervention auprès de ce dernier. Les sections suivantes présentent successivement les réactions des proches aux messages suicidaires, leurs perceptions, leurs émotions suite à une tentative et/ou à long terme, leurs réactions comportementales, les conséquences découlant du rôle d'aidant, ainsi que différents profils de proches.

#### **Réactions aux messages suicidaires**

Cette section s'attardera principalement à la réaction de l'entourage face aux messages suicidaires provenant de l'individu en souffrance. Alors que la majorité des personnes envisageant mettre fin à leurs jours émet des indices annonciateurs directs ou indirects avant de passer à l'acte, une proportion importante de proches réagirait négativement à ces derniers, influençant ainsi la possibilité que l'aide soit accordée.

Tel que mentionné plus haut, la plupart des personnes attendant à leur vie donnent précédemment des signes précurseurs concernant leurs intentions. En effet, 80 % des individus s'enlevant la vie émettent des indices annonciateurs de leur geste

(Morissette, 1984; Séguin & Huon, 1999; Shneidman, 1985). Ainsi, la reconnaissance, la compréhension, de même que la réaction des proches aux différents messages suicidaires constituent un élément majeur de la prévention (Mishara, 1995) puisqu'elles peuvent teinter l'intervention qui en découlera, ainsi que le geste posé par l'individu (Mishara, 1982; Morissette, 1984; Shneidman, 1981).

Les messages suicidaires peuvent prendre diverses formes : comportementale, affective, verbale directe et verbale indirecte (Séguin & Huon, 1999). Veilleux (1991), suite à son étude auprès de 55 proches d'individus suicidaires communiquant avec un centre de prévention suicide, arrive à la conclusion que la plupart des messages suicidaires émis par l'individu en souffrance sont généralement clairs et aisément détectables par les proches. En effet, la plupart des proches de son étude rapportaient qu'ils avaient appris les idéations suicidaires à partir de verbalisations directes (communication verbale directe de l'intention de se donner la mort, une note de suicide trouvée par le proche, ou une menace de suicide). Les verbalisations indirectes (lorsque le proche l'apprend d'une autre personne, ou lorsque l'individu suicidaire fait indirectement part de son intention, par exemple s'il dit qu'il serait mieux mort) représentent 30 % des messages suicidaires.

Par ailleurs, Séguin et Huon (1999) soulignent que la réaction de l'entourage à l'égard des verbalisations suicidaires demeure empreinte de déni, de scepticisme et de malaise. Les travaux de plusieurs auteurs permettent de confirmer cette affirmation.

Wolk-Wasserman (1986) a effectué une étude auprès de 70 proches, catégorisés selon leur lien avec l'individu suicidaire, soit conjoint, parent, ainsi que les amis et les autres relations telles que les frères et sœurs, un enfant, ou un beau-frère/belle-sœur. Les résultats des entrevues semi-structurées révèlent que, bien que ces proches perçoivent habituellement les signaux suicidaires, cette reconnaissance se solde néanmoins par une absence de communication et par une attitude plutôt évasive. Confronter l'individu suicidaire à ce sujet constituerait une source d'angoisse, liée notamment à la peur de provoquer une tentative de suicide. En plus de ne pas aborder le sujet avec la personne lorsqu'ils perçoivent les indices, les proches peuvent également éprouver de l'ambivalence face à leur désir d'intervenir, notamment dans le cas des conjoints. D'autres toutefois, spécifiquement les amis et les autres relations, malgré la communication absente, intensifieront leurs contacts et leur soutien. Les parents, quant à eux, tendraient à porter plus attention à leur attitude et à leurs gestes dans les interactions avec leur enfant. Toutefois, dans le cas de suicidaires toxicomanes ou alcooliques, la réaction des proches aux messages suicidaires deviendrait plutôt négative, notamment dans le cas de récidivistes (ceux qui, par le passé, ont évoqué à plusieurs reprises des idéations ou ont déjà effectué des tentatives). En fait, l'entourage tendrait alors à ignorer les signaux, à y réagir avec agressivité ou à percevoir ceux-ci comme une tentative de manipulation. Leur raisonnement se situe autour du fait que, si la personne a survécu par le passé, la menace qu'un danger sérieux puisse se produire demeure faible.

Ensuite, de leur côté, Mishara, Baker et Mishara (1976), dans leur étude auprès de 293 étudiants, observèrent que les deux-tiers d'entre eux avaient déjà entendu des propos suicidaires d'un ami. Alors qu'environ la moitié ont réagi avec ouverture à la discussion, l'autre moitié aurait agi de manière opposée, soit en ignorant les messages, soit en blaguant, ou en affirmant à la personne ne pas être qualifié pour lui venir en aide, lui conseillant alors de voir un professionnel. Mishara (1982), dans son étude auprès de 140 étudiants universitaires, obtient des résultats similaires. Wellman et Wellman (1986), quant à eux, effectuèrent une étude semblable auprès de 1157 étudiants, 946 femmes et 211 hommes. Les auteurs relèvent que les hommes tendraient plus fréquemment que les femmes à éviter de discuter du suicide par crainte de provoquer le geste, alors que ces dernières seraient davantage portées à aborder le sujet et à tenter de dissuader l'individu.

Toutefois, St-Arnaud (1999) obtient des résultats différents dans son étude auprès de 11 parents d'adolescents suicidaires. En fait, elle conclut que les parents réagissent aux messages suicidaires lorsqu'ils en sont les destinataires. Dans ses entrevues avec les participants, des 26 propos concernant la communication, un seul comportait une connotation négative, alors que les autres permettaient d'induire qu'ils réagissent adéquatement en abordant les messages et en accroissant leur surveillance. L'auteur souligne que les parents semblent réagir surtout aux messages écrits. Ainsi, comment expliquer la différence entre les résultats de St-Arnaud et ceux obtenus par les auteurs mentionnés précédemment? Même si aucun des auteurs n'avancent d'hypothèses à ce



sujet, il est possible que cette différence réside dans le choix des participants. Ceux des études de Mishara et al. (1976), de Mishara (1982), et de Wellman et Wellman (1986) étaient tous des étudiants, alors que St-Arnaud (1999) s'intéresse aux parents d'adolescents. Il se peut alors que le caractère de la relation entre un parent et un enfant, ainsi que lien d'attachement entre eux, expliquent pourquoi les parents réagissent de façon plus positive. Toutefois, Wolk-Wasserman (1986) concluait que si les parents tendent à porter attention à leur attitude et à leurs gestes, leur réaction était davantage caractérisée par une absence de communication. Toutefois, si l'auteur ne précise pas l'âge des individus suicidaires de son étude, il semble que ces derniers soient des adultes, comparativement aux adolescents de l'étude de St-Arnaud. Cela pourrait alors constituer une piste d'explication à explorer. Ainsi, des recherches supplémentaires seraient nécessaires afin de mieux cerner les réactions des parents aux messages suicidaires de leurs enfants.

En somme, le manque de soutien accordé à la personne suicidaire de la part de ses proches ne découlerait point de la détection des messages leur étant destinés puisque la reconnaissance semble adéquate. Toutefois, il deviendrait pertinent de s'attarder à leur perception à l'égard des indices, ainsi qu'à leur interprétation, puisque cela en affecterait leur réaction.

### **Perceptions des proches à l'égard du suicide**

Cette section présentera les différentes perceptions existantes à l'égard de la problématique du suicide et les impacts possibles qu'elles peuvent engendrer. En effet, la façon de percevoir la tentative de suicide ainsi que les messages suicidaires influence l'attitude des proches, leur réaction ainsi que leur comportement face à la personne (Rolland, 1994). Les perceptions des proches pourraient se voir influencées par leur propre expérience à l'égard du suicide ainsi que par leurs croyances concernant la problématique (St-Arnaud, 1999).

Tel que mentionné ci-haut, plusieurs perceptions, voire préjugés, concernant la problématique du suicide demeurent présents dans les mentalités, pouvant affecter les réactions des proches. En effet, il est possible d'en répertorier plusieurs. Certains proches affirmeront que la personne dite suicidaire a agi sur un coup de tête, que son choix était arrêté et que personne n'aurait pu l'en dissuader, que ce n'est pas étonnant parce que « c'est de famille » ou encore que c'était une saison déprimante (l'automne). D'autres souligneront que, si l'individu évoque ses idéations, il ne passera pas à l'acte, puisque sinon, il n'en parlerait point. Les proches peuvent aussi qualifier la tentative de geste de courage ou de lâcheté, ou encore juger de l'intention de la personne à partir de la faible létalité du moyen utilisé. Les intervenants entendent fréquemment que l'individu ne souhaite, par ses idéations, qu'attirer l'attention ou manipuler. Certains tenteront également de croire plutôt à un geste accidentel ou attribueront l'acte à des facteurs externes tels que la télévision, la musique, etc. Enfin, plusieurs croiront que le

suicide demeure une question de choix (Séguin & Huon, 1999). Ces deux auteurs affirment que, si les gens se réfugient derrière ces perceptions ou préjugés erronés, cela demeure dans le but de les préserver d'une souffrance engendrant peur et malaise. De plus, de telles explications sécurisantes protégeront l'entourage de vivre des émotions négatives telles que la culpabilité (Morissette, 1984).

Suite à son étude, Veilleux (1991), soulève que les proches acceptent davantage de s'impliquer auprès de l'individu suicidaire s'ils perçoivent que ce dernier est présentement en crise et qu'il est urgent d'agir.

Ensuite, en plus des croyances entretenues par les proches à l'égard du suicide, la perception de leur entourage et de la société dans laquelle ils évoluent a également une influence. Elle a notamment un impact sur la propension (ou non) du proche à se confier ou à demander de l'aide afin de recevoir du soutien dans la situation. En effet, dans une population où le suicide demeure stigmatisé, certains auteurs affirment que la famille pourrait alors avoir tendance à camoufler les comportements suicidaires sous forme d'accident (Molin, 1986; Tzeng & Lipson, 2004). De plus, dans un tel contexte, les proches deviennent sujets à ressentir de la honte, ce qui les pousserait à garder la situation secrète, entraînant comme conséquence l'incapacité d'en parler à leur entourage (Désy, 1999; Sun & Long, 2008). Comme le soulignent Magne-Ingvar et Öjehagen (1999a) suite à leur étude auprès de 84 proches, la perception de leur entourage a un impact sur leur bien-être ainsi que sur leur attitude envers l'individu

suicidaire. Ainsi, si les proches sentent devoir demeurer muets en raison des perceptions de leur entourage, leur vécu risque de s'aggraver et leurs émotions négatives pourraient se voir intensifiées. En ne pouvant s'ouvrir à leur entourage, les proches se voient ainsi privés d'un soutien important.

Donc, la perception entretenue à l'égard du suicide risque non seulement d'affecter le soutien accordé à l'individu suicidaire, mais également celui offert aux proches qui l'accompagnent. En effet, la perception, la compréhension et l'interprétation des membres de l'entourage face aux conduites suicidaires peuvent affecter leurs émotions et leurs réactions (Grace, Kelly, & McCain, 1993; Joiner & Katz, 1999; Wagner, Aiken, Mullaley, & Tobin, 2000).

### **Émotions vécues par les proches lorsqu'ils sont confrontés à la problématique**

Les études dans le domaine permirent de relever la souffrance et la réalité d'un individu suicidaire, de même que la particularité du deuil par suicide. Toutefois, être confronté aux idéations suicidaires ou à la tentative d'un proche engendre également une gamme d'émotions pouvant affecter le rapport avec l'individu. Comme les émotions et la réalité vécue par les proches peuvent différer selon que la situation se situe dans un contexte ponctuel ou à long terme, cette section s'attardera à ces deux situations séparément.

**Émotions ponctuelles.** Puisque la réaction émotionnelle des proches suite à la tentative d'un être cher risque d'affecter le soutien qu'ils apporteront à ce dernier de même que la qualité de leur relation par la suite, cela nécessite donc de s'y attarder. Comprendre leur réaction émotionnelle permettra également de pouvoir mieux saisir leur souffrance, ce qui sera utile pour mieux intervenir auprès d'eux. Cette sous-section présentera ainsi les différentes émotions possibles des proches suite à la tentative de suicide d'un membre de leur entourage, de même que la particularité du vécu des parents d'adolescents suicidaires.

Tout d'abord, même si les proches détectent généralement les messages suicidaires, une tentative de suicide a pour effet de les surprendre (Désy, 1999; Mishara, 1982; Séguin, 1991; Wolk-Wasserman, 1986). Confrontés à cette réalité ou à l'annonce des idéations, les proches seraient anxieux et craindraient un passage à l'acte ou une récurrence (Beautrais, 2004; Coggan & Bennett, 2002; Désy, 1999; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a; Séguin, 1991; Wagner et al., 2000). Ils éprouveraient à cet égard un sentiment de responsabilité au niveau de la prévention (Beautrais, 2004; Talseth, Gilje, & Norberg, 2001). Dépendamment de leur compréhension du phénomène, certains proches peuvent également craindre que les idéations se manifestent chez d'autres membres de leur entourage (Beautrais, 2004). De plus, le fait d'être sélectionné par l'individu suicidaire pour recevoir de l'aide constitue un certain fardeau pour le proche, ce qui engendre le sentiment d'être accablé (Rosenbaum & Richman, 1969; Talseth et al., 2001; Wolk-Wasserman, 1986). Le proche pourrait alors être tenté de se tourner vers un autre

membre de l'entourage ou une ressource d'aide, mais les comportements suicidaires de l'individu sont fréquemment confiés sous forme de secret, que le proche sent devoir préserver, à défaut de se sentir tel un traître (Mishara, 1995).

Ensuite, outre la peur reliée à la sécurité de l'individu et le fardeau qu'implique le fait de se voir définir comme un aidant, les proches peuvent traverser un vaste éventail d'émotions. Celles-ci demeureraient influencées par le lien particulier avec la personne suicidaire, la qualité de la relation, le contexte du passage à l'acte, de même que la gravité du geste (Séguin, 1991). Les émotions les plus fréquemment répertoriées par les auteurs sont :

- le sentiment d'impuissance (Désy, 1999; Mishara, 1982; Noronha, 2000; Séguin, 1991; Séguin & Huon, 1999; Talseth et al., 2001);
- la colère, l'irritabilité et l'hostilité (Beautrais, 2004; Désy, 1999; Hawton & Catalan, 1982; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a, 1999b; Mishara, 1982; Noronha, 2000; Rosenbaum & Richman, 1969; Rounsaville & Weissman, 1980; Séguin, 1991; Séguin & Huon, 1999; Wagner et al., 2000; Wolk-Wasserman, 1986);
- la honte (Beautrais, 2004; Hawton & Catalan, 1982; Noronha, 2000; Rounsaville & Weissman, 1980; Séguin, 1991; Wolk-Wasserman, 1986);
- la compassion (Noronha, 2000);
- l'incompréhension (Désy, 1999; Noronha, 2000);

- l'indifférence et détachement émotionnel (Angel, Taleghani, Choquet, & Courtecuisse, 1978; Wagner et al., 2000);
- la tristesse (Désy, 1999; Mishara, 1982, Séguin, 1991; Wagner et al., 2000);
- le doute et la remise en question (Désy, 1999; Séguin, 1991);
- la culpabilité (Beautrais, 2004; Désy, 1999; Mishara, 1982; Noronha, 2000; Rounsaville & Weissman, 1980; Séguin, 1991).

Concernant plus précisément la culpabilité, cette dernière se trouve parfois reliée au désir d'être libéré de la responsabilité de prendre soin de l'individu à risque (Wolk-Wasserman, 1986). De plus, tel que mentionné précédemment, la perception de la société à l'égard du suicide peut influencer, voire affecter le proche. Ainsi, dans certains cas, celle-ci peut sembler blâmer le proche, par exemple les parents d'un adolescent suicidaire. Cela aurait alors pour effet de renforcer leur propre culpabilité, en se demandant où ils ont échoué dans leur rôle et leurs responsabilités de parents (Noronha, 2000).

Finalement, les auteurs semblent soulever la particularité de la réalité des parents d'un adolescent suicidaire. Ces derniers, lors de l'annonce, font face à un choc (Désy, 1999; Noronha, 2000), voire à un traumatisme (Barksdale, Walrath, Compton, & Goldston, 2009). Dans leurs études respectives, St-Arnaud (1999) et Désy (1999) concluent que les parents réagissent généralement plutôt positivement, même s'ils affirment avoir ressenti des émotions telles que de l'inquiétude, de la culpabilité, de la

peur et de l'impuissance, et qu'ils peuvent se blâmer mutuellement de la situation. Ces auteurs soulèvent toutes deux que les parents entrent dans un processus de recherche de causes pouvant expliquer le geste. Toutefois, malgré les réactions relativement positives des parents provenant des études de St-Arnaud et de Désy, Noronha (2000) souligne quant à lui que les réactions positives à la suite d'une tentative d'un adolescent demeureraient plutôt rares et que les émotions vécues ressembleraient à celles éprouvées lors d'un suicide complété : déni, honte, colère, culpabilité et peur. De plus, malgré la tristesse et un désir de venir en aide à leur enfant, plusieurs éprouvent de l'hostilité (Désy, 1999; Wagner et al., 2000), jusqu'à désirer la mort de leur enfant (Snakkers, Ladame, & Nardini, 1980; Wagner et al. (2000) en arrivent quant à eux à des conclusions plus nuancées, dans leur étude effectuée auprès de 22 mères et 12 pères de 23 adolescents ayant tenté à leur vie. Tout comme Noronha, ils soulignent que la colère, voire l'hostilité, est l'émotion la plus ressentie par les parents, suite au choc et l'anxiété. Toutefois, ils remarquent que si la colère est largement ressentie, elle est peut souvent exprimée. Les parents tendraient plutôt, tout comme pour ceux des études de St-Arnaud et de Désy, à adopter des attitudes positives comme prodiguer des soins, soutenir et porter attention à leurs paroles et à leurs gestes. Toutefois, Wagner et al. mentionnent que les réactions diffèrent, dépendamment de s'il s'agit d'une première tentative ou d'une récurrence. En effet, alors que 100 % des mères de ceux ayant commis une ou deux tentatives rapportaient sentir vouloir prendre soin d'eux, le ratio diminue à 71,4 % chez les récidivistes. Les mères de ces derniers manifesteraient d'ailleurs davantage de détachement émotionnel, afin d'éviter de vivre la souffrance reliée. La réaction serait



d'ailleurs davantage positive lors des tentatives à haut niveau de gravité (dont la tentative avait 50 % de risque d'être complétée), mais engendreraient davantage d'anxiété (Rosenbaum & Richman, 1969; Wagner et al., 2000).

