

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES PRATIQUES D'INTERVENTION SOCIALES AUPRÈS DES FEMMES
SUICIDAIRES : ENJEUX ÉTHIQUES ET FÉMINISTES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
LAURA GAGNON

AOÛT 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce mémoire, dont le processus s'est échelonné sur trois années, n'aurait pu prendre forme sans l'aide et le soutien du réseau de personnes merveilleuses qui m'entourent. Je tiens à les remercier sincèrement.

Je tiens à remercier les membres de ma famille : Micheline, Sylvain, Marianne et Rébecca. Merci de m'avoir encouragée, soutenue, et changé les idées lorsque j'en avais besoin. Merci à David pour ton appui inconditionnel, ta patience incroyable et ta douce présence au quotidien.

Merci à Maria Nengeh Mensah, une directrice de mémoire en or. Tu as su m'accompagner dans un projet qui nous a mis devant beaucoup de doutes et d'incertitudes. Je suis reconnaissante de tes judicieux conseils, de ton travail de lecture et de relecture ainsi que de m'avoir guidée et m'avoir fait confiance toutes ces années.

Merci à de précieuses amies, qui ont su non seulement m'épauler dans les moments de découragement, mais aussi me lire et me relire. Merci à Camille, Laurie, Marie et Milène d'avoir pris le temps de partager vos points de vue, vos auteures préférées, vos expériences d'intervention et, surtout, de bons repas pour décompresser!

Mon projet a connu plusieurs alliées au fil du temps : merci à Coralie de m'avoir aidée à en démêler le processus de demande d'admission et à m'acclimater au milieu universitaire; merci à Alice van der Klei pour ton oreille attentive et ta présence à l'IREF; merci à Jill Vandermeerschen, sans qui je n'aurais pas pu traverser l'épreuve

que représentait la méthodologie quantitative; merci à Julie pour ton travail impeccable de révision de mon mémoire.

Il importe de mentionner ma cousine Hélène et son conjoint Vincent qui, sur les derniers miles de mon parcours, m'ont offert un espace de tranquillité me permettant de surmonter les derniers obstacles de la rédaction de ce mémoire. Merci pour votre petit coin de paradis et pour l'énergie infinie de vos chiens!

Évidemment, ce mémoire n'aurait jamais pu devenir ce qu'il est aujourd'hui sans les personnes qui ont accepté de répondre au sondage en ligne, et celles qui ont participé au groupe de discussion. Votre intérêt pour mon projet est la raison pour laquelle il existe maintenant dans sa forme finale.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTES DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xii
RÉSUMÉ	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	6
1.1 État de la situation du suicide des femmes.....	7
1.1.1 Quelques statistiques.....	7
1.1.2 Facteurs de risque suicidaire.....	10
1.1.3 Comparaisons entre le suicide des femmes et des hommes.....	13
1.2 Suicide, santé mentale et violence : un effort de contextualisation.....	17
1.2.1 Violence conjugale et abus sexuels	18
1.2.2 Minorités sexuelles et de genres	21
1.2.3 Femmes racisées	23
1.3 Intervention auprès des femmes suicidaires	25
1.3.1 Interventions sur le plan de la santé mentale	25
1.3.2 Interventions sur le plan de la violence	26
1.3.3 Prévention et intervention de crise suicidaire	27
1.4 Question et objectifs de recherche.....	29
1.5 Pertinence sociale et scientifique.....	30
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL	32
2.1 Modèle dynamique de compréhension du travail social de Karen Healy	32

2.1.1	Le contexte institutionnel de la pratique du travail social : les discours en place	33
2.1.2	La base formelle professionnelle du travail social et le cadre de référence de la pratique.....	40
2.1.3	L'objectif de la pratique.....	41
2.1.4	L'interaction entre les différentes composantes	42
2.2	Michèle Bourgon et l'approche féministe en termes de rapports sociaux....	42
2.2.1	Les dimensions politiques de l'intervention	44
2.3	Éthique et suicide	45
2.3.1	Qu'est-ce que l'éthique en travail social?.....	46
2.3.2	De quelle façon agissent les TS devant des enjeux éthiques?	48
2.3.3	Quels sont les enjeux éthiques propres à l'intervention auprès des femmes suicidaires?.....	50
2.3.4	Quelles sont les perspectives féministes sur les enjeux éthiques en intervention?.....	53
2.3.5	Quelles sont les perspectives féministes sur les enjeux éthiques en intervention auprès des femmes suicidaires?.....	55
2.4	Considérations finales	59
CHAPITRE III		
MÉTHODOLOGIE.....		
3.1	Considérations épistémologiques	61
3.1.1	Études sur le suicide et androcentrisme.....	61
3.1.2	La science, par qui et pour qui ?	65
3.1.3	Quels choix pour une recherche féministe ?.....	66
3.1.4	Des difficultés de la recherche féministe en tant qu'étudiante-chercheuse	67
3.2	Stratégie générale à méthodologie mixte	68
3.2.1	L'enquête par questionnaire en ligne.....	72
3.2.2	Entretien de type groupe de discussion.....	78
3.3	Considérations éthiques.....	81
3.3.1	Les avantages de la participation à la recherche.....	81
3.3.2	Les risques et les inconvénients de la participation à la recherche.....	82
3.3.3	L'anonymat, la confidentialité et la protection des données	83
3.3.4	Les risques pour l'étudiante-chercheuse.....	84

3.4	Limites.....	84
CHAPITRE IV		
	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	86
4.1	Questions générales.....	87
4.1.1	Résultats du sondage.....	87
4.1.2	Résultats du groupe de discussion.....	88
4.2	Profil des répondant.e.s.....	88
4.2.1	Résultats du sondage.....	88
4.2.2	Résultats du groupe de discussion.....	90
4.3	Contexte de la pratique.....	91
4.3.1	Résultats du sondage.....	91
4.3.2	Résultats du groupe de discussion.....	97
4.4	Profil des femmes suicidaires, basé sur les représentations des répondant.e.s au sondage.....	103
4.4.1	Résultats du sondage.....	103
4.4.2	Résultats du groupe de discussion.....	107
4.5	Problématiques des femmes suicidaires.....	108
4.5.1	Résultats du sondage.....	108
4.5.2	Résultats du groupe de discussion.....	111
4.6	Interventions privilégiées.....	116
4.6.1	Résultats du sondage.....	116
4.6.2	Résultats du groupe de discussion.....	126
4.7	Enjeux éthiques de la pratique.....	134
4.7.1	Résultats du sondage.....	134
4.7.2	Résultats du groupe de discussion.....	140
4.8	Conclusion.....	144
CHAPITRE V		
	DISCUSSION.....	146
5.1	Contexte de pratique : structure organisationnelle et discours en place.....	146

5.1.1	Discours de l'économie néolibérale et gestion des services et de l'organisation du travail	146
5.1.2	Discours biomédical et compromis dans la pratique du travail social.	148
5.2	Structures politiques en intervention	150
5.3	Violence, santé mentale et suicide.....	152
5.4	Enjeux éthiques dans la pratique	153
5.4.1	Lien de confiance, confidentialité et protection.....	153
5.4.2	Directivité et intrusivité de l'intervention.....	156
5.4.3	Formation.....	157
5.5	Différenciation de genre dans les interventions	158
5.6	Conclusion.....	159
CONCLUSION		160
6.1	Synthèse.....	160
6.2	Réponse à la question de recherche.....	164
6.3	Recommandations pour la pratique	167
6.4	Pistes de réflexion et de recherche	168
ANNEXE A		
SCHÉMA « Constructing social work practice : a dynamic model ».....		170
ANNEXE B		
SCHÉMA « Rapports sociaux dominants et dominés : le chat du rapport d'intervention ».....		171
ANNEXE C		
SCHÉMA SYNTHÈSE DU CADRE CONCEPTUEL		172
ANNEXE D		
QUESTIONNAIRE UTILISÉ DANS LE CADRE DU SONDRAGE EN LIGNE....		173
ANNEXE E		
ÉLÉMENTS DE JUSTIFICATION DES QUESTIONS DU SONDRAGE EN LIGNE		200

ANNEXE F AFFICHETTES DE RECRUTEMENT	210
ANNEXE G DÉMARCHES DE RECRUTEMENT	213
ANNEXE H SCHÉMA D'ENTRETIEN DU GROUPE DE DISCUSSION	229
ANNEXE I DIAPPOSITIVES PRÉSENTÉES DANS LE CADRE DU GROUPE DE DISCUSSION	233
ANNEXE J QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE UTILISÉ DANS LE CADRE DU GROUPE DE DISCUSSION	246
ANNEXE K CERTIFICATION ÉTHIQUE	248
ANNEXE L FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU GROUPE DE DISCUSSION.....	249
BIBLIOGRAPHIE	255

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
Figure 4.1 : Correspondance entre les valeurs des intervenant.e.s et la mission de l'organisme pour lequel ils travaillent.....	94
Figure 4.2 : Éléments favorisant de bonnes pratiques d'intervention.....	96
Figure 4.3 : Type d'intervention prédominant dans la pratique auprès des femmes suicidaires.....	117
Figure 4.4 : Valeurs en intervention.....	134

