

# ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES D'AIDE AUX HOMMES SUICIDAIRES PAR L'INTERMÉDIAIRE DE LEURS PROCHES

## RAPPORT FINAL

Brian L. Mishara, Ph.D., directeur

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)  
Professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

et

Janie Houle, candidate au Ph.D.

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)  
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)



*CRISE, Université du Québec à Montréal*  
C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal(Québec) H3C 3P8  
Téléphone:(514) 987-4832 Télécopieur: (514) 987-0350  
Courriel : [crise@uqam.ca](mailto:crise@uqam.ca)

*En collaboration  
avec Suicide Action Montréal*

Les projets auprès des proches évalués dans le cadre de ce rapport de recherche ont été développés par Suicide Action Montréal, principalement par M. Charles Pinard, responsable des services aux proches jusqu'en septembre 2001 et par Mme Brigitte Lavoie, directrice de Suicide Action Montréal. M. Mariano Lopez est maintenant le responsable du service aux proches. Le présent rapport fera éventuellement l'objet de publication dans des journaux scientifiques. Donc, avant de le citer, veuillez communiquer avec l'auteur principal pour voir s'il existe d'autres publications à citer. Pour plus d'informations sur les projets, veuillez communiquer avec Suicide Action Montréal. Ce projet de recherche a été subventionné par le Ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du financement des projets d'évaluation et d'intervention auprès des clientèles les plus à risque de suicide et de tentative de suicide.

**HV  
6542  
M574  
2003**



HV  
6542  
M574  
2003

## ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES D'AIDE AUX HOMMES SUICIDAIRES PAR L'INTERMÉDIAIRE DE LEURS PROCHES

### RAPPORT FINAL

Brian L. Mishara, Ph.D., directeur

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)  
Professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

et

Janie Houle, candidate au Ph.D.

Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE)  
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)

### SOMMAIRE

Au Québec, comme dans la plupart des sociétés du monde, les hommes sont 4 fois plus nombreux à s'enlever la vie par suicide que les femmes. Les hommes adultes qui souffrent de dépression, de troubles d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues ou qui ont déjà fait une tentative de suicide constituent les groupes les plus à risque de suicide. Cependant, d'une manière générale, les hommes utilisent moins que les femmes les services offerts par les professionnels de la santé et les organismes communautaires, y compris les centres de prévention du suicide (CPS), alors que leurs proches, qu'ils soient membres de la famille ou amis, sont particulièrement nombreux à téléphoner sur la ligne d'intervention téléphonique des CPS pour recevoir du soutien et des conseils. L'intervention auprès des proches s'avère donc une alternative intéressante pour aider les hommes à haut risque de suicide qui ne demandent pas d'aide. En se basant sur les résultats de consultations effectuées auprès de proches d'hommes suicidaires, Suicide Action Montréal a conçu quatre projets d'intervention novateurs : le parrainage téléphonique, l'accès-direct, la rencontre familiale et la rencontre Info-plus, qui sont venus s'ajouter à la rencontre

d'information déjà offerte depuis une dizaine d'années. Cette étude évalue l'implantation et les effets de ces projets-pilotes. Les participants sont 131 proches d'hommes suicidaires à haut risque qui ont participé à l'un de ces projets d'intervention, évalués par le biais de questionnaires auto-administrés à trois reprises : avant d'avoir reçu le service (pré-test), deux mois plus tard (post-test) et six mois après la première évaluation (relance). Les résultats indiquent que, après la participation de leurs proches aux projets, les hommes ont moins d'idéations suicidaires, font moins de tentatives de suicide et présentent moins de symptômes de dépression. Par contre, les hommes n'utilisent pas plus de ressources d'aide et ne consomment pas moins d'alcool ou de drogues. Après leur participation, les proches vivent moins de détresse psychologique, utilisent davantage de mécanismes d'adaptation positifs et évaluent leur communication avec l'homme suicidaire comme étant plus aidante et de meilleure qualité. Cependant, les proches ne connaissent ni n'utilisent plus de ressources et il n'y a aucun changement en ce qui concerne leurs relations sociales. Les projets sont très appréciés par les proches et le parrainage téléphonique est celui qui est considéré le plus utile. Ces résultats indiquent que ces projets aident les proches et les hommes suicidaires. De même, les données du suivi indiquent que les améliorations pour les hommes suicidaires et leurs proches se sont maintenues six mois plus tard. L'absence d'un groupe témoin empêche toutefois de contrôler le passage du temps, de sorte qu'une amélioration spontanée demeure une possibilité. Il est cependant difficile de croire que l'ensemble des améliorations y soient rattachées.

## TABLE DES MATIÈRES

|   |     |
|---|-----|
| Sommaire .....  | i   |
| Table des matières .....  | iii |
| Liste des tableaux .....  | v   |
| Remerciements .....   | vi  |
| 1. Introduction .....   | 1   |
| 2. Contexte théorique .....   | 2   |
| 2.1 Sexe masculin, troubles mentaux et tentative de suicide comme<br>facteurs de risque du suicide complété ..... | 3   |
| 2.2 Les hommes demandent moins souvent de l'aide que les femmes .....   | 6   |
| 2.3 Les avantages de l'intervention auprès des proches .....  | 8   |
| 2.4 Approche orientée vers les solutions .....  | 11  |
| 2.5 Théorie de l'intervention et objectifs des projets .....  | 14  |
| 3. Méthode .....  | 17  |
| 3.1 Participants .....  | 17  |
| 3.2 Processus de détermination des projets-pilotes .....  | 21  |
| 3.3 Description des projets-pilotes .....   | 23  |
| 3.4 Procédure et mesures .....  | 26  |
| 3.4.1 Questionnaire d'efficacité pour les proches .....   | 26  |
| 3.4.1.1. Mécanismes d'adaptation .....  | 26  |
| 3.4.1.2. Connaissance et utilisation des ressources .....   | 27  |
| 3.4.1.3 Relations sociales .....  | 27  |
| 3.4.1.4 Communication avec l'homme suicidaire .....   | 27  |
| 3.4.1.5 Détresse psychologique .....  | 28  |
| 3.4.2 Questionnaire d'efficacité pour les hommes suicidaires .....  | 29  |
| 3.4.2.1 L'utilisation des ressources .....  | 29  |

|  |    |
|--|----|
| 3.4.2.2. Relations sociales .....                                  | 29 |
| 3.4.2.3 Comportements suicidaires .....                            | 29 |
| 3.4.2.4 Communication avec le proche .....                         | 30 |
| 3.4.2.5 Consommation d'alcool .....                                | 30 |
| 3.4.3 Questionnaire de satisfaction et d'utilité perçue .....      | 30 |
| 3.4.4 Fiche de participation pour la rencontre d'information ..... | 31 |
| 3.4.5 Fiche de participation pour le parrainage téléphonique ..... | 31 |
| 3.4.6 Fiche de participation pour l'accès-direct .....             | 32 |
| 3.4.7 Fiche de participation pour la rencontre Info-plus .....     | 32 |
| 4. Résultats .....   | 33 |
| 4.1 Implantation des projets .....                                 | 33 |
| 4.2 Satisfaction et utilité perçue .....                           | 35 |
| 4.3 Efficacité auprès des hommes suicidaires .....                 | 37 |
| 4.4 Efficacité auprès des proches .....                            | 40 |
| 5. Discussion et conclusion .....                                  | 45 |
| RÉFÉRENCES .....   | 50 |

## LISTE DES TABLEAUX

|                     |  |           |
|---------------------|--|-----------|
| <b>TABLEAU 1 :</b>  | <b>Fréquence des troubles mentaux chez les suicides complétés : données issues d'études par autopsies psychologiques .....</b> | <b>4</b>  |
| <b>TABLEAU 2 :</b>  | <b>Les exigences contradictoires de la masculinité et de la psychothérapie traditionnelle .....</b>                            | <b>12</b> |
| <b>TABLEAU 3 :</b>  | <b>Lien du proche avec l'homme suicidaire .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>TABLEAU 4 :</b>  | <b>Raisons de refus .....</b>  | <b>20</b> |
| <b>TABLEAU 5 :</b>  | <b>Niveau de satisfaction selon les projets .....</b>  | <b>36</b> |
| <b>TABLEAU 6 :</b>  | <b>Utilité perçue des projets .....</b>  | <b>37</b> |
| <b>TABLEAU 7 :</b>  | <b>Idéations suicidaires sérieuses, tentatives de suicide et Symptômes de dépression au cours des deux derniers mois .....</b> | <b>38</b> |
| <b>TABLEAU 8 :</b>  | <b>Ressources utilisées par l'homme suicidaire .....</b>   | <b>39</b> |
| <b>TABLEAU 9 :</b>  | <b>Relations sociales de l'homme suicidaire .....</b>  | <b>39</b> |
| <b>TABLEAU 10 :</b> | <b>Détresse psychologique du proche .....</b>  | <b>40</b> |
| <b>TABLEAU 11 :</b> | <b>Utilisation des mécanismes d'adaptation par les proches .....</b>   | <b>41</b> |
| <b>TABLEAU 12 :</b> | <b>Évaluation de la communication avec l'homme suicidaire .....</b>  | <b>42</b> |
| <b>TABLEAU 13 :</b> | <b>Fréquence de la communication avec l'homme suicidaire .....</b>   | <b>42</b> |
| <b>TABLEAU 14 :</b> | <b>Raisons pour ne pas avoir parlé avec l'homme de son intention suicidaire .....</b>  | <b>43</b> |
| <b>TABLEAU 15 :</b> | <b>Connaissance et utilisation des ressources par les proches .....</b>  | <b>44</b> |

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les proches qui ont généreusement accepté de participer à cette recherche ainsi que les intervenants bénévoles qui ont mis beaucoup d'engagement et ont investi temps et énergie dans l'accompagnement et le soutien de ces personnes.

Nous tenons à souligner le travail de M. Charles Pinard, l'initiateur de cette démarche évaluative, qui a conçu les projets, formé les intervenants-bénévoles et s'est assuré du bon déroulement de la recherche. Il a su utiliser les connaissances empiriques pour développer une approche originale permettant de rejoindre une clientèle difficile à atteindre.

Nous remercions également Mme Valérie Briançon et Mme Annie Dupras qui ont effectué avec rigueur les relances auprès des proches et coordonné l'offre et la dispensation des services. Nous remercions également M. Mariano Lopez qui s'est joint à l'équipe au moment de l'analyse des résultats. Nous souhaitons également souligner le travail dévoué de nos deux assistants de recherche, Mme Lalie Bélanger-Dion et M. Victor Tomas, qui ont effectué la collecte et la saisie des données.

Nous remercions également chaleureusement Mme Brigitte Lavoie, sans qui la réalisation de cette étude n'aurait pas été possible.

Enfin, nous remercions le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec qui a octroyé la subvention permettant la réalisation de cette recherche, ainsi que le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie de l'Université du Québec à Montréal qui nous a appuyés tout au long de la démarche.

## 1. INTRODUCTION

Les hommes de 20 à 55 ans qui ont un problème de santé mentale ou de toxicomanie constitue le groupe le plus à risque de suicide au Québec (MSSS, 1998). Les hommes de ce groupe d'âge se suicident quatre fois plus que les femmes du même âge et, pour ces hommes, le suicide constitue la première cause de décès. Malgré un risque élevé de décès par suicide, ces hommes demandent moins d'aide afin de résoudre leurs problèmes : ils appellent moins souvent que les femmes aux centres de prévention du suicide (CPS) et ils consultent moins souvent les professionnels en santé mentale. Cependant, de nombreux proches, membres de la famille ou amis des hommes à haut risque de suicide appellent les CPS pour recevoir du soutien et savoir comment ils peuvent aider davantage ces hommes. Entre le 1<sup>er</sup> avril 2002 et le 31 mars 2003, sur les 21 821 appels reçus sur la ligne d'intervention téléphonique de Suicide Action Montréal, 2 343 (10,7%) provenaient de proches d'hommes suicidaires (Presseault, 2003).