**Émotions à long terme.** Apprendre qu'un être cher a attenté à sa vie constitue un évènement troublant. Toutefois, une personne peut entretenir des idéations suicidaires et en informer son entourage, sans avoir commis de tentative. De plus, à la suite d'un passage à l'acte, le suicide peut encore constituer une option envisageable. Ainsi, les proches impliqués peuvent avoir à prendre soin de l'individu pendant un certain temps. Cette sous-section présente alors les différentes émotions associées au fait d'adopter le rôle de proche pendant une certaine période donnée.

Tout d'abord, procurer de l'aide à une personne suicidaire demeure excessivement exigeant pour les proches (Mishara & Houle, 2008), donnant l'impression de porter une lourde responsabilité (Séguin, 1991). En effet, environ 57 % d'entre eux considèreraient ceci comme un fardeau (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999b), ce qui pourrait s'expliquer par le fait que l'individu suicidaire effectue de multiples demandes et se met facilement en colère (Wolk-Wasserman, 1986). De plus, le fait que la personne en souffrance possède généralement peu de personnes dans son entourage vers qui se tourner contribue à rendre la situation accablante pour le proche qui l'accompagne (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999b) et ainsi à rendre la relation plus ou moins accaparante (Rosenbaum & Richman, 1969; Séguin, 1991).

De plus, outre le sentiment de fardeau, les proches demeurent exposés à diverses émotions reliées au fait d'accompagner un individu suicidaire. En effet, face aux idéations suicidaires, ils peuvent vivre une certaine ambivalence entre le désir d'aider et le fait de sentir manquer de compétence ou la peur de devenir trop impliqués (Mishara, 1995). Ces derniers deviennent également enclins à éprouver de la fatigue, parfois reliée au fait d'entendre constamment le même discours ou encore d'être témoins de comportements suicidaires répétitifs. Cela peut ainsi entraîner un sentiment de colère et de torpeur si la situation perdure (Sun et al., 2008). De plus, les proches doivent affronter la peur que l'individu passe finalement à l'acte, (Séguin, 1991; Séguin & Huon, 1999; Sun et al., 2008), notamment lors des moments où il se retrouve seul ou pendant la nuit (Sun et al., 2008). Talseth et al. (2001) abondent dans le même sens en insistant sur les sentiments d'impuissance et de responsabilité liés au fait de se trouver en charge de la sécurité et de la protection de l'individu suicidaire. Désy (1999) met également en lumière les idéations suicidaires qui se manifestent parfois chez le proche en raison de la situation lourde et accablante à laquelle il fait face.

Ensuite, Veilleux (1991) a effectué une étude auprès de 50 proches contactant un centre de prévention suicide. Il a fait ressortir que les appelants communiquant avec le centre en raison de l'inquiétude vécue à l'égard d'un membre de leur entourage ressentent des émotions tels que de l'agressivité, de l'impuissance, de la culpabilité, de la crainte, et ceci, malgré leur désir d'intervenir.

Également, les auteurs soulignent que, si les problèmes vécus par l'individu suicidaire persistent ou s'aggravent malgré l'aide apportée par l'entourage, l'impression de fardeau s'intensifie. Ce sentiment serait aussi accompagnée par de l'impuissance, de l'épuisement, voire d'irritabilité, ce qui pourrait amener progressivement les proches à se désengager (Houle et al., 2005; Séguin & Huon, 1999; Talseth et al., 2001; Tousignant & Séguin, 1998, 1999). L'ambivalence apparaît alors chez l'entourage, entre le désir d'apporter de l'aide et de poursuivre la relation, et celui d'y mettre fin (Wolk-Wasserman, 1986).

Ensuite, Wolk-Wasserman (1986) met en lumière le désir de mort parfois ressenti par les proches à l'égard de l'individu suicidaire. En effet, alors que les problèmes deviennent perçus comme étant insolubles et envahissants, le proche peut en arriver à considérer qu'il pourrait être préférable pour la personne en souffrance de mourir. De plus, lorsque le proche éprouve de l'hostilité, ce désir de mort pourrait découler d'un souhait de ne plus être incombé de la responsabilité de fournir de l'aide et d'évoluer au sein de cette relation accablante (Rosenbaum & Richman, 1969; Wolk-Wasserman, 1986). Cela s'accompagnerait fréquemment de sentiments tels que le chagrin, la culpabilité, le regret et la honte. Cette agressivité envers l'individu suicidaire dépendrait de l'intensité et de la persistance de la situation, ainsi que du nombre de tentatives antérieures (Wolk-Wasserman, 1986).

## **Réactions comportementales**

Suite à des idéations ou une tentative d'un membre de leur famille ou amis, les proches réagiraient non seulement émotionnellement, mais ils adopteraient également certains comportements en réaction à la situation. Cette section présentera ainsi les différentes actions des proches dans ce contexte particulier.

Tout d'abord, ils adopteraient des comportements de surveillance excessive, de façon à assurer la sécurité de l'individu (Sun & Long, 2008), ce que Séguin (2009) qualifie d'attitude de surprotection ou de surcompensation. En effet, l'entourage fixerait constamment son attention sur la personne à toute heure de la journée (Désy, 1999; Noronha, 2000; St-Arnaud, 1999; Sun & Long, 2008; Wolk-Wasserman, 1986). Également, la famille et les amis porteraient désormais une attention particulière à leurs propres paroles et leurs gestes puisqu'ils sentent qu'ils doivent se comporter de manière prudente dans leurs interactions avec la personne (Beautrais, 2004; Séguin, 1991; Wagner et al., 2000; Wolk-Wasserman, 1986). Les proches deviendraient également à risque d'épuisement en raison de l'augmentation de la fréquence de leurs contacts avec la personne suicidaire (Wolk-Wasserman, 1986), puisqu'ils n'ont plus d'espace personnel (Séguin, 1991). Sun et Long (2008) soulignent qu'en plus d'assurer la sécurité de l'individu, les proches veilleraient à créer un environnement sain favorisant le rétablissement, en soutenant la personne aimée, ainsi qu'en misant sur la renaissance de l'espoir. Ils aideraient de plus au niveau des tâches de la vie quotidienne de façon à ce que l'individu recouvre la santé physique, en lui prodiguant également des soins et en lui

proposant certaines activités. Ces auteurs mentionnent aussi que les proches axent principalement davantage leurs soins au niveau physique (par exemple : prodiguer des soins physiques, préparer des repas santé, accompagner la personne à l'hôpital si la situation change, aider pour le traitement et pour les rendez-vous, s'assurer la prise de médication, se préoccuper de la qualité de sommeil), plutôt que sur la santé mentale. De la même manière, d'autres auteurs mentionnent certaines actions posées par des proches dans le but de venir en aide à l'individu suicidaire. En effet, en plus de les encourager à aller chercher de l'aide (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999b), ils peuvent les écouter et leur donner des conseils (Wolk-Wasserman, 1986), les encourager à entretenir des activités (St-Arnaud, 1999) ou encore leur prodiguer une aide de manière pratique (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999b).

De manière parallèle, au niveau de la sphère comportementale, les proches réagissent non seulement à l'égard de l'individu, mais également par rapport à eux-mêmes, dans le but de s'adapter à la situation. Ils adopteraient des mécanismes orientés vers l'action tels que se garder occupés ou effectuer des tâches physiques de façon à s'épuiser physiquement et ainsi se libérer l'esprit (Sun et al., 2008).

Toutefois, malgré l'implication de plusieurs dans les soins, il ne faut pas passer sous silence que certains adoptent des comportements opposés. Ces derniers pourraient découler des conséquences négatives sur le proche du fait d'accompagner un individu suicidaire. Magne-Ingvar et Öjehagen (1999b) ont effectué une étude auprès

de 81 proches au moment où l'individu suicidaire était admis dans un hôpital suite à une tentative de suicide. Ils avaient alors identifié qu'au niveau physique, 16 % des personnes interrogées affirmaient se sentir physiquement mal, et 25 % rapportaient des difficultés au niveau du sommeil, de l'appétit et/ou de l'humeur. Ils ont ensuite voulu mieux comprendre la perception à long terme des proches à l'égard de la situation, leur bien-être et leur implication auprès de la personne en souffrance sur une plus longue période de temps. Ils ont alors effectué une étude subséquente auprès de ces mêmes proches environ un an suite à la tentative de suicide du membre de leur entourage (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a). Ainsi, un an après la tentative, les proches rapportaient alors divers symptômes tels que de la fatigue (31 %), des maux de tête (30 %), du découragement (28 %), des douleurs épigastrique (28 %) et un manque de sommeil (25 %). Au même moment, alors que 47 % éprouvaient des difficultés financières, 32 % recevaient des services de la part d'un professionnel, alors que 16 % sentaient en avoir besoin. Le tiers des personnes interrogées affirmaient souffrir de quatre symptômes ou plus, que ce soit physique et/ou mental, mais ces derniers étaient plus enclins à entretenir des interrogations et à manquer de soutien social. Également, près de la moitié des 84 proches n'avaient pas parlé de la tentative avec l'individu et des questionnements demeurent latents pour 42 % des proches. Outre le fait de ne pas aborder le sujet avec l'individu suicidaire, les proches peuvent adopter d'autres comportements plutôt « négatifs ». Certains décident tout simplement de mettre fin à la relation avec l'individu suicidaire (Morissette, 1984; Séguin, 1991; Séguin & Huon, 1999; Wolk-Wasserman, 1986), notamment en raison de l'épuisement suscité

(Morissette, 1984; Séguin, 1991; Sun & Long, 2008; Tousignant & Séguin, 1999). Aussi, tel que le souligne Sun et al. (2008) dans leur étude auprès de familles taïwanaises, certains membres décident de ne pas réagir et de laisser la vie choisir le cours des événements. De plus, tel que mentionné précédemment, les proches peuvent éprouver des désirs de mort à l'égard de l'individu suicidaire et il arrive que ces derniers les expriment directement à la personne, avec hostilité (Rosenbaum & Richman, 1969; Wolk-Wasserman, 1986). Ces souhaits peuvent également être agis de façon non verbale par un refus d'agir alors qu'une tentative devient imminente ou même qu'elle est en cours (Wolk-Wasserman, 1986).

De plus, les réactions comportementales pourraient être influencées par les perceptions entretenues à l'égard du suicide ainsi que par les émotions suscitées. En effet, Noronha (2000), dans son analyse qualitative auprès de cinq parents d'adolescents suicidaires, mentionne que, si le père et la mère perçoivent la tentative comme un geste visant la manipulation ou la recherche d'attention, ils pourraient adopter une attitude négative à l'égard de leur enfant. Ils pourraient lui dire que, la prochaine fois, s'il désire réellement mourir, ils lui montreraient la manière d'y arriver, ou encore ils le punissent pour son geste.

Ainsi, en réaction aux comportements suicidaires d'un être aimé, les proches peuvent émettre des comportements d'aide visant le rétablissement de l'individu et la

sécurité de ce dernier. Toutefois, ils peuvent également adopter des gestes opposés en réagissant avec hostilité ou encore mettre fin à la relation.

### **Différents profils de proches**

Les perceptions, les réactions aux messages suicidaires, les émotions et les comportements ne constituent pas des catégories indépendantes. En fait, la façon dont le membre de l'entourage se situe dans chacun de ces éléments contribue à former différents profils de proches. Identifier dans quel profil se situe un proche pourrait permettre à l'intervenant d'optimiser sa compréhension du proche, de même que de diriger son intervention, de façon à la rendre plus efficace. Cette section présentera certains types de proches.

Mishara (1995), à partir de son expérience clinique auprès des proches, sur la ligne d'écoute et en face à face, à Suicide-Action Montréal, identifie dix profils de proches. « L'aidant » constitue la façon idéale de réagir, dans laquelle l'individu écoute sans jugement, pose des questions claires et appropriées par rapport à la planification et ce qui cause les idéations, exprime de l'empathie, aide à trouver des façons de résoudre le problème et propose des ressources. « La future victime » est un autre profil où le proche anticipe quant à lui un possible deuil par suicide et son attention est concentrée sur cette perte éventuelle. Puisque ce type de proche est préoccupé par lui-même, il ne pourra pas vraiment offrir de l'aide. « Le diable ou la mauvaise personne » représente le type de proche qui demeure persuadé que la personne éprouve des idéations suicidaires en raison



de ce qu'il a fait ou non, et éprouve ainsi de la culpabilité. « Le martyr ou le saint » sent qu'il a fait tout ce qu'il était possible de faire pour venir en aide à la personne et qu'il n'y a plus rien à faire de plus. Ce dernier ressent alors de l'injustice puisqu'il a fourni beaucoup d'efforts et d'énergie, qu'il a toléré énormément, et que la personne pense toujours au suicide. « L'aveugle » ne croit simplement pas que l'individu envisage réellement le suicide. Il peut ignorer les signes flagrants, ainsi que les propos des autres confirmant les idéations, et si la personne passe à l'acte, il peut croire à un accident. « L'agneau de Dieu » sentira qu'il a absorbé les troubles et l'angoisse, transportant alors la souffrance émotionnelle et psychologique de l'individu, alors que ce dernier peut avoir résolu ses problèmes et se sentir désormais mieux. « Le traître » représente le proche qui ressent qu'il a trahi la personne en révélant son secret, s'il a contacté un service d'aide ou parlé à un autre membre de l'entourage. « La victime d'extorsion » croit que les idéations suicidaires constituent un moyen de manipuler, et il ignorera par conséquent la souffrance de la personne. « Le soldat puissant » mettra l'accent sur les manières concrètes de résoudre le problème en ignorant toutefois l'aspect émotionnel. Finalement, « la personne en crise » constitue le profil de proche éprouvant un niveau d'anxiété si intense qu'il pourrait alors engendrer des idéations suicidaires chez lui-même.

Suite à cette recension de la littérature, Mishara semble être le seul auteur à avoir effectué une typologie des proches et cette dernière n'est présentement pas utilisée dans l'intervention auprès d'eux sur la ligne d'écoute et de prévention du suicide de

Drummondville, et aussi possiblement au sein des autres CPS. Cette typologie constitue une avenue intéressante, mais qui nécessiterait davantage de réflexion et de recherche. En effet, Mishara affirme avoir construit celle-ci à partir de son expérience clinique auprès des proches. Toutefois, il ne précise pas la manière dont il est arrivé à cette typologie et si des proches peuvent passer d'un type à l'autre pendant leur accompagnement de la personne suicidaire. Il serait également pertinent de déterminer si tous les types de proches communiquent avec les centres de prévention du suicide pour obtenir de l'aide. Si oui, il importerait d'établir si les individus des dix profils ont des besoins différents. En analysant les profils, il est possible de déceler différentes émotions selon les types de proches. Ainsi, il serait logique que les besoins diffèrent. Finalement, serait-il possible de regrouper certains profils en fonction des émotions et des besoins des proches? Identifier le type de proche pourrait permettre de mieux orienter l'intervention pour venir en aide à l'entourage. Toutefois, le fait qu'il y ait dix types différents pourrait rendre plus ardu la tâche d'identifier lequel correspond à celui du proche, notamment au cours d'un seul appel téléphonique, en plus des autres interventions à effectuer. Ainsi, le fait de regrouper certains profils ou en diminuer le nombre pourrait être plus facilitant pour les intervenants.

### **Besoins des proches**

Trois concepts émergeraient de la littérature quant aux besoins des proches qui, si répondus, permettraient de diminuer l'intensité des émotions négatives et de favoriser l'adoption de comportements d'aide (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a) : le besoin

d'éducation et d'information, le besoin de soutien, ainsi que le besoin d'être impliqué dans le suivi ou les traitements (Beautrais, 2004; Centre for Suicide Prevention of Calgary, 2009; Nirui & Chenoweth, 1999). Cette section présentera ainsi les divers besoins des proches dans un contexte d'intervention formelle, soit lorsqu'ils reçoivent de l'aide par les intervenants.

### **Besoin d'éducation et d'information**

Les proches désireraient bénéficier d'informations qui permettraient notamment de normaliser leur vécu, en plus de favoriser leur compréhension et d'optimiser leurs réactions positives (Wagner et al., 2000). Toutefois, dans leur étude auprès de 84 proches, Magne-Ingvar et Öjehagen (1999a) rapportent que la majorité d'entre eux considère ne pas avoir reçu suffisamment d'informations. En fait, 66 % des proches de patients internés pour tentative de suicide déplorait le manque d'informations quant à la situation de l'individu, élément de frustration également rapporté par Beautrais (2004) en lien avec le secret professionnel. Les membres de l'entourage désirerait recevoir de l'information et des outils, de façon à connaître les divers moyens qu'ils peuvent prendre pour protéger l'individu (Talseth et al., 2001), pour comprendre les limites de la confidentialité des divers professionnels (Beautrais, 2004), pour savoir comment imposer ses limites (Banister, 1996), ainsi que pour mieux comprendre le processus suicidaire (Noronha, 2000) et savoir comment intervenir (Beautrais, 2004). De plus, certains souhaiteraient de la psychoéducation par rapport à la gestion du stress et à la

résolution de problèmes, de façon à pouvoir transmettre ces acquis à la personne (Beautrais, 2004).

### **Besoin de soutien**

Les proches revendiquent du soutien professionnel afin d'améliorer leurs rapports avec l'individu suicidaire et de devenir à leur tour une source de soutien adéquate (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999b; Mishara et al., 2005). Magne-Ingvar et Öjehagen (1999b), dans leur étude auprès de 81 proches soulèvent que, même si 73 % rapportent bénéficier d'une personne de confiance pour se confier, 37 % d'entre eux souhaiteraient recevoir de l'aide pour eux-mêmes, alors que 53 % désireraient recevoir du soutien conjointement avec la personne suicidaire. Ce pourcentage de proches désirant recevoir de l'aide diminuerait un an après la tentative, alors que 29 % souhaiteraient de l'aide pour eux-mêmes et 46 % aimeraient un suivi thérapeutique avec l'individu en souffrance (Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a). De plus, Noronha (2000), dans son étude auprès de 5 parents d'adolescents suicidaires, mentionne que ces derniers souhaiteraient pouvoir disposer de groupes de soutien afin d'améliorer leur compréhension. Finalement, les proches pourraient bénéficier de soutien professionnel individuel, notamment pour exprimer leurs sentiments, de même que pour les rassurer et les normaliser dans le fait que les émotions négatives qu'ils ressentent demeurent compréhensibles (Beautrais, 2004).