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 4.1 : Profil des répondant.e.s.....	89
Tableau 4.2 : Éléments de contexte de la pratique.....	92
Tableau 4.3 : Profil des femmes suicidaires selon les intervenant.e.s sondé.e.s.....	104
Tableau 4.4 : Problématiques liées au suicide	108
Tableau 4.5 : Interventions privilégiées auprès des femmes suicidaires	118
Tableau 4.6 : Degré d'accord ou de désaccord envers des énoncés sur les valeurs et principes féministes dans la pratique du travail social auprès des femmes suicidaires	119
Tableau 4.7 : Raisons du «vouloir mourir» des femmes selon l'analyse des répondant.e.s.....	123
Tableau 4.8 : Degré d'accord ou de désaccord envers des énoncés sur l'appréciation de la pratique du travail social auprès des femmes suicidaires.....	125
Tableau 4.9 : Degré d'accord ou de désaccord envers la capacité des femmes suicidaires à prendre des décisions dans certains contextes.....	136
Tableau 4.10 : Fréquence des défis éthiques dans certaines situations d'intervention	137

LISTES DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel et la violence faite aux femmes
CERPE	Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (en français : <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i>) publié par l'American Psychiatric Association
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux
P-38	<i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</i>
SCAD	Service de consultation en analyse de données
TS	Travailleuses sociales et travailleurs sociaux
UQAM	Université du Québec à Montréal
UQAR	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
UQO	Université du Québec en Outaouais

RÉSUMÉ

Historiquement, l'étude du suicide a été menée sous un biais androcentrique, qui élude la façon dont les femmes sont touchées par cette problématique (Kushner, 1992; Mallon *et al.*, 2016). Le discours biomédical occupe également une place importante dans la littérature sur le suicide en le liant à des problématiques de santé mentale (Boyer et Loyer, 1996; Lesage *et al.*, 2012). L'approche féministe cherche à introduire un nouvel élément dans l'équation : la violence faite aux femmes, qui aurait des conséquences sur les symptômes de problématique de santé mentale et causerait ainsi une plus grande vulnérabilité au suicide (Devries *et al.*, 2011; McLaughlin *et al.*, 2012). Vu le manque de littérature sur le suicide des femmes au Québec, la présente recherche vise à tracer un portrait de la situation des interventions de même que des enjeux éthiques et féministes qui en émergent.

Le cadre conceptuel s'appuie sur trois auteures principales : Karen Healy (2005), Michèle Bourgon (1987) et Norah Martin (2011). Healy propose une compréhension dynamique du contexte de la pratique du travail social, en explicitant notamment les discours dominants et alternatifs qui le traversent. Bourgon amène quant à elle une perspective politique féministe sur l'intervention. Enfin, Martin pose une réflexion sur les enjeux éthiques et féministes propre à l'intervention de crise suicidaire.

C'est donc à l'aide d'une méthodologie mixte, inspirée par les principes de la recherche féministe (Ollivier et Tremblay 2000) et composée d'un sondage en ligne et d'une entrevue de groupe, que les données de ce mémoire ont été amassées sur l'intervention auprès des femmes suicidaires au Québec. Les ouvrages de Karen Healy (2005), Michèle Bourgon (1987) et Norah Martin (2011) guident l'analyse des résultats à partir des approches et concepts susmentionnés.

Les résultats de cette étude suggèrent que les intervenant.e.s négocient les discours de l'économie néolibérale (qui s'actualisent par la gestion des structures organisationnelles), du discours biomédical (lié aux demandes des médecins psychiatres, entre autres) et du discours féministe (porté par les interventions privilégiées des intervenant.e.s). Les enjeux éthiques les plus souvent vécus dans les interventions auprès des femmes suicidaires apparaissent au niveau de la confidentialité et du lien de confiance, de la protection de la personne et de l'intrusivité en intervention. Des recommandations au niveau de la formation, des

structures organisationnelles et de la recherche sur le suicide des femmes sont formulées en conclusion.

Mots-clés : femmes, suicide, féminisme, enjeux, éthique, intervention, travail social.

INTRODUCTION

Mon intérêt pour ce sujet de recherche provient de ma brève expérience de la pratique du travail social auprès de personnes ayant des « troubles de santé mentale » ainsi que dans l'équipe de « crise » d'un CLSC. Le point tournant de ma réflexion sur le suicide s'est produit la première fois où j'ai eu à appliquer la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, communément appelée P-38, qui permet d'hospitaliser une personne contre son gré lorsque l'estimation du risque suicidaire et/ou homicidaire l'indique. J'ai rencontré des client.e.s qui me répétaient que les services offerts ou l'hospitalisation ne servaient à rien et qu'elles mettraient fin à leurs jours de toute façon. Dans certains cas, ces personnes étaient atteintes de maladies dégénératives, ou encore vivaient de la souffrance psychique de façon permanente. D'autres client.e.s, bien connu.e.s des intervenant.e.s, savaient exactement quoi dire ou faire pour éviter d'être forcé.e.s à se soumettre à certains types d'intervention et n'hésitaient donc pas, selon mes collègues, à mentir. En ce sens, mes questionnements concernaient le rôle de contrôle social que jouent les intervenant.e.s : est-ce vraiment la chose à faire que d'hospitaliser les gens contre leur gré « pour leur bien », ou faisons-nous davantage violence à ces personnes souffrantes? Si les personnes sont lucides et refusent les soins et services, est-ce vraiment humain de forcer un traitement, même dans le cas où l'absence d'un tel traitement peut être fatale?

Ces questionnements laissaient aussi émerger des enjeux féministes liés à la question du suicide. Il est commun de s'intéresser particulièrement au suicide des hommes, en raison de la statistique bien connue selon laquelle ils sont plus susceptibles de passer à l'acte. Toutefois, qu'en est-il des dynamiques propres au suicide des femmes?

La lectrice constatera que pour bien circonscrire l'objet d'étude, il importe en premier lieu, de définir ce que l'on entend par « suicide ». Ces définitions recoupent des enjeux spécifiques liées aux femmes et aux enjeux éthiques et féministes ensuite.

Plusieurs écoles de pensées existent en ce qui concerne la définition du terme. Comme l'explique Velasquez (1996), plusieurs auteur.e.s délimitent la définition du suicide en excluant les situations de coercition à s'enlever la vie; les situations où une personne qui a une maladie terminale choisit de ne pas utiliser de traitement; ainsi qu'une personne ayant des « perturbations psychologiques » où ses comportements autodestructeurs ne seraient pas rationnels. Velasquez entreprend de démontrer que ces principes sont moralisateurs : « [E]ach refers to a class of self-killings which is not morally blameworthy. Thus, suicide could be defined as intentional self-killing that is morally blameworthy. » (1996, p. 109) Toutefois, en excluant tout ce qui est moralement répréhensible, trop d'éléments sont retirés et par définition le suicide serait un acte moralement répréhensible. L'auteur présente plusieurs situations qui démontrent les contradictions qu'une telle définition du suicide suppose, et en propose une autre :

« Suicide is the act of bringing about a person's death, provided that : (1) death is brought about by that person's own acts or omissions, and (2) those acts or omissions are (a) intentionally carried out (b) for the purpose of bringing about death (c) by those concretely particular means that actually brought death about. » (Velasquez, 1996, p. 109)

Cette définition permet de recadrer le suicide comme un acte moralement neutre. C'est celle-ci que je retiendrai dans ce mémoire.

Quelques définitions additionnelles pourront être nécessaires :

- Suicide :

- « Le suicide est l'acte de s'enlever la vie volontairement. » (Gouvernement du Québec, 2018, para .1)
- « Le suicide constitue l'acte volontaire de s'enlever la vie. » (Gouvernement du Canada, 2016, para. 1)
- « On parle de suicide, lorsqu'une personne commet un acte délibéré contre elle-même, causant sa propre mort. » (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, p. 4)

- Crise suicidaire :
 - « La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment de la vie d'une personne où celle-ci se sent dans une impasse et confrontée à une telle souffrance que la mort apparaît progressivement comme le seul moyen de trouver une issue à cet état de crise. Cet état, caractérisé par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes, reste toutefois temporaire et réversible. » (France, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2014, para. 2)

- Idées suicidaires :
 - « Les idées suicidaires sont un signal d'alarme qui précède le suicide. Elles surviennent quand la souffrance est devenue trop grande et que la personne n'arrive pas à la diminuer avec les moyens qu'elle connaît déjà. » (Gouvernement du Québec, 2018, para. 1)
 - « L'idée suicidaire inclut les comportements qui peuvent être directement observés ou entendus et qui portent à croire à une intention possible de suicide, mais où l'acte létal n'a pas été accompli. » (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, p. 4)

- Tentative de suicide :
 - « Une tentative de suicide désigne l'acte d'une personne qui essaie de s'enlever la vie. Une tentative signifie souvent qu'une personne a besoin d'aide et qu'elle peut présenter un risque élevé de suicide. » (Gouvernement du Canada, 2016, para. 1)
 - « La tentative de suicide fait référence au comportement d'une personne qui met sa vie en danger, avec l'intention de causer sa mort ou de faire croire que telle est son intention, mais dont l'acte n'aboutit pas à la mort. » (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, p. 4)

Considérant la contribution importante du travail social dans le domaine de la crise suicidaire (Tremblay, 2012), cette recherche aura pour but d'explorer la problématique sociale du suicide des femmes et des interventions auprès de celles-ci, et ce, dans une perspective féministe. Ainsi, dans le premier chapitre, je ferai un bref état de la situation du suicide des femmes, pour ensuite m'intéresser aux réflexions féministes sur le suicide, à l'aide notamment d'une recension des écrits sur les femmes et la santé mentale. De ces éléments découlera la position d'enjeu éthique dans laquelle les intervenant.e.s sont placé.e.s lors d'interventions auprès de femmes suicidaires. Je présenterai ensuite, dans le second chapitre, le cadre conceptuel qui permettra l'analyse des données. Celui-ci est constitué des écrits de Karen Healy (2005) sur le contexte de la pratique du travail social, de ceux de Michèle Bourgon (1987) sur l'intervention féministe et de ceux de Norah Martin (2011) sur les enjeux éthiques et féministes entourant l'intervention de crise suicidaire. Puis, le troisième chapitre me permettra de présenter la méthodologie mixte que j'utiliserai afin de mener à bien ce projet de recherche. Le quatrième chapitre est constitué de la présentation des résultats et sera suivi du cinquième et dernier chapitre, soit celui de la discussion. En conclusion, j'apporterai des réponses aux questions de recherche, puis terminerai avec des pistes de réflexions et recommandations.