Jusqu'à maintenant, il n'existe aucune recherche visant à déterminer les bonnes façons d'aider les proches des hommes suicidaires qui appellent dans ces ressources. Tous les CPS du Québec essaient d'aider les proches au téléphone et certains, comme Suicide Action Montréal, invitent les proches à une session d'information dans laquelle il est expliqué comment mieux déterminer l'urgence suicidaire, comment parler aux personnes suicidaires et quelles sont les ressources disponibles pour aider

la personne suicidaire dans sa communauté. L'objectif de la présente recherche est de comparer différents projets d'aide aux proches des hommes à haut risque de suicide et de déterminer leurs effets à court et à moyen terme sur les proches ainsi que sur la personne suicidaire.

## 2. CONTEXTE THÉORIQUE

La Stratégie québécoise d'action face au suicide (MSSS, 1998) identifie les hommes de 20 à 55 ans comme étant l'un des groupes les plus à risque de suicide au Québec, particulièrement lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, qu'ils souffrent d'un trouble mental comme la dépression majeure ou qu'ils ont déjà fait une tentative de suicide. L'une des recommandations de la Stratégie est d'ailleurs de *«favoriser ou de soutenir des projets visant à mettre au point et à évaluer des programmes de prévention et des activités d'intervention efficaces auprès des groupes les plus à risque de suicide»* (p. 40). C'est dans ce contexte que Suicide Action Montréal a mis sur pied et évalué ces quatre projets-pilotes d'aide aux hommes suicidaires par l'intermédiaire de leurs proches.

Cette partie présente les fondements scientifiques qui ont conduit à la création des projets-pilote et au choix de la clientèle à qui ils ont été offerts. Il est tout d'abord question du sexe masculin, des troubles mentaux et de la tentative de suicide comme facteurs de risque du suicide complété. Le problème de la faible demande d'aide des

hommes et les avantages de travailler auprès de leurs proches sont ensuite abordés. Enfin, l'inadéquation des approches thérapeutiques traditionnelles est discutée et l'approche orientée vers les solutions est présentée comme une alternative intéressante à l'intervention auprès des hommes à risque élevé de suicide.

### 2.1 Sexe masculin, troubles mentaux et tentative de suicide comme facteurs de risque du suicide complété

Les hommes sont beaucoup plus à risque de se suicider que les femmes : au Québec, comme dans plusieurs sociétés du monde, 80% des suicides sont commis par des hommes. À chaque année, c'est plus d'un millier d'hommes qui meurent par suicide au Québec, ce qui en fait la première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 44 ans (Institut de la statistique du Québec, 2003). Contrairement aux autres pays où ce sont les personnes âgées qui se suicident le plus, au Québec, ce sont les hommes d'âge mûr qui sont les plus à risque de s'enlever la vie : en 2000, près de la moitié (45 %) des suicides sont le fait d'hommes de 30 à 54 ans (Ministère de la santé et des services sociaux, 2003)

Les hommes qui souffrent de troubles mentaux, particulièrement de dépression, d'alcoolisme ou de toxicomanie, sont beaucoup plus à risque de mourir par suicide que les hommes qui ne souffrent pas de tels troubles. Plusieurs études par autopsies psychologiques, réalisées aux États-Unis, en Angleterre, au Canada et dans les pays scandinaves, montrent que de 79% à 100% des personnes qui se suicident souffraient d'un trouble mental au moment de leur décès (Tanney, 2000). Plus précisément, une

synthèse des données recueillies par seize de ces études indique que ce sont les troubles de l'humeur (particulièrement la dépression majeure) qui sont les plus souvent retrouvés chez les suicidés, suivi des troubles de la personnalité et des troubles d'abus de substance (voir tableau 1).

**TABLEAU 1.**  
**FRÉQUENCE DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES SUICIDES COMPLÉTÉS :**  
**DONNÉES ISSUES D'ÉTUDES PAR AUTOPSIES PSYCHOLOGIQUES (N = 16)**

| Troubles                                  | % (médian) | Écarts (%) |
|---|------------|------------|
| Troubles de l'humeur (dont la dépression) | 61         | 38-89      |
| Abus de substance (alcool et/ou drogues)  | 41         | 19-63      |
| Troubles anxieux                          | 10         | 3-27       |
| Schizophrénie                             | 6          | 0-15,6     |
| Troubles de la personnalité               | 42         | 29-57      |
| Tout trouble                              | 93         | 79-100     |

Source : Tanney (2000)

Au Québec, une étude cas-contrôle de Lesage et ses collaborateurs (1994) comparant 75 hommes de 18 à 35 ans qui se sont suicidés à 75 contrôles vivants, trouve que les hommes qui souffrent de dépression majeure sont 11,2 fois plus à risque de s'enlever la vie par suicide que ceux qui ne souffrent pas d'un tel trouble. En ce qui concerne les troubles de dépendance à l'alcool ou aux drogues, ils sont également associés à des risques très élevés de suicide chez les hommes : ceux qui souffrent de dépendance aux drogues sont 10,7 fois plus à risque de s'enlever la vie que ceux qui n'en

souffrent pas, alors que les hommes qui ont une dépendance à l'alcool sont 5,6 fois plus élevé de mourir par suicide que ceux qui ne souffrent pas d'un tel trouble (Lesage et coll., 1994).

La présence simultanée (comorbidité) d'un trouble de l'humeur et d'un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues accroît encore davantage les risques par suicide. Ainsi, l'étude québécoise de Lesage et ses collaborateurs (1994) trouve que 28% des hommes décédés par suicide avaient au moins deux troubles mentaux parmi les trois troubles suivants : dépression majeure, dépendance à l'alcool ou aux drogues, trouble de personnalité borderline, alors qu'aucun homme du groupe témoin ne présentait cette comorbidité. L'étude américaine de Murphy, Wetzel, Robins et McEvoy (1992), comparant un groupe de 67 hommes alcooliques qui se sont suicidés avec un groupe de 106 hommes alcooliques vivants, rapporte elle aussi une forte comorbidité chez les suicidés : 58% souffraient également de dépression majeure, comparativement à 5% des témoins.

Sur la base de ces études, il apparaît que les hommes qui souffrent de dépression, d'alcoolisme et/ou de toxicomanie constitue l'un des groupes les plus à risque de décéder par suicide. Il en est de même des hommes qui ont fait une tentative de suicide. En effet, les études longitudinales qui ont effectué le suivi des personnes qui ont fait une tentative de suicide durant une période variant de 2 à 35 ans rapportent des taux de suicide annuel variant de 250 à 1 660 par 100 000 pour ces personnes (De Moore et coll., 1996; Dieserud et coll., 2000; Nordentoft et coll., 1993; Rygnestad,

1988; Tejedor et coll., 1999), alors que le taux de suicide dans la population générale est rarement au-dessus de 30 pour 100 000. Sur la base de ces études, les personnes qui tentent de s'enlever la vie auraient donc des taux de suicide de 12 à 55 fois plus élevés que ce que l'on observe dans la population générale.

En somme, les hommes sont beaucoup plus à risque de mourir par suicide que les femmes et particulièrement lorsqu'ils souffrent de dépression, d'alcoolisme, de toxicomanie ou qu'ils ont déjà tenté de se suicider. Par conséquent, en agissant de façon ciblée auprès de ces individus, nous augmentons considérablement nos chances de prévenir les décès par suicide. Mais comment rejoindre ces hommes et quelle est la meilleure façon d'intervenir auprès d'eux?

## 2.2 Les hommes demandent moins souvent de l'aide que les femmes

Les hommes utilisent moins que les femmes les services de santé lorsqu'ils vivent des problèmes, particulièrement lorsque ceux-ci sont de nature émotionnelle ou psychologique. Des enquêtes réalisées auprès de plusieurs milliers de personnes confirment, en effet, que les femmes consultent davantage les professionnels de la santé que les hommes (Fournier et Piché, 2000; Gallo, Marino, Ford et Anthony, 1995; Veroff, 1981).

Même lorsqu'ils pensent sérieusement au suicide, les hommes utilisent moins les ressources d'aide que les femmes. Une étude, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population australienne de 18 ans et plus (n = 10 641), montre que

les hommes qui rapportent avoir eu des idéations suicidaires ou avoir tenté de se suicider au cours des douze derniers mois sont deux fois moins susceptibles d'utiliser les services de santé mentale que les femmes dans la même condition (Pirkis, Burgess, Meadows et Dunt, 2001). L'étude finlandaise de Suominen, Isometsä, Ostamo et Lönnqvist (2002) va dans le même sens. Elle révèle que, chez un échantillon de 1 198 personnes qui ont fait une tentative de suicide, les hommes sont plus nombreux que les femmes à n'avoir reçu aucun service de santé professionnel avant leur tentative de suicide (55% contre 47%) et sont également plus nombreux à n'avoir reçu aucun suivi après leur tentative (39% contre 28%). À Suicide Action Montréal, une enquête effectuée entre le 1<sup>er</sup> avril 2002 et le 31 mars 2003 montre que les hommes sont moins nombreux à appeler sur la ligne d'intervention téléphonique que les femmes : sur un échantillon aléatoire de 447 appels de personnes suicidaires, 57,4% étaient des femmes et 42,6% des hommes (Presseault, Hamel et Lamy, 2003).

Des résultats similaires sont obtenus concernant les personnes décédées par suicide. Ainsi, une analyse des dossiers du coroner de 145 suicides survenus dans la province de Québec trouve que, parmi ceux qui avaient reçu un diagnostic psychiatrique, les hommes sont moins nombreux que les femmes à avoir été hospitalisés pour leur problème psychiatrique (39,2% contre 51,6%) et à avoir reçu des services autres qu'hospitaliers pour ce même problème (79,1% contre 88,7%) dans les douze mois précédant leur décès (Saint-Laurent et Tennina, 2000). Aussi, une étude par autopsie psychologique montre que les femmes (n = 37) sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (n = 105) à avoir consulté un médecin généraliste dans

les six mois précédant leur décès et à avoir été hospitalisées l'année avant leur mort, la différence n'étant cependant significative que pour l'hospitalisation (O'Connor et Sheehy, 1997).

En somme, nous pouvons conclure que puisque les hommes, qui sont plus nombreux à s'enlever la vie par suicide, demandent moins d'aide que les femmes, il devient impératif d'adopter des stratégies différentes pour intervenir auprès d'eux. À ce titre, l'intervention auprès des proches semble constituer une avenue prometteuse.

### 2.3 Les avantages de l'intervention auprès des proches

Les proches d'hommes suicidaires sont nombreux à téléphoner sur les lignes d'intervention des centres de prévention du suicide au Québec pour recevoir du soutien et des conseils. Ainsi, au cours d'une période d'une année, du 1 mai 1997 au 30 avril 1998, Suicide Action Montréal a reçu 3 903 appels en provenance des proches, dont près de 1 400 appels provenaient de proches d'hommes suicidaires de 20 à 55 ans. Ceci constitue 6% de tous les appels reçus à Suicide Action Montréal et il est important de préciser que ce nombre important d'appels a été enregistré en dépit du fait que SAM n'avait pas publicisé l'offre de services spécifiques aux proches.

Le premier avantage à intervenir auprès des proches d'hommes à haut risque de suicide est qu'ils sont parfois notre seul contact avec l'homme qui refuse de demander lui-même de l'aide. Par ailleurs, l'intervention auprès des proches peut s'avérer bénéfique à plusieurs niveaux. Tout d'abord, les études suggèrent que le

soutien procuré par l'entourage, particulièrement la famille, constitue un facteur de protection important du suicide (Bille-Brahe et coll., 1999; Eskin, 1995; Lewinsohn, Rohde et Seeley, 1993; Murphy et coll., 1992; Veiel, Brill, Häfner et Welz, 1988). Dans une étude américaine comparant des hommes alcooliques décédés par suicide (n = 67) à des hommes alcooliques vivants (n = 106), Murphy et ses collaborateurs (1992) constatent que 75% des alcooliques qui se sont suicidés n'avaient personne dans leur entourage pour leur donner du soutien, comparativement à 26% des alcooliques vivants. Aussi, Veiel, Brill, Häfner et Welz (1988) rapportent que, comparativement à 82 sujets témoins, les 101 personnes admises à l'urgence d'un hôpital allemand après avoir fait une tentative de suicide identifient significativement moins de membres de leur famille auxquels ils peuvent se confier ou demander de l'aide dans les moments de crise, alors qu'il n'y a pas de différence dans le nombre d'amis pouvant offrir du soutien. Enfin, une vaste étude européenne réalisée en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (n = 1 117) trouve que les personnes qui font des tentatives de suicide rapportent avoir grand besoin du soutien de leur famille et, dans une moindre mesure, de celui de leurs amis (Bille-Brahe et coll., 1999).