### **Besoin d'être impliqué dans le suivi et dans le traitement**

Les proches désirent participer au traitement de l'individu suicidaire, notamment lorsque celui-ci se trouve hospitalisé (Talseth et al., 2001). Tout d'abord, Magne-Ingvar et Öjehagen (1999a) ont effectué une étude auprès de 84 proches de 84 personnes qui ont été admis dans un hôpital suite à une tentative de suicide. Quarante-huit pour cent des individus ayant effectué une tentative ont été référés soit pour des traitements psychiatriques à l'interne (65 %) ou des traitements à l'externe (31 %). De ceux ayant reçu des services à l'interne, environ le tiers (31 %) des proches fut impliqué dans les soins, mais considérait insuffisante cette implication. De ceux n'ayant pas participé au suivi, la majorité aurait souhaité l'être (seulement quatre ne l'auraient pas désiré). Le ratio d'intégration des proches au traitement diminue davantage chez les patients traités à l'externe. En effet, seulement 11 % furent impliqués, alors que 42 % auraient souhaité l'être. Ce désir d'implication se poursuivrait également suite à la sortie de l'hôpital.

Ce besoin d'être impliqué, s'il n'est pas répondu, pourrait affecter le bien-être du proche. En effet, lorsque les professionnels ne permettent pas à l'entourage de participer au traitement, cela contribuerait à entraîner un sentiment d'abandon et d'isolement chez celui-ci, entravant ainsi l'aide apportée à l'individu suicidaire (Talseth et al., 2001).

Toutefois, même si plusieurs auteurs soulèvent le besoin de se sentir impliqués dans l'intervention, Millman, Strike, Van Soest, Rosen et Schmidt (1998) évoquent que certains proches pourraient désirer qu'une autre personne prenne la situation en main. En

effet, le transfert de la responsabilité constituerait un de leurs possibles besoins lorsqu'ils communiquent avec un centre d'écoute. Toutefois, il s'agit de deux contextes d'intervention différents. Les études de Talseth et al. (2001), et de Magne-Ingvar et Öjehagen (1999a) concernaient les individus hospitalisés. De plus, Millman et al. sont les seuls auteurs qui évoquent le besoin de transfert des responsabilités et ce postulat provient d'expériences cliniques. Il serait alors pertinent d'effectuer des recherches supplémentaires pour mieux approfondir le phénomène. Par exemple, cela pourrait permettre de comprendre dans quelle proportion ce besoin se manifeste, chez quel type de proche, dans quel contexte, etc.

### **Pertinence d'inclure les proches dans l'intervention**

Indépendamment des besoins d'implication exprimés par les proches, plusieurs auteurs (Alanen, Rinne, & Paukkonen, 1981; Bellak & Siegel, 1983; Morissette, 1984; Shneidman, 1981) soulignent l'importance d'inclure les proches dans l'intervention puisque cela permettrait non seulement de répondre aux besoins exprimés par ces derniers, mais représenterait un apport pertinent au sein de l'intervention auprès de l'individu suicidaire. En effet, en plus d'outiller davantage les membres de l'entourage soutenant la personne en souffrance, les intégrer permettrait d'éviter leur désinvestissement. Finalement, ces derniers constitueraient des compléments d'information pour les professionnels. Cette section présentera ces divers avantages associés à l'inclusion des proches dans le processus d'intervention.

### **Apports positifs à l'égard de l'individu suicidaire et apport en prévention**

Les proches constituent un facteur de protection majeur face au suicide (Bille-Brahe et al., 1999; Eskin, 1995; Houle et al., 2005; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1993; Mishara & Houle, 2008; Murphy, Wetzell, Robins, & McEvoy, 1992; Veiel, Brill, Häfner, & Welz, 1988). En effet, ces derniers possèdent une influence positive à divers niveaux sur la personne en proie à des idéations suicidaires. En plus de représenter une raison de vivre, ils demeurent une source majeure de soutien. Le soutien de la famille et des amis peut se manifester sous diverses formes telles qu'agir à titre de confident, organiser des activités avec l'individu ou encore lui venir en aide pour des besoins d'ordre matériel (Mishara & Houle, 2008). Ils contribuent également à fournir un environnement sécuritaire (Barksdale et al., 2009).

Plusieurs auteurs soulignent que, lorsque ce soutien est inexistant, problématique ou inefficace, le risque de passage à l'acte augmente. En effet, plusieurs auteurs établissent un lien entre le manque de soutien social et le suicide (Hart, Williams, & Davidson, 1988; Heikkinen, Aro, & Lönnqvist, 1994; Magne-Ingvar, Öjehagen, & Träskman-Bendz, 1992; Veiel et al., 1988). Houle et al. (2005), dans leur étude comparant 40 hommes ayant fait une tentative et 40 n'ayant pas posé ce geste, mentionnent que ceux ayant tenté de s'enlever la vie percevaient moins de soutien de la part de leur entourage et affirmaient être insatisfaits de l'aide reçue. En effet, 48 % rapportent des réactions négatives de la part de leurs proches.

Ensuite, tel que mentionné précédemment, être un proche d'une personne suicidaire peut entraîner de l'épuisement physique et émotionnel, en raison de l'inquiétude constante d'un nouveau passage à l'acte, des émotions suscitées, des actions entreprises pour soutenir l'individu ainsi que des demandes constantes. Cela contribue à engendrer une certaine vulnérabilité chez l'entourage et lorsque ces derniers n'arrivent plus à tolérer les conséquences de la situation, ils deviennent alors moins soutenant (Houle et al., 2005), inaptes à procurer de l'aide à l'individu suicidaire (Sun & Long, 2008) et susceptibles de s'éloigner progressivement ou de mettre un terme définitif à la relation (Mishara & Houle, 2008; Morissette, 1984). Puisque les proches constituent un puissant facteur de protection, les individus suicidaires deviennent plus à risque de commettre une tentative de suicide s'ils ne peuvent plus compter sur la présence et le soutien de leur entourage. En effet, dans les semaines précédant un passage à l'acte, il devient possible d'observer une désintégration du réseau social (Heikkinen et al., 1994; Mishara & Houle, 2008; Sun & Long, 2008; Tousignant & Séguin, 1999; Tousignant, Séguin, Lesage, Chawky, & Turecki, 2003), ou encore des conflits (Fieldsend & Lowenstein, 1981). En effet, Fieldsend et Lowenstein (1981), dans leur étude auprès de 176 personnes ayant fait une tentative, observent que dans 35 % des cas, un conflit familial s'est produit dans les deux jours précédant le passage à l'acte.

Mishara et Houle (2008) soulignaient qu'inclure les proches dans l'intervention formelle permettait de diminuer leur sentiment d'impuissance, de générer de l'espoir et d'optimiser la relation entre eux et la personne suicidaire. Cela pourrait ainsi contribuer



à réduire l'épuisement des proches, et ainsi maintenir le réseau social et renforcer le filet de sécurité autour de la personne suicidaire, aidant alors à prévenir les tentatives de suicide (Mishara & Houle, 2008). De plus, en apportant de l'aide aux proches, les professionnels aident également, indirectement, l'individu suicidaire. En effet, les proches deviendront davantage outillés pour prendre soin d'eux-mêmes et de la personne, donc seront mieux préparés pour faire face à la réalité que la situation pourrait leur faire vivre (Séguin, 1991).

Finalement, l'aspect préventif dans l'inclusion des proches dans l'intervention se situe non seulement dans la prévention de la désintégration du réseau social, mais également au niveau de la réduction du risque d'une future récurrence. Tel que mentionné précédemment, les proches se retrouvent fréquemment incombés des soins ou doivent se substituer aux professionnels à la sortie de l'hôpital (Boulianne, 2005). Il devient alors primordial d'outiller efficacement l'entourage afin que celui-ci demeure adéquat dans son rapport à la personne suicidaire, notamment en raison du fait que les récurrences surviendraient généralement dans les premiers mois suivants la tentative initiale (D'Amours, 1997; James & Hawton, 1985, cités dans Noronha, 2000; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1996; Morissette, 1984) et que celles-ci seraient liées aux réactions des proches (James & Hawton, 1985, cités dans Noronha, 2000). Dans certains cas, la létalité des moyens augmenterait lors de la récurrence, augmentant ainsi le risque qu'elle mène à un suicide complété (D'Amours, 1997; Morissette, 1984).

Ainsi, inclure les proches dans l'intervention devient pertinent non seulement en raison des bienfaits que ces derniers apportent à l'individu suicidaire, mais également au niveau de la prévention d'un passage à l'acte en diminuant le risque de désintégration du réseau social. Outre l'aspect préventif, les proches peuvent également constituer un apport positif dans l'intervention des professionnels auprès de la personne suicidaire.

### **Apport dans l'intervention**

Tout d'abord, il demeure pertinent d'inclure les proches dans les interventions ponctuelles formelles, y compris en ce qui concerne l'évaluation. En effet, ces derniers peuvent s'avérer être des compléments d'information en apportant des données nouvelles, ainsi qu'une perspective additionnelle, et ce, tant dans l'évaluation que dans la planification du traitement (Bongar & Sullivan, 2013; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a, 1999b). Les proches constituent un accès direct à l'individu suicidaire, de par leur relation avec celui-ci, leur permettant de travailler au niveau de l'espoir et de la motivation (Séguin & Huon, 1999), favorisant ainsi l'adhésion au traitement proposé par les professionnels.

Ensuite, en apportant un soutien aux membres de l'entourage, les intervenants parviendraient, par l'intermédiaire de ces derniers, à faire diminuer les idéations suicidaires chez la personne en souffrance (Séguin, 1991). En effet, intégrer et soutenir les proches permet, dans certains cas, de rejoindre et d'intervenir indirectement auprès de personnes n'allant pas d'eux-mêmes chercher de l'aide. L'étude de Mishara et

al. (2005) visait l'entourage d'hommes à haut risque suicidaire communiquant avec Suicide Action Montréal. Les chercheurs tentaient de déterminer s'il est possible de venir en aide à une clientèle ne contactant pas les professionnels en soutenant et en outillant leurs proches. En effet, à la suite de la participation des proches dans le programme, le nombre d'hommes tentant de se suicider diminuait considérablement (25 deux mois avant l'étude versus 9 deux mois plus tard), tout comme ceux entretenant de sérieuses idéations suicidaires (97 versus 45). Toutefois, la méthode de leur étude consistait à questionner les proches à propos d'idéations ou de tentatives de la part de la personne suicidaire dans les deux derniers mois. Il est alors davantage probable que les proches rapportent soit des idéations ou une tentative lors de leur premier contact que deux mois plus tard, alors qu'ils communiquent avec le centre dans le but de recevoir du soutien afin de venir en aide à l'individu suicidaire. De plus, selon la perception du proche, ces derniers ressentaient moins de sentiments dépressifs (83 versus 25). De son côté, l'entourage, en plus de rapporter un niveau inférieur de détresse psychologique et un éventail plus vaste de stratégies d'adaptation, affirmait connaître une amélioration considérable de la communication avec l'homme suicidaire (Mishara et al., 2005).

Ensuite, les proches agissent fréquemment à titre d'intermédiaire entre l'individu suicidaire et les ressources du réseau de la santé (Mishara & Houle, 2008). En effet, ils possèdent un rôle dans la reconnaissance du besoin de recevoir de l'aide et dans la recherche des ressources (Barksdale et al., 2009; Logan & King, 2001). Bien souvent, ce sont eux qui insistent auprès de la personne pour qu'elle accepte de consulter un

professionnel et qui vont ensuite entreprendre les premières démarches pour trouver de l'aide. De plus, en raison de leurs contacts avec l'individu, ils sont plus à même de détecter des changements, voire une aggravation de son état (Mishara & Houle, 2008). Aussi, les proches peuvent constituer un soutien dans la poursuite et l'application des traitements (Logan & King, 2001; Magne-Ingvar & Öjehagen, 1999a). Ainsi, les proches agissent au niveau de la détection du besoin d'aide, dans les démarches pour l'obtenir ainsi que dans la rétention en traitement.

En somme, les proches constituent la première ligne d'intervention qui sera par la suite complétée par l'aide offerte par les professionnels. En effet, les proches représentent un puissant facteur de protection, en constituant une source majeure de soutien ainsi qu'en effectuant le relai entre l'individu et les ressources susceptibles de lui venir en aide. Inclure l'entourage dans l'intervention permet également de prévenir leur désinvestissement auprès de l'individu suicidaire, diminuant ainsi le risque de tentative. De plus, intégrer les proches constitue un avantage pour les professionnels puisqu'ils deviennent des compléments d'information et permettent d'atteindre des clientèles ne contactant pas d'eux-mêmes les ressources.

#### **Intervention auprès des proches de personnes suicidaires communiquant avec un centre de prévention suicide**

Tel que mentionné précédemment, les proches peuvent recevoir des services de divers milieux (hospitalier, réseau public, organismes communautaires). Si des informations provenant de ces divers contextes d'intervention étaient incluses dans les

sections précédentes, celle-ci se concentrera exclusivement sur les centres de prévention du suicide. Cette section présentera les différentes actions conseillées par les auteurs dans l'aide à accorder à l'entourage d'un individu suicidaire, de même que le plan d'intervention employé plus précisément au Centre d'écoute et de prévention suicide de Drummondville (CEPSD). De plus, deux études (Mishara et al., 2005; Veilleux, 1991) concernant des programmes visant les proches mis en place dans certains centres de crise seront présentées, ainsi que les différents impacts de ces derniers chez la personne suicidaire, de même que chez l'entourage.

Tout d'abord, rappelons que, alors que les centres de crise offrent généralement de l'aide aux proches de personnes suicidaires, peu de données empiriques existent sur lesquelles baser leurs interventions ou programmes (Mishara et al., 2005).

En effet, très peu d'informations peuvent être recueillies dans la littérature concernant la procédure à suivre pour venir en aide et répondre aux besoins des proches, ainsi que prévenir le suicide via l'entourage. Ce manque de données empiriques s'observe également par rapport aux cadres de référence sur lesquels s'appuient les programmes ou méthodes d'intervention dans les centres de prévention suicide. Malgré tout, quelques auteurs (Millman et al., 1998; Mishara, 1995; Séguin & Huon, 1999) proposent tout de même certaines marches à suivre. Comme ces dernières concordent avec celles employées au CEPSD, les informations suivantes constituent la démarche

normalement utilisée par les intervenants sur la ligne téléphonique, en plus de résumer les propos des chercheurs.

Lorsqu'un proche communique avec un centre de prévention suicide, il est recommandé de lui permettre de ventiler et de normaliser ses émotions. Il devient alors pertinent de le soutenir, de l'encourager et de le valoriser. Toutefois, dans certains cas, en raison de la réalité traversée par l'appelant, ce dernier peut se retrouver également en état de crise et éprouver de la panique. Il devient alors recommandé de travailler avec le proche à diminuer l'intensité des émotions et d'intervenir sur ses stratégies d'adaptation. Si ce dernier entretient des idéations suicidaires, l'intervenant doit alors poser des actions à ce niveau. Le statut de l'appelant passerait alors de celui de « proche » à celui de « personne suicidaire ». Le désir et la capacité d'aider du proche sont ensuite évalués, de même que ses perceptions à l'égard de la problématique. Si ce dernier entretient des croyances erronées, de la psychoéducation peut alors être effectuée à ce niveau. Ensuite, s'il est possible de parler directement avec la personne suicidaire (le proche est en sa présence ou elle est joignable par téléphone, et qu'elle accepte), l'intervenant discutera avec elle pour évaluer l'urgence suicidaire et effectuer l'intervention appropriée. Toutefois, s'il y a impossibilité de parler directement avec l'individu en souffrance, l'intervenant évaluera, à l'aide des informations détenues par le proche, l'urgence suicidaire. Ainsi, pour évaluer le risque de passage à l'acte, plusieurs éléments seront pris en compte : la présence de planification suicidaire, l'accessibilité à un moyen létal, s'il y a tentatives antérieures, la capacité d'espérer un changement, la consommation, le

niveau de contrôle, la présence d'un réseau de soutien et la capacité à prendre soin de soi. De plus, de l'information peut être remise à l'appelant concernant chacun de ces facteurs ainsi que de leur importance et de leur influence. Comme certaines informations peuvent manquer ou être inconnues du proche, l'intervenant l'accompagnera dans la façon d'aborder le sujet avec l'individu suicidaire et de l'évaluer. Séguin (1991) considère important que les proches puissent reconnaître les messages suicidaires et sachent comment y réagir. Elle recommande donc qu'une intervention soit effectuée à ce niveau. Toutefois, cela n'est pas inclus dans le protocole d'intervention téléphonique avec les proches, du moins au CEPSD. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'il est difficile de d'aborder autant d'éléments au cours d'un seul appel téléphonique. Outre l'évaluation et les informations remises au proche, l'intervenant et lui établiront ensemble un plan d'action pour venir en aide à la personne en souffrance. Ainsi, le proche sera encouragé à impliquer d'autres membres de l'entourage, de façon à ne pas supporter seul la situation et créer un filet de sécurité autour de l'individu suicidaire. De plus, dépendamment de la situation vécue par la personne souffrante et de l'urgence, diverses ressources seront proposées. Le proche recevra alors des références d'organismes et de l'information lui sera transmise concernant les services d'Info-Social (811) la loi P-38 (qui stipule que si l'état mental d'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui, elle pourrait, pour la sécurité des personnes concernées, être amenée dans un centre hospitalier sans son consentement). L'intervenant fournira également certains conseils afin de stimuler le désir de vie présent dans l'ambivalence de la personne suicidaire. Le proche se verra ensuite encouragé à prendre soin de lui et à

obtenir du soutien pour l'aider à traverser cette situation, ainsi que fortement encouragé à recontacter le centre afin de poursuivre le processus avec lui ou de compléter l'évaluation. Outre l'intervention téléphonique, certains centres de prévention du suicide offre des services supplémentaires aux proches. Au CEPSD, il sera demandé aux appelants s'ils désirent qu'un intervenant les rappelle pour effectuer un suivi des actions qui seront posées par le proche suite à l'appel, mais également pour continuer à ventiler sur la situation. Également, une rencontre en face à face peut leur être proposée si les proches désirent du soutien supplémentaire. Certains autres centres de prévention du suicide au Québec offrent des rencontres ou du parrainage téléphonique, par exemple celui de Haut-Richelieu, de Lanaudière, de Sorel et Suicide-Action Montréal.