Une dernière note s'impose : dans ce mémoire, le terme « femmes suicidaires » sera utilisé. Bien que ceci pourrait sembler au premier abord comme une façon de maintenir que le suicide est une caractéristique des femmes vulnérables, qu'elles vivent individuellement, j'argumente plutôt le contraire. Ce terme ramène effectivement au fait qu'il est courant de penser la problématique sociale du suicide de façon individuelle, et de la ramener à l'identité d'une personne, alors que ceci constitue plutôt une situation sociale. En utilisant le terme « femmes suicidaires », nous nous assurons de ne pas invisibiliser ce rapport au suicide qui est bien réel.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Un recensement des recherches faites au Québec donne peu de résultats quant aux écrits sur le féminisme et le suicide. Peu d'intervenantes et théoriciennes en sciences humaines et sociales féministes se sont intéressées au suicide. Ainsi, cette revue de littérature fera état des recherches actuelles sur le suicide des femmes au Québec et au Canada, mais aussi à l'international. En ce sens, en m'intéressant au suicide des « femmes », il sera important de spécifier qui sont ces femmes et de tenir compte que certaines femmes sont plus durement touchées par le suicide. C'est le cas notamment, mais pas uniquement, des femmes racisées et autochtones (Arriagada, 2016; Perry *et al.*, 2012) et des femmes trans (Goldblum *et al.*, 2012; Tebbe et Moradi, 2016).

Ainsi, ce chapitre présente un état de la situation sur le suicide des femmes. J'enchaînerai avec les écrits féministes sur les notions de santé mentale, pour m'intéresser ensuite aux interventions auprès des femmes suicidaires.

1.1 État de la situation du suicide des femmes¹

1.1.1 Quelques statistiques

Statistique Canada indique qu'en 2009, 3890 suicides ont été enregistrés, ce qui représente un taux de 11,5 pour 100 000 personnes. Le taux de suicide des hommes est trois fois plus élevé que celui des femmes (18 contre 5 sur 100 000 personnes) (Navaneelan, 2012). Au Québec, en 2015, ce sont 1128 personnes qui se sont suicidées, pour un taux ajusté de 13,2 par 100 000 personnes; le taux de suicide des hommes y étant de 19,6 par 100 000 personnes et celui des femmes de 6,9 par 100 000 personnes (Lévesque *et al.*, 2018). Toutefois, malgré cet écart entre le taux de suicide des hommes et celui des femmes au Québec comme au Canada, il est possible de constater une diminution du ratio de suicide hommes-femmes aux États-Unis : « The narrowing in the ratio of male-to-female suicide rates reflects the accelerated increase in female suicide rates compared with male suicide rates beginning in 2007. » (Hedegaard, Curtin et Warner, 2018, p. 2)

Les femmes qui présentaient le taux de suicide le plus élevé au Québec entre 2013 et 2015 sont celles de 45 à 64 ans, avec un taux de 11,7 par 100 000 habitants (Lévesque *et al.*, 2018, p. 4). À l'inverse, « [l]es jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, à l'instar de celles âgées de 65 ans et plus, affichaient des taux beaucoup plus faibles (respectivement 4,8 et 4,9 par 100 000 habitants) » (Lévesque *et al.*, 2018, p. 4).

De plus, les méthodes utilisées pour le suicide varient selon le sexe et l'âge : au Canada, en 2009, les hommes utilisaient plus souvent la pendaison (46 %) alors que les femmes utilisaient davantage l'empoisonnement (42 %) (Navaneelan, 2012). Au Québec, la tendance est semblable entre 2013 et 2015 :

¹ Certaines idées et certain.e.s auteur.e.s présent.e.s dans cette section ont été utilisé.e.s dans une publication par l'étudiante [Gagnon, L. (2018). Pour une réflexion féministe sur le suicide. *FéminÉtudes*, 22, 76-97].

[L]a méthode la plus commune pour s'enlever la vie chez les hommes et les femmes au Québec était la pendaison, la strangulation et la suffocation. Ce moyen était utilisé pour plus de la moitié des suicides chez les hommes (56,2 %) et un peu moins chez les femmes (42,9 %). Généralement, les femmes employaient des moyens moins radicaux pour s'enlever la vie que les hommes. Les intoxications par substances solides ou liquides (par exemple l'ingestion de médicaments) ont été proportionnellement plus utilisées par les femmes (34,3 %) que par les hommes (10,2 %). Les armes à feu étaient utilisées dans près de 14,1 % des suicides chez les hommes comparativement à 2,1 % chez les femmes. (Lévesque *et al.*, 2018, p. 8)

Ces résultats sont corroborés par la recherche de Sinyor et ses collègues (2014), qui consistait en une étude par observation et analyse en grappes afin de déterminer des groupes selon des facteurs démographiques, cliniques et psychosociaux dans un échantillon épidémiologique basé à Toronto. Les chercheurs ont procédé en effectuant une revue des dossiers du coroner des 2886 personnes décédées par suicide à Toronto entre 1998 et 2010. Cinq groupes se sont dégagés de leur analyse en grappes. Celui qui m'intéresse ici dans le cadre d'une recherche sur le suicide des femmes est le « groupe 1 », qui a la proportion la plus élevée de femmes. Celui-ci se caractérise par l'utilisation de méthodes « non violentes », et toutes les personnes qui y sont catégorisées ont des antécédents de dépression et de tentative de suicide.

Dans le même ordre d'idées, l'étude de Callanan et Davis (2011) examine les méthodes utilisées pour le suicide selon le genre. Leurs résultats démontrent que les femmes utilisent généralement des méthodes qui évitent la défiguration : elles utilisent moins souvent les armes à feu (38,3 % contre 51,8 % pour les hommes) et, lorsqu'elles choisissent ce moyen, elles sont moins nombreuses que les hommes à l'utiliser vers leur visage ou leur tête (72,2 % des femmes et 86,3 % des hommes). Toutefois, en séparant l'échantillon selon le genre, deux variables s'avèrent être significatives pour les femmes qui utilisent une arme à feu vers leur visage : le nombre de tentatives de suicide faites auparavant et le nombre d'évènements

précipitants qui les mènent au suicide. Les chercheurs.euses tentent d'expliquer ces résultats à l'aide de scripts sociaux; par exemple, les femmes éviteraient de se mutiler le visage en raison de l'importance accordée à la beauté, ou encore elles auraient moins de connaissances sur les armes à feu. Callanan et Davis précisent toutefois que

« [t]o suggest that women are less likely to shoot themselves in the face or head because they are more concerned with their appearance than men is to minimize what Maris *et al.* (2000) called the “final desperate act.” If anything, the data reveal that women who shoot themselves in the head or face seemed serious about their intent to die. That is, they were more likely than men to have had prior suicide attempts and experienced stressful events in the months prior to their suicide. » (2011, p. 877)

La recherche de Findlay sur la dépression et les idées suicidaires des jeunes Canadien.ne.s (15-24 ans) démontre quant à elle que les personnes qui rapportent des idées suicidaires à vie² sont plus souvent des femmes :

« They [women] had more negative social interactions, less emotional support, and were less able to deal with stressors. Multivariate analyses suggested that even when the other factors were taken into account, being female, smoking, and having more negative social interactions, less emotional support and less ability to deal with stress were associated with lifetime suicidal thoughts. » (2017, p. 7)

Par ailleurs, Devries et ses collègues (2011) ont complété une recension des écrits portant sur les répercussions de la violence domestique sur la santé des femmes, en utilisant les données de l'Organisation mondiale de la Santé (2004). Ces données démontrent qu'à l'échelle mondiale, les hommes sont plus susceptibles de se suicider que les femmes, mais qu'il existe de grandes disparités selon les régions : alors que dans les régions occidentales, c'est environ 3,9 hommes qui se suicident pour une femme, on observe dans certaines régions d'Asie un rapport de 1,1 homme pour chaque femme. D'ailleurs, en Chine (Devries *et al.*, 2011) et au Cambodge (Armes *et*

² « Lifetime suicidal thoughts » dans le texte original en anglais.

al., 2018), ce sont les femmes qui sont plus susceptibles de se suicider que les hommes. De plus, les femmes sont surreprésentées chez les personnes qui ont des comportements automutilatoires non-fatals (Devries *et al.*, 2011). Ces comportements sont historiquement moins étudiés que les suicides complétés, bien que les blessures automutilatoires représentaient la quatrième cause de mortalité des femmes âgées de 15 à 44 ans en 2005 (Devries *et al.*, 2011). À ce sujet, Kushner (1992) explique que les personnes qui décèdent de blessures à la suite d'une tentative de suicide sont rarement prises en compte dans les statistiques sur le suicide. Cela influence particulièrement la façon dont est représenté le suicide des femmes, puisque celles-ci utilisent généralement des méthodes moins drastiques et sont plus nombreuses à mourir de blessures liées à une tentative de suicide (Kushner, 1992). Plus récemment, Vijayakumar abonde en ce sens :

« In most countries, men die by suicide at 2–4 times the rate of women, despite the fact that women make twice as many suicide attempts as men. However, while most countries collect and report national data for suicide, many countries neither record nor report national data for suicide attempts. Suicide data fails to fully represent the major female contribution to morbidity. If both mortality and morbidity are considered together then it is evident that the weight of disease burden in suicidal behavior is clearly female. » (2015, p. 234)