Cependant, Tousignant et Séguin (1999) constatent, dans leur étude par autopsie psychologique de 50 hommes québécois décédés par suicide, un grand isolement et un fort sentiment de découragement et d'impuissance chez les proches dans les semaines précédant le suicide. Par conséquent, en offrant du soutien et des outils pour mieux intervenir auprès des hommes suicidaires, il est probable que l'on puisse

contribuer à prévenir le découragement de la famille et lui donner la force de continuer à accompagner l'homme en détresse.

Le soutien offert aux proches peut s'avérer d'autant plus crucial que l'étude des dernières semaines de vie des personnes qui se sont suicidés met presque systématiquement en lumière une désintégration progressive des réseaux sociaux (Heikkinen, Aro et Lönnqvist, 1994; Tousignant et Séguin, 1999). La personne suicidaire s'isole, érige un mur entre elle et le monde. Elle le fait parfois volontairement pour se soustraire au regard des autres, mais plus souvent on lui montre la porte, incapable de supporter davantage ses comportements dérangeants. Les pertes relationnelles s'accroissent et représentent autant de facteurs précipitants du suicide.

Les projets-pilotes dont il est question dans le présent rapport sont notamment basés sur l'hypothèse que la famille, la conjointe et les amis ont le pouvoir de susciter chez la personne suicidaire des sentiments d'appartenance et peuvent lui offrir des raisons de vivre qui demeurent hors de la portée des meilleurs spécialistes. Les proches sont des alliés importants en prévention du suicide. En leur offrant un soutien adéquat, il est peut être possible de prévenir les bris de relation qui résultent souvent d'un trop plein de frustrations et de découragement. Aider une personne suicidaire se fait rarement sans heurts. La peur, la culpabilité, la tristesse accompagnent souvent le processus. En offrant un espace pour en parler, pour être validé et soutenu dans leur démarche et en fournissant des informations concrètes sur le suicide et les ressources

d'aide, les projets d'intervention auprès des proches d'hommes suicidaires à haut risque peuvent probablement prévenir le suicide. Mais quelle serait l'approche thérapeutique la plus appropriée ?

#### 2.4 L'approche orientée vers les solutions

L'approche adoptée dans chacun des quatre projets d'intervention évalués dans la présente étude a été retenue en raison de la spécificité des besoins des hommes aux prises avec des problèmes importants. De nombreuses études montrent que les hommes ont des attitudes plus négatives que les femmes à l'égard de l'aide psychologique professionnelle (Kelly et Achter, 1995; Leong et Zachar, 1999; Luedders, 1998; Rickwood et Braithwaite, 1994). En outre, Wisch, Mahalik, Hayes et Nutt (1995) trouvent que les hommes sont encore plus réticents à utiliser de l'aide orientée vers les émotions que de l'aide axée sur de la résolution de problèmes. En fait, l'expression des émotions est difficile pour les hommes, particulièrement lorsque les émotions sont associées à de la vulnérabilité, comme la tristesse, l'amour et la peur (Balswick, 1988; Snell, Miller et Belk, 1988). Les hommes ont plus tendance à inhiber l'expression de leurs émotions que les femmes (Goldshmidt et Weller, 2000; McConatha, Marshall et Armstrong, 1997) et ils se dévoilent moins aux autres (Dindia et Allen, 1992).

Puisque la plupart des approches thérapeutiques traditionnelles sont axées sur l'expression des émotions et des difficultés personnelles, il est possible que cela explique pourquoi les hommes sont plus réticents à avoir recours à ce type d'aide.

C'est d'ailleurs la thèse défendue par Brooks (1998) qui explique la réticence des hommes à avoir recours à une aide psychothérapeutique traditionnelle par le fait que les exigences de la masculinité viennent directement s'entrechoquer avec celles de la psychothérapie (voir tableau 2).

**TABLEAU 2**  
**LES EXIGENCES CONTRADICTOIRES DE LA MASCULINITÉ**  
**ET DE LA PSYCHOTHÉRAPIE TRADITIONNELLE**

| <b>Exigences de la psychothérapie</b>   | <b>Exigences de la masculinité</b> |
|---|------------------------------------|
| Dévoiler la vie privée                  | Cacher la vie privée               |
| Renoncer au contrôle                    | Maintenir le contrôle              |
| Intimité non sexuelle                   | Sexualisation de l'intimité        |
| Montrer ses faiblesses                  | Montrer sa force                   |
| Faire l'expérience de la honte          | Exprimer sa fierté                 |
| Être vulnérable                         | Être invincible                    |
| Chercher de l'aide                      | Être indépendant                   |
| Exprimer les émotions                   | Être stoïque                       |
| Être introspectif                       | Agir-faire                         |
| S'attaquer aux conflits interpersonnels | Éviter les conflits                |
| Confronter sa douleur, sa souffrance    | Nier sa douleur, sa souffrance     |
| Reconnaître ses échecs                  | Persister indéfiniment             |
| Admettre son ignorance                  | Feindre l'omniscience              |

Source : Dulac (1999)

En tenant compte de l'inadéquation des approches psychothérapeutiques traditionnelles pour répondre aux besoins des hommes, Suicide Action Montréal a privilégié l'aide offerte par l'entourage de l'homme plutôt que d'axer son intervention sur la consultation des thérapeutes traditionnels. De plus, SAM a recherché une approche s'harmonisant davantage aux exigences de la masculinité : l'approche orientée vers les solutions.

Tout en partageant certaines caractéristiques et modalités d'intervention avec la psychothérapie brève stratégique (philosophie constructiviste, vision non pathologique de la personne, utilisation de recadrages, prescription de tâches, etc.), la psychothérapie orientée vers les solutions se démarque néanmoins de celle-ci par le fait qu'elle met l'accent sur les solutions existantes et les habiletés manifestées par le client à l'intérieur même de sa situation problématique. Elle insiste sur les exceptions positives dans le déroulement du problème et utilise ces possibilités comme levier de changement pour aider la personne à résoudre ses difficultés plus aisément et plus rapidement.

Au niveau de l'intervention thérapeutique, la psychothérapie orientée vers les solutions se distingue des autres modèles de psychothérapie lorsqu'elle considère que, même dans la situation problématique, il existe des moments de « solutions » et d'exceptions à tout pattern problématique. Conséquemment, elle insiste sur les solutions et les aspects de bien-être, plutôt que sur les aspects dysfonctionnels de la situation problématique. À partir de cette orientation, cette approche a développé une

gamme de techniques et de moyens pour identifier, faire reconnaître et « recycler » ces instants de solution afin de résoudre la situation problématique.

La psychothérapie orientée vers les solutions se situe dans une vision plus globale du client, ne se limitant pas à la problématique présentée par le « cas »; elle y inclut son passé sans problème, les zones de sa vie actuelle sans problème, ses compétences et capacités particulières, afin de mettre ces ressources au service du client. Un autre aspect très novateur de la psychothérapie orientée vers les solutions consiste à construire avec le client une visualisation de l'avenir très détaillée qui, mettant à contribution l'imagination du client, le propulse dans un avenir bonifié et l'aide à gravir un à un les échelons qui lui permettront d'atteindre cet avenir.

Cette approche s'applique à diverses situations cliniques, notamment, avec les enfants, les adolescents, les familles, le milieu scolaire, les adultes souffrant de problèmes de santé mentale, les couples, les personnes âgées, les personnes malades ou handicapées, le milieu de travail, les toxicomanies et l'alcoolisme, les survivants de traumatismes, les personnes contraintes de consulter ainsi que les interventions en situations de crise. (Tiré du document de présentation du *Centre de psychothérapie stratégique*, dirigé par Josée Lamarre et André Grégoire)

## 2.5 Théorie de l'intervention et objectifs des projets

Les interventions utilisées dans le cadre de cette recherche s'inspirent de l'approche théorique de Shneidman (1994) selon laquelle le suicide est conçu comme une solution à un problème que la personne suicidaire perçoit comme étant interminable et insupportable. Selon cette approche, la prévention du suicide consiste à faire en sorte que la personne suicidaire trouve d'autres solutions pour régler ses problèmes, qu'elle reçoive de l'aide pour accepter et utiliser ces solutions, de même qu'elle reçoive un appui émotif lui permettant d'avoir de l'espoir et ainsi penser que ses problèmes ne sont pas aussi insupportables. Selon cette approche, on peut facilement comprendre comment une personne qui appelle à un CPS peut avoir un risque de suicide moins élevé une fois l'appel complété : pendant l'intervention téléphonique, la personne suicidaire se sent moins seule et est donc plus en mesure de supporter sa situation à cause de l'aide et de l'appui émotif reçus. De plus, dans le cadre de l'intervention, les intervenants suggèrent d'autres solutions possibles et aident l'appelant à trouver d'autres solutions à ses problèmes. À la fin de l'appel, la personne pensera donc que ses problèmes sont plus supportables et elle pourra commencer à réaliser que d'autres solutions existent et en arriver éventuellement à essayer ces solutions.

De la même manière, une personne suicidaire peut avoir un appui émotif et de l'aide à identifier des solutions de la part d'un proche. Selon l'Enquête sociale et de santé (Boyer et Saint-Laurent, 1995), les personnes qui indiquent qu'elles ont un confident, quelqu'un avec lequel elles peuvent discuter de leurs problèmes, sont deux fois moins

nombreuses à avoir pensé sérieusement au suicide que les personnes qui affirment n'avoir aucun confident (3,6% et 6,3%, respectivement). Nous croyons que pour aider une personne suicidaire, le proche doit être ouvert à essayer d'aider la personne suicidaire, il doit connaître le phénomène du suicide et les problématiques associées, et il doit développer des habiletés à intervenir et à mieux communiquer avec la personne suicidaire. Il doit aussi connaître davantage les ressources d'aide, et se sentir suffisamment à l'aise (souffrir de moins de détresse psychologique) pour être en mesure d'aider une personne suicidaire. Chacune de ces habiletés qui, selon notre approche théorique, doivent aider le proche à mieux intervenir et apporter de l'aide à l'homme suicidaire, font partie des objectifs spécifiques des interventions qui sont comparées dans le cadre de cette recherche.

L'objectif général de ces projets pour les hommes suicidaires est de diminuer leurs comportements suicidaires. Nous savons que le risque de faire une tentative de suicide ou de mourir par suicide sera moins élevé si nous réussissons à diminuer leurs idéations suicidaires, s'il y a diminution de leurs symptômes de dépression, s'il y a diminution de consommation d'alcool et de drogue, s'ils utilisent les ressources d'aide, et fort probablement s'il y a amélioration de la communication avec leurs proches. Toutes ces variables sont des facteurs de risque suicidaire clairement identifiés par les recherches antérieures. Pour cette raison, la diminution de ces symptômes et problèmes et l'augmentation des ressources et de la communication, sont inclus comme objectifs des projets pour les hommes suicidaires. Nous avons également évalué les effets de ces services sur les proches afin de vérifier s'ils

semblent être mieux en mesure d'aider l'homme suicidaire et si les projets-pilotes les aident à diminuer leurs propre détresse face à la situation.