Concernant les programmes d'intervention offerts aux proches, Suicide-Action Montréal (SAM) a observé que 35,87 % des proches (1400 des 3903) appelaient pour des hommes entre 20 et 55 ans pour qui ils s'inquiétaient. Il s'agit du groupe d'âge le plus à risque de mourir par suicide et ces hommes font moins appel que les femmes aux centres de prévention suicide pour recevoir de l'aide pour eux-mêmes. Suicide-Action Montréal a alors décidé de s'attarder à l'intervention avec les proches de ces hommes suicidaires. En effet, les intervenants du centre ont émis l'hypothèse qu'en soutenant et en outillant les proches, des effets bénéfiques en découleraient non seulement chez ces derniers, mais également chez l'individu suicidaire. Ainsi, cinq programmes basés sur l'approche orientée vers les solutions furent mis sur pied pour tester l'hypothèse. Le premier consistait en une rencontre d'informations, un programme déjà offert par SAM.



Le deuxième, la rencontre info-plus, était une rencontre d'informations à laquelle s'ajoutait un appel téléphonique de suivi la semaine suivante. Le troisième, « accès direct » visait des démarches de références rapides de l'homme suicidaire vers des ressources spécialisées en santé mentale. Le quatrième, la rencontre familiale, consistait en trois ou quatre rencontres, dans lesquelles le proche se présentait accompagné d'un autre membre de la famille et de l'individu suicidaire, si ce dernier le désirait. Le cinquième consistait à du parrainage téléphonique sur une période maximale de huit semaines entre le proche et un intervenant (Mishara et al., 2005).

En général, à la suite de la participation des proches à un des programmes, les hommes suicidaires entretenaient moins d'idéations suicidaires, commettaient moins de tentatives, étaient moins nombreux à se sentir déprimés et présentaient une augmentation de leurs contacts sociaux. La communication entre le proche et la personne en souffrance s'en trouvait également considérablement améliorée. Le membre de l'entourage en bénéficiait à son tour, rapportant un niveau moindre de détresse psychologique, ainsi qu'un éventail plus vaste de stratégies d'adaptation (Mishara et al., 2005).

Parmi les divers programmes, celui de parrainage téléphonique semble obtenir des résultats davantage satisfaisants, notamment au niveau de la communication, de la compréhension des problématiques de santé mentale, de l'utilisation des ressources, ainsi que des stratégies d'adaptation des proches. Il semble répondre également

davantage aux besoins des participants. Le programme d'accès-direct n'a connu, quant à lui, aucune augmentation au niveau de l'utilisation des ressources, alors qu'il s'agissait de son objectif premier. Le programme de rencontre familiale n'a pu avoir lieu en raison du manque flagrant de participants, qui hésitaient à impliquer un autre membre de la famille (Mishara et al., 2005).

Parallèlement, Veilleux (1991) effectua une étude quasi expérimentale auprès de cinquante proches communiquant avec le Centre de prévention suicide de Québec, comprenant un pré-test, et un post-test après deux mois ainsi que deux ans plus tard. Les participants du groupe expérimental remplissaient des questionnaires et rencontraient un intervenant. Lors de cette rencontre, ils recevaient de l'information sur la problématique, sur les ressources qui existent, sur la façon de venir en aide en respectant leurs limites, ainsi que comment soutenir l'individu souffrant. Les participants du groupe témoin, quant à eux, remplissaient seulement des questionnaires au téléphone. Étonnamment, après deux ans, les proches ayant participé à la rencontre d'informations étaient peut-être en plus grand nombre encore en relation avec l'individu suicidaire, mais ils éprouvaient davantage d'émotions négatives telles que de la culpabilité ou le sentiment d'être manipulés, affectant ainsi leur bien-être général. Les participants du groupe contrôle mentionnaient en plus grand nombre s'être éloigné ou avoir mis fin à la relation, mais éprouvaient moins d'émotions négatives. Même si le fait d'avoir mis fin à la relation semble avoir affecté moins négativement le bien-être général du proche, cela ne signifie pas qu'il s'agit d'une solution positive. En effet, tel que mentionné précédemment, un

bris de relation augmente le risque d'un passage à l'acte. De plus, comment comprendre que les proches ayant reçu des informations, du soutien et certains outils de la part du centre éprouvent davantage d'émotions négatives que ceux du groupe témoin? L'auteur explique l'état des participants du groupe expérimental par le fait que la rencontre de tiers provoquerait l'effet d'impliquer davantage les proches auprès de la personne suicidaire, qui elle demande du soutien à ces derniers sans se tourner vers des ressources professionnelles. Ainsi, puisque l'individu suicidaire fournirait peu d'efforts, ceux des proches s'avèrent vains, engendrant ainsi des sentiments d'impuissance, de culpabilité et d'agressivité. L'auteur soulève également la difficulté, dans une rencontre de trois heures, d'informer les proches, de leur montrer à mettre leurs limites et de les aider à responsabiliser l'individu suicidaire. Il évoque la possibilité qu'une seule rencontre soit insuffisante pour intervenir efficacement au niveau du vécu éprouvant des proches en plus de les guider dans les actions à poser pour venir en aide à l'individu suicidaire. Toutefois, effectuer plusieurs rencontres avec les proches pourrait être onéreux pour le centre et difficile à coordonner. Il mentionne à ce propos qu'il devient possible qu'un programme de parrainage téléphonique soit plus adéquat et économique, même si cela n'était pas évalué dans l'étude.

En somme, intervenir auprès des proches peut avoir un impact direct au niveau des idées et des comportements suicidaires chez l'individu en souffrance. Également, cela semble avoir une influence positive sur la relation entre les deux personnes. Toutefois, l'intervention avec les proches risque de leur ajouter une pression

supplémentaire dans le soutien à l'individu suicidaire, risquant, à long terme, d'affecter négativement le bien-être des proches. C'est pourquoi les auteurs proposent une intervention étalée sur plusieurs semaines. En effet, en plus de l'intervention habituellement effectuée par les intervenants sur les lignes d'écoute, un programme de parrainage téléphonique semble prometteur à plusieurs niveaux, notamment dans la réduction de la détresse psychologique chez les proches.

### **But de l'étude et hypothèses de recherche**

Si la plupart des études sur la problématique du suicide portent sur les individus suicidaires ou les endeuillés, certaines se sont tout de même intéressées aux proches. Les auteurs de ces études, pour plusieurs, cherchaient à mieux comprendre le vécu des proches, leur réalité, ainsi que les émotions qu'ils vivent. Ils ont également cherché à cerner leurs perceptions à l'égard du suicide et leur façon de réagir lorsqu'ils sont confrontés à la problématique. Les études ont ainsi permis de mettre en lumière que les proches perçoivent généralement les messages suicidaires, mais qu'en raison de leurs perceptions, plusieurs ne réagissent pas de manière aidante pour l'individu. Les études ont également identifié les émotions négatives vécues par les proches et l'épuisement que le fait d'accompagner un individu suicidaire à long terme peut entraîner. Si cette situation perdure, le proche pourrait en venir à s'éloigner de la personne en souffrance ou mettre fin à la relation, ce qui augmenterait le risque de passage à l'acte. Ensuite, par rapport à l'intervention auprès des proches, les études ont permis d'identifier les besoins d'information, de soutien et celui d'être impliqués dans l'intervention, ressentis par les

proches. Les auteurs ont également fait des études pour mieux comprendre les impacts de l'intervention avec les proches, non seulement chez ces derniers, mais également chez l'individu suicidaire. Certains auteurs ont également cherché à déterminer quels services supplémentaires à l'intervention téléphonique pourraient être bénéfiques. Même si les études ont permis de mieux comprendre la réalité des proches, leurs besoins et les interventions à privilégier, certaines informations demeurent manquantes ou insuffisamment étudiées. En effet, les besoins généraux en intervention ont été identifiés, mais il serait pertinent de déterminer s'ils sont les mêmes dans le contexte spécifique de l'intervention téléphonique dans les centres de prévention suicide. Aussi, la littérature actuelle ne permet pas de bien comprendre l'état d'esprit des proches lorsqu'ils communiquent avec le centre. Aussi, les chercheurs ont effectué des études pour mettre sur pied des programmes complémentaires à l'intervention téléphonique, mais est-ce que celle-ci est réellement adaptée au vécu et aux besoins proches? De plus, doit-on appliquer la même intervention à tous les appels de proches ou davantage l'adapter? C'est autour de ces questions que s'inscrit la présente recherche.

Tel que mentionné précédemment, un seul appel téléphonique est insuffisant pour soutenir le proche, évaluer l'urgence et accompagner la personne dans les actions à poser auprès de la personne suicidaire. Alors qu'il est demandé aux appelants de rappeler, ces derniers ne le font que très rarement. Ainsi, une question se pose : Est-ce que l'intervention auprès des proches sur la ligne d'écoute permet réellement de répondre à leurs besoins? Plusieurs sous-questions et hypothèses découlent de ce

postulat principal. En effet, il est possible que les proches refusent la relance téléphonique (qu'un intervenant les rappelle) par crainte de déranger ou encore peut-être qu'ils se sentent suffisamment confiants à la fin de l'appel. Il se peut que l'individu suicidaire refuse de collaborer pour l'évaluation de l'urgence et que le proche ne rappelle pas, car il n'a pas vraiment d'information supplémentaire à communiquer. Alors, est-ce que ce serait pertinent d'être plus insistant au niveau de la relance, en l'incluant d'emblée dans les procédures? Un autre questionnement se situe au niveau de l'état d'esprit du proche quand il appelle. Est-ce que ce dernier téléphone quand il est épuisé et qu'il espère transférer la responsabilité de l'aide aux intervenants? Quels sont leurs besoins au moment où ils téléphonent? Aussi, tout comme Mishara le proposait, il est possible qu'il y ait des profils différents de proches qui contactent le centre. Il se peut que ceux qui viennent d'apprendre qu'un membre de leur entourage entretient des idéations appellent dans un état de stress et désirent seulement connaître les interventions à poser et les ressources disponibles. Dans ce cas, l'intervention habituelle conviendrait. Toutefois, qu'en est-il des proches qui sont épuisés ou qui ne veulent pas réellement intervenir, ou qui ne s'en sentent pas capables? Quel serait alors l'impact de leur souligner l'importance d'intervenir et de prendre le tout au sérieux, en plus de leur souligner les actions à privilégier? Finalement, dans la recension des écrits, les perceptions des proches semblent déterminantes, tant au niveau des émotions vécues que des réactions comportementales. Dans l'intervention habituelle, les préjugés possibles du proche sont évalués en lui demandant ce qu'il pense du suicide, mais est-ce que pousser

l'investigation et modifier la façon de les questionner permettrait d'obtenir des réponses plus diversifiées?

## **Méthode**



Cette section présente la méthode adoptée lors de l'expérimentation. Elle contient les informations relatives au déroulement de l'expérimentation et aux analyses, aux participants constituant l'échantillon, ainsi qu'à l'instrument utilisé.

## **Déroulement et analyses**

### **Éthique**

Avant de procéder à la cueillette de données, une demande de certificat d'éthique a été effectuée et acceptée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains, de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Au début de la rencontre, les participants étaient invités à lire et ensuite à signer le formulaire de consentement, qui expliquait le fonctionnement de l'entrevue et qui stipulait que cette dernière était enregistrée.

### **Cueillette de données**

**Recrutement.** Par la suite, les participants ont été recrutés à partir de la ligne d'écoute téléphonique du Centre d'écoute et de prévention suicide de Drummondville (CEPSD). Les intervenants du centre (individus détenant ou non une formation en relation d'aide, mais qui reçoivent une formation de 28 heures et un parrainage de 12 heures) ont alors été sollicités pour le recrutement. Lorsqu'un proche téléphonait, l'intervenant lui demandait, à la fin de l'appel, s'il acceptait d'être contacté pour vérifier son intérêt à participer à une étude sur les proches d'individus suicidaires. S'il voulait,

ses coordonnées étaient transmises à l'auteure de cet essai doctoral, qui communiquait ensuite avec lui pour lui expliquer en quoi consistait sa participation. Il lui était donc expliqué que l'étude visait à mieux comprendre la réalité des proches et que pour ce faire, des entrevues d'environ une heure étaient effectuées dans les locaux du CEPSD, sur une base volontaire et sans rémunération.

**Protocole d'entrevue.** Les entrevues étaient semi-structurées, à partir d'une Grille d'entrevue maison. Étant donné le faible nombre de participants dans l'échantillon, une analyse descriptive a été choisie, à partir des récits des participantes. Les données recueillies ont finalement été analysées en fonction des cinq thématiques incluses dans la Grille d'entrevue (voir plus loin).

### **Participants**

Quelques semaines suivant la sollicitation par les intervenants, huit proches, tous de sexe féminin, avaient accepté d'être contactés pour potentiellement participer à l'étude. Toutefois, de ce nombre, quatre ne purent participer, malgré leur intérêt, puisque les entrevues étaient effectuées au CEPSD et que les dames demeuraient à l'extérieur de Drummondville. Une autre, même si elle habitait dans la ville, ne pouvait se présenter dans les locaux, au 2<sup>e</sup> étage, puisqu'elle souffrait d'un handicap et qu'il n'y a pas d'ascenseur. Donc, finalement, 4 femmes constituent l'échantillon de la présente étude. La première participante (Madame 1), âgée dans la trentaine, avait appelé pour une amie de son adolescente. La deuxième (Madame 2), âgée dans la soixantaine, appelait pour sa

fille âgée dans la quarantaine, tandis que la troisième (Madame 3), dans la cinquantaine, appelait pour son ex-conjoint. La quatrième participante (Madame 4), dans la cinquantaine, avait communiqué avec le centre pour son adolescent. Les quatre dames ont été rencontrées en août 2014 : Madame 1, le 14 août, et les trois autres le 19.

### **Instrument**

L'instrument de mesure utilisé pour l'étude consiste en une grille d'entrevue semi-structurée de 24 questions créée par la doctorante en psychologie à partir des concepts présents dans la littérature pertinente, mais aussi des préoccupations cliniques de la doctorante et du CEPSD (voir Appendice). Les questions concernent 5 thèmes principaux : 1) la situation de l'individu suicidaire et la façon dont le proche fut mis au fait (situation de l'individu souffrant, annonce des idéations et signes avant-coureurs, présence de d'autres proches impliqués); 2) le vécu du proche (émotionnel, cognitif et perceptuel, interventions comportementales tentées, le proche a-t-il parlé à quelqu'un de la situation); 3) les instants précédents l'appel (désir et capacité de s'impliquer, délai entre l'annonce et l'appel au CEPSD, état d'esprit et besoins, ce qu'elles pensaient que le CEPSD pouvait faire); 4) aide reçue par le CEPSD (intervention effectuée par l'intervenant, relance et nouvel appel au CEPS, possibles besoins insatisfaits); et 5) situation post-intervention (émotions suite à l'appel, actions posées suite à l'appel, situation de la personne suicidaire, conséquences de la situation chez le proche).

## Résultats

Cette section présente, suite à une courte présentation des participantes, les résultats en fonction des cinq thématiques présentes dans la Grille d'entrevue : 1. Situation de l'individu suicidaire et façon dont le proche fut mis au fait; 2. Vécu du proche; 3. Instants précédant l'appel; 4. Aide reçue par le CEPSD; et 5. Situation post-intervention.

### **Participantes**

Madame 1 a communiqué avec le CEPSD pour une amie de son adolescente qui a écrit un message d'intentions suicidaires à l'adolescente de Madame. Madame 2, quant à elle, appelait pour sa fille âgée dans la quarantaine, qui avait fait trois tentatives dans les deux dernières années, dont la dernière au mois d'avril dernier. Ce n'était pas son premier contact avec le CEPSD; elle avait appelé en avril et avait aussi été rencontrée en face à face. Comme la situation avec sa fille n'allait pas mieux et que Madame était complètement épuisée, elle a consulté une travailleuse sociale qui lui a conseillée d'appeler. Madame 3 a communiqué avec le Centre lorsque son ex-conjoint s'est présenté chez elle après avoir fait une tentative par ingestion médicamenteuse. Finalement, Madame 4 a appelé, car son adolescent présentait des idéations suicidaires. Son premier appel fut répondu par le CPS de Trois-Rivières, où sont transférées les lignes pour la nuit (il y a une entente de partage des lignes entre les deux CPS). Elle

appela une deuxième fois quelques jours plus tard et c'est une intervenante du CEPSD qui lui a répondu. Il faut finalement noter qu'aucun des individus suicidaires dont il est question dans la recherche n'a reçu d'aide de la part du CEPSD. La fille de Madame 3 a déjà communiqué avec le centre, mais ce n'était pas dans le contexte de l'intervention avec sa mère.

### **1. Situation de l'individu suicidaire et façon dont le proche fut mis au fait**

#### **Situation de l'individu suicidaire**

Une situation familiale souffrante semble être la source de la souffrance de l'amie de la fille de Madame 1. Puisque la mère de la jeune fille souffrante a déménagé dans une autre ville, elle ne la voit qu'une fois par mois, tandis que son père, en raison du métier de ce dernier, elle ne le voit peut-être qu'une heure par jour. Avant que la fille de Madame 1 demande de l'aide à sa mère, cela faisait un moment que son amie était souffrante. En effet, la jeune fille avait commencé à s'automutiler plusieurs mois auparavant et avait manifesté ses idéations à ses amies. La veille de l'appel de Madame 1 au Centre, sa propre fille lui a demandé de l'aide, ne sachant pas quoi faire, après avoir reçu un message texte de son amie souffrante, qui disait que son père lui avait refusé quelque chose et qu'elle lui disait adieu. La fille de l'appelante a finalement réussi à rejoindre la jeune qui lui a assuré qu'elle était correcte. Concernant la fille de Madame 2, une séparation amoureuse fut l'élément déclencheur de sa première tentative il y a deux ans. Depuis ce temps, sa situation ne s'était pas améliorée, ajoutant à la perte amoureuse des difficultés financières et une perte d'emploi, affectant alors son estime

personnelle. Lors de sa dernière tentative, suite à un conflit avec son ex-conjoint, c'est sa fille de 12 ans qui l'a retrouvée et, depuis ce moment, la jeune refuse tout contact avec sa mère, augmentant ainsi la souffrance de la fille de Madame 2. Malgré une rencontre par mois avec son psychiatre et une rencontre hebdomadaire avec son intervenante sociale, elle ne réussissait pas à remonter la pente, car il lui arrivait toujours de nouveaux pépins. Pour ce qui est de l'ex-conjoint de Madame 3, il a souffert du décès de son frère et de son cousin, en plus de la séparation avec une femme (pas l'appelante) qui avait des enfants qu'il considérait comme les siens et qu'il n'avait dorénavant plus le droit de voir. Lors de cette séparation, il avait fait une tentative, en se lançant devant un camion, se brisant les côtes. Monsieur avait vécu plusieurs années en prison, ce qui avait mené au rejet de sa famille. Il essayait de refaire sa vie, mais ça ne fonctionnait pas. Finalement son père était sur le point de décéder et il ne pouvait pas aller le voir, puisque son père demeurait dans une autre ville et qu'il n'avait pas de permis de conduire. Finalement, pour ce qui concerne le fils de Madame 4, deux déceptions amoureuses auraient mené aux idéations suicidaires. En fait, à deux reprises, il avait développé des sentiments amoureux pour des jeunes filles, sentiments qui n'étaient pas réciproques. La dernière jeune fille vivait dans une autre ville et les deux s'étaient rencontrés sur Internet, mais ils ne s'étaient jamais rencontrés. La jeune fille présentait des idéations suicidaires et s'automutilait. Lorsqu'il a partagé ses sentiments à la jeune fille, elle a coupé tout contact et le fils de Madame a alors vécu beaucoup de peine, il a commencé à s'automutiler lui aussi et les idées suicidaires sont apparues.