1.1.2 Facteurs de risque suicidaire

Pour leur part, Hamza *et al.* (2012) tentent dans leur article de remédier à l'absence de littérature sur les liens entre comportements automutilatoires non suicidaires³ et suicide. En effet, elles expliquent que même si plusieurs recherches produites dans la dernière décennie ont suggéré que les comportements automutilatoires étaient le facteur de prédiction du suicide le plus fort, aucune de ces études ne distingue les

³ « Nonsuicidal self-injury » dans le texte original en anglais. Les comportements automutilatoires sont définis par Hamza et ses collaboratrices (2012) comme des comportements entrepris délibérément pour se causer du tort. Les auteures les déclinent en trois catégories : les comportements automutilatoires non suicidaires, les comportements suicidaires et le suicide (p. 483).

comportements automutilatoires selon l'intention (suicidaire ou pas). Ainsi, les chercheuses ont mené une revue de littérature afin de déterminer si les comportements automutilatoires non suicidaires augmentent le risque de comportements suicidaires. Dans les études recensées, les comportements automutilatoires non suicidaires prédisent systématiquement les pensées et comportements suicidaires. Les personnes qui présentent des comportements automutilatoires non suicidaires rapportent de plus hauts taux d'idéation suicidaire et de tentatives de suicide que les personnes qui n'en présentent pas. En fait, ceux-ci constitueraient un indicateur de prédiction du suicide plus important que la dépression, le désespoir, les problèmes familiaux, les caractéristiques de trouble de personnalité limite, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et l'abus dans l'enfance (Hamza *et al.*, 2012). Il a également été observé que les personnes ayant des comportements automutilatoires – majoritairement des femmes – ont souvent été dans des situations où leur corps était sujet à la violence d'autres personnes. Ces comportements servent alors de stratégies de survie dans le cas de survivantes de traumatismes complexes (Brown et Bryan, 2007).

Meltzer et ses collègues (2012), de leur côté, s'intéressent à l'influence du handicap sur les tentatives de suicide. Même s'il est reconnu que le handicap a un effet direct sur les potentiels risques de tentatives de suicide, les auteur.e.s mettent de l'avant que le handicap est aussi associé à l'apparition de « désordres psychiques », particulièrement la dépression. En ce sens, les répercussions du handicap sur le comportement suicidaire pourraient être liées indirectement aux troubles dépressifs (Meltzer *et al.*, 2012). Il y a néanmoins d'autres variables qui influencent le lien entre le handicap, la dépression et les tentatives suicidaires : la stigmatisation – qu'elle soit causée par le handicap ou la dépression – et la solitude (Meltzer *et al.*, 2012).

De plus, certaines femmes s'avèrent être plus vulnérables au suicide. Par exemple, le taux de suicide chez les membres des Premières Nations (entre 2003 et 2007) s'élève

à plus de trois fois le taux de suicide de la population générale du Canada, avec le taux le plus élevé dans le groupe d'âge des 10 à 24 ans (Santé Canada, 2014). Certains chercheurs croient même que « jusqu'à 25 % des décès accidentels au sein de ce groupe [les jeunes Autochtones] pourraient en réalité être des suicides non déclarés » (Santé Canada, 2013, p. 3). En ce qui concerne plus précisément les femmes des Premières Nations, près du quart d'entre elles ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires à un certain moment de leur vie, ce qui constitue le double des femmes non autochtones (Arriagada, 2016).

Déjà, en 1992, Grossman mettait de l'avant que les femmes autochtones incarcérées étaient particulièrement à risque de se suicider. L'auteure explore cette problématique sous l'angle des influences externes (sociales, environnementales) et internes (physiques, psychologiques) qui poussent au suicide. Elle met de l'avant que les femmes autochtones constituent un groupe particulièrement marginalisé faisant face à de nombreux facteurs précipitants (éducation, emploi, revenu, historique de violence, ethnicité), et que plusieurs conditions liées à l'incarcération aggravent « l'état suicidaire » (isolement, racisme, discrimination, perte de contrôle où le suicide devient la dernière forme de contrôle sur son existence) (Grossman, 1992).

D'ailleurs, les femmes incarcérées représentent aussi une population particulièrement à risque de suicide : selon l'étude de Devon et ses collègues (2003), 53,4 % des femmes en prison aux États-Unis ont rapporté avoir des idées ou des comportements suicidaires. Dye et Aday (2013) se sont aussi intéressés à la question des femmes incarcérées. Ces chercheurs mettent de l'avant qu'il y a peu d'études qui s'intéressent aux femmes qui ont des sentences d'emprisonnement à perpétuité. Ainsi, leur recherche vise à comprendre la façon dont les idées suicidaires sont induites et exacerbées par l'environnement de la prison. Dye et Aday y sont parvenus en collectant leurs données à partir de trois prisons de femmes d'un état du sud des États-Unis. Plusieurs des 303 participantes rapportent que leur réaction initiale

lorsqu'elles ont appris leur sentence a été de vouloir se suicider. Dans cette recherche, 45 % des condamnées à perpétuité ont rapporté avoir eu des idées suicidaires avant l'incarcération, et plus de 80 % ont rapporté avoir subi un historique de violence physique, sexuelle ou émotionnelle. En outre, les facteurs liés à la prison sont aussi associés aux idéations suicidaires (Dye et Aday, 2013).

1.1.3 Comparaisons entre le suicide des femmes et des hommes

Mallon et ses collaborateurs.rices (2016) remarquent qu'il y a très peu de recherches portant directement sur le suicide des femmes, ce qui peut être vu comme une minimisation de la problématique. De plus, ces auteur.e.s notent que les données sur les suicides des femmes servent généralement à éclairer la compréhension du suicide des hommes, et sont donc toujours étudiées en comparaison au suicide des hommes. En effet, selon ces auteur.e.s, le haut taux de problématique de santé mentale chez les femmes suicidées est utilisé pour mettre en lumière la nature sociale du suicide des hommes, tandis que le haut taux de recherche d'aide psychosociale des femmes est utilisé pour problématiser le faible taux de recherche d'une telle aide chez les hommes. Toutefois, cela élude le fait qu'au Royaume-Uni, environ la moitié des femmes s'étant suicidées avaient consulté des services psychiatriques dans l'année précédant leur décès (*Confidential Inquiry*, 2013, cité dans Mallon *et al.*, 2016). C'est aussi le cas en Ontario : les résultats de la recherche de Rhodes et ses collègues (2018) démontrent qu'il était significativement plus probable pour les personnes décédées par suicide d'avoir eu accès à des services et soins en santé mentale durant l'année précédant leur décès, particulièrement dans le cas des femmes vivant dans des régions urbaines.

De plus, si l'on s'intéresse au suicide des femmes en retirant les comparaisons au suicide des hommes, les chercheurs.euses remarquent que les stéréotypes de genre ressortent dans les analyses des suicides des femmes (Mallon *et al.*, 2016, p. 673). La cause des suicides y est attribuée à la « nature » des femmes plutôt qu'à leurs

conditions sociales, en mettant de l'avant la maladie mentale et le cycle reproductif (grossesse, menstruations), d'une part, et en évacuant la socialisation genrée et la violence faite aux femmes, de l'autre. Cela place la compréhension du suicide des femmes dans un cadre strictement biomédical, comme le notent Mallon *et al.* :

« Analysing the lives of women who die by suicide and using methods that exclude the social nature of their distress is unhelpful to practitioners and, in light of the rise of social studies into male suicide, discriminates against the female gender. Simplistic explanations, such as those currently offered for female suicide, cannot be maintained if we are to contextualise the lives of these women in a way that will help to further reduce the rate of suicide in this group. » (2016, p. 673)

Ces auteur.e.s font appel à la notion de performativité de genre de Judith Butler et suggèrent que la répétition de pratiques « normalisées » dans la production de connaissances sur le suicide doit être remise en question. Cela mène à voir que même les études sur le suicide sont ancrées dans un cadre genré, qui place le référent de la norme liée au suicide comme étant masculin. Les auteur.e.s donnent l'exemple de l'utilisation d'une terminologie genrée dans les discussions autour du suicide. Alors que les comportements suicidaires féminins seront qualifiés d'« échecs », les comportements masculins seront plutôt qualifiés de « succès », ce qui renvoie aux rôles stéréotypés de genre.