### 3- MÉTHODE

#### 3.1 Participants et leur recrutement

Lorsqu'un proche appelle sur la ligne d'intervention téléphonique de Suicide Action Montréal, l'intervenant bénévole fait l'intervention habituelle et, en terminant, lui explique qu'il a la possibilité de participer à des services particuliers destinés aux proches des personnes suicidaires. Si la personne accepte de recevoir cette aide, elle est informée qu'un intervenant du service aux proches la contactera dans les deux jours ouvrables pour lui donner des informations sur les services et lui offrir d'y participer.

Lors de la relance, l'intervenant du service des proches vérifie les critères d'éligibilité à l'évaluation, à savoir :

- (1) être âgé de 18 à 69 ans ET
- (2) avoir déjà fait une tentative de suicide ET/OU
- (3) souffrir actuellement de dépression majeure (diagnostic posé par l'intervenant selon les critères du DSM-IV) ET/OU
- (4) souffrir actuellement d'un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues (diagnostic posé par l'intervenant selon les critères du DSM-IV).

L'intervenant offre, aux proches dont les hommes rencontrent les critères d'inclusion à la recherche, le projet d'intervention en vigueur ce jour-là (les projets changent à tous les mois ce qui permet une répartition pratiquement aléatoire des sujets dans les projets) et l'évaluation qui l'accompagne. Si le proche refuse de participer à l'évaluation du projet d'information, il est informé qu'il ne peut participer au projet d'intervention, mais on lui offre tout de même le service traditionnel, soit la rencontre d'information. Il en est de même lorsque l'homme suicidaire ne répond pas aux critères d'inclusion à l'étude.

Au total, 131 proches ont accepté de participer à l'un des projets-pilote et à son évaluation. Les projets ont été offerts pendant une période de 23 mois, du 14 février 2000 au 15 janvier 2002, à tous les proches répondants aux critères d'inclusion à la recherche : a) être un membre de la famille ou un ami d'un homme suicidaire de 18 à 69 ans; b) l'homme suicidaire doit souffrir de dépression, de trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues et/ou avoir déjà fait une tentative de suicide.

Les proches qui ont participé aux projets sont principalement des femmes (81,7%) et surtout des parents ou des conjointes (*voir* tableau 3). Environ le tiers des proches (35,1%) vivent avec l'homme suicidaire, mais ceux qui ne vivent pas avec lui le voient en moyenne 2 fois par semaine ( $M = 8,22$  fois par mois ;  $ET = 9,00$ ) et lui parlent en moyenne à tous les deux jours ( $M = 17,34$  fois par mois ;  $ET = 14,25$ ).

**TABLEAU 3**  
**LIEN DU PROCHE AVEC L'HOMME SUICIDAIRE**

| <b>Lien avec l'homme</b> | <b>f</b> | <b>%</b> |
|--------------------------|----------|----------|
| Parent                   | 46       | 35,1%    |
| Conjointe                | 30       | 22,9%    |
| Fratric                  | 22       | 16,8%    |
| Enfant                   | 3        | 2,3%     |
| Ami                      | 22       | 16,8%    |
| Autre                    | 8        | 6,1%     |

Les hommes suicidaires dont les proches ont participé aux projets sont âgés en moyenne de 34,6 ans (ET = 11,5) et 41,5% avaient fait au moins une tentative de suicide antérieure (M = 0,87; ET = 1,45). Une grande majorité (87,8%) souffraient de dépression majeure au moment où le proche a accepté de participer au projet-pilote, dont 58,3% n'étaient pas suivi par un professionnel de la santé. Près d'un homme sur cinq (19,1%) souffraient de problème d'abus d'alcool ou de drogues, alors que 13% souffraient de dépendance à l'une ou l'autre de ces substances.

Un peu plus du tiers (36,9%) des proches ont accepté de participer au projet-pilote qui leur était proposé et à son évaluation. Les raisons les plus fréquemment invoquées pour refuser les projets sont le manque de disponibilité et l'amélioration de l'état de l'homme suicidaire faisant en sorte que le proche ne ressentait plus le besoin d'être aidé (voir tableau 4).

**TABLEAU 4**  
**RAISONS DE REFUS**

| <b>Raisons du refus</b>    | <b>f</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|----------|----------|
| Manque de disponibilité    | 57       | 20,8%    |
| Pas besoin, va mieux       | 50       | 18,2%    |
| Correspond pas à besoin    | 29       | 10,6%    |
| Trop exigeant              | 21       | 7,6%     |
| Veut prendre ses distances | 10       | 3,6%     |
| Raison inconnue            | 56       | 20,4%    |
| Autre raison               | 51       | 18,6%    |

D'une manière générale, les proches qui ont accepté de participer aux projets ressemblent à ceux qui ont refusé. Cependant, deux différences significatives sont observées entre ces deux groupes : les participants sont légèrement plus âgés que les proches qui ont refusé les projets ( $M = 44,2$  et  $M = 39,5$  respectivement) et ils sont aussi plus nombreux à faire partie de la famille immédiate de l'homme suicidaire, c'est-à-dire d'être un parent, un frère ou une sœur, un conjoint ou un enfant (77% comparativement à 61%). Par ailleurs, il n'y a pas de différence entre les caractéristiques des hommes dont les proches ont participé aux projets et ceux dont les proches ont refusé.

### 3.2 Processus de détermination des projets-pilotes

Avant de commencer cette étude, Suicide Action Montréal, sous la direction de Charles Pinard, a effectué une enquête afin de comprendre davantage la nature des appels des proches ainsi que les façons les plus susceptibles de les aider. Un échantillon de 321 appels reçus en mars 1998 a été retenu et des informations ont été compilées sur ce qui s'était passé pendant les appels ainsi que sur les caractéristiques des proches et des personnes suicidaires. En fait, la plupart des appelants (75%) étaient des femmes, mais 51% des appels concernaient un homme suicidaire. Soixante-quinze pour cent des personnes pour lesquelles les proches appelaient avaient déjà fait une tentative de suicide et 32% des hommes suicidaires pour lesquels les proches avaient appelé souffraient d'un problème de santé mentale ou de toxicomanie. Dans 74% des cas, l'intervenant téléphonique avait donné de l'information sur la manière d'aider le proche. Dans l'autre 25% des cas, l'appel a pu être catégorisé comme un appel où le proche a eu l'occasion de ventiler ses sentiments plus que d'obtenir de l'information.

Comme il a été mentionné préalablement, tous ces proches ont reçu une invitation à participer à une rencontre d'information. Des 500 proches qui ont participé à ces rencontres d'information en 1997-1998, un échantillon de 116 personnes a été rencontré pour en savoir davantage sur leurs problèmes et sur ce qu'elles recherchaient comme aide. Les principales problématiques des hommes suicidaires pour lesquelles les proches s'étaient déplacés pour la rencontre d'information

concernaient les problèmes de santé mentale, suivi des problèmes de toxicomanie. Un homme sur cinq pour lesquels les proches étaient venus quérir de l'information avait déjà fait au moins une tentative de suicide.

Aussi, avant de déterminer la nature des projets-pilotes à mettre en place auprès des proches des personnes suicidaires, nous avons effectué des *focus groups* auprès de 26 proches d'hommes suicidaires vivant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Dans le cadre de ces *focus groups* nous avons discuté avec les proches de leurs besoins lors du premier appel à SAM, de leurs besoins après la rencontre d'information, des services demandés par eux ainsi que leur opinion sur les divers services proposés par l'équipe de bénévoles et l'ensemble des permanents de SAM. Selon les résultats de ces *focus groups* ainsi que des recommandations des bénévoles et permanents de SAM, il fut décidé que chacun des projets d'intervention auprès des proches devaient partager les objectifs généraux suivants : 1) favoriser la prise en charge de l'intervention auprès des personnes suicidaires par le réseau de support naturel, c'est à dire que les proches faisant partie de ce réseau deviennent des intervenants de première ligne; 2) arriver à avoir une résolution positive de la crise suicidaire des hommes supportés par les proches; et 3) alléger le fardeau psychologique des proches dans la gestion de la crise de la personne suicidaire.

### 3.3 Description des projets-pilotes

Les cinq projets d'intervention qui devaient faire l'objet de l'évaluation étaient les suivants : la rencontre d'information, la rencontre info-plus, le parrainage téléphonique, l'accès-direct et la rencontre familiale. L'approche privilégiée, la description des projets et les outils d'intervention se retrouvent dans Pinard (2000). Pour des fins de compréhension, nous présentons ici le résumé des projets-pilotes.

#### *1. Rencontre d'information*

La rencontre d'information est le service que Suicide Action Montréal offre aux proches des personnes suicidaires depuis plus de dix ans. Elle consiste en une rencontre de groupe, animée par deux intervenants bénévoles, d'une durée de deux heures et demi. Au cours de cette rencontre, les proches reçoivent à la fois des informations et du soutien émotif. Ils sont initiés aux concepts de crise et de processus suicidaire, ils apprennent à reconnaître les signes précurseurs et à évaluer l'urgence suicidaire. Ils reçoivent également de l'information sur la masculinité, la dépression, la toxicomanie et les ressources d'aide disponibles. Quelques stratégies simples d'intervention leur sont suggérées, telles que parler ouvertement du suicide, établir un lien de confiance, miser sur les forces et les ressources de la personne et faire un contrat de non-suicide. L'approche enseignée dans ces rencontres est fortement inspirée de l'approche orientée vers les solutions. Enfin, le proche est encouragé à prendre soin de lui, à respecter ses limites, à briser son isolement et à remettre à la personne suicidaire ses responsabilités.

## *2. Rencontre info-plus*

Les proches participant à ce projet assistent, tout d'abord, à la rencontre d'information traditionnelle. À la fin de la rencontre, l'un des animateurs prend un rendez-vous téléphonique avec le proche pour la semaine suivante. Lors de ce contact téléphonique, l'intervenant peut répondre aux questions du proche, lui donner du soutien, lui suggérer d'autres interventions à faire auprès de l'homme suicidaire, lui rappeler l'existence de d'autres ressources d'aide et la possibilité de rappeler sur la ligne d'intervention téléphonique de SAM au besoin.

## *3. Accès-direct*

Ce projet est axé autour de la référence rapide de l'homme suicidaire à une ressource en santé mentale spécialisée, soit dans le traitement de la dépression, soit dans celui de l'alcoolisme et de la toxicomanie. SAM a établi des partenariats avec divers organismes, de façon à accélérer la prise en charge des hommes suicidaires à haut risque : le centre Dollard-Cormier (alcoolisme et toxicomanie), le centre Expertises Neuro-science (dépression) et le projet MASC (dépression). Deux rencontres en face à face d'une durée maximale de deux heures sont prévues entre le proche et un intervenant. Les rencontres ont lieu dans les locaux de SAM à une semaine d'intervalle. Lors de ces rencontres, le proche reçoit du soutien ainsi que des conseils sur la façon d'amener l'homme suicidaire à entreprendre des démarches auprès de l'organisme partenaire. Si l'homme accepte il peut recevoir un rendez-vous dans les 5 jours suivants. L'approche orientée vers les solutions est utilisée dans ce projet.

#### *4. Rencontre familiale*

Ce projet consiste en trois à quatre rencontres de deux heures chacune, à raison d'une rencontre par semaine. Les rencontres sont animées par des permanents de SAM. Le proche doit être accompagné d'au moins un autre membre de l'entourage de l'homme suicidaire et ce dernier peut ou non être présent. En utilisant l'approche orientée vers les solutions, les intervenants amènent la famille à régler, conjointement, les difficultés vécues par l'homme suicidaire. L'emphase peut être mise sur les problèmes relationnels vécus entre les membres de la famille et l'homme suicidaire.

La rencontre familiale a été abandonnée en cours d'évaluation parce qu'une seule personne a accepté d'y participer sur les dix-huit à qui elle avait été proposée. La principale raison invoquée pour refuser de participer à ce projet était que le proche préférerait ne pas impliquer un autre membre de l'entourage dans l'intervention.