### **Annonce des idéations et signes avant-coureurs**

Madame 1 a appris les idéations de la jeune fille par son adolescente qui lui mentionnait qu'elle ne savait plus quoi faire. La jeune était suicidaire depuis plusieurs mois, mais Madame n'avait pas vu de signes avant-coureurs et ne s'était pas aperçue que la jeune n'allait pas bien. Madame 2 a appris les idéations de sa fille lorsque cette dernière a fait sa première tentative il y a deux ans. Pour ce qui est des deux premières tentatives, Madame n'avait perçu aucun signe avant-coureur. Peu avant la troisième tentative en avril, sa fille lui avait mentionné que si ce n'était pas de sa fille, elle ne serait plus là. Toutefois, Madame n'aurait jamais imaginé qu'elle pourrait être prête à s'enlever la vie. Concernant Madame 3, elle a appris la situation lorsque son ex-conjoint s'est présenté chez elle et qu'il semblait intoxiqué. Elle lui a posé des questions et il lui a répondu qu'il voulait mourir et qu'il avait pris des pilules, refusant toutefois de lui dire combien. Concernant les signes avant-coureurs, même si elle nomme que les idéations sont arrivées d'un coup, Madame 3 explique s'être présentée chez lui deux jours plus tôt et que la conjointe actuelle de Monsieur (conjointe différente de celle mentionnée plus haut) lui a dit qu'il dormait sans arrêt depuis deux jours, qu'il ne mangeait plus, fumait plus, consommait davantage de cannabis et qu'il était différent. Madame 3 savait que ce n'était pas normal, mais pas suffisamment pour penser qu'il ferait une tentative. Finalement, Madame 4 a appris les idéations de son fils en trouvant sur le bureau de ce dernier des lettres qu'il avait écrites et dans lesquelles il mentionnait vouloir se trancher les veines. Si Madame mentionne au départ ne pas avoir vu de signes, elle nommera plus tard avoir remarqué trois semaines auparavant qu'il mangeait moins et l'avoir



questionné à ce niveau. Elle avait noté aussi qu'il parlait de façon plus monotone, en plus d'avoir des marques de coupures. Elle a l'impression que cela faisait environ trois semaines qu'il était suicidaire.

### **Autres proches impliqués?**

Madame 1 mentionne qu'au moment où elle a appris les idéations de la jeune elle était la seule personne impliquée, outre les amies de cette dernière, incluant sa propre fille. Elle a toutefois appris plus tard qu'une autre mère avait été mise au courant. Pour ce qui est de Madame 2, son autre fille était aussi impliquée dans la situation, même plus qu'elle. Il y avait également les amis de sa fille. Madame 3 souligne qu'elle était la seule proche impliquée. La conjointe actuelle de Monsieur était au courant des idéations, mais elle-même en avait, donc elle était aveugle à la situation, car elle n'allait pas bien. Pour ce qui est de Madame 4, elle affirme que les amis de son fils étaient aussi au courant de son désir de mourir. Presque tous les autres proches impliqués venaient en aide à la personne suicidaire de différentes façons, soit en l'invitant à faire des activités, soit en étant disponible pour l'écouter, ou encore en lui proposant des ressources. Seule la conjointe actuelle, dans la situation de Madame 3, n'était pas réellement disponible à lui venir en aide, en raison de sa propre souffrance.

## 2. Le vécu du proche

### Émotionnel

La réaction émotionnelle de Madame 1 fut empreinte de choc et de peine. Elle ne s'imaginait pas que la jeune amie de sa fille pouvait souffrir à ce point. Madame mentionne également son malaise d'être au courant et de ne pas savoir quoi faire. Elle souligne qu'elle aurait été mal à l'aise si la jeune avait téléphoné ce soir-là. Elle avait l'impression de marcher sur des œufs. Elle était toutefois contente de l'ouverture qu'a manifestée sa fille à son égard, en lui demandant de l'aide. Concernant Madame 2, si elle mentionne avoir été sous le choc lors de la première tentative, il s'agit davantage d'émotions à long terme dans son cas. Madame affirme avoir vécu énormément d'anxiété et d'inquiétudes, au point où elle en était totalement épuisée. Elle a dû aller consulter en juin parce qu'elle était au bout du rouleau et qu'elle pleurait beaucoup. Elle n'en pouvait plus. À un moment donné, elle se disait qu'elle aimerait mieux que sa fille meure plutôt que de continuer de vivre comme cela. Elle se disait que si c'était fait, elle ferait son deuil, mais elle n'aurait plus besoin de vivre tout ça. Mais ensuite elle se sentait mal de penser comme ça, se disant que ça n'avait pas de bon sens de se dire cela. Madame 3, au moment où son ex-conjoint s'est présenté chez elle, elle a vécu beaucoup d'anxiété, elle était vraiment inquiète. Elle a ressenti aussi beaucoup de peine et elle a beaucoup pleuré puisqu'elle avait peur de le perdre. Il faut souligner que ce n'était pas la première fois que Madame était confrontée à la problématique du suicide. Son premier amoureux s'est suicidé, de même que sa meilleure amie lorsqu'elle était plus jeune. Dans ces deux situations, Madame était présente lorsque ces deux personnes avaient été

trouvées décédées. Madame a également vécu d'autres deuils par suicide dans son entourage, en plus d'avoir elle-même tenté de s'enlever la vie. Donc, le fait que son ex-conjoint ait fait une tentative lui a fait revivre les émotions vécues par le passé. Madame 3 souligne également qu'elle avait alors beaucoup d'empathie pour lui. La peur de le perdre s'est maintenue pendant deux jours lors de l'hospitalisation de son ex-conjoint, car elle ne pouvait le voir puisqu'il était instable et faisait plusieurs crises de rage. Elle craignait qu'il soit décédé, mais que l'hôpital ne puisse pas lui dire puisqu'elle n'était pas un membre de la famille. Puis, au fil du temps, suite à sa sortie de l'hôpital, lorsqu'elle en prenait soin, d'autres émotions ont fait surface, puisqu'il était constamment en crise suicidaire, mais également de colère. Elle était au bout du rouleau, n'en pouvait plus de se faire insulter et qu'il crie fréquemment. Elle vivait de l'impuissance, ne sachant pas quoi faire de plus, en plus de vivre la peur qu'il attende encore à sa vie, puisqu'il continuait sans cesse de mentionner qu'il allait s'enlever la vie. Elle a aussi énormément souffert du manque de respect à son égard, elle a vécu beaucoup de peine, en plus de vivre de la colère, de l'injustice et du rejet. Elle souligne qu'il a atteint son amour propre et affecté son estime d'elle-même. À un moment donné elle n'en pouvait plus et elle était épuisée au point où elle ne voulait plus être en relation avec lui. Aujourd'hui, alors qu'il a quitté la ville sans dire où il allait et qu'elle n'a plus de nouvelles, elle demeure inquiète de savoir s'il va bien ou non. Finalement, en ce qui concerne Madame 4, elle mentionne que, sur le moment, même si ça l'inquiétait beaucoup, elle n'a pas paniqué. Elle nomme que le fait qu'il en parlait ouvertement et le fait qu'il avait ses amis autour de lui la rassurait. Toutefois, lorsqu'elle a appris, trois

semaines plus tard, par la mère d'un ami de son fils, que celui-ci avait encore des idéations et prévu un moyen de passer à l'acte, elle est devenue beaucoup plus inquiète et se sentait dépassée.

### **Cognitif et perceptuel**

Madame 1 affirme qu'elle devait faire quelque chose. Elle se disait que si ça avait été sa propre fille qui était suicidaire et que la maman d'une des amies de sa fille avait été mise au courant, elle aurait voulu que cette dernière fasse quelque chose pour venir en aide à sa fille. Elle réfléchissait beaucoup à quel pouvoir elle avait et où était la limite de ce qu'elle devait faire. Elle nomme que ça tournait beaucoup dans sa tête, elle se demandait dans quel état sa fille serait si son amie avait passé à l'acte, et surtout comment réagirait le père de l'adolescente suicidaire si elle l'appelait. Allait-il croire qu'elle était « folle » et ne plus vouloir que les enfants se voient? Elle s'est aussi demandé si ce n'était pas sa fille elle-même qui était suicidaire, mais qu'elle ne savait pas comment aborder le sujet. Concernant ses perceptions à propos du suicide, Madame affirme qu'il s'agit d'une grande souffrance, mais qu'il y a d'autres solutions. Ayant elle-même été suicidaire par le passé, elle comprend, mais elle sait désormais qu'il y a d'autres moyens. À propos des personnes suicidaires, elle affirme que ce ne sont ni des lâches ni des courageux, mais plutôt des gens en souffrance. Elle nomme avoir un peu de difficulté avec ceux qui affirment vouloir se suicider, mais comprend en même temps qu'il peut s'agir d'un appel à l'aide et d'une façon d'être entendue sur le fait que ça ne va pas. Concernant sa perception de la dangerosité de la situation, elle affirme qu'elle

savait que la jeune fille n'était pas en danger immédiat puisque cette dernière avait mentionné à la fille de l'appelante qu'elle était correcte. Toutefois, puisque ce n'était pas la première fois qu'elle mentionnait vouloir mourir, Madame s'est demandé si ça pouvait être de la manipulation, mais elle savait que c'était grave quand même. Finalement, sa perception de la jeune n'a pas changée. Quant à la réaction cognitive de Madame 2, elle était empreinte d'incompréhension. Suite au moment où elle a éprouvé un désir de mort, elle a décidé qu'elle serait là pour sa fille tant et aussi longtemps qu'elle serait vivante, et que, si quelque chose se produisait, elle pourrait se dire qu'elle avait fait tout ce qu'elle pouvait. Madame 2 perçoit une personne suicidaire comme quelqu'un qui a besoin d'aide et qui ne voit plus de solutions. Elle ajoute qu'elle se demande si certaines personnes peuvent naître déjà avec un mal de vivre. À l'égard de sa fille, Madame affirme qu'elle l'aime autant, mais que sa perception d'elle s'est quelque peu modifiée. En fait, elle la perçoit désormais plus fragile et éprouvant de la difficulté à prendre les coups durs, et que c'est peut-être « parce qu'elle l'a eu trop facile ». En ce qui a trait à Madame 3, elle affirme que ses pensées, lorsque son ex-conjoint s'est présenté chez elle suite à une tentative, concernaient le fait qu'elle ne savait pas quoi faire. Cette pensée est demeurée présente lorsqu'elle hébergeait et prenait soin de Monsieur. Aussi, puisqu'il présentait encore des idéations suicidaires, elle se demandait s'il allait vraiment passer à l'acte et si oui, où elle le trouverait. De plus, même si Madame ne le formule pas exactement de cette façon, elle avait parfois la pensée que les gestes suicidaires de Monsieur étaient dirigés contre elle. Madame 3 perçoit les personnes suicidaires comme des individus en grande souffrance, qui ne veulent pas

réellement mourir, mais plutôt arrêter d'avoir mal. Elle ajoute que parfois ce sont des personnes qui souffrent d'une maladie mentale et qui ne réalisent pas les conséquences, ou encore des personnes qui en sont consciente mais qui s'en « foutent ». Par rapport à son ex-conjoint, elle le percevait souffrant, mais comme un bonne personne au fond de lui. Elle ne le voyait ni brave, ni courageux. Toutefois, lorsqu'il demeurait chez elle et qu'il quittait le domicile en disant qu'il allait se suicider, elle se demandait si c'était de la manipulation, ce qui était plus tard infirmé lorsque d'autres personnes l'informaient que Monsieur voulait mourir. Finalement, en ce qui concerne Madame 4, elle affirme qu'elle ne prenait pas la situation à la légère, mais qu'elle était dépassée par la situation, car elle ne comprenait pas qu'il voulait mourir pour un amour Internet avec une fille qu'il n'avait jamais rencontrée. Madame 4 perçoit le suicide comme un grand découragement et le fait de croire que plus rien ne fonctionnera. Elle pense des personnes suicidaires que ce sont des gens malheureux, non des lâches. Elle croit que quelque chose se produit dans le cerveau qui fait que la personne n'est plus capable de réfléchir comme il le faut et d'être positif. Concernant la dangerosité, elle la jugeait à 75 % puisqu'il communiquait, mangeait avec eux et ne consommait pas. Elle a toutefois pris la situation plus au sérieux quand la maman de l'ami de son fils lui a dit qu'il pensait encore au suicide alors qu'elle croyait que ça s'était résorbé.

### **Interventions comportementales tentées**

Madame 1 affirme que lorsque sa fille l'a mise au courant, elle a arrêté ses tâches et a demandé à sa cette dernière de lui en parler en détails. Elle a aussi donné plusieurs

conseils à sa fille, comme le fait de ne pas avertir d'avance son amie et le midi de l'emmener voir la psychologue (quand elle lui disait d'avance elle se sauvait). Elle lui a expliqué aussi qu'elle et ses amies pouvaient aller parler à la psychologue et lui demander ce qu'elles pourraient faire. Madame a également proposé à sa fille de dire à son amie qu'elle l'aime et qu'elle en a parlé à sa mère parce qu'elle se sentait impuissante. Elle lui a aussi donné des numéros de téléphone pour sa propre fille et pour la jeune adolescente suicidaire. Quant à Madame 2, lors de la première tentative, c'est elle qui avait appelé le 911 pour sa fille suite à son appel téléphonique pour lui dire qu'elle l'aimait. Les deux années qui ont suivi, Madame évaluait fréquemment la situation de sa fille, de façon à vérifier ses intentions. Elle est également allée la visiter à l'hôpital lors de ses tentatives. Madame mentionne également qu'elle encourageait sa fille en lui disant que ça irait mieux, allait la voir chez elle à l'extérieur de la ville, l'invitait à passer la fin de semaine à la maison, l'aidait pour les tâches ménagères et faisait des sorties et des activités. Elle l'a également forcée un soir d'appeler au CEPSD pour recevoir de l'aide et elle lui paye maintenant sa thérapie. En ce qui concerne Madame 3, lorsque son ex-conjoint s'est présenté chez elle, elle a tenté d'évaluer la situation en lui posant des questions et en lui demandant combien de pilules il avait pris. Lorsque Madame est allée à la salle de bain et que Monsieur a quitté, elle a appelé la copine de ce dernier pour vérifier son état et s'assurer qu'il était rentré. Elle s'est ensuite rendue chez Monsieur pour poursuivre l'évaluation de la situation, en plus de rassurer Monsieur et de lui expliquer qu'il devrait se rendre à l'hôpital pour recevoir de l'aide. Comme il était en crise, elle a tenté de le calmer en lui disant qu'elle était son amie et

qu'elle tenait à lui, mais qu'elle ne comprenait pas pourquoi il lui faisait ça. En ce qui a trait à Madame 4, lorsqu'elle a découvert les idéations, elle a dit à son garçon qu'il avait besoin d'aide et que ça n'avait pas de bon sens. Elle a ensuite effectué des recherches sur Internet et donné des numéros de téléphone à son fils au cas où il voudrait parler à quelqu'un. Elle lui conseillait également de dormir et de se reposer, et que ses idées seraient alors peut-être plus claires. Madame nomme qu'elle a également suivi en secret la situation sur Facebook, en plus de garder un œil ouvert. Aussi, lorsqu'elle entendait son garçon sortir prendre l'air, elle l'accompagnait et essayait de lui parler.

### **Le proche a-t-il parlé à quelqu'un de la situation?**

Madame 1 nomme avoir parlé à son conjoint, qui l'a écoutée et conseillée, de même qu'à l'éducatrice du CPE où va son cadet, qui lui a donné le numéro du CEPSD. Elle explique qu'elle n'osait pas appeler le père de la jeune fille de peur de sa réaction. Après avoir appelé le CEPSD, elle a parlé avec la mère d'une autre jeune fille, également amie avec la jeune suicidaire. Elle nomme qu'elle aurait aimé parler à son propre travailleur social, mais qu'elle n'osait pas le contacter et ne voulait pas dépenser de l'argent pour une séance. Madame 2, quant à elle, en a parlé avec sa voisine, qui a déjà perdu un garçon, car elle avait besoin de parler de la situation. Elle a consulté plus tard une intervenante du CLSC en plus de rencontrer en personne une intervenante du CEPSD. Madame 3, lorsque son ex-conjoint s'est présenté chez elle, a contacté un intervenant d'une ressource à Drummondville, qui connaissait Monsieur. Elle en a également discuté avec la conjointe actuelle de Monsieur et le colocataire de ce dernier. Elle a finalement



téléphoné à une amie à elle suite à l'hospitalisation de son ex-conjoint. Finalement, en ce qui concerne Madame 4, elle a parlé à la mère d'un des amis de son fils, qui est infirmière en santé mentale. Elle discutait également avec sa belle-sœur, sa sœur et à des amis au camping. Elle explique avoir tenté de parler à son mari, mais que ce dernier avait des préjugés et une attitude défaitiste en disant par exemple que, s'il voulait se suicider, c'est qu'il ne mérite pas de vivre et que personne ne pourrait l'en empêcher. Elle ne recevait donc pas de soutien de la part de ce dernier.