Higgitt (2007) rapporte quant à lui les écrits de Silvia Cannetto, qui s'intéresse depuis les années 1990 au « paradoxe de genre du suicide », c'est-à-dire l'équivalence relative des tentatives pour chaque genre malgré la surmortalité masculine :

Au centre de sa théorie se trouve l'idée que les différences de genre dans le comportement suicidaire reflètent des différences distinctes dans la socialisation entre les hommes et les femmes. Quand les hommes et les femmes s'engagent dans un acte suicidaire, ils le font ainsi en conformité avec ce qui est significatif et permis dans leur "communauté culturelle". (p. 184)

Ainsi, Higgitt explique que selon Cannelto, les hommes et les femmes vivent des scénarios suicidaires propres à leur genre. Alors qu'en « échouant » un suicide les femmes se conforment à leur genre, les hommes s'y conforment en « réussissant » – ils n'ont pas droit à l'échec pour être « un vrai homme ». De plus, les raisons pour se suicider sont aussi considérées sous un angle genré. Les suicides des femmes sont plus souvent perçus comme déséquilibrés : « le suicide féminin est plus inacceptable que le même comportement chez les hommes car il implique un degré d'autodétermination qui peut être considéré comme incompatible avec la féminité » (Higgitt, 2017, p. 186). Vijayakumar (2015) abonde dans le même sens :

« One reason for the lack of investment in female suicidal behavior may be that there has been a tendency to view suicidal behavior in women as manipulative and nonserious (despite evidence of intent, lethality, and hospitalization), to describe their attempts as “unsuccessful,” “failed,” or attention-seeking, and generally to imply that women's suicidal behavior is inept or incompetent. » (p. 233)

Pourtant, les résultats de Rudmin et ses collègues (2003) affirment le contraire. En utilisant les statistiques de 27 différents pays, les chercheurs.euses effectuent des observations démographiques et les analysent à l'aide de variables culturelles, incluant la « masculinité⁴ » :

« First, suicide by women was predicted by these four cultural values more than was suicide by men, even though variance in reported national suicide rates is much greater for men. Following a feminist line of argument, it might be hypothesized that social norms and values are more oppressive for women, causing them to experience more suffering, causing more of their suicide to be related to cultural values. However, the lack of effects for the Masculinity measure tends to discount that theory. Alternatively, in an extension of Gilligan's (1982) arguments that women are more social and contextual in their moral reasoning, it might

⁴ Dans l'article de Rudmin *et al.* (2003), la variable culturelle de la masculinité est définie ainsi : « Masculinity describes a people's differentiation of men and women into distinct roles, with women and their social and environmental concerns having lower status » (p. 374).

be hypothesized that suicide is less impulsive and involves more judgments and social considerations for women than for men, which would result in suicide being more sensitive to cultural values than it is for men. » (Rudmin *et al.*, p. 378)

Pour certain.e.s, il serait inadéquat d'étudier les personnes suicidées et les personnes suicidaires de la même façon, de même qu'il ne faudrait pas non plus généraliser les résultats d'une recherche faite auprès des unes aux autres (Aleman et Denys, 2014; Boyer et Loyer, 1996). Selon Boyer et Loyer (1996), plusieurs études, dont celle de Linehan (1986), démontrent que le lien entre les personnes suicidaires ou pratiquant des gestes automutilatoires et les personnes suicidées n'est pas aussi direct que l'on pourrait le croire : les profils des premières et des dernières ne sont pas les mêmes. Toutefois, dans une perspective d'étude sur le suicide des femmes, Kushner présente l'argument inverse :

« In reality, experts who rely on successful suicide rates examine only outcome and not motive. Coroners, physicians and others responsible for determining whether a particular death was a suicide are, moreover, already tied to an ideology that differentiates women's motives from men's. Such preconceptions are bound to influence collection of official statistics. Ironically, the very assumptions that inform judgements about individual suicides are presented as causes for the variations that are uncovered among them. » (1992, p. 198)

De plus, Vijayakumar (2015) ajoute que lorsqu'on comptabilise les données sur le suicide en ne s'attardant pas uniquement au résultat (soit un suicide complété), mais en prenant aussi en compte les idées suicidaires et les tentatives de suicide, ce sont les comportements suicidaires des femmes qui s'avèrent être les plus nombreux :

« Women are more likely than men to report suicidal ideation and attempts and to be hospitalized for suicide attempts and hence in terms of total burden of morbidity and mortality combined the burden of female suicidal behavior is more than men. » (p. 237)

1.2 Suicide, santé mentale et violence : un effort de contextualisation⁵

Plusieurs travaux consultés inscrivent le suicide dans le contexte d'une « problématique de santé mentale » (Aleman et Denys, 2014; Boyer et Loyer, 1996; Lesage *et al.*, 2012). Ils le font par exemple en traitant le suicide comme un trouble de santé mentale en soi, qui devrait se retrouver dans le DSM (Aleman et Denys, 2014).

Toutefois, il existe aussi un corpus de travaux féministes concernant la contextualisation des problèmes de santé mentale des femmes. Celui-ci suggère qu'il est important de ne pas se limiter à des explications individuelles, génétiques ou biologiques, et de comprendre les problèmes de santé mentale des femmes en lien avec les exigences d'une société patriarcale. Cette critique féministe de la psychologie traditionnelle s'est développée dès les années 1970, en réaction au sexisme inhérent au traitement des problématiques de santé mentale (Corbeil et Marchand, 2010). Au Québec, Guberman écrit que

[l']on ne peut pas saisir la santé mentale des femmes sans comprendre leur insertion spécifique dans les sphères de la production et de la reproduction, et de la division sexuelle du travail qui en résulte, sans comprendre la discrimination qu'elles subissent dans notre société, sans comprendre leur socialisation spécifique, sans comprendre le sexisme profond de la majorité des théories et des pratiques en santé mentale. (1990, p. 68)

Rondeau (1994) abonde en ce sens. L'auteure estime que le conditionnement social des femmes est axé sur les services pour les autres et que les comportements symptomatiques de problèmes de santé mentale⁶ peuvent aussi constituer « des

⁵ Certaines idées et certain.e.s auteur.e.s présent.e.s dans cette section ont été utilisé.e.s dans une publication par l'étudiante [Gagnon, L. (2018). Pour une réflexion féministe sur le suicide. *FéminÉtudes*, 22, 76-97].

⁶ Rondeau s'inspire de Phyllis Chesler, une critique féministe qui a publié *Les femmes et la folie* (version française de *Women and Madness*) en 1979. Cette dernière théorise que ce que nous

tactiques de survie en réponse au manque de pouvoir sur leur propre vie : ainsi les troubles hystériques, les troubles passifs agressifs ou autres deviendraient des réactions à cette absence d'emprise sur leur destin personnel » (p. 125). Guberman souligne d'ailleurs que plusieurs éléments liés aux conditions sociales des femmes sont largement documentés en contexte de santé mentale, tels que

la violence faite aux femmes, leurs conditions socio-économiques (pauvreté, notamment suite à une séparation, monoparentalité, insertion spécifique sur le marché du travail) et leur assignation à la prise en charge des personnes dépendantes (enfants, personnes âgées, psychiatisées ou handicapées) et au domaine de l'affectivité. (1990, p. 69)

Cette même démarche de contextualisation est donc menée par les chercheuses féministes qui se penchent sur le suicide.

1.2.1 Violence conjugale et abus sexuels

Plusieurs études font état d'un lien entre la violence conjugale et le risque suicidaire (Armes *et al.*, 2018; Devries *et al.*, 2011; McLaughlin *et al.*, 2012; Vijayakumar, 2015). C'est le cas des résultats de recherche de Devries *et al.* (2011)⁷, qui démontrent une forte corrélation entre le haut taux d'idéations suicidaires et des tentatives de suicide, d'une part, et la violence faite aux femmes, de l'autre. McLaughlin et ses collègues (2012) abondent également en ce sens. Leur recension systématique des écrits démontre que sur 37 études portant sur le thème du suicide et

considérons comme la « folie » est en fait « la représentation du rôle dévalué de la femme » (Chesler, 1972/1979, p. 66). Les femmes qui correspondent trait pour trait au stéréotype de la féminité sont ainsi considérées névrosées ou psychotiques, alors que les femmes qui rejettent leur « rôle de femme » se voient attribuer des diagnostics habituellement « masculins ». Rondeau ajoute qu'en plus de résulter du conditionnement social au rôle féminin, ces symptômes se construisent à partir de l'évitement de traits masculins comme l'agressivité.

⁷ Les chercheurs.euses ont utilisé les données d'une étude internationale sur la santé des femmes et la violence conjugale faite aux femmes pour examiner la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide de même que la relation entre celles-ci et la santé mentale des femmes. Les données ont été récoltées entre 2000 et 2003 sur 13 sites différents au Brésil, en Éthiopie, au Japon, en Namibie, au Pérou, au Samoa, en Serbie, en Thaïlande et en Tanzanie.

de la violence entre partenaires intimes, toutes sauf une illustrent que la violence entre partenaires intimes constitue un facteur de risque important dans le développement de comportements suicidaires. Ainsi, 35 % à 40 % des personnes étudiées font une tentative de suicide lors de la relation abusive ou à la suite de celle-ci (Reviere *et al.*, 2007, cité.e.s dans McLaughlin *et al.*, 2012), tandis que 20 % des gens ayant vécu ce type de violence font de multiples tentatives (Stark et Flitcraft, 1995, cité.e.s dans McLaughlin *et al.*, 2012). Il est intéressant de noter, malgré les différents sociohistoriques entre l'Asie et l'Amérique du Nord, que l'étude de Armes et ses collaborateurs.rices (2018) fait par ailleurs état d'un lien important entre problématiques de santé mentale et suicide au Cambodge, tout en notant que le haut taux de violence conjugale rend les femmes plus à risque de vivre des symptômes d'anxiété ou de dépression, et que le suicide pourrait être utilisé comme solution pour mettre fin à la violence conjugale :

« High rates of domestic violence against women in Cambodia make them more vulnerable than men to mental health symptoms including anxiety, depression, and suicide attempts. In addition, fewer psychosocial resources make it difficult for abused women to seek help from their social networks; as a result, suicide may be a means of escaping domestic violence. » (p. 16)

Ces chercheurs.euses expliquent en outre que les femmes cambodgiennes possèdent moins d'opportunités économiques que les hommes et donc moins de moyens de pallier leur pauvreté. Cela aurait une incidence sur l'apparition et l'augmentation de symptômes d'une mauvaise santé mentale (Armes *et al.*, 2018, p. 16).