#### *5. Parrainage téléphonique*

Ce projet consiste en une intervention téléphonique personnalisée dans laquelle un proche est jumelé à un intervenant bénévole pour une durée maximale de huit semaines. Au cours des contacts téléphoniques, dont la fréquence est déterminée selon les besoins du proche, l'intervenant donne du soutien émotif et informatif. Il aide le proche à mieux comprendre les problématiques du suicide, de la masculinité, de la dépression et de la toxicomanie. Il lui offre des conseils dans sa manière d'interagir avec l'homme suicidaire. L'approche orientée vers les solutions est privilégiée dans ce projet aussi.

### 3.4 Procédure et mesures

Les proches qui acceptent de participer à l'évaluation du projet d'intervention sont rencontrés une première fois juste avant de recevoir le service par un assistant de recherche qui leur explique les objectifs de l'étude, la nature de leur participation et les invite à signer un formulaire de consentement. Les proches répondent alors à deux questionnaires, l'un sur eux-mêmes et l'autre sur l'homme suicidaire. Les proches sont rencontrés à nouveau deux mois après avoir reçu le service (post-test) et six mois après la première évaluation (relance). Au cours du post-test, le proche répond à un questionnaire supplémentaire portant sur sa satisfaction à l'égard des services et leur utilité perçue.

#### 3.4.1 *Questionnaire d'efficacité pour les proches*

Ce questionnaire auto-administré (voir Appendice A) évalue les mécanismes d'adaptation, la connaissance et l'utilisation des ressources, les relations sociales, la communication avec l'homme suicidaire et la détresse psychologique.

3.4.1.1 Mécanismes d'adaptation. Cette variable est mesurée par neuf items du Questionnaire sur les façons de s'adapter (*Ways of Coping Questionnaire*, Folkman et Lazarus, 1988), adapté et traduit en langue française par Brian Mishara, avec la permission de l'auteur. Les items décrivent différentes façons de s'adapter aux difficultés de la vie, dont sept sont positives (par exemple, demander des conseils, en parler à quelqu'un) et deux négatives (tenter de se sentir mieux en mangeant ou en buvant, cacher la situation aux autres). Le répondant doit préciser,

sur une échelle de type Likert à 4 points allant de «*jamais*» à «*très souvent*», à quelle fréquence il a utilisé les différents mécanismes depuis que l'homme pense au suicide.

3.4.1.2 Connaissance et utilisation des ressources. La connaissance que le proche a des ressources d'aide est mesurée par la question : «*En plus de Suicide Action Montréal, quelles sont les ressources que vous connaissez et qui pourraient peut-être vous aider dans la situation actuelle?*». L'utilisation des ressources par le proche est évaluée en lui demandant de : 1) nommer chacune des ressources qu'il utilise présentement; 2) décrire les services utilisés; 3) préciser la fréquence de leur utilisation (sur une échelle de type Likert à 5 points allant de «*plus d'une fois par semaine*» à «*moins d'une fois par mois*»); et 4) déterminer leur niveau de satisfaction à l'égard des services reçus (sur une échelle de type Likert à quatre points allant de «*très satisfait*» à «*très insatisfait*»).

3.4.1.3 Relations sociales. Les questions mesurant les relations sociales du proche sont tirées du questionnaire de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2000) et portent sur : la fréquence des rencontres sociales, la proportion de temps libre passé seul, le fait d'avoir des amis, de vivre seul et la présence, dans l'entourage, de quelqu'un à qui se confier et de quelqu'un qui peut aider en cas de besoin.

3.4.1.4 Communication avec l'homme suicidaire. La qualité de la communication avec l'homme suicidaire est mesurée par 10 questions construites spécifiquement pour cette étude. Les trois premières questions sont plus générales et

mesurent : la fréquence avec laquelle le proche a discuté avec l'homme suicidaire de ses problèmes et de ses difficultés, l'ampleur avec laquelle le proche perçoit que ces discussions ont aidé l'homme suicidaire et la qualité de la communication. Ensuite, le proche doit préciser si, au cours des deux derniers mois, il a parlé avec l'homme de son intention de se suicider. Si c'est le cas, il doit évaluer dans quelle mesure son intention était sérieuse, préciser comment l'homme a réagit aux discussions et comment le proche s'est senti après en avoir parlé. Si le proche n'en a pas parlé avec l'homme, il doit en préciser les raisons. Enfin, quatre questions spécifiques demandent au proche : 1) s'il a demandé à l'homme s'il avait un moyen pour se suicider; 2) s'il lui a proposé une ressource et, le cas échéant, d'en préciser la nature; 3) s'il a favorisé ou permis l'expression de la colère; et 4) s'il a dit à l'homme suicidaire qu'il avait des forces et des qualités.

3.4.1.5 Détresse psychologique. Cette variable est mesurée par l'échelle de détresse psychologique de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Institut de la statistique, 2000) qui comprend 14 énoncés décrivant divers états (se sentir désespéré en pensant à l'avenir, s'être senti tendu ou sous pression, par exemple) et qui demande au répondant de préciser, sur une échelle à quatre points allant de «*jamais*» à «*très souvent*», la fréquence avec laquelle il s'est senti de cette façon au cours de la dernière semaine. Trois questions supplémentaires permettent de déterminer la gravité des répercussions de ces manifestations de détresse sur la vie familiale, la capacité de travailler et les activités sociales. Enfin, une dernière question demande si le proche a consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations et si oui, de préciser qui.

### 3.4.2 *Questionnaire d'efficacité pour les hommes suicidaires*

Le questionnaire d'efficacité pour les hommes suicidaires (*voir* Appendice B) est répondu par le proche et évalue : l'utilisation des ressources, les relations sociales, les comportements suicidaires, la communication avec le proche, la consommation d'alcool et de drogues ainsi que les symptômes de dépression.

3.4.2.1 L'utilisation des ressources. Les questions utilisées pour mesurer l'utilisation des ressources de l'homme suicidaire sont identiques à celles posées dans le questionnaire du proche (*voir* section 3.4.1.2). Cependant, une question supplémentaire est ajoutée pour déterminer si l'homme se présentait à toutes les rencontres prévues par la ressource, ce à quoi le proche répond en utilisant le choix de réponses suivant : «*Oui*», «*Pas toujours*», «*Rarement/Jamais*», «*Ne s'applique pas*».

3.4.2.2 Relations sociales. Les questions mesurant les relations sociales sont identiques à celles que l'on retrouve dans le questionnaire pour le proche (*voir* section 3.4.1.3).

3.4.2.3 Comportements suicidaires. Les idéations suicidaires sérieuses ainsi que les tentatives de suicide sont mesurées par neuf questions. Le proche doit tout d'abord préciser si l'homme a déjà pensé sérieusement à se suicider et si c'était au cours des deux derniers mois. Si c'est le cas, on lui demande de préciser si l'homme avait prévu un moyen pour s'enlever la vie et d'identifier lequel. On évalue ensuite les tentatives de suicide antérieures en demandant au proche si l'homme a déjà fait

une tentative de suicide et si c'est le cas de préciser combien de tentatives il a fait au cours de sa vie, au cours de la dernière année et au cours des deux derniers mois. Le proche doit également identifier le ou les moyens utilisés et préciser si l'homme a consulté un professionnel de la santé ou une autre personne après avoir fait cette tentative.

3.4.2.4 Communication avec le proche. Deux questions permettent de mesurer la communication avec le proche du point de vue de l'homme suicidaire : le proche doit préciser si l'homme lui a parlé de son intention de se suicider au cours des deux derniers mois et, le cas échéant, comment l'homme se sentait après en avoir parlé (*beaucoup mieux, un peu mieux, aucun changement ou pire*).

3.4.2.5 Consommation d'alcool. Les cinq premières questions utilisées pour évaluer la consommation d'alcool sont tirées de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2000) et évaluent la fréquence et l'ampleur de la consommation d'alcool au cours du dernier mois. L'indice CAGE, composé de quatre facteurs, est ensuite utilisé pour évaluer la présence d'un problème d'abus d'alcool. Enfin, huit questions supplémentaires qui se répondent par oui ou non permettent de vérifier la présence d'un problème de dépendance à l'alcool.

### 3.4.3 *Questionnaire de satisfaction et d'utilité perçue*

Ce questionnaire (*voir* Appendice C) fut construit spécifiquement pour cette étude et évalué, à l'aide d'une échelle de type Likert à quatre points, le niveau de satisfaction du proche d'une manière générale, mais également sur des aspects plus spécifiques

comme la durée de l'intervention, la compétence des intervenants, les informations reçues, les échanges entre les participants (s'il y a lieu).

Dans ce questionnaire, le proche doit déterminer dans quelle mesure les services qu'il a reçus ont été utiles pour : mieux aider la personne, augmenter son utilisation des services en santé mentale, diminuer sa consommation d'alcool et de drogues, mieux comprendre les problèmes de santé mentales, mieux comprendre la problématique du suicide et mieux communiquer avec l'homme suicidaire. Encore une fois, une échelle de type Likert à quatre points, allant de «*pas du tout*» à «*beaucoup*», est utilisée pour répondre à ces questions.

#### *3.4.4 Fiche de participation à la rencontre d'information*

Cette courte fiche (voir Appendice D) est remplie par les deux animateurs bénévoles de la rencontre d'information qui doivent préciser combien de personnes au total ont participé à la rencontre et indiquer, sur une échelle à quatre points allant de «*pas du tout*» à «*beaucoup*», dans quelle mesure le proche a participé aux discussions.

#### *3.4.5 Fiche de participation au parrainage téléphonique*

Cette fiche (voir Appendice E) est remplie par l'intervenant bénévole qui fait le parrainage téléphonique après chacun des contacts avec le proche. Elle documente la durée des contacts, précise si le proche était présent au moment convenu et s'il a fait ce qui lui avait été prescrit lors du dernier contact. L'intervenant y inscrit également le niveau de participation du proche et demande à celui-ci d'évaluer l'urgence

suicidaire de l'homme sur une échelle de 1 à 10, ce qui permet d'observer les changements d'un contact à l'autre.

#### *3.4.6 Fiche de participation à l'accès-direct*

Cette fiche (*voir* Appendice F) est remplie par l'intervenant bénévole après chacune des rencontres avec le proche. Y sont notés la durée de la rencontre, le niveau de participation du proche et l'urgence suicidaire de l'homme (telle qu'évaluée par le proche). L'intervenant y précise également si le proche était présent au rendez-vous prévu, s'il a fait ce qui lui avait été prescrit lors de la rencontre précédente, si l'homme a entrepris les démarches auprès de l'organisme partenaire, s'il a obtenu un rendez-vous dans les cinq jours suivants et, le cas échéant, s'il s'y est présenté.

#### *3.4.7 Fiche de participation à la rencontre Info-plus*

Cette fiche est composée de la même fiche que celle de la rencontre d'information (*voir* section 3.4.4) à laquelle on ajoute une fiche supplémentaire où sont consignés : le nombre de jours entre la rencontre d'information et le suivi téléphonique, la durée du suivi téléphonique, si le proche était présent au rendez-vous, s'il avait été en contact avec l'homme depuis la rencontre d'information, s'il avait mis en pratique l'une des interventions suggérées lors de la rencontre, s'il avait des questions à poser à l'intervenant et si celui-ci a eu besoin de suggérer des pistes d'intervention ou des références au proche.

## 4. RÉSULTATS

### 4.1 Implantation des projets

Les résultats de l'évaluation d'implantation montrent, qu'en général, les projets ont été bien implantés.

#### 1. *Rencontre d'information*

Au total, la rencontre d'information traditionnelle a été offerte à 136 proches d'hommes suicidaires à haut risque. Un peu plus d'une personne sur deux (52,2%) a accepté d'y participer, mais le quart (24,3%) seulement ont également participé à son évaluation. D'une manière générale, les animateurs bénévoles ont jugé que ces personnes avaient beaucoup participé aux discussions, avec un niveau de participation moyen de 3,27 (sur une échelle de 4).