### **3. Les instants précédant l'appel**

#### **Désir et capacité de s'impliquer**

Madame 1 affirme avoir été ambivalente avant d'appeler au CEPSD. Elle avait le goût d'aider la jeune fille et sentait qu'il le fallait, mais elle ne voulait pas trop s'impliquer, notamment sur le plan émotionnel, car elle savait qu'elle ne pourrait plus arrêter par la suite. Madame ne voulait pas devoir être disponible à toute heure du jour et de la nuit. Elle se sentait capable de donner des conseils à sa fille et d'impliquer d'autres personnes, mais désirait surtout donner les rênes à quelqu'un d'autre. Madame affirme qu'elle voulait l'aider, mais qu'elle n'était pas la personne idéale pour le faire. Par le passé, elle s'était impliquée pendant quatre ans auprès de sa tante suicidaire, jusqu'à s'épuiser totalement. Sa tante refusait de recevoir de l'aide, n'ayant soi-disant pas de problèmes ou parce que les intervenants étaient tous incompetents. Suite à une tentative de suicide que Madame 1 qualifie de mise en scène et qui l'a mise en colère, elle a mis fin à la relation, n'en pouvant plus de l'impuissance, de l'épuisement et des

conséquences sur sa vie de couple et de famille. Donc, lorsqu'elle a su que la jeune fille en question était suicidaire, elle voulait lui venir en aide, mais elle ne voulait plus se s'engager de nouveau dans une situation comme celle qu'elle avait vécue. En ce qui concerne Madame 2, elle voulait s'impliquer et s'en sentait capable, de même que Madame 4. Madame 3 nomme également qu'elle désirait venir en aide à son ex-conjoint, puisque quand elle n'allait pas bien, d'autres l'on fait pour elle.

### **Délai entre l'annonce et l'appel au CEPSD**

Madame 1 a appris les idéations de la jeune fille à 16 h 30 et elle a appelé à 9 h le lendemain matin. Madame 2 avait appelé suite à la tentative de sa fille en avril, mais l'appel qui a mené à sa participation à l'étude a été fait deux mois après le geste. Madame 3 a appelé peu de temps après que son ex-conjoint se soit présenté chez elle, tandis que Madame 4 a téléphoné trois semaines après avoir découvert les lettres, lorsque la mère de l'ami de son fils lui a parlé.

### **État d'esprit et besoins lors de l'appel**

Lorsqu'elle a appelé, Madame 1 nomme qu'elle était fébrile et qu'elle avait peur du jugement d'autrui. Elle s'inquiétait que l'intervenant pense qu'elle « capotait » pour rien. Elle se demandait comment elle allait être reçue. Concernant ses besoins, elle mentionne celui d'être rassurée sur ses actions en plus qu'on lui dise où son rôle se termine. Elle avait besoin qu'on lui explique à qui transmettre l'information et la responsabilité de l'intervention, et en même temps être assurée qu'une aide serait

apportée à la jeune fille. Madame 1 ajoute également le besoin d'être écoutée et comprise. Elle voulait d'abord qu'on trouve quelqu'un pour aider la jeune et ensuite qu'on la guide, elle-même, et que ses inquiétudes soient entendues et répondues. Madame 2, lorsqu'elle a appelé, venait de rencontrer un médecin et une travailleuse sociale pour recevoir de l'aide pour elle-même. Elle nomme qu'elle était perturbée, hypersensible et totalement épuisée lorsqu'elle a contacté le CEPSD. Madame identifie ses besoins lors de son appel, soit celui d'être réconfortée et de parler. Madame 3, lorsqu'elle a contacté le CEPSD, avait un niveau d'anxiété élevé. Elle nomme : « j'étais sur le gros stress, sur les nerfs, comme si j'étais en train de le perdre ». Elle avait peur et était triste. En téléphonant, elle avait besoin de conseils, d'informations et d'outils pour savoir comment gérer la situation et la problématique, sans faire d'erreurs. Madame 4 nomme que, au moment de son appel, elle venait d'apprendre que son fils était toujours suicidaire. Elle se sentait donc vraiment dépassée et essayait de comprendre ce qui se passait. Madame explique qu'elle avait besoin de conseils, de façon à agir sans faire d'erreurs. Elle désirait de l'aide pour trouver les bons mots. Elle voulait également savoir si elle devait prendre les lettres au sérieux. C'est lors de son second appel qu'elle avait besoin de ventiler à propos de la réaction de son mari.

### **Ce qu'elles pensaient que le CEPSD pouvait faire**

Aucune des participantes ne s'attendaient à ce que le CEPSD prenne la situation en main. Lors de leur appel, elles croyaient que les intervenants pouvaient leur donner des conseils, les écouter et leur donner de l'information. Toutefois, lorsque questionnées à

savoir si elles s'attendaient à ce que l'intervenant prenne la responsabilité de l'intervention. Madame 3 s'exclame que cela aurait été trop plaisant et Madame 4 affirme qu'elle aurait aimé qu'on appelle son garçon. Il faut noter que lorsqu'un proche communique avec le CEPSD pour recevoir de l'aide, ce n'est pas dans la politique du centre d'appeler directement l'individu suicidaire. Les intervenants peuvent le faire, mais c'est généralement dans des situations où le proche le demande, ou lorsque ce dernier ne peut ou ne veut pas intervenir auprès de l'individu en souffrance et qu'il serait difficile pour le proche d'impliquer d'autres personnes. Cette façon de procéder du CEPSD est basée sur la croyance qu'il est préférable d'outiller et de soutenir les proches pour que ce soit eux qui interviennent auprès de l'individu suicidaire, en raison de leur lien privilégié avec ce dernier. Finalement, Madame 1, quant à elle, nommera qu'elle est ambivalente par rapport au fait qu'un inconnu appelle la personne souffrante.

#### **4. Appel sur la ligne d'écoute**

##### **Intervention effectuée par l'intervenant**

Madame 1 nomme que l'intervenante du CEPSD a répondu rapidement, ce qu'elle a apprécié. Elle explique que la personne au bout du fil a pris le temps de l'écouter et de lui poser des questions de façon à bien comprendre la situation, tout en lui disant de prendre son temps et de raconter dans ses mots la situation. Elle lui a ensuite demandé ce qu'elle voulait et ce qu'elle était prête à faire dans la situation. Suite à cela, l'intervenante l'a rassurée en lui disant que ce n'était pas à elle d'appeler le père, pour ensuite la conseiller et la diriger vers les personnes ressources. Elle lui a expliqué

comment appeler à l'école, tout en prévoyant ce qui pourrait arriver lors de l'appel, par exemple que la réceptionniste veuille la transférer sur une boîte vocale. Elle lui donnait alors des conseils pour les différentes situations possibles. Madame 1 affirme que l'intervenante a su cibler son inquiétude, qu'elle était posée et calme, en plus d'être disponible et rassurante. Madame 2 éprouvait de la difficulté lors de l'entrevue à se remémorer l'intervention faite par le CEPSD lors de l'appel, de même que l'attitude de la personne. Elle nomme tout de même qu'on lui avait proposé une rencontre en face à face, ce qui lui convenait davantage que le téléphone. Elle souligne toutefois avoir trouvé que la rencontre était éloignée dans le temps, même si en fait, elle ne l'était pas vraiment. Elle se souvient également avoir été réconfortée et que les personnes à qui elle avait parlé avaient une bonne écoute et de bons conseils. Elle explique que l'intervenante en face à face lui a dit que, comme proche, on peut aider, mais que, à un moment donné, on n'est plus assez aidant, car trop pris par la situation. Elle lui avait aussi conseillé de dire à sa fille que, si elle en s'en sort, elle pourrait servir d'exemple pour sa propre fille plus tard. Madame 3, quant à elle, nomme que l'intervenante l'a vraiment soutenue et supportée, en plus d'être très présente tout au long de la situation. Elle est demeurée au téléphone avec elle pendant qu'elle se rendait chez son ex-conjoint et que Madame posait des questions à Monsieur pour l'évaluer. L'intervenante l'a ensuite rappelée par la suite pour savoir comment elle allait. L'intervenante lui a fait faire des exercices de respiration, elle lui a montré comment évaluer l'urgence et la planification suicidaire, en plus de s'occuper d'elle et de lui demander comment elle se sentait. Elle lui a montré comment impliquer d'autres proches, à la manière d'une toile

d'araignée. Madame nomme que l'intervenante avait un plan, avec diverses avenues dépendamment de comment ça allait se passer. Elle lui a également proposé une rencontre en face à face qui lui a fait du bien. Quant à Madame 4, elle a appelé à deux reprises, mais le premier appel a été traité par le CPS de Trois-Rivières. Il faut souligner qu'il y a une entente de partage des lignes téléphoniques entre les deux organismes. En fin de soirée, et ce, pour toute la nuit, ainsi qu'à d'autres moments lorsqu'aucun intervenant n'est disponible, les lignes téléphoniques du CEPSD sont transférées au CPS de Trois-Rivières. L'intervenante lui a demandé depuis quand ça durait et si elle avait une copie des lettres, pour ensuite évaluer la situation. Elle lui a montré comment évaluer le plan et lui a suggéré qu'il aille consulter quelqu'un. Lors de son deuxième appel, traité par le CEPSD l'intervenante a répondu à ses questions, lui a expliqué la différence entre le CLSC et l'hôpital, en plus de la conseiller sur les mesures à prendre pour que cela soit efficace. Elle lui a également recommandé d'impliquer ses autres enfants. Elle lui a également donné un espace pour ventiler sans qu'elle ne se sente pressée. L'intervenante lui a proposé de la rappeler une semaine plus tard pour savoir comment ça allait et Madame a réellement apprécié cette formule. Elle trouvait que cela rendait l'intervention davantage personnalisée. Elle affirme avoir apprécié également l'écoute des intervenants et le fait qu'ils essayaient de bien comprendre la situation, sans la minimiser ni être trop touchés.

### **Relance et nouvel appel au CEPSD**

La relance n'a pas été proposée à Madame 1 et elle souligne qu'elle n'en n'aurait pas eu besoin. D'elle-même, Madame n'a pas recontacté le CEPSD. Madame 2 n'a pas reçu une offre de relance, mais elle a eu une rencontre en face à face. Elle aurait toutefois apprécié qu'on lui propose, du moins pour parler à quelqu'un avant sa rencontre, car même si elle n'était pas éloignée dans le temps, elle avait hâte de recevoir de l'aide. Elle nomme qu'elle n'a pas recontacté le CEPSD par elle-même par la suite. Elle est allée à la rencontre, mais n'est plus retournée par la suite, car elle savait sa fille en sécurité. Elle n'en ressentait donc plus le besoin. Madame 3 a accepté la relance qui lui a été offerte et elle leur avait aussi souligné qu'elle les rappellerait au besoin, ce qu'elle a fait le soir même. Toutefois, eux n'ont pas rappelé. Elle nomme qu'elle a appelé de nouveau à deux reprises pour elle-même. En ce qui concerne Madame 4, l'intervenante de Trois-Rivières ne lui avait pas offert de relance, mais elle a accepté celle proposée par le CEPSD. Elle croit qu'une autre relance lui avait été offerte par la suite, mais qu'ils n'ont pas rappelé. Elle a toutefois rappelé quelques jours plus tard pour elle-même.

### **Possibles besoins insatisfaits**

Madame 1 affirme qu'elle retient l'existence du CEPSD et le fait qu'il y a quelqu'un qui peut l'aider au besoin. Elle n'aurait pas eu d'autres besoins que ceux qu'on a satisfaits lors de l'appel. Quant à Madame 2, elle n'a aucune idée si, en repensant à la situation, elle aurait eu d'autres besoins en contactant le CEPSD.

Madame 3, souligne qu'elle retient qu'il y a quelqu'un pour l'aider quand elle en a besoin. Elle a retenu la façon d'évaluer l'urgence suicidaire, de même que la manière d'impliquer d'autres proches. Madame affirme qu'il n'y a pas d'autres besoins auxquels le CEPSD aurait pu répondre, mais qu'elle aurait réellement eu besoin d'un centre spécialisé pour lui donner un répit. Elle affirme que les centres d'écoute, c'est parfait, que les intervenants sont dévoués et qu'ils peuvent l'écouter pendant des heures, mais que après l'appel, les proches n'ont plus de ressources. Son ex-conjoint n'est demeuré que très peu de temps à l'hôpital et, à sa sortie, il n'y avait rien de réglé, il n'allait pas mieux, et c'est elle qui a dû en prendre soin. Il était toujours à risque et elle n'avait rien comme ressource. Finalement, Madame 4 affirme que cette ressource, le CEPSD, est à recommander, puisque ça oblige à se mettre en action et à agir, plutôt que de pleurer sur son problème. Lorsqu'elle y réfléchit, elle mentionne qu'elle aurait aimé que le CEPSD appelle son fils et lui parle, pour qu'il réalise que quelqu'un se soucie de lui, mais également parce qu'il peut être plus simple de parler avec un étranger. Elle explique qu'il peut parfois être difficile de faire le premier pas et de prendre le téléphone et d'appeler. Elle mentionne également qu'elle aurait aimé avoir plus de conseils sur ce qu'il faut faire si la personne ne répond pas quand on tente d'évaluer l'urgence et la planification suicidaire.



## **5. Situation post-intervention**

### **Émotions suite à l'appel**

Suite à l'appel au CEPSD, Madame 1 se sentait plus calme et soulagée de ne pas avoir à appeler le père. Cela lui a enlevé un poids des épaules. Elle nomme que l'appel lui a permis de prendre une certaine responsabilité de l'intervention, mais avec un détachement. Elle pouvait faire quelque chose pour venir en aide à la jeune, sans être impliquée émotionnellement. Madame 2, quant à elle, même si elle ne se sentait pas soulagée, était contente de savoir qu'elle aurait de l'aide. Elle avait le sentiment d'avoir été comprise et réconfortée. Madame 3 nomme s'être sentie soulagée de le savoir à l'hôpital, mais surtout de savoir qu'il y avait quelqu'un pour l'aider, elle, si elle avait besoin de parler et d'être soutenue. Elle se sentait plus calme. Finalement, Madame 4 nomme qu'elle se sentait soulagée, car ça fait toujours du bien d'en parler.

### **Actions posées suite à l'appel**

Suite à l'appel, Madame 1 a appelé l'école et ce que l'intervenante avait prévu qui pouvait arriver s'est produit, c'est-à-dire que la réceptionniste veuille la transférer sur une boîte vocale. Elle a donc fait ce que l'intervenante lui avait conseillé. Madame a également accompagné sa fille, par exemple pour mettre ses limites. Elle a aussi continué de demander des nouvelles de la jeune fille. Madame 2, elle, a continué à faire ce qu'elle faisait avant, soit de parler à sa fille à tous les jours et de l'aider. Elle a également rencontré l'intervenante du CEPSD. Madame 3, quant à elle, a appelé les policiers. Elle a ensuite pris le temps de prendre soin d'elle et de décompresser, et elle

est ensuite allée voir son ex-conjoint à l'hôpital. Ensuite, à sa sortie de l'hôpital, elle a hébergé Monsieur chez elle pour prendre soin de lui. Elle a été patiente et tolérante, en plus de cuisiner pour lui. Elle a également sécurisé les lieux en cachant tout ce qu'il aurait pu utiliser pour attenter à sa vie, en plus d'assurer une surveillance constante en ne sortant plus de la maison et en dormant d'un sommeil très léger. Toutefois, Madame a dû imposer ses limites à plusieurs reprises étant donné le comportement de Monsieur. Finalement, suite aux crises de colère constantes de Monsieur et des comportements irrespectueux à son égard, Madame, épuisée, lui a dit qu'elle le bannissait de sa vie et a mis fin à la relation. Elle a malgré tout tenté de le rejoindre plus tard pour avoir de ses nouvelles. Finalement, Madame a nommé qu'elle a obligé son fils à aller au CLSC, mais qu'elle lui a laissé un délai de deux jours pour qu'il se fasse à l'idée. Après une rencontre, son fils ne voulait plus y aller, mais Madame est allée rencontrer l'intervenante pour elle, pour savoir comment elle pourrait encore aider son fils. Elle a aussi impliqué ses autres enfants, plus âgés que son fils souffrant, en leur écrivant un courriel. Madame a imprimé leur réponse et l'a fait lire à son fils pour lui montrer qu'il avait le soutien de sa sœur et de son frère. Elle a continué de lui poser des questions par rapport à sa situation, mais, suite à sa visite au CLSC, il ne voulait plus parler de tout cela. Madame mentionne également lui avoir souvent demandé des questions par rapport à la planification suicidaire, comme le lui ont enseigné les intervenants sur la ligne d'écoute, mais qu'il ne répondait pas toujours. Il lui était donc difficile d'obtenir des réponses. Elle mentionne également qu'elle et son conjoint n'ont pas été au camping

pendant un mois, en plus de ne pas aller en vacances, pour ne pas laisser son garçon seul à la maison.

### **Situation de la personne suicidaire par la suite**

L'amie de la fille de Madame 1 a été rencontrée sur l'heure du dîner et l'intervenante de l'école a rappelé Madame pour lui dire qu'une intervention avait été faite. Lorsque l'intervenante a mentionné à la jeune fille que c'est une mère inquiète qui avait appelé, elle a tout de suite su que c'était Madame 1 et lui en a été très reconnaissante. Lorsque Madame a revu la jeune fille, celle-ci l'a serrée en la remerciant pour avoir appelé, mais également de ne pas être choquée. Elle voit maintenant la psychologue de l'école une heure par semaine. La jeune a encore des moments très négatifs, mais la fille de l'appelante met désormais davantage ses limites. La fille de Madame 2 est, au moment de l'entrevue, dans un centre de thérapie; elle en est à sa huitième semaine sur quinze. La situation avec son enfant ne s'est pas améliorée et Madame croit que le père de la fillette l'encourage à ne pas voir sa mère (fille de l'appelante) en parlant contre elle. Suite à l'appel de Madame 3, son ex-conjoint a été hospitalisé et suite à son séjour, il a été hébergé chez Madame, qui en a pris soin. Il était toujours suicidaire, et criait et pleurait tous les jours, disant qu'il voulait mourir. Elle a dû appeler les policiers quelques fois, car il quittait le domicile en disant qu'il allait se suicider. Il criait et insultait tout le monde qu'il voyait, même les étrangers dans la rue, et Madame craignait que cela se retourne contre elle. Il criait, insultait et critiquait Madame, la menaçait et lui disait des mots ingrats. Un jour, il l'a même relancé chez un

ami et a levé la main pour la frapper. Madame nomme que la situation était très lourde, même si elle essayait d'imposer ses limites. Elle a donc mis fin à leur relation d'amitié. Elle mentionne que suite à sa tentative, il avait vraiment changé de personnalité. Monsieur a désormais quitté la ville depuis plus d'un mois (moment où Madame a mis fin à la relation et lui a demandé de quitter son appartement) et personne n'a de ses nouvelles. Finalement, quant au fils de Madame 4, il a vu une intervenante du CLSC moins d'une semaine suite à l'appel. Il a ensuite eu un rendez-vous avec une autre intervenante une semaine plus tard. Suite à cette rencontre, il n'a plus voulu y retourner, parce que la jeune fille qui avait mis fin à leurs contacts sur Internet lui avait reparlé. Madame avait été rencontré l'intervenante à une reprise par la suite (sans son fils), et cette dernière lui avait conseillé de consulter un médecin. Donc, une semaine plus tard, il a rencontré un pédiatre et cela a vraiment « cliqué » avec ce dernier. Il a été le rencontrer à nouveau peu de temps après et suite à cette deuxième rencontre, il a mentionné ne plus en avoir besoin désormais. Il ne se mutile plus et les cicatrices paraissent de moins en moins. Il a passé du temps avec son frère et sa sœur, qui lui ont montré qu'ils étaient là pour lui. Madame nomme que son fils va bien. Il passe du temps avec ses amis et rit; il semble plus joyeux, il a réussi son cours d'été et a commencé ses études au CEGEP. Il y a également une autre fille présente dans sa vie, mais il est trop tôt pour affirmer si elle sera une amie ou une copine.