La recherche de Mallon et ses collègues (2016) au Royaume-Uni, mobilisant une méthodologie d'autopsie sociologique où les données sont collectées à même les rapports des coroners et des médecins de famille, s'intéresse à une cohorte de femmes s'étant suicidées. Les données récoltées par les chercheurs.euses proviennent d'un

cadre traditionnellement psychologique et biomédical⁸, mais leur objectif est d'examiner le contexte social de ces suicides. Sur 78 femmes étudiées, 85 % avaient déjà été diagnostiquées comme ayant un trouble de santé mentale, ce qui était le cas de 69 % d'entre elles au moment de leur suicide (Mallon *et al.*, 2016). Les facteurs associés à la détresse émotionnelle de ces femmes concernaient trois thèmes majeurs : le deuil (incluant le deuil causé par le suicide), la maternité et les agressions sexuelles. Dans une moindre mesure, deux thèmes mineurs ont aussi émergé, soit les problèmes familiaux et les problèmes de santé physique. Les auteur.e.s notent que même sans axer leur recherche sur des problématiques « typiquement féminines », ce sont ces facteurs genrés qui se sont manifestés lors du codage des données.

Les abus sexuels vécus dans l'enfance sont aussi prédicteurs d'idées et de comportements suicidaires (Vijayakumar, 2015; Cankaya *et al.*, 2012; Lamis *et al.*, 2017). Selon Cankaya et ses collaborateurs.rices (2012) les femmes ayant vécu un ou des épisodes d'abus sexuels dans l'enfance sont particulièrement à risque de faire des tentatives de suicide et constituent une grande part des patient.e.s psychiatriques. Ces chercheurs.euses ont ainsi ciblé les femmes ayant un diagnostic de dépression majeure et qui ont été agressées sexuellement dans l'enfance. Leur étude conclut que ces femmes sont plus à risque d'effectuer de multiples tentatives de suicide, particulièrement si l'abus sexuel a été perpétré par une figure parentale (Cankaya *et al.*, 2012). Ces résultats sont corroborés par la recherche de Lamis et ses collaboratrices (2017) avec des femmes afro-américaines. Les auteur.e.s ont découvert que lorsque les participantes ont vécu des abus sexuels durant l'enfance, il est plus probable qu'elles vivent de la violence sexuelle par un partenaire intime – ce qui est associé à une augmentation de la probabilité de comportements suicidaires.

⁸ Les auteur.e.s admettent que l'utilisation de données qualitatives dominées par l'approche biomédicale comporte des limites, mais soutiennent que leur façon de recentrer ces données dans leur contexte social permet de développer une compréhension plus en profondeur de l'expérience des femmes étudiées.

Ainsi, elles invitent à être prudentes quant à l'association des abus sexuels dans l'enfance avec les comportements suicidaires sans prendre en compte la victimisation vécue à l'âge adulte (Lamis *et al.*, 2017).

Comme l'explique Vijayakumar, le comportement suicidaire des femmes peut souvent être expliqué par des vulnérabilités liées à la violence genrée :

« Women's greater vulnerability to suicidal behavior is likely to be due to gender-related vulnerability to psychopathology and to psychosocial stressors. Exposure to childhood sexual abuse is more common among females and increases vulnerability to subsequent psychopathology and to adverse life events, both associated with increased risk of suicidal behavior. The risk of both suicidal ideation and suicide attempt increases with the extent of sexual abuse. » (2015, p. 237)

1.2.2 Minorités sexuelles et de genres

En ce qui concerne les études sur le suicide et les minorités sexuelles et de genres, Cover (2012) a effectué une analyse des discours des médias sur le suicide chez les jeunes issus de ces groupes, dont des femmes. Son analyse fait ressortir quatre types de discours, soit :

les rapports statistiques qui émettent un lien entre la non-hétérosexualité et le suicide comme résultat logique; les histoires qui représentent le sentiment de culpabilité en lien avec la déviance, ou la honte de la différence comme la cause; les histoires des survivant.e.s de tentatives de suicides, qui représentent la tentative comme causée par la culture institutionnalisée d'hétérosexisme et; l'intimidation des personnes non-hétérosexuelles comme cause du suicide. (Cover, 2012, p. 1180)

Selon l'auteur, ces représentations coexistent et l'image du suicide des jeunes non hétéros est gouvernée par des discours qui se font compétition, et qui parfois agissent de pair. Cover (2012) ajoute que plusieurs éléments sont absents des discours des 20 dernières années sur le suicide des jeunes queers, soit l'articulation entre des politiques sur la santé des jeunes et une discussion sur le suicide; la dépression et la

santé mentale; et l'intervention sociale. Ces absences font plutôt place à une représentation simpliste des causes de suicide des jeunes.

Il est important de mentionner que le taux de suicide des jeunes qui s'identifient comme lesbiennes, gai.e.s ou bisexuel.le.s est de deux à sept fois plus élevé que celui des jeunes hétérosexuel.le.s (Haas *et al.*, 2011). Ce taux élevé chez les jeunes des minorités sexuelles s'explique par la stigmatisation, les préjugés et la discrimination vécus au quotidien (Haas *et al.*, 2011). L'étude d'Igartua et ses collaborateurs abonde en ce sens :

[L]a principale constatation de cette étude était que la différence en matière d'idées suicidaires, de planification et de tentative de suicide, entre les élèves victimes et non-victimes d'intimidation, était de loin la plus importante parmi les élèves ayant une identité non hétérosexuelle [...]. (2015, p. 69)

Le même constat s'observe chez les personnes trans : les résultats de la recherche de Goldblum et ses collaborateur.rice.s (2012) établissent un lien entre la « victimisation basée sur le genre⁹ » dans un contexte scolaire et les tentatives de suicide chez les personnes trans ayant répondu au *Virginia Transgender Health Initiative Survey*. Ce sont 44,8 % des participant.e.s qui ont rapporté avoir vécu de l'hostilité ou de l'insensibilité en raison de leur identité de genre ou de leur expression de genre en contexte scolaire. De ces personnes, 28,5 % avaient un historique de tentatives de suicide : celles ayant rapporté avoir vécu de la victimisation basée sur le genre étaient jusqu'à quatre fois plus susceptibles d'avoir un historique de tentative de suicide comparativement aux personnes n'ayant pas vécu ce type de victimisation (Goldblum *et al.*, 2012). En outre, plus de trois quarts des répondant.e.s ayant un historique de tentative de suicide avaient fait de multiples tentatives (Goldblum *et al.*, 2012). Dans la même optique, les résultats de la recherche de Tebbe *et al.* (2016) suggèrent que le

⁹ « Gender-based victimization » dans le texte original en anglais.

contexte socioculturel dans lequel les attitudes anti-trans sont admises peut avoir une influence sur le risque de dépression et de suicide dans les populations trans.

Moody et ses collègues (2015), en réaction au haut taux de suicide dans ces communautés, s'intéressent aux expériences et aux facteurs de protection que les personnes trans identifient face au suicide. Les résultats de leurs travaux sont à l'effet qu'il y a différentes formes de soutien social formel et informel qui agissent à titre de facteur de protection. Par exemple, le soutien formel proviendrait des intervenant.e.s en santé mentale ou de groupes de soutien, alors que le soutien social informel serait offert par les ami.e.s, les partenaires ou la famille. De plus, certains facteurs liés à l'identification de genre font également office de protection : c'est ainsi que le fait de s'identifier comme trans et d'accepter son identité permet aux personnes de sortir de la détresse créée par l'incertitude identitaire. En effet, pour les participant.e.s qui transitionnaient et qui cherchaient à bénéficier de thérapies hormonales ou de chirurgies, le fait d'y avoir accès était un facteur de protection (Moody *et al.*, 2015).

1.2.3 Femmes racisées

L'article de Perry et ses collaboratrices (2012) s'attarde au risque suicidaire des femmes afro-américaines en contextualisant d'abord la position de celles-ci à l'intersection de statuts sociaux de genre et de race qui les désavantagent. Ces auteures argumentent que « experiences associated with concurrent racism and sexism are substantial sources of stress in this population, increasing risk for psychological distress, disorder, and ultimately, suicidal ideation » (Perry *et al.*, 2012, p. 335). Elles utilisent les données du projet B-WISE (Black Women in the Study of Epidemics) afin d'explorer les relations entre les expériences de racisme genré, les ressources psychosociales, le soutien social et les idées suicidaires. Leurs résultats démontrent une association positive entre la présence d'expériences de racisme genré et le risque d'idéation suicidaire chez les femmes afro-américaines dont la majorité sont défavorisées économiquement, et ce, au-delà du statut socioéconomique, de la

santé mentale, d'un historique d'abus de substances intoxicantes ou encore des ressources d'aide potentielles (Perry *et al.*, 2012). De leur côté, Kaslow et ses collègues (2006) se sont intéressées aux tentatives de suicide des femmes afro-américaines qui ont un faible revenu, à la suite d'une hospitalisation. Leurs résultats démontrent que lorsque ces femmes font de multiples tentatives de suicide, il y a présence d'une plus grande détresse en comparaison avec celles dont c'est la première tentative :

« Consistent with prior literature, this study found that female, low-income, African American repeat attempters reported higher levels of global psychological distress, hopelessness, and alcohol and drug use than did their first-time attempters counterparts. Taken together, these results further substantiate that repeat attempters, as a group, are more distressed clinically than are first-time attempters. Given that higher levels of psychological distress, hopelessness, and comorbidity of psychological problems and substance abuse problems all serve to elevate suicide risk, the results suggest that low-income African American women with a history of repeat attempts may be at elevated risk for eventually completing suicide. [...] The findings also indicated that repeat attempters experienced a greater number of traumatic events during childhood than did first time attempters. » (Kaslow *et al.*, 2006, p. 359).