#### 2. *Rencontre Info-plus*

Environ le tiers (32,1%) des proches à qui la rencontre Info-plus a été proposée ont accepté d'y participer, soit 36 proches sur 112. Tel que prévu, le suivi téléphonique a été effectué en général une semaine après la rencontre d'information (M = 8,0 jours; ET = 2,4) et durait en moyenne une demi-heure (M = 27,2; ET = 13,9). La grande majorité (88,5%) des proches étaient présents au rendez-vous téléphonique. Près de 90% des proches avaient été en contact avec l'homme depuis la rencontre d'information et 81,5% avaient mis en pratique l'une des interventions suggérées lors de la rencontre. Près du tiers (32,0%) des proches avaient des questions à poser à

l'intervenant et, dans un peu plus de la moitié des cas (55,6%), celui-ci a eu besoin de suggérer des pistes d'intervention ou des références au proche.

### *3. Accès-direct*

Vingt-trois proches ont accepté de participer à l'accès-direct et à son évaluation sur les 57 à qui il avait été proposé, ce qui représente un taux de participation de 40,4%. Précisons ici que beaucoup de proches n'étaient pas admissibles à ce projet, soit parce qu'ils étaient déjà suivis par une ressource spécialisée ou parce qu'ils demeuraient dans une région où Suicide Action Montréal n'avait pas encore établi de partenariat avec la ressource appropriée. La durée des rencontres était d'une heure et quart en moyenne ( $M = 77,9$  minutes;  $ET = 21,0$ ) et un peu plus d'une semaine séparait les deux rencontres ( $M = 12,1$  jours;  $ET = 6,8$ ), avec un maximum de 27 jours. Trois proches ont préféré faire le deuxième contact au téléphone plutôt que de se déplacer à nouveau pour rencontrer l'intervenant en face à face. L'urgence suicidaire des hommes a diminuée de façon significative entre la première et la deuxième rencontre de l'accès-direct ( $t(20) = 5,77$ ,  $p < 0,001$ ), mais seulement 19% des hommes ont entrepris des démarches auprès de l'organisme partenaire référé par Suicide Action Montréal.

### *4. Parrainage téléphonique*

Le parrainage téléphonique a été offert à 75 personnes, dont 35 ont accepté de participer au projet et à son évaluation, ce qui correspond à un taux de participation satisfaisant de 46,7%. En moyenne, le parrainage durait un peu plus de 5 semaines

(M = 37,3; ET = 16,1) et comprenait six contacts téléphoniques (M = 5,9; ET = 2,8), le minimum étant d'un contact et le maximum de treize. Les contacts duraient environ trois-quarts d'heure (M = 42,4 minutes; ET = 16,0) et avaient lieu généralement une fois par semaine (M = 7,6 jours entre les contacts; ET = 14,0). À la fin du parrainage, l'urgence suicidaire de l'homme, tel qu'évalué par le proche, avait diminué de manière significative, passant de 5,56 en moyenne à 2,47 sur une échelle allant de 1 à 10 ( $t(32) = 6,50, p < 0,001$ ). La situation s'est améliorée dans 25 cas, est demeurée stable dans 4 cas et s'est détériorée dans 2 cas.

#### 4.2 Satisfaction et utilité perçue

D'une manière générale, les proches sont très satisfaits de l'aide qu'ils ont reçu dans les projets-pilotes (*voir* tableau 5). Les proches qui ont participé au parrainage téléphonique sont significativement plus satisfaits de la durée de l'intervention que les proches des autres projets ( $M_{\text{PARR}} = 3,73$  et  $M_{\text{AUTRES}} = 3,46$ ; comparaison a posteriori :  $t(97) = 2,511$  ;  $p < 0,02$ ) et considèrent que le projet a significativement mieux répondu à leurs besoins ( $M_{\text{PARR}} = 3,67$  et  $M_{\text{AUTRES}} = 3,33$ ; comparaison a posteriori :  $t(97) = 2,084$  ;  $p < 0,05$ ).

TABLEAU 5.  
NIVEAU DE SATISFACTION SELON LES PROJETS  
(SCORE MOYEN ET ÉCART-TYPE ENTRE PARENTHÈSE)

|   | Parrainage  | Rencontre<br>d'info | Accès-<br>direct | Info-plus   | Tous les<br>projets |
|---|-------------|---------------------|------------------|-------------|---------------------|
| Satisfaction générale                                       | 3,73 (0,58) | 3,46 (0,74)         | 3,29 (0,85)      | 3,65 (0,49) | 3,56 (0,67)         |
| Satisfaction à l'égard de la durée<br>de l'intervention     | 3,73 (0,52) | 3,39 (0,63)         | 3,24 (0,56)      | 3,54 (0,66) | 3,51 (0,61)         |
| Satisfaction à l'égard de la<br>compétence des intervenants | 3,86 (0,35) | 3,70 (0,54)         | 3,59 (0,51)      | 3,70 (0,56) | 3,73 (0,49)         |
| Appréciation des informations<br>verbales                   | 3,72 (0,45) | 3,64 (0,56)         | 3,71 (0,47)      | 3,71 (0,46) | 3,69 (0,48)         |
| Réponse aux besoins   | 3,67 (0,61) | 3,39 (0,74)         | 3,35 (0,70)      | 3,25 (0,74) | 3,43 (0,70)         |
| Se sentir à l'aise avec<br>l'intervenant                    | 3,67 (0,48) | 3,70 (0,47)         | 3,81 (0,40)      | 3,50 (0,51) | 3,66 (0,48)         |

Les proches évaluent que les projets sont utiles (*voir* tableau 6), particulièrement pour mieux comprendre le suicide ( $M = 3,38$ ), mieux communiquer avec l'homme suicidaire ( $M = 3,12$ ) et savoir mieux aider la personne suicidaire ( $M = 3,08$ ). Ils sont cependant jugés peu utiles pour augmenter l'utilisation de ressources ( $M = 2,40$ ) et diminuer la consommation d'alcool et de drogues de l'homme suicidaire ( $M = 1,99$ ).

Le parrainage téléphonique est jugé significativement plus utile que les autres projets pour mieux comprendre les problèmes de santé mentale ( $M_{\text{parr}} = 3,38$  ;  $M_{\text{autres}} = 2,83$ ; comparaison à posteriori :  $t(94) = 2,783$  ;  $p < 0,01$ ), mieux communiquer avec l'homme suicidaire ( $M_{\text{parr}} = 3,53$  ;  $M_{\text{autres}} = 2,98$ ; comparaison à posteriori :

$t(94) = 2,923$  ;  $p < 0,01$ ) et augmenter l'utilisation de ressources ( $M_{\text{parr}} = 2,78$  ;  $M_{\text{autres}} = 2,26$ ; comparaison a posteriori :  $t(90) = 2,374$  ;  $p < 0,05$ ).

TABLEAU 6.  
UTILITÉ PERÇUE DES PROJETS  
(SCORE MOYEN ET ÉCART-TYPE ENTRE PARENTHÈSE)

| Utilité pour :                                     | Parrainage  | Rencontre<br>d'info | Accès-<br>direct | Info-plus   | Tous les<br>projets |
|--|-------------|---------------------|------------------|-------------|---------------------|
| Savoir mieux aider                                 | 3,33 (0,84) | 2,89 (0,92)         | 2,88 (0,81)      | 3,22 (0,74) | 3,10 (0,85)         |
| Augmenter l'utilisation des<br>ressources          | 2,78 (0,75) | 2,23 (0,91)         | 2,31 (0,87)      | 2,26 (1,05) | 2,41 (0,92)         |
| Diminuer la consommation<br>d'alcool et de drogues | 2,19 (0,98) | 1,48 (0,73)         | 2,33 (1,05)      | 1,94 (1,03) | 1,93 (0,98)         |
| Mieux comprendre les<br>problèmes de santé mentale | 3,38 (0,73) | 2,79 (0,88)         | 2,75 (0,86)      | 2,96 (0,88) | 3,00 (0,86)         |
| Mieux comprendre le suicide                        | 3,37 (0,67) | 3,46 (0,64)         | 3,19 (0,83)      | 3,48 (0,59) | 3,39 (0,67)         |
| Mieux communiquer avec<br>l'homme suicidaire       | 3,53 (0,73) | 2,86 (0,85)         | 3,00 (0,97)      | 3,09 (0,75) | 3,15 (0,85)         |

#### 4.3 Efficacité auprès des hommes suicidaires

Les résultats indiquent que les hommes sont significativement moins nombreux à avoir pensé sérieusement à s'enlever la vie, à avoir fait une tentative de suicide et à présenter des symptômes de dépression dans les deux mois suivant la participation de leur proche aux projets d'interventions que dans les deux mois précédant (voir tableau 7). La diminution observée au niveau des tentatives de suicide et des idéations suicidaires se poursuit dans la relance, six mois plus tard, alors que la

diminution au niveau des symptômes de dépression de maintien à la relance. Il n'y a pas de différence entre les projets.

**TABLEAU 7.**  
**IDÉATIONS SUICIDAIRES SÉRIEUSES, TENTATIVES DE SUICIDE ET**  
**SYMPTÔMES DE DÉPRESSION AU COURS DES DEUX DERNIERS MOIS**

|  | Pré-test |      | Post-test |                   | Relance  |                   |
|--|----------|------|-----------|-------------------|----------|-------------------|
|  | <i>n</i> | %    | <i>n</i>  | %                 | <i>n</i> | %                 |
| Idéations suicidaires sérieuses                          | 97       | 85,8 | 45        | 48,4 <sub>a</sub> | 17       | 23,0 <sub>b</sub> |
| Tentatives de suicide                                    | 25       | 22,9 | 9         | 10,6 <sub>c</sub> | 2        | 2,7 <sub>d</sub>  |
| Se sentir déprimé pendant au moins deux semaines         | 83       | 77,6 | 25        | 30,1 <sub>a</sub> | 22       | 33,3 <sub>d</sub> |
| Avoir une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines | 88       | 80,7 | 32        | 37,2 <sub>a</sub> | 19       | 28,4 <sub>d</sub> |

a Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test : McNemar  $p > 0,001$

b Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Relance : McNemar  $p > 0,001$  et Post-test vs Relance : McNemar  $p > 0,01$

c Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test : McNemar  $p > 0,02$

d Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Relance : McNemar  $p > 0,001$

Il n'y a aucune différence en ce qui concerne la consommation d'alcool et de drogues. En outre, les hommes utilisent moins de ressources après que leur proche ait participé aux projets qu'avant (voir tableau 8). Les ressources les plus utilisées par l'homme suicidaire sont les psychologues, les médecins et les psychiatres. Il n'y a aucune différence entre les projets.

TABLEAU 8.  
RESSOURCES UTILISÉE PAR L'HOMME SUICIDAIRE

|                                | Pré-test |           | Post-test |                  | Relance  |                   |
|--------------------------------|----------|-----------|-----------|------------------|----------|-------------------|
|                                | <i>N</i> | %         | <i>N</i>  | %                | <i>N</i> | %                 |
| Utilise au moins une ressource | 97       | 85,8      | 45        | 48,4             | 17       | 23,0 <sub>a</sub> |
|                                | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>M</i>  | <i>ET</i>        | <i>M</i> | <i>ET</i>         |
| Nombre de ressources utilisées | 1,0      | 1,0       | 0,7       | 0,9 <sub>b</sub> | 0,6      | 0,9 <sub>c</sub>  |

a Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test et Pré-test vs Relance: McNemar ;  $p < 0,01$

b Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(91) = 3,291$  ;  $p < 0,002$

c Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Relance :  $t(76) = 3,630$  ;  $p < 0,002$  et Pré-test vs Post-test et Relance :  $F(1, N = 75) = 11,837$  ;  $p < 0,002$

Il y a très peu de changements dans la vie sociale des hommes suicidaires : ils passent moins de temps libre seul et les hommes dont les proches ont participé au parrainage téléphonique ont connu une augmentation de la fréquence de leurs rencontres sociales (voir tableau 9).