### **Conséquences de la situation sur le proche**

Madame 1 nomme qu'elle a eu de la difficulté à dormir cette nuit-là, car elle réfléchissait beaucoup. Elle a également réalisé qu'elle n'était pas à l'abri d'une situation comme celle-là et que ça pourrait être ses enfants. Elle demeure désormais alerte. Madame 2, en plus de la situation avec sa fille, a dû faire face au suicide du garçon de son mari au mois de février, ce qui a été un choc pour elle. En plus de sa peine, elle a également dû soutenir son mari. Elle ajoute que, depuis deux ans, elle a vécu beaucoup d'inquiétudes et qu'elle dormait très mal. Elle a même dû aller consulter pour pouvoir avoir de la médication pour l'aider à dormir. Quand elle a décidé d'écouter sa fille et d'aller rencontrer un médecin, elle était vraiment rendue au bout du rouleau. Elle nomme y être allé à temps. Elle prend désormais des antidépresseurs. Elle nomme que les principales conséquences que les événements ont eues sur elle sont l'angoisse et les problèmes de sommeil. Madame 3, quant à elle, mentionne avoir encore de la difficulté à dormir à cause de la situation. Si aujourd'hui le manque de sommeil est dû au fait qu'elle ne sait pas s'il va bien, avant il était dû au fait qu'elle devait toujours être alerte et qu'elle le surveillait jour et nuit. Elle ne sortait plus de la maison et était devenue hypervigilante. Elle avait également des problèmes d'appétit. Elle nomme aussi qu'elle était vraiment épuisée et qu'elle a dû mettre ses limites pour ne pas devenir dépressive. Madame souligne également qu'elle vivait un taux élevé d'anxiété et qu'elle était devenue impatiente avec tout le monde. Elle ressentait également beaucoup de douleur et de peine en raison du manque de respect de Monsieur à son égard et du fait qu'il atteignait son estime d'elle-même. Si elle aimerait savoir s'il va bien, elle ne veut

plus le revoir, ni entretenir de relation avec lui. Madame 4 affirme se sentir fatiguée et avoir besoin de dormir. En plus de la situation, elle a dû prendre soin de son mari et faire davantage de tâches à la maison, puisque ce dernier a dû subir une opération. Elle souligne aussi avoir eu des difficultés de concentration, en plus de n'avoir pu faire certaines activités, comme aller en vacances et au camping pour ne pas laisser son garçon seul.

## **Discussion**

La présente étude visait à mieux comprendre le vécu des proches d'individus suicidaires afin de déterminer si l'intervention auprès d'eux sur les lignes de prévention suicide permet réellement de répondre à leurs besoins. Cette section présentera une analyse des résultats, des retombées du projet et des applications pratiques, ainsi que les forces et les faiblesses de la présente recherche.

### **Analyse des résultats**

Comme cela a été précisé plus haut, il s'agissait ici d'une recherche qualitative et exploratoire. Les résultats des quatre entrevues réalisées ne doivent donc pas être interprétés de manière quantitative puisqu'il ne s'agissait que d'un échantillon de convenance. Les tendances qui ont pu être observées ne sont pas généralisables.

Les entrevues avec les participantes ont permis de faire ressortir plusieurs éléments. Tout d'abord, si les quatre dames affirmaient au début de l'entrevue ne pas avoir remarqué de signes avant-coureurs, deux participantes ont nommé par la suite avoir remarqué des changements. Une autre avait reçu une verbalisation comme quoi l'enfant de la personne suicidaire était sa seule raison de vivre et que tous deux ne se parlaient plus. Les trois participantes croyaient alors que ces éléments n'étaient pas suffisamment significatifs pour croire que leur proche pourrait en arriver à penser au suicide. Toutefois, lorsque les participantes ont été mises au courant des idéations, toutes se sont



impliquées et sont venues en aide à la personne. Si ce constat était confirmé dans une recherche quantitative, cela irait à l'encontre des données issues de la littérature, qui soulignent que les proches réagissent fréquemment aux messages suicidaires par une absence de communication, une attitude évasive, ou encore par le déni ou l'agressivité. Ensuite, les émotions rapportées par les proches concordent, quant à elle, à celles nommées par les chercheurs, soit le choc, l'anxiété, l'incompréhension, la tristesse, la peur d'être trop impliqué, la crainte que l'individu passe à l'acte, le sentiment de responsabilité face à la sécurité, l'ambivalence concernant la relation, le désir de mort, le sentiment de fardeau et l'épuisement. Toutefois, alors que les auteurs s'entendent généralement pour dire que la colère est une des émotions principales ressenties par les proches, aucune des participantes n'en a fait mention. Il se peut que le faible échantillon puisse expliquer ce point, ou encore la méthode de recherche, soit le fait que le participant rapporte de lui-même son vécu sans directement être questionné. Ensuite, la littérature fait mention que les perceptions des proches à l'égard du suicide constitueraient un élément déterminant de leur réaction et de leurs actions face à l'individu en souffrance. Si les perceptions des participantes ne semblent pas avoir affecté leurs comportements, certaines croyances erronées ont tout de même été verbalisées, comme le fait qu'il se pourrait que ce soit de la manipulation, que la personne est suicidaire car elle l'a eu trop facile ou parce qu'elle est née avec un mal de vivre. Aussi, les quatre participantes rapportent avoir d'instinct parlé de la situation à quelqu'un de leur entourage, mais davantage pour avoir du soutien pour elles-mêmes que pour impliquer d'autres proches dans l'intervention. Elles mentionnent aussi que

d'autres proches étaient au courant des idéations suicidaires et que ces derniers venaient généralement en aide à l'individu en souffrance. Toutefois, les participantes et ces autres proches ne se parlaient pas (ou très peu) entre eux pour accorder leurs interventions. Ensuite, au niveau comportemental, leurs actions pour venir en aide à l'individu ressemblent également à celles identifiées par les chercheurs, soit : conseiller, écouter, encourager, faire des activités, aider pour les tâches ménagères, évaluer la situation régulièrement, surveiller, sécuriser les lieux, lui dire qu'elle l'aime, donner des numéros de téléphone de certaines ressources, etc.

Au moment de leur appel, les participantes rapportent un état d'esprit empreint de fébrilité, d'anxiété, de peur, d'hypersensibilité, en plus de craindre le jugement de l'intervenant, et de se sentir perturbées et dépassées. Leurs besoins lors de l'appel au CEPSD concordent avec ceux soulevés dans la littérature, soit être soutenues, rassurées, comprises et écoutées, en plus de pouvoir ventiler et recevoir de l'information et des outils pour mieux savoir intervenir et aider la personne en souffrance. Toutes les participantes affirment qu'au moment de leur appel, elles désiraient s'impliquer dans l'intervention et ne s'attendaient pas à ce que le CEPSD prenne en main les rênes. Cela infirme ainsi une hypothèse comme quoi certains proches désirent se décharger de leurs responsabilités lorsqu'ils appellent. Si ce constat était confirmé dans une recherche quantitative, cela irait à l'encontre du besoin de transfert de responsabilités avancé par Millman et al. (1998). Ensuite, les interventions effectuées par les intervenants, rapportées par les participantes, se ressemblent entre elles. Les intervenants auraient pris

le temps de les écouter et leur auraient posé des questions pour bien comprendre et évaluer la situation. Ils leur auraient expliqué différentes ressources, en plus de les diriger et les conseiller dans les actions à poser. Les intervenants auraient également demandé comment elles se sentaient, et les auraient réconfortées et rassurées, en plus de leur faire faire des techniques de respiration au besoin. Les participantes rapportent qu'on leur a montré à évaluer l'urgence suicidaire et également comment impliquer d'autres proches. Une rencontre en face à face ou une relance leur a généralement été offerte. Les participantes affirment avoir apprécié des intervenants, leur calme, leur soutien, leur écoute, leur présence, leur disponibilité et le fait qu'ils se montraient rassurants. Elles mentionnent en majorité s'être senties rassurées à la fin de l'appel, soit en raison de l'intervention reçue ou par rapport au fait de recevoir de l'aide. Toutes les participantes ont mis en œuvre les actions proposées par les intervenants du CEPSD, soit appeler l'école pour avertir un intervenant, appeler les policiers, amener la personne consulter au CLSC, impliquer d'autres proches, évaluer l'urgence, prendre soin de soi ou rencontrer une intervenante en face à face au CEPSD. Finalement, les conséquences nommées par les participantes concordent avec celles des proches rapportées dans la littérature, soit le manque de sommeil, l'inquiétude et l'anxiété, l'épuisement, l'hypervigilance, le manque d'appétit, la tristesse, l'impatience, les difficultés de concentration et de mémoire, et le fait de devoir manquer des activités et des vacances. Alors qu'une participante prend désormais des antidépresseurs en raison de la situation, une autre sent qu'elle se serait rendue à ce point si elle n'avait pas mis ses limites.

Au sein du présent échantillon, qui ne peut certes être considéré d'emblée comme représentatif, il est néanmoins possible d'observer deux profils d'appelants : ceux qui viennent d'apprendre la nouvelle et ceux dont la situation perdure depuis un moment. Cela confirme ainsi une hypothèse de cette recherche exploratoire. Les proches qui ont dû accompagner un individu suicidaire pendant une longue période semblent éprouver davantage d'émotions négatives. Tel que mentionné dans la littérature, certains de ces proches finissent même par désirer à un moment la mort de la personne (ce qui est suivi par de la culpabilité) ou bien mettent fin à la relation. Ils sont eux-mêmes alors plus sujets à souffrir de dépression. Aussi, les besoins lors de l'appel semblent différer selon le profil. En effet, ceux qui ont appris tout récemment qu'un membre de leur entourage a des idéations suicidaires sont davantage proactifs; ils veulent avoir des conseils et de l'information pour savoir quoi faire pour s'impliquer et venir en aide à la personne. Même s'ils auraient besoin de soutien, sur le moment, ce n'est pas ce qu'ils désirent recevoir au premier abord. C'est lors de leur deuxième appel ou d'une relance qu'ils désirent ventiler et recevoir du soutien pour eux-mêmes. Quant à ceux dont la situation perdure depuis un moment, ils semblent avoir davantage besoin de ventiler et de recevoir du soutien dans l'immédiat. Il s'agit donc là d'un constat très important qui mériterait d'être confirmé ultérieurement.

Par ailleurs, les participantes à qui la relance a été offerte affirment avoir particulièrement apprécié cette formule. En plus de revêtir un caractère davantage personnalisé, elle donne l'occasion au proche de ventiler davantage après avoir reçu des

conseils. Cela permet également de mieux accompagner le proche dans ses actions suite à l'appel, notamment si un pépin se produit, par exemple si l'individu suicidaire refuse de répondre aux questions liées à l'évaluation de la planification suicidaire. Cela fait en sorte que le proche se sente moins démuni et davantage soutenu dans son vécu difficile. Ces résultats concordent avec ceux de Mishara et al. (2005) et de Veilleux (1991), qui indiquaient qu'un programme de relances pouvait être bénéfique pour les proches ainsi que pour l'individu suicidaire. Il pourrait alors être pertinent que la relance fasse partie intégrante de l'intervention auprès d'un proche de personne suicidaire, de façon à mieux soutenir l'appelant, mais également pour pouvoir intervenir au niveau d'autres aspects, ce qui pourrait être difficile de faire au sein d'un seul appel. En effet, dans la présente étude, il a été possible de remarquer que les proches remarquent certains changements chez la personne, qui indiquaient que la personne souffrait, mais ces derniers n'étaient pas associés à une possibilité de geste suicidaire. Une relance pourrait permettre d'enseigner aux proches les divers signes avant-coureurs, tout comme Séguin (1991) le proposait. Elle pourrait également donner l'occasion d'évaluer plus en profondeur les perceptions des proches par rapport au suicide et à la personne suicidaire. Dans la présente étude, les participantes ont toutes nommé que des idéations ou tentatives sont le signe d'une grande souffrance. Toutefois, au fil de l'entrevue, lorsque des questions supplémentaires étaient posées, certaines croyances erronées étaient nommées. Cela confirme ainsi une des hypothèses de recherche comme quoi des questions plus pointues permettraient d'avoir réellement accès aux perceptions. Une relance pourrait alors faire en sorte d'intervenir davantage à ce niveau. D'une façon similaire, la rencontre en

personne avec une intervenante du CEPSD, a été appréciée par les participantes, notamment parce qu'elle leur permettait d'obtenir davantage de soutien. Il pourrait toutefois être pertinent d'ajouter une relance entre l'appel et la rencontre, au cas où le proche ait besoin de soutien très rapidement.

Au niveau de l'intervention, deux proches ont souligné avoir apprécié le fait que l'intervenant avait un plan, avec plusieurs alternatives, dépendamment de ce qui se produirait, et qu'il leur en fasse part. Une participante, quant à elle, aurait apprécié qu'on lui mentionne quoi faire si jamais son fils refusait de répondre à ses questions visant à évaluer l'urgence, mais ça n'a pas été fait. Prévoir avec le proche les différentes situations qui pourraient arriver et les options si elles se produisent, devrait être davantage effectué dans l'intervention. De plus, le cas de Madame I permet de rappeler le fait qu'il est important de bien vérifier non seulement l'intérêt du proche pour intervenir, mais également jusqu'où il désire et est prêt à s'impliquer. Si l'intervenant avait seulement demandé à Madame si elle désirait s'impliquer, il est probable qu'elle aurait répondu par l'affirmative et l'intervenant lui aurait alors sûrement confirmé que la situation était à prendre au sérieux et par la suite proposé diverses actions à posées. L'intervention n'aurait alors pas répondu à son besoin, qui était davantage de savoir à qui transmettre l'information et la responsabilité de la prise en charge.

Tel que mentionné précédemment, peu de chercheurs se sont intéressés à mieux comprendre le vécu des proches de personnes suicidaires, ce qui fait en sorte que les

interventions effectuées dans les centres de prévention suicide ont peu de bases empiriques sur lesquelles s'appuyer. Aussi, puisque les proches se retrouvent généralement incombés de la responsabilité des soins et que leur présence constitue un élément essentiel de la prévention, toute recherche qui s'intéresse à leur vécu devient alors pertinente. La présente étude comporte diverses avenues intéressantes susceptibles d'engendrer des retombées positives. Tout d'abord, si peu de chercheurs se sont intéressés au sujet, encore moins se sont attardés à l'état d'esprit des proches lorsqu'ils communiquent avec un centre de prévention suicide. Comprendre que les proches se trouvent eux-mêmes dans un certain état de crise, soit en raison du choc de la nouvelle ou à cause de l'épuisement, démontre le fait qu'il est essentiel de rapidement saisir leur état d'esprit et leur besoin pour mieux leur venir en aide. Par ailleurs, si Mishara (1995) avait identifié jusqu'à dix profils de proches, l'étude présente a permis d'identifier deux types d'appelants : soit ceux qui viennent d'apprendre la nouvelle et veulent savoir quoi faire, et ceux dont la situation perdure depuis un moment, qui sont épuisés et ont besoin de soutien. Puisque leurs besoins diffèrent, de même que leur état d'esprit, identifier le profil pourrait rendre plus rapide l'orientation de l'intervention. Ceci étant dit, rappelons que Mishara a identifié ses profils à partir d'expériences cliniques et non suite à une étude. Ensuite, les profils de Mishara représentent le portrait des proches en général et non pas seulement celui des appelants. Cela pourrait peut-être expliquer les différences entre ses conclusions et celles de la présente étude, en plus du fait que la présente recherche comporte un faible échantillon. En effet, un nombre plus élevé de participants aurait peut-être pu permettre d'identifier des profils supplémentaires. Toutefois, puisque

l'intervention téléphonique s'effectue dans un laps de temps relativement court, il est probable que si l'intervenant doit identifier le type de proche parmi une dizaine de profils, cela serait plus long et laborieux qu'à partir de deux. De plus, Mishara n'identifiait pas si les proches des différents profils avaient des besoins différents dans l'intervention. Ainsi, il serait préférable et pertinent d'effectuer des recherches supplémentaires à propos des profils des proches qui communiquent avec un centre de prévention du suicide. La présente étude a également permis de confirmer la pertinence d'une relance pour les participants des deux profils. En effet, le proche qui prend soin d'un individu suicidaire depuis un long moment présente davantage d'émotions négatives et souffre plus fréquemment d'épuisement. Ainsi, une relance permet davantage de le soutenir et de l'accompagner. Aussi, ceux qui viennent d'apprendre la nouvelle désirent recevoir des conseils lors de l'appel, mais veulent ventiler lors du second. Ainsi, une relance peut leur permettre de le faire, en plus de pouvoir les guider davantage. Bien entendu, en raison du faible échantillon, il s'agit encore là d'un constat qui devrait être confirmé dans d'autres recherches.

### **Forces et faiblesses**

La présente étude comporte certaines forces comme le caractère semi-structuré, qui permet d'explorer les processus en profondeur et d'obtenir des données davantage étoffées. De plus, ce type d'entrevue, plus flexible, permet une plus grande liberté d'expression des individus par rapport à leur ressenti. Aussi, le fait que l'entrevue couvrait un spectre large du vécu des participants, permettait ainsi de toucher en



globalité à la réalité des proches. Ensuite, la présente recherche est issue d'un questionnement clinique, ce qui permet d'obtenir des indications concrètes permettant d'avoir des retombées tangibles et rapides pour le milieu d'intervention qu'est le CEPSD. Toutefois, l'étude comporte plusieurs biais et limitations. Tout d'abord, tel que mentionné précédemment, la doctorante était affiliée avec le milieu clinique en question depuis plusieurs années, ce qui pourrait avoir biaisé son travail. La démarche de l'essai doctoral, dans son ensemble, s'est échelonnée sur quatre ans et, à mi-chemin, les responsables du CEPSD ont demandé conseil à la doctorante pour effectuer certaines modifications dans leurs interventions auprès des proches. Ainsi, il avait été proposé que les intervenants insistent davantage, lorsqu'ils offrent la relance, et modifient la façon de leur demander, en expliquant aux proches la pertinence d'un second appel. Ainsi, au moment où les entrevues ont été effectuées par la doctorante, la relance faisait déjà davantage partie intégrante de l'intervention. Il s'agit là d'un écueil qui se produit souvent lors de recherches menées sur le terrain, dans un contexte de recherche action. Néanmoins, il fut alors impossible de répondre à une des questions de recherche qui visait à comprendre pour quelle raison les proches n'acceptaient pas la relance au départ et ne rappelaient pas, alors qu'il leur était proposé de le faire.