Leur recherche indique par ailleurs qu'un niveau plus élevé de planification de l'acte suicidaire et l'utilisation d'un moyen perçu comme plus létal sont associés à une plus grande détresse psychologique, au désespoir, à l'abus d'alcool ou d'autres drogues et à des traumatismes vécus dans l'enfance (Kaslow *et al.*, 2006).

Toutefois, à la suite de groupes de discussion auprès de femmes afro-américaines, Borum (2012) fait ressortir que les participantes discutent des thèmes tels que la dépression et les facteurs de risque ou de protection liés au suicide en lien avec leurs expériences, leur histoire, leur héritage et leur communauté en tant qu'Afro-descendantes. Elles lient ainsi leur ethnicité à un sens de communauté qui constituerait un facteur de protection face au suicide (Borum, 2012).

En revanche, même si elle démontre que le racisme et la discrimination sont des expériences stressantes, la recherche de Castle et ses collègues (2011) conclut que ces dernières ne provoquent pas directement les comportements suicidaires des jeunes adultes noir.e.s. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que les actes racistes sont posés par la population dominante plutôt que par le réseau social de la personne concernée (ex. ami.e.s, famille), rendant ces expériences moins significatives.

1.3 Intervention auprès des femmes suicidaires

1.3.1 Interventions sur le plan de la santé mentale

Vu les nombreux liens établis entre santé mentale et suicide, Boyer et Loyer (1996) postulent que « la prévention du suicide doit passer par la prévention des troubles mentaux » (p. 153). Toutefois, ils notent que même si les intervenant.e.s comprennent les liens unissant santé mentale et suicide, peu d'initiatives sont mises sur pied pour intégrer la notion de santé mentale aux stratégies de prévention du suicide. De plus, les stratégies de la majorité des organismes québécois s'articulent strictement aux besoins individuels des personnes en détresse à l'aide de plans d'intervention individualisés (Boyer et Loyer, 1996).

Lesage et ses collaborateurs.rices (2012) constatent qu'à la suite de leur hospitalisation, les hommes ayant un diagnostic de schizophrénie ou de dépression et ayant un trouble concomitant d'abus d'alcool ou d'autres drogues semblent plus souvent impliqués dans un suivi d'intervention. Toutefois, chez les femmes, un trouble concomitant d'abus de substances intoxicantes réduit substantiellement leurs contacts avec les services de santé et les services sociaux. Lesage et ses collègues attribuent cette différence aux efforts régionaux mis en place dans le but d'améliorer la continuité des services qui invitent les intervenant.e.s à « porter une attention particulière aux hommes suicidaires présentant un trouble d'abus de substance

reconnus comme particulièrement vulnérables, et souvent peu enclins à s'engager dans un suivi régulier » (2012, p. 231). En somme, bien que l'effort régional de prévention du suicide axé sur les hommes ayant un trouble concomitant d'abus d'alcool ou d'autres drogues ait un impact positif sur la rétention de ceux-ci dans les suivis psychosociaux, les femmes pour leur part voient leurs contacts avec les services sociaux réduits par leur abus de substances intoxicantes.

1.3.2 Interventions sur le plan de la violence

Devries et ses collaboratrices (2011) associent plutôt le suicide et les problématiques de santé mentale à la violence faite aux femmes, et invitent à prioriser la prévention de la violence dans les stratégies de prévention du suicide :

« The recognition of violence as a major risk factor for women's ill-health must be fully integrated into mental health policy. Resources must be allocated to preventing violence against women and mitigating its consequences in order for the mental health needs of women to be effectively addressed. » (p. 85)

Selon ces chercheuses, 25 % à 50 % des femmes ayant eu des idées suicidaires dans le dernier mois avaient consulté un.e professionnel.le en soins de santé, ce qui constitue une importante opportunité d'intervention. Devries et ses collègues (2011) mettent de l'avant que les intervenant.e.s devraient être formé.e.s afin de développer une plus grande sensibilité aux expériences de violence des femmes, d'identifier les tendances suicidaires et de reconnaître les expériences de violence comme un facteur de risque. Leur recherche invite à vérifier rigoureusement l'historique et les risques de violence des clientes avant de prescrire de la médication. En effet, les modèles traditionnels de soins aux personnes suicidaires impliquent le soutien de la famille; toutefois, si les femmes vivent de la violence conjugale, une telle approche pourrait être préjudiciable.

1.3.3 Prévention et intervention de crise suicidaire

Le suicide et, particulièrement, les crises suicidaires constituent des problématiques souvent rencontrées par les TS :

Le service social est sans aucun doute l'une des principales professions interpellées par le suicide, notamment par le nombre important de travailleurs sociaux qui oeuvrent dans les centres de crise, et les services d'accueil psychosocial dans les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS). (Tremblay, 2012, p. 209)

Selon Tremblay (2012), le travail social s'est historiquement rangé du côté des plus démunis et dénonce le peu de place accordée à la problématique du suicide dans notre société. L'auteur explique que les TS sont à l'avant-garde sur le plan théorique et clinique quant à l'intervention en situation de crise :

L'intervention en situation de crise demeure l'une des assises les plus fondatrices du travail clinique lors d'une crise suicidaire, que le travail soit effectué par un centre de prévention du suicide, un centre de crise, le service info-social, ou un CSSS. On parle alors de l'importance d'intervenir rapidement, de manière intensive, sur une courte période et de l'influence que cela peut avoir pour sauver des vies, mais aussi pour effectuer des changements importants dans la vie de quelqu'un. (Tremblay, 2012, p. 211)

Ainsi, le fait de considérer le contexte social de la personne – afin d'éviter d'individualiser le problème – ainsi que d'employer une approche basée sur les forces et l'*empowerment*¹⁰ représente un principe-clé du travail social auprès des personnes suicidaires.

¹⁰ Selon William A. Ninacs, « [l']*empowerment* individuel est un processus composé d'un enchaînement simultané d'étapes agissant sur quatre plans : la participation, les compétences pratiques, l'estime de soi et la conscience critique. Dans leur ensemble et par leur interaction, elles permettent le passage d'un état sans pouvoir d'agir à un autre où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix » (2008, p. 19). Pour l'intervention féministe, cela signifie notamment que « les intervenantes aspirent à ce que les femmes reprennent du pouvoir dans leur vie, cessent d'avoir peur de

Toutefois, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* est aussi une composante importante de l'intervention en travail social auprès des personnes suicidaires, s'appliquant dans le cas d'interventions de crise suicidaire où la personne refuse de recevoir des soins. Cette dernière est alors considérée comme n'étant pas apte à prendre des décisions pour elle-même et il devient nécessaire de la protéger. Cardinal (2000) explique qu'il y a plusieurs enjeux liés au processus de déjudiciarisation en vigueur dans l'article 8 de cette loi. L'auteure problématise brièvement que le système pénal et le système psychiatrique assurent des fonctions complémentaires dans le contrôle social de la déviance; elle explique également que la désinstitutionnalisation psychiatrique, qui a eu lieu dès les années 1960, a amené la police à assumer un rôle se rapprochant du travail social. Cardinal (2000) note aussi le problème de judiciarisation excessive des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Alors que la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* s'inscrit dans une visée de protection des droits des personnes, l'article 8 témoigne d'un certain recul en ce qui a trait à la déjudiciarisation de l'acte d'emmener une personne contre son gré (sans autorisation du tribunal). En ce sens, plusieurs groupes ont insisté pour que la mesure soit appliquée de façon exceptionnelle; que la notion de « danger grave et immédiat » soit définie; qu'il y ait des intervenant.e.s sociaux.ales impliqué.e.s dans le processus; et que les services de crise soient développés (Cardinal, 2000).

De son côté, Bernheim (2012) examine les principes généraux liés au consentement et au refus de soins spécifiques aux patient.e.s psychiatriques. Dans son article « Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec? Discussions à la lumière de cas d'autorisation de soins », l'auteure documente les pratiques en matière

s'affirmer et retrouvent la confiance et la détermination nécessaires pour faire respecter leurs droits. Autrement dit, qu'elles (re)deviennent des actrices capables de transformer leur environnement social et personnel en fonction de leurs besoins » (Corbeil et Marchand, 2010, p. 33).

d'autorisation de soins dans le contexte de la démonstration de l'inaptitude à consentir aux soins. L'obtention du consentement des patient.e.s est légalement nécessaire pour prodiguer des soins, à l'exception des situations où la vie de la personne est en danger et que l'on ne peut pas obtenir son consentement en temps utile, ou qu'une personne menace de s'infliger des blessures à elle-même ou à autrui. La relation médecin-patient.e étant traditionnellement envisagée comme paternaliste et inégale, le cadre juridique vise à réduire ce rapport de force en mettant de l'avant la volonté des patient.e.s, et ce, même si celle-ci est contraire aux opinions médicales professionnelles et que le refus de soins peut être fatal. Bernheim émet toutefois des réserves : « Soulignons d'entrée de jeu que l'autorisation du tribunal n'est nécessaire que dans le cas où le majeur inapte refuse catégoriquement les soins, mais non quand il les accepte. Or, si le consentement est altéré, il l'est tant dans les cas de refus que d'acceptation. » (2012, p. 6) Effectivement, l'inaptitude à consentir aux soins est souvent suspectée dans les cas où les patient.e.s choisissent d'aller à l'encontre du jugement clinique des professionnels de la santé : on juge alors ces choix comme déraisonnables ou irrationnels (Bernheim, 2012). Enfin, lorsqu'un traitement est considéré comme nécessaire pour les personnes ayant des troubles de santé mentale, l'inaptitude à consentir est d'autant plus soupçonnée :

Il semblerait a contrario que le concept d'intégrité de la personne ne concerne que l'intégrité du corps et non l'intégrité psychologique, auquel cas il est facile de glisser dans le jugement de valeur quant à la raisonnable du choix de refuser un traitement, surtout lorsqu'il s'agit de maladie mentale. (Bernheim, 2012, p. 7)