TABLEAU 9.  
RELATIONS SOCIALES DE L'HOMME SUICIDAIRE

|  | Pré-test |           | Post-test |                   | Relance  |                   |
|--|----------|-----------|-----------|-------------------|----------|-------------------|
|  | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>M</i>  | <i>ET</i>         | <i>M</i> | <i>ET</i>         |
| Temps libre passé seul   | 2,87     | 0,97      | 2,62      | 0,94 <sub>a</sub> | 2,45     | 0,90 <sub>b</sub> |
| Fréquence des rencontres sociales<br>(parrainage téléphonique) | 2,64     | 1,04      | 3,12      | 0,78 <sub>c</sub> | 3,00     | 1,04 <sub>d</sub> |

a Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(86) = 2,380$  ;  $p < 0,05$

b Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Relance :  $t(74) = 3,007$  ;  $p < 0,01$  et Pré-test vs Post-test et Relance :  $F(1, N = 70) = 4,824$  ;  $p < 0,05$

c Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(27) = -2,274$  ;  $p < 0,05$

d Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test et Relance :  $F(1, N = 25) = 4,960$  ;  $p < 0,05$

#### 4.4 Efficacité auprès des proches

Les résultats de l'évaluation indiquent que les proches vivent moins de détresse psychologique après avoir participé aux projets et que leurs manifestations de détresse nuisent moins à leur vie familiale, sociale et professionnelle (*voir* tableau 10). Ces améliorations sont maintenues à la relance.

TABLEAU 10  
DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DES PROCHES

|                                  | Pré-test |           | Post-test |                   | Relance  |                   |
|----------------------------------|----------|-----------|-----------|-------------------|----------|-------------------|
|                                  | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>M</i>  | <i>ET</i>         | <i>M</i> | <i>ET</i>         |
| Détresse psychologique           | 29,35    | 7,37      | 26,48     | 8,44 <sub>a</sub> | 26,62    | 7,92 <sub>b</sub> |
| Score de nuisance de la détresse | 1,33     | 1,21      | 0,98      | 1,07 <sub>c</sub> | 0,88     | 1,05 <sub>d</sub> |

a Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(92) = 3,664$  ;  $p < 0,001$

b Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Relance :  $t(78) = 3,158$  ;  $p < 0,01$  et Pré-test vs Post-test et Relance :  $F(1, N = 77) = 14,162$  ;  $p < 0,001$

c Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(72) = 2,966$  ;  $p < 0,01$

d Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Relance :  $t(87) = 2,745$  ;  $p < 0,01$  et Pré-test vs Post-test et Relance :  $F(1, N = 69) = 7,474$  ;  $p < 0,01$

Par ailleurs, les proches utilisent une plus grande variété de mécanismes d'adaptation face à leurs difficultés avec l'homme suicidaire et les utilisent à une plus grande fréquence (*voir* tableau 11). La différence est principalement attribuable à l'augmentation de l'utilisation des mécanismes d'adaptation positifs, car aucune différence n'est observée en ce qui concerne les mécanismes négatifs. En outre, même s'il n'y a aucun effet projet de significatif, ce sont chez les proches qui ont

participé au parrainage téléphonique que l'on remarque les changements les plus importants au niveau des mécanismes d'adaptation.

TABLEAU 11  
UTILISATION DES MÉCANISMES D'ADAPTATION PAR LES PROCHES

|   | Pré-test |           | Post-test |                   |
|---|----------|-----------|-----------|-------------------|
|   | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>M</i>  | <i>ET</i>         |
| Nombre de mécanismes d'adaptation utilisés          | 7,31     | 1,30      | 7,68      | 1,18 <sub>a</sub> |
| Fréquence d'utilisation des mécanismes d'adaptation | 21,93    | 3,95      | 22,93     | 3,57 <sub>b</sub> |
| Nombre de mécanismes d'adaptation positifs utilisés | 6,21     | 0,95      | 6,55      | 0,79 <sub>c</sub> |
| Fréquence d'utilisation des mécanismes positifs     | 18,22    | 3,70      | 19,30     | 3,46 <sub>d</sub> |

a Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(86) = -3,116$ ,  $p < 0,01$

b Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(86) = -2,610$ ,  $p < 0,02$

c Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(86) = -3,626$ ,  $p < 0,001$

d Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(86) = -2,997$ ,  $p < 0,02$

En ce qui concerne la communication avec l'homme suicidaire, elle s'est améliorée de manière significative entre le moment où le proche a commencé à participer aux projets (pré-test) et deux mois plus tard (post-test) : les proches évaluent leurs discussions avec l'homme comme plus aidante, leur communication de meilleure qualité et ils se sentent mieux après avoir parlé avec lui de son intention suicidaire (voir tableau 12). La différence n'est cependant plus significative au moment de la relance.

**TABLEAU 12**  
**ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION AVEC L'HOMME SUICIDAIRE**

|  | Pré-test |           | Post-test |                   | Relance  |           |
|--|----------|-----------|-----------|-------------------|----------|-----------|
|  | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>M</i>  | <i>ET</i>         | <i>M</i> | <i>ET</i> |
| Discussions aidantes   | 1,95     | 0,84      | 2,32      | 0,85 <sub>a</sub> | 2,27     | 0,85      |
| Qualité de la communication  | 2,56     | 0,79      | 2,82      | 0,76 <sub>b</sub> | 2,73     | 0,90      |
| Comment le proche se sent après avoir parlé avec l'homme de son intention suicidaire | 2,33     | 1,04      | 2,99      | 0,94 <sub>c</sub> | 3,26     | 0,86      |

a Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(90) = -2,982$  ;  $p < 0,01$

b Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(93) = -2,545$  ;  $p < 0,02$

c Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(50) = 3,957$  ;  $p < 0,001$

En outre, après avoir participé aux projets, les proches parlent moins souvent avec l'homme de ses difficultés, sont moins nombreux à lui parler de son intention suicidaire ( $N_{\text{pré}} = 96$  ;  $N_{\text{post}} = 69$  ;  $N_{\text{relance}} = 24$ ; Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Post-test : McNemar  $p < 0,001$  et Post-test vs Relance : McNemar  $p < 0,001$ ) et lui proposent moins de ressources (voir tableau 13).

**TABLEAU 13**  
**FRÉQUENCE DE LA COMMUNICATION AVEC L'HOMME SUICIDAIRE**

|  | Pré-test |           | Post-test |                   | Relance  |                   |
|--|----------|-----------|-----------|-------------------|----------|-------------------|
|  | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>M</i>  | <i>ET</i>         | <i>M</i> | <i>ET</i>         |
| Fréquence des discussions sur les difficultés vécues par l'homme | 3,21     | 1,00      | 2,66      | 1,14 <sub>a</sub> | 2,14     | 1,13 <sub>b</sub> |
| Nombre de ressources proposées                                   | 1,89     | 0,90      | 1,68      | 0,73 <sub>c</sub> | 0,49     | 0,50 <sub>d</sub> |

a Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(91) = 4,085$  ;  $p < 0,001$

b Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Relance :  $t(73) = 7,744$  ;  $p < 0,001$ ; Post-test vs Relance :

$F(1, N = 72) = 17,433$  ;  $p < 0,001$  et Pré-test vs Post-test et Relance :  $F(1, N = 72) = 29,009$  ;  $p < 0,001$

c Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(60) = 2,459$  ;  $p < 0,02$

d Comparaisons a posteriori : Pré-test vs Relance :  $t(57) = 5,456$  ;  $p < 0,001$  et Pré-test vs Post-test et Relance :  $F(1, N = 48) = 15,938$  ;  $p < 0,001$

Cependant, lorsqu'on demande aux proches pourquoi ils n'ont pas parlé avec l'homme de son intention suicidaire dans les mois qui ont suivi leur participation aux projets-pilote, ils mentionnent surtout que c'est parce que l'homme suicidaire va mieux, qu'il ne pense plus au suicide (voir tableau 14).

**TABLEAU 14**  
**RAISONS POUR NE PAS AVOIR PARLÉ AVEC L'HOMME**  
**DE SON INTENTION SUICIDAIRE**

| Raisons   | Pré-test |      | Post-test |      |
|---|----------|------|-----------|------|
|   | <i>n</i> | %    | <i>n</i>  | %    |
| Ne pense plus au suicide, va mieux                  | 0        | 0,0  | 27        | 69,2 |
| Honte, gêne   | 4        | 21,1 | 2         | 5,1  |
| Ne se confie pas au proche, ne veut pas le déranger | 6        | 31,6 | 8         | 20,5 |
| Autre raison  | 7        | 36,8 | 2         | 5,1  |
| Ne sait pas   | 2        | 10,5 | 0         | 0,0  |

Des différences significatives sont observées entre les projets en ce qui concerne la communication avec l'homme suicidaire. Plus spécifiquement, les proches qui ont participé au parrainage téléphonique proposent significativement plus de ressources que les autres proches, tandis que les proches qui ont participé à l'accès-direct en proposent significativement moins ( $F(1, N = 68) = 13,427; p < 0,001$ ).

D'une manière générale, les proches ne connaissent ni n'utilisent plus de ressources après avoir participé aux projets qu'avant. Cependant, les proches qui ont participé à

la rencontre d'information en connaissent significativement plus et les proches qui ont participé à l'accès-direct en utilisent significativement moins (voir tableau 15).

TABLEAU 15  
CONNAISSANCE ET UTILISATION DES RESSOURCES PAR LES PROCHES

|   | Pré-test |           | Post-test |                   | Relance  |                   |
|---|----------|-----------|-----------|-------------------|----------|-------------------|
|   | <i>M</i> | <i>ET</i> | <i>M</i>  | <i>ET</i>         | <i>M</i> | <i>ET</i>         |
| Nombre de ressources connues (tous projets confondus)   | 1,10     | 0,89      | 1,28      | 1,18              | 1,36     | 1,24              |
| Nombre de ressources connues (rencontre d'information)  | 1,04     | 0,77      | 1,65      | 1,15              | 1,30     | 1,15 <sub>a</sub> |
| Nombre de ressources utilisées (tous projets confondus) | 0,45     | 0,66      | 0,35      | 0,69              | 0,47     | 0,69              |
| Nombre de ressources utilisées (accès-direct)           | 0,57     | 0,76      | 0,14      | 0,36 <sub>b</sub> | 0,21     | 0,43 <sub>c</sub> |

a Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test et Relance :  $F(1, N = 23) = 6,528$  ;  $p < 0,02$

b Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test :  $t(16) = 2,746$  ;  $p < 0,02$

c Comparaison a posteriori : Pré-test vs Post-test et Relance :  $F(1, N = 14) = 5,519$  ;  $p < 0,05$

Enfin, il n'y a aucune différence dans les relations sociales des proches.

## 5. DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans l'ensemble, les résultats de cette évaluation indiquent clairement que la prévention du suicide des hommes à haut risque suicidaire par l'intermédiaire de leurs proches est une piste prometteuse à poursuivre. Les quatre projets étudiés dans le cadre de la présente recherche évaluative aident les hommes suicidaires ainsi que les personnes de leur entourage qui y participent : les hommes suicidaires vivent moins d'idéations suicidaires sérieuses, ont moins souvent fait de tentatives de suicide au cours des deux derniers mois et ont moins parlé de leurs intentions suicidaires en raison du fait qu'il disent que leurs intentions suicidaires ont diminué. Ceux qui ont discuté de leurs intentions suicidaires se sont sentis mieux suite aux discussions. De plus, les hommes suicidaires se sentent moins déprimés, ont moins souvent une perte d'intérêt marquée et ils passent moins de temps libre seuls. Quant aux proches, ils discutent moins souvent avec les hommes suicidaires des difficultés vécues, mais lorsqu'ils en discutent, ces discussions semblent être plus aidantes. Ils jugent que la communication avec l'homme suicidaire est meilleure et se sentent mieux après avoir parlé du suicide. Ils ressentent eux-mêmes moins de détresse et trouvent que leur détresse nuit moins à leur vie quotidienne. Les proches utilisent une plus grande diversité de mécanismes d'adaptation et les utilisent à une plus grande fréquence, particulièrement en ce qui concerne les mécanismes positifs. En général, le taux de satisfaction exprimé par les proches est très élevé.