Une autre limite de cette recherche qualitative et exploratoire est, certes, le petit nombre de participants, mais aussi le fait qu'il n'y ait aucun homme parmi eux. Cela rend difficile de déterminer si le vécu des proches diffère selon le sexe. Il est également ardu de parler de représentativité de l'échantillon. En effet, même si le CEPSD

mentionne que plus de femmes contactent le centre via la ligne d'intervention suicidaire, aucune statistique officielle n'est émise à ce sujet. C'est également le cas pour le lien entre l'appelant et la personne suicidaire. Tout comme le CEPSD, les autres centres de prévention de suicide présentent que très peu de caractéristiques concernant les proches, rendant encore une fois difficile la vérification de la représentativité de l'échantillon. Veilleux (1991) et Mishara et al. (1995) mentionnent que 75 % des proches sont des femmes, mais ces deux études datent de plus de 10 ans. Ainsi, puisque le nombre d'appels de proches a substantiellement augmenté lors des dernières années, il serait pertinent d'obtenir des statistiques plus récentes. Aussi, on ignore également combien de proches ont refusé d'être contacté pour l'étude, de même que leurs caractéristiques et leur situation. Également, en raison des périodes de vacances, il y a eu un délai d'environ deux mois entre l'appel des participantes au CEPSD et l'entrevue avec la doctorante, ce qui a pu affecter le souvenir de certaines informations telles : l'état d'esprit au moment de l'appel, l'intervention reçue, etc. S'il serait pertinent de poursuivre cette étude avec davantage de participants, il pourrait également être intéressant, dans une recherche ultérieure, de comparer l'intervention rapportée par les proches avec celle rapportée par l'intervenant ayant reçu l'appel. Cela pourrait permettre de mieux comprendre quels aspects retiennent davantage l'attention des proches et les éléments dont ils se souviennent suite à l'appel.

## **Conclusion**

Cette étude a permis d'explorer le vécu des proches de personnes suicidaires afin de déterminer si l'intervention effectuée auprès d'eux sur les lignes d'écoute et de prévention suicide permet réellement de répondre à leurs besoins. Peu de chercheurs se sont penchés sur la réalité vécue par les familles et amis d'individus suicidaires, et encore moins se sont attardés aux interventions permettant de leur venir en aide. Les résultats de la présente étude permettent généralement de confirmer la réalité des proches rapportée dans la littérature. Il a également été possible d'identifier deux types d'appelants, soit ceux qui viennent d'apprendre la nouvelle et ceux qui prennent soin d'un proche depuis un moment. Les deux profils appelleraient dans un état d'esprit différent tout en n'ayant pas les mêmes besoins. L'étude a également permis de confirmer qu'une relance est non seulement appréciée par les proches, mais fait également en sorte de pouvoir mieux les accompagner et les soutenir émotionnellement dans cette situation qui pourrait les mener à l'épuisement. Une relance pourrait également permettre d'effectuer de la prévention au niveau des signes avant-coureurs des gestes suicidaires, de même que d'intervenir au niveau des perceptions erronées. Rendre la relance systématique devient alors pertinent, de même que porter attention à demander aux proches jusqu'où ils se sentent prêts à intervenir et leur faire part des différentes possibilités et alternatives possibles. Il faudrait toutefois poursuivre les recherches auprès d'un échantillon plus grand et davantage varié.

## Références

- Alanen, Y. D., Rinne, R., & Paukkonen, P. (1981). On family dynamics and family therapy in suicidal attempts. *Crisis, 2*, 20-27.
- Angel, P., Taleghani, M., Choquet, M., & Courtecuisse, N. (1978). Abord épidémiologique de la tentative de suicide de l'adolescent : quelques réponses de l'environnement. *Évolution psychiatrique, 43*(2), 351-367.
- Association québécoise de prévention du suicide. (2003). *Programme accrédité de formation : intervenir en situation de crise suicidaire*. Montréal : AQPS.
- Banister, K. J. (1996). Staying within the lines: Boundaries in helping relationships. *Suicide Prevention Newsletter, 10*(2), 1-6.
- Barksdale, C. L., Walrath, C. M., Compton, J. S., & Goldston, D. B. (2009). Caregiver strain and youth suicide attempt: Are they related? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*(2), 152-160.
- Beautrais, A. L. (2004). *Support for families, whānau and significant others after a suicide: A literature review and synthesis of evidence*. Ministry of Youth Development. Document consulté le 10 juillet 2015 de <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/bereavedbysuicide-litreview.pdf>
- Bellack, L., & Siegel, H. (1983). *Handbook of intensive brief and emergency psychotherapy*. Larchmont: C.P.S. Inc.
- Biegel, D. E., Sales, E., & Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness: Alzheimer's disease, cancer, heart disease, mental illness, and stroke*. Newbury Park: Sage.
- Bille-Brahe, U., Egebo, H., Crepet, P., De Leo, D., Hjelmeland, H., Kerkho, A., ... Wasserman, D. (1999). Social support among European suicide attempters. *Archives of Suicide Research, 5*, 215-231.
- Bongar, B. M., & Sullivan, G. (2013). *The suicidal patient clinical and legal standards of care*. Washington D. C.: American Psychological Association.

- Boulianne, H. (2005). *Les prédicteurs de l'état de stress et du temps de travail chez les proches-aidants d'une personne atteinte d'un trouble de l'humeur : étude exploratoire* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC. Document consulté le 12 juillet 2012 de <http://www.theses.ulaval.ca/2005/22820>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Centre d'écoute et de prévention suicide de Drummondville. (CEPSD, 2015). *Rapport annuel 2014-2015*. Québec : Auteur.
- Centre for Suicide Prevention of Calgary. (2009). Attempted suicide: Part II. The perspective of significant others. Repéré à <http://suicideinfo.ca/LinkClick.aspx?fileticket=6B2nZcZ0Ix1%3d&tabid=538>
- Coggan, C., & Bennett, S. (2002). Young people's experience of recovery and wellbeing following a suicide attempt. *Social Work Now*, 23, 15-22.
- Czyz, E. K., Liu, Z., & King, C. A. (2012). Social connectedness and one-year trajectories among suicidal adolescents following psychiatric hospitalization. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(2), 214-226.
- D'Amours, Y. (1997). *Le suicide chez les jeunes : S.O.S. Jeunes en détresse!* Québec : Conseil permanent de la jeunesse.
- Désy, M.-J. (1999). *Perception des membres de la famille du retour éventuel de l'adolescent suicidaire à domicile* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, Trois-Rivières, QC.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. Glencoe, IL: Free Press.
- Eskin, M. (1995). Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 158-172.
- Fieldsend, R., & Lowenstein, E. (1981). Quarrels, separations and infidelity in the two days preceding self-poisoning episodes. *British Journal of Medical Psychology*, 54(1), 349-352.
- Grace, N. C., Kelly, M. L., & McCain, A. P. (1993). Attribution processes in mother-adolescent conflict. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(2), 199-211.
- Granboulan, V., Rabain, D., & Basquin, M. (1995). The outcome of adolescent suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(4), 265-270.

- Hart, E. E., Williams, C. L., & Davidson, J. A. (1988). Suicidal behaviour, social networks and psychiatric diagnosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23(4), 222-228.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1982). *Attempted suicide: A practical guide to its nature and management*. Oxford: Oxford University Press.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s377), 65-72.
- Houle, J., Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2005). Le soutien social peut-il protéger les hommes des tentatives de suicide? *Santé mentale au Québec*, 30(2), 61-84.
- Joiner, T. E., & Katz, J. (1999). Contagion of depressive symptoms and mood: Meta-analytic review and explanations from cognitive, behavioral, and interpersonal viewpoints. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 149-164.
- Kjellin, L., & Östman, M. (2005). Relatives of psychiatric inpatients: Do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care? *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(1), 7-11.
- Légaré, G., Gagné, M., St-Laurent, D., & Perron, P. A. (2013). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010 – Mise à jour 2013*. [Rapport]. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1993). Psychosocial characteristics of adolescents with history of suicide attempt. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(1), 60-68.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1996) Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(1), 25-46.
- Logan, D., & King, C. (2001). Parental facilitation of adolescent mental health service utilization: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 319-333.
- Magne-Ingvar, U., & Öjehagen, A. (1999a). One-year follow-up of significant others of suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(9), 470-476.
- Magne-Ingvar, U., & Öjehagen, A. (1999b). Significant others of suicide attempters: Their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(2), 73-79.



- Magne-Ingvar, U., Öjehagen, A., & Träskman-Bendz, L. (1992). The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(2), 153-158.
- Maheu, P., Guberman, N., & Dorvil, H. (1989). Le maintien en milieu naturel : une question de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 165-178.
- Mercier, G., & Saint-Laurent, D. (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Millman, J., Strike, D. M., Van Soest, M., Rosen, N., & Schmidt, E. (1998). *Talking with the caller: Guidelines for crisisline and other volunteer counselors*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc..
- Mishara, B. L. (1982). College students' experiences with suicide and reactions to suicidal verbalizations: A model for prevention. *Journal of Community Psychology*, 10(2), 142-150.
- Mishara, B. L. (1995). How family members and friends react to suicide threats. Dans B. L. Mishara (Éd.), *The impact of suicide* (pp. 73-81). New York: Springer Publishing Co.
- Mishara, B. L., Baker, A. H., & Mishara, T. T. (1976). The frequency of suicide attempts: A retrospective approach applied to college students. *American Journal of Psychiatry*, 133(7), 841-844.
- Mishara, B. L., & Daigle, M. (1995). *Étude du processus et des effets des interventions téléphoniques dans deux centres de prévention du suicide : rapport final*. Montréal : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale.
- Mishara, B. L., & Houle, J. (2008). Le rôle des proches dans la prévention du suicide. *Perspectives Psy*, 47(4), 1-7.
- Mishara, B. L., Houle, J., & Lavoie, B. (2005). Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 329-342.
- Molin, R. S. (1986). Covert suicide and families of adolescents. *Adolescence*, 21(81), 177-184.
- Morissette, P. (1984). *Le suicide : démythification, intervention, prévention*. Québec : Garotex.
- Murphy, G. E., Wetzel, R. D., Robins, E., & McEvoy, L. (1992). Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 49, 459-463.

- Nanhou, V., Fournier, C., & Audet, N. (2010). Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec : un regard sur les liens avec l'état de santé physique ou mental et le milieu social. *Institut de la statistique du Québec : Zoom santé, 20*, 1-8.
- Nirui, M., & Chenoweth, L. (1999). The response of healthcare services to people at risk of suicide : A qualitative study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33*(3), 361-371.
- Noronha, L. M. (2000). *Parental response to the suicide attempts of adolescents: A narrative analysis*. (Thèse de doctorat inédite). University of Illinois, États-Unis.
- Rolland, J. (1994). Family health and illness belief systems. Dans J. Rolland (Éd.), *Families illness and disability: An integrative treatment model* (pp. 127-164). New York : Basic Books.
- Rosenbaum, M., & Richman, J. (1969). Suicide: The role of hostility and death wishes from the family: A preliminary report. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association, 4*, 551-552.
- Rounsaville, B. J., & Weissman, M. M. (1980). A note on suicidal behaviours among intimates. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 10*(1), 24-28.
- Sabetta, Y. (1984). Étude exploratoire sur le vécu et les besoins de la famille du patient suivi en psychiatrie. *Santé mentale au Québec, 9*(1), 169-173.
- Saint-Onge, M., Lavoie, F., & Cormier, H. (1995). Les difficultés perçues par des mères de personnes atteintes de troubles psychotiques face au système de soins professionnels. *Santé mentale au Québec, 20*(1), 89-118.
- Séguin, M. (1991). *Le suicide, comment prévenir comment intervenir*. Montréal : Logiques.
- Séguin, M. (2009). *Le suicide, le comprendre pour le prévenir*. Montréal : Éditions au Carré.
- Séguin, M., & Huon, P. (1999). *Le suicide, comment prévenir, comment intervenir*. Montréal : Logiques.
- Shneidman, E. S. (1981). Suicide thoughts and reflections, 1960-1980. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 11*(4), 195-364.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley & Sons.

- Snakkers, J., Ladame, F. G., & Nardini, D. (1980). La famille peut-elle empêcher l'adolescent de se suicider?. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 28(9), 393-398.
- St-Arnaud, L. (1999). *L'expérience du parent suite à la conduite suicidaire de l'adolescent*. Baie-Comeau : Centre de recherche en psychopathologie de la Côte-Nord.
- Suicide Action Montréal. (2013). *Rapport annuel 2012-2013*. Québec : Auteur.
- Suicide Action Montréal. (2015). *Rapport annuel 2014-2015*. Repéré à <http://suicideactionmontreal.org/uploads/PDF/SAM5-Web-double.pdf>
- Sun, F.-K., & Long, A. (2008). A theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1939-1948.
- Sun, F.-K., Long, A., Huang, X. Y., & Huang, H. M. (2008). Family care of Taiwanese patients who had attempted suicide: A grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 53-61.
- Talseth, A. G., Gilje, F., & Norberg, A. (2001). 'Being met'--a passageway to hope for relatives of patients at risk of committing suicide: A phenomenological hermeneutic study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(6), 249-256.
- Therrien, R. (1990). La désinstitutionnalisation, les malades, les familles et les femmes : des intérêts à concilier. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 100-119.
- Tousignant, M., & Séguin, M. (1998). Le suicide comme point culminant d'une crise familiale. Dans Association québécoise de suicidologie (Éd.), *Colloque provincial : 9<sup>e</sup>. Un Québec sans suicide? : tout faire pour y arriver : recueil de textes*. Rivière-du-Loup, Montréal : Association québécoise de suicidologie.
- Tousignant, M., & Séguin, M. (1999). Le dilemme de la protection de la vie privée dans l'assistance aux personnes suicidaires. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 30, 23-26.
- Tousignant, M., Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., & Turecki, G. (2003). Le suicide chez les hommes de 18 à 55 ans : trajectoires de vie. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 145-159.
- Tzeng, W. C., & Lipson, J. G. (2004). The cultural context of suicide stigma in Taiwan. *Qualitative Health Research*, 14(3), 345-358.

- Veiel, H.O.F., Brill, G., Häfner, H., & Welz, R. (1988). The social supports of suicide attempters: The different roles of family and friends. *American Journal of Community Psychology, 16*(6), 839-861.
- Veilleux, P. C. (1991). *Étude descriptive des caractéristiques de proches de suicidaires communiquant avec un centre de prévention du suicide* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Wagner, B. M., Aiken, C., Mullaley, P. M., & Tobin, J. J. (2000). Parents' reactions to adolescents' suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(4), 429-436.
- Wellman, M. M.; & Wellman, R. J. (1986). Sex differences in peer responsiveness to suicide ideation. *Suicide and life-Threatening Behavior, 16*(3), 360-378.
- Wolk-Wasserman, D. (1986). Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 73*(5), 481-499.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1994). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F. A. Davis.
- You, S., Van Orden, K. A., & Conner, K. R. (2011). Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychology of Addictive Behaviors, 25*(1), 180-184.

**Appendice**  
Grille d'entrevue

1. Comment avez-vous appris les idéations suicidaires de la personne que vous voulez aider? L'aviez-vous soupçonné avant en remarquant des signes? Avez-vous reçu une verbalisation directe de la personne suicidaire? Est-ce suite à une tentative de suicide?
2. Quelle était la situation? (urgence, problématique, etc.)
3. Depuis combien de temps la personne était-elle suicidaire?
4. Quelle a été votre réaction au moment où vous l'avez appris? (émotions, comportements, ce qu'ils ont répondu, pensées (ce qu'ils se sont dit))
5. Quelles étaient vos croyances/perceptions du suicide à ce moment? Que pensiez-vous des personnes qui affirment vouloir se suicider? Quelle était votre opinion sur la dangerosité ou le degré d'urgence de la situation? Qu'est-ce que les idéations ou la tentative veulent dire de la part de cette personne?
6. Comment vous sentiez-vous dans la situation? Que ressentiez-vous à l'égard de la personne suicidaire?
7. Avant de téléphoner au Centre de prévention du suicide, aviez-vous tenté quelque chose pour venir en aide à l'individu suicidaire?
8. Étiez-vous le seul proche de la personne impliqué dans la situation?
9. Sur le moment, avez-vous parlé de la situation à quelqu'un? Était-ce un aidant travaillant dans le domaine? Est-ce qu'il y a d'autres gens avec qui vous n'avez pu communiquer mais avec qui vous auriez aimé en discuter? Pourquoi?
10. Avant de contacter le Centre de prévention du suicide, désiriez-vous vous impliquer dans l'intervention? Vous en sentiez-vous capable?
11. Depuis combien de temps étiez-vous au courant des idéations suicidaires lorsque vous avez téléphoné?
12. Dans quel état d'esprit étiez-vous lorsque vous avez appelé? (émotions)
13. Quel était votre besoin au moment de l'appel? Que vouliez-vous en premier? (ventiler, raconter l'histoire, des conseils, etc.)
14. À quoi vous attendiez-vous de la part du CEPS? Que pensiez-vous que le CEPS pouvait faire?
15. Quelle intervention fut effectuée de la part de l'intervenant? Qu'est-ce qu'il vous a dit, conseillé, demandé, etc.?

16. Quelle était l'attitude de l'intervenant?
17. Qu'aviez-vous retenu suite à l'appel?
18. Comment vous sentiez-vous à la fin de l'appel?
19. Qu'avez-vous fait suite à l'appel? (impliquer d'autres proches, vérifier l'urgence et si oui comment, comment a réagi la personne suicidaire?)
20. Que s'est-il passé après avec l'individu suicidaire et la situation?
21. En y repensant, quels auraient été vos besoins lors de votre appel? Qu'auriez-vous désiré de plus de la part des intervenants du CPS?
22. Aviez-vous accepté la relance téléphonique? Pourquoi?
23. Avez-vous recontacté le CPS par la suite? Pourquoi?
24. Est-ce que la situation a eu des conséquences sur vous?