1.4 Question et objectifs de recherche

Ma recension des écrits permet de constater qu'il y a peu, sinon pas de recherches sur le suicide des femmes au Québec dans une perspective féministe. Le choix de m'intéresser aux interventions auprès des femmes suicidaires est motivé notamment

par le fait que la plupart des femmes s'étant suicidées avaient consulté dans l'année précédant leur décès, et que la littérature constate ou propose plusieurs angles pour aborder le suicide des femmes en intervention – par exemple, considérer la santé mentale ou la violence vécue comme principal facteur d'explication du suicide. En ce sens, ma question de recherche porte sur des enjeux chers au travail social et à l'intervention féministe; elle s'articule ainsi : Quelles sont les pratiques d'intervention sociale auprès des femmes suicidaires au Québec et quels sont les enjeux éthiques et féministes rencontrés dans ces interventions selon le contexte de pratique? Je répondrai à ce questionnement en poursuivant les objectifs suivants :

- 1) Dresser un portrait des interventions en travail social auprès des femmes suicidaires dans divers milieux de pratique;
- 2) Documenter le point de vue des intervenant.e.s sur les enjeux (éthiques et féministes) vécus dans leur pratique d'intervention auprès des femmes suicidaires;
- 3) Analyser les résultats en lien avec le contexte de la pratique du travail social (Healy, 2005), les théories sur le travail social féministe (Bourgon, 1987) ainsi que les enjeux éthiques et féministes en intervention sociale auprès des personnes suicidaires (Martin, 2011).

1.5 Pertinence sociale et scientifique

Ce mémoire contribue à la littérature sur les femmes suicidaires, et ce, dans une perspective féministe. De nouvelles données et réflexions sur la problématique sociale du suicide et du suicide des femmes pourront alimenter la mise en place de pistes inédites de prévention ou d'intervention auprès de celles-ci, en plus de nourrir de nouvelles problématiques de recherche. Ces pistes de réflexions profiteront non seulement aux intervenant.e.s et à leur clientèle, mais aussi à la communauté

québécoise en général. En effet, 1128 personnes se sont suicidées en 2015 (Lévesque *et al.*, 2018), ce qui implique que les gens proches de ces personnes ont eux aussi été touchés par cette problématique sociale. De plus, comme cette recherche se penche sur les savoirs pratiques des intervenant.e.s en travail social, elle rendra visible leurs points de vue et le contexte de leurs interventions. L'utilisation d'une méthodologie mixte en travail social contribue aussi à dresser un portrait multidimensionnel de la réalité des intervenant.e.s qui travaillent auprès des femmes suicidaires, ce qui permet d'aborder cette problématique sous plusieurs angles.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Mon cadre conceptuel est constitué de trois éléments théoriques me permettant d'analyser les données recueillies. En premier lieu, le cadre théorique de Healy (2005) me permet d'envisager le contexte de la pratique du travail social dans laquelle s'inscrivent les interventions auprès des femmes suicidaires. J'y intègre, deuxièmement, les notions de travail social féministe de Bourgon (1987), qui permettent d'aborder non seulement les dimensions politiques de l'intervention, mais aussi le rapport qu'entretiennent les intervenant.e.s et les clientes. Puis, troisièmement, j'ai recours à l'apport de Martin (2011) pour conceptualiser les enjeux, notamment éthiques, en intervention auprès des personnes suicidaires.

2.1 Modèle dynamique de compréhension du travail social de Karen Healy

Healy (2005) fait valoir que pour bien comprendre les enjeux qui sous-tendent les pratiques d'intervention en travail social, il est important de prendre en considération le contexte de la pratique. Alors que la pratique du travail social se base sur la prise en compte de l'environnement de la personne aidée, peu de théories se sont intéressées à l'environnement dans lequel prend place la pratique du travail social :

« The deeply contextual nature of social work differentiates it from the other professions. Our professional practice foundations – our knowledge, purpose and skill bases – are substantially constructed in, and through, the

environments in which we work. For this reason, enhancing our capacity to understand, analyse and respond to our institutional contexts must be an integral part of our frameworks for professional practice. Through understanding our context, we can both recognize how our practice is shaped by context and how we might act as agents of change both within, and in relation to, our context. » (Healy, 2005, p. 4)

Ainsi, le modèle de compréhension dynamique du travail social¹¹ que Healy a développé comprend quatre composantes qui façonnent la pratique du travail social : le contexte institutionnel de la pratique; la base formelle professionnelle du travail social; l'objectif de la pratique; et le cadre de référence de la pratique¹². Je présenterai ici chacune de ces composantes, en accordant un espace important aux discours dominants et alternatifs qui les traversent.

2.1.1 Le contexte institutionnel de la pratique du travail social : les discours en place

Selon Healy (2005), le contexte institutionnel de la pratique du travail social réfère aux lois et aux politiques publiques ou organisationnelles qui forment la pratique dans les différentes institutions où se trouvent les TS. Ce contexte permet notamment de déterminer le rôle formel des TS. Par ailleurs, le contexte institutionnel étant traversé par des discours, Healy recommande d'employer une analyse discursive pour dégager les grandes idées qui inspirent la pratique du travail social dans un contexte donné. L'auteure explique qu'il y a des discours dominants et des discours alternatifs, et que les TS doivent, continuellement « négocier » ces discours dans le cadre de leur travail. Voyons ce que sont ces discours et ce qu'ils disent quant à l'intervention auprès des femmes suicidaires.

¹¹ Healy a développé un schéma intitulé « Constructing social work practice : a dynamic model » qu'il est possible de consulter en Annexe A de ce mémoire.

¹² En ordre, originalement dans le texte en anglais : « Institutional context », « Formal professional base », « Practice purpose » et « Framework for practice ».

Pour Healy, trois discours dominants sont présents dans le contexte institutionnel, soit les discours biomédical, juridique et économique. S'ajoutent à cela les discours des sciences humaines, qui font leur entrée dans le modèle de Healy à partir du concept de base formelle professionnelle (parce que véhiculés par l'éducation en travail social); j'en discuterai toutefois dans la présente section également. Enfin, Healy aborde aussi les discours alternatifs à ces discours dominants, qui « offer social workers options for challenging dominant and human science discourses and for achieving the humanitarian purposes to which the profession of social work is committed » (2005, p. 13). Chacun d'eux prend tout son sens au regard de ma problématique de recherche.

2.1.1.1 Le discours biomédical

Le discours biomédical inclut celui de la psychiatrie. Il a de grands impacts sur la pratique du travail social, car il attribue des causes biologiques ou génétiques aux « maladies » et handicaps, sans égard au contexte social, culturel et historique dans lesquelles elles apparaissent (Healy, 2005). Ce faisant, ce discours oriente le traitement que les professionnel.le.s offriront : ceux-ci et celles-ci sont emmené.e.s à regrouper leurs efforts de traitement uniquement en fonction du diagnostic médical (Healy, 2005).

Dans le domaine de la santé mentale, Mélissa Roy (2013) explique que le discours biomédical constitue l'approche dominante dans l'analyse des problèmes de santé mentale et ce dans un nombre croissant de disciplines (dont le travail social), ce qui favorise l'individualisation des problèmes sociaux et la médicalisation de ceux-ci (M. Roy, 2013). Le discours biomédical met ainsi de l'avant une « vision médicale » du problème, ce qui comporte des limites telles que :

- 1) L'omission de la perception des personnes sur leur situation ou le discrédit lorsqu'elles en parlent;

- 2) La multiplicité des diagnostics dûe au désaccord entre professionnel.le.s;
- 3) Le traitement des symptômes plutôt que l'élimination des causes (des solutions temporaires causant souvent des effets secondaires malencontreux);
- 4) La responsabilisation des individus « malades », ce qui peut entraîner une stigmatisation et une marginalisation accrues.

M. Roy en conclut que « la médicalisation de la folie est ainsi une forme de coercition individuelle » (2013, p. 232) de façon à ce que les personnes se conforment aux normes d'une société ultraperformante. L'auteure parle en ce sens des intervenant.e.s comme adoptant une fonction de contrôle social, dont le but serait la régulation des populations et l'élimination de « ce qui dérange » (2013, p. 233).

Ainsi, comme une grande association est établie entre santé mentale et suicide (Boyer et Loyer, 1996; Lesage *et al.*, 2012), il est intéressant, dans le cadre de ma recherche, de porter un regard sur la présence du discours biomédical dans ce que me rapportent les TS sur leurs interventions auprès des femmes suicidaires – est-ce que ces femmes ont des diagnostics psychiatriques et est-ce que ceux-ci influencent les interventions des TS?

2.1.1.2 Le discours juridique

Le discours juridique représente, selon Healy (2005), un second discours dominant dans les sociétés occidentales actuelles. Celui-ci met de l'avant que la loi est une chose objective, rationnelle et autoritaire. La compréhension de ce discours est importante pour les TS, car ce sont les lois qui définissent les paramètres de la pratique. De plus, le droit et les lois qui en découlent participent à la construction sociale du suicide, formant ainsi des éléments qui influencent la pratique du travail social auprès des femmes suicidaires.

En ce qui concerne les interventions auprès des femmes suicidaires, il est possible de considérer que les lois suivantes influencent les interventions des TS :

- *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, dite « P-38 »;
- Garde en établissement (Code civil du Québec, art. 30 et suiv.) ;
- Consentement aux soins (Code civil du Québec, art. 11 et suiv.).

En effet, ces lois régulent la façon dont les TS doivent intervenir auprès des personnes vulnérables, telles que les personnes