Malgré ces effets positifs, il existe toujours la possibilité qu'une amélioration spontanée ait pu avoir lieu sans ces interventions. Pour des raisons d'éthique, il nous a été impossible d'avoir un groupe-témoin sans intervention. Nous ne pouvons effectivement pas, à des fins de recherche, laisser des personnes à risque suicidaire sans une quelconque intervention. Il est donc toujours possible que, sans intervention, il y ait eu des améliorations significatives. Cependant, il n'est pas logique de croire que certains types d'améliorations se sont produits spontanément sans la participation des proches à ces projets. Par exemple, l'amélioration de la communication et de la satisfaction suite aux discussions sur le suicide semble plus logiquement liée au fait que les proches ont reçu de l'information et du support pour les aider à communiquer davantage avec l'homme suicidaire. De plus, les proches ont eu l'impression que leur participation à ces projets leur a appris à mieux aider l'homme suicidaire, à mieux comprendre les problèmes de santé mentale, à mieux comprendre la problématique du suicide et à mieux communiquer avec l'homme suicidaire. De même, les données du suivi indiquent que les améliorations pour les hommes suicidaires et leurs proches se sont maintenues six mois plus tard. Bien qu'il soit possible qu'une partie des changements rapportés dans le cadre de ce projet soient attribuables à un phénomène d'amélioration spontanée, il est difficile de croire que l'ensemble des améliorations y soit rattaché.

Il est important de noter que les proches n'acceptent pas toujours les projets offerts. En effet, l'un des projets qui, selon les planificateurs des programmes, constituait l'une des meilleures façons de les aider (la rencontre familiale) a été abandonné en

cours d'évaluation parce qu'une seule personne a accepté d'y participer sur les premières dix huit personnes auxquelles il avait été proposé. La principale raison invoquée par les proches pour refuser de participer à ce projet, c'est-à-dire de ne pas vouloir impliquer d'autres membres de leur entourage dans l'intervention, nous indique que : (1) le suicide est encore un sujet dont on n'ose pas parler ouvertement dans certaines familles et (2) les proches ont besoin d'une aide pour eux-mêmes en premier lieu et ne sont pas toujours prêts à s'investir dans une démarche exigeante pour aider la personne suicidaire. Lorsqu'ils appellent à Suicide Action Montréal, les proches sont souvent épuisés et leurs limites sont presque dépassées. Ils ont donc besoin de recevoir, tout d'abord, du soutien pour eux-mêmes, puis ensuite, des outils d'intervention qui les aideront à mieux faire face à la situation et à se sentir plus compétents.

L'un des objectifs principaux de ce projet était de déterminer s'il y avait avantage à offrir de nouvelles interventions aux proches plutôt que de simplement maintenir la rencontre d'information habituelle déjà en place à Suicide Action Montréal depuis plusieurs années. Dans l'ensemble, tous les projets ont obtenu des résultats très positifs. Puisque les proches n'ont pas toujours accepté les projets qui leur étaient offerts, il serait important de maintenir la rencontre d'information qui obtient le taux de participation le plus élevé. L'évaluation indique, cependant, que l'ajout d'un suivi téléphonique aux sessions d'information (projet Info-Plus) ne semble pas améliorer les résultats obtenus par une session d'information sans suivi. Le parrainage téléphonique semble toutefois comporter certains avantages : il est le plus apprécié de

tous les projets offerts, il est considéré comme étant le plus utile par les participants, chez qui l'on retrouve d'ailleurs une plus grande amélioration au niveau des mécanismes d'adaptation. Le parrainage téléphonique est donc le projet qui reçoit le plus d'enthousiasme de la part des proches et semble également être celui qui est le plus utile. Il doit par conséquent être sérieusement envisagé comme méthode d'intervention auprès des proches.

Par ailleurs, l'un des objectifs principaux de ces projets ne semble pas avoir été atteint. Nous avons prévu que les hommes suicidaires utiliseraient davantage d'autres ressources externes spécialisées en santé mentale, soit dans le traitement de la dépression, soit dans le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie. En effet, Suicide Action Montréal a établi des partenariats avec plusieurs organismes afin de faciliter ce genre de référence. Malgré l'énergie mise à l'établissement de ces liens et le fait de donner des informations sur les références dans le cadre de chacun des projets-pilote, nous n'avons observé aucune augmentation dans l'utilisation des ressources.

Les hommes suicidaires ont utilisé moins souvent de ressources externes au post-test et la proportion de ceux qui utilisent au moins une ressource a diminuée encore lors de la relance. En outre, le projet qui visait spécifiquement la référence rapide aux ressources (Accès-Direct) est celui qui a le moins bien fonctionné des quatre. L'une des explications de la diminution de l'utilisation des ressources externes pourrait être le fait que dès que les proches ont commencé à utiliser les ressources de Suicide

Action Montréal ils ont trouvé la « bonne » ressource et n'avaient plus besoin de chercher ailleurs. Une deuxième explication tient simplement au fait que les hommes qui ont été à risque élevé de suicide au moment des premiers contacts avec les proches ont eu nettement moins de risque suicidaire après la participation des proches aux projets et dans la relance six mois plus tard. Puisqu'ils étaient moins suicidaires, il est possible qu'ils ne ressentent pas autant le besoin de chercher et d'utiliser des ressources en santé mentale ou en toxicomanie. Malgré ces explications, qui cadrent néanmoins avec les données obtenues dans cette recherche, la question de l'utilisation et de la non-utilisation des ressources externes par les hommes suicidaires est un sujet qui doit être étudié davantage.

Les résultats de cette recherche constituent les premières données scientifiques démontrant l'utilité de prévenir le suicide des hommes à haut risque qui n'utilisent pas eux-mêmes les services des CPS, par le biais d'interventions auprès des membres de leur famille et de leur entourage qui contactent les services téléphoniques. Les résultats appuient l'importance de continuer à offrir des services aux proches et d'ajouter d'autres types d'aide aux proches dans le cadre des programmes régionaux et locaux de prévention du suicide.

## RÉFÉRENCE

- Araoz, Daniel L., Carrese, Marie A. (1996) *Solution-Oriented brief therapy for adjustment disorders; A guide for providers under managed care*, Brunner/Mazel.
- Balswick, J. (1988). *The inexpressive male*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Bille-Brahe, U., Egebo, H., Crepet, P., De Leo, D., Hjelmeland, H., Kerkho, A., Lönnqvist, J., Michel, K., Salander Renberg, E., Schmidtke, A., & Wasserman, D. (1999). Social support among European suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 5, 215-231.
- Boyer, R. et Saint-Laurent, Danielle (1995). Idées suicidaires et parasuicides. Dans C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chénard et M. Levasseur (sous la direction de). *Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 1, Ministère de la santé et des services sociaux: Montréal.
- Brooks, G. R. (1998). *A new psychotherapy for traditional men*. San Francisco: Jossey-Bas Publishers.
- DeMoore, G. M., et Robertson, A. R. (1996). Suicide in the 18 years after deliberate self-harm: A prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 169, 489-494.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*, Norton, New York.
- De Shazer, S. (1988). *Clues Investigating Solution in Brief Therapy*, Norton, N.Y.
- De Shazer, S. (1999). *Clés et solutions en thérapie brève*, SATAS.
- Dieserud, G., Loeb, M., et Ekeberg, O. (2000). Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: A 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 61-73.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (1993). Interpersonal stressors, substance abuse and suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(2), 80-85.
- Dulac, G. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines: Théories et pratiques québécoises*. Montréal: A.I.D.R.A.H.

- 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.
- Fish, R., Weakland, J.H., & Segal, L. (1986). *Tactiques du changement*. Paris : Seuil.
- Fournier, M.-A., & Piché, J. (2000). Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux. Dans *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 387-407). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Gallo, J. J., Marino, S., Ford, D., & Anthony, J. C. (1995). Filters on the pathway to mental health care, II. Sociodemographic factors. *Psychological medicine, 25*, 1149-1160.
- Goldshmidt, O. T., & Weller, L. (2000). «Talking emotions»: Gender differences in a variety of conversational contexts. *Symbolic Interaction, 23*(2), 117-134.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 377*, 65-72.
- Heikkinen, M., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., sama, S. J., Kuoppasalmi, K. I., Lönnqvist, J. K. (1994). Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcoholism Clinical and Experimental Research, 18*(5), 1143-1149.
- Institut de la statistique du Québec (2003). *Décès et taux de mortalité selon la cause, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2000*. Site internet : [www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn\\_decés/index.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/index.htm)
- Kelly, A. E., & Achter, J. A. (1995). Self-concealment and attitudes toward counseling in university students. *Journal of Counseling Psychology, 42*(1), 40-46.
- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance and Counseling, 27*(1), 123-132.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders : A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry, 151*(7), 1063-1068.
- Luedders, C. R. (1998). *Attitudes toward seeking professional psychological help: A survey of heterosexual and homosexual men and women*. Thèse de doctorat. University of Akron.

- McConatha, J. T., Marshall, F., & Amrstrong, J. M. (1997). Emotional control in adulthood. *Psychological Reports, 80*, 499-507.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Murphy, G. E., & Robins, E. (1967). Social factors in suicide. *Journal of the American Medical Association, 199*, 303-308.
- 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.
- Nordentoft, M., Breum, L., Munck, L. K., Nordestgaard, A. G., Hunding, A., et Bjaeldager, P. A. (1993). High mortality by natural and unnatural causes: A 10-year follow-up study of patients admitted to a poisoning treatment center after suicide attempts. *British Medical Journal, 306*, 1637-1641.
- O'Connor, R. C., & Sheehy, N. P. (1997). Suicide and gender. *Mortality, 2*(3), 239-253.
- Peacock, F. (1999). *Arrosez les fleurs, pas les mauvaises herbes: une stratégie qui révolutionne les relations professionnelles, amoureuses et familiales*, Les Éditions de l'Homme, Montréal.
- Pinard, C. (2000). Formation à l'intervention dans le cadre des projets-pilote de recherche orientés vers le soutien des hommes suicidaires et de leur entourage. Document de Suicide Action Montréal.
- Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Meadows, G. N., & Dunt, D. R. (2001). Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Medical Journal of Australia, 175*(10), 542-545.
- Presseault, M. (2003). *Rapport des appels au service d'intervention téléphonique (S.I.T.) de Suicide Action Montréal entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2003*. Montréal: Suicide Action Montréal.
- Presseault, M., Hamel, V., & Lamý, K. (2003). *Portrait des clientèles du service d'intervention téléphonique*. Montréal: Suicide Action Montréal.
- Rich, C. L., Fowler, R. C., Fogarty, L. A., & Young, D. (1988). San Diego Suicide Study. III. Relationships between diagnoses and stressors. *Archives of General Psychiatry, 45*, 589-592.
- Rickwood, D. J. & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine, 39*(4), 563-572.

- Rygnestad, T. (1988). A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 328-331.
- Saint-Laurent, D., & Tennina, S. (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Shneidman, E. (1994). *Definition of Suicide*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Snell, W. E., Miller, R. S., & Belk, S. S. (1988). Development of the Emotional Self-disclosure scale. *Sex Roles*, 18(1-2), 59-73.
- Suominen, K. H., Isometsä, E. T., Ostamo, A. I., & Lönnqvist, J. K. (2002). Health care contacts before and after attempted suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 89-94.
- Tanney, B. L. (2000). Psychiatric diagnoses and suicidal acts. Dans *Comprehensive Textbook of suicidology*, (pp. 311-341). New York : The Guilford Press.
- Tejedor, M. C., Diaz, A., Castillon, J. J., et Pericay, J. M. (1999). Attempted suicide: Repetition and survival - findings of a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 205-211.
- 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.
- 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.
- Veroff, J. B. (1981). The dynamics of help-seeking in men and women: A national survey study. *Psychiatry*, 44, 189-200.
- Wisch, A. F., Mahalik, J. R., Hayes, J. A., & Nutt, E. A. (1995). The impact of gender role conflict and counseling technique on psychological help seeking in men. *Sex Roles*, 33(1-2), 77-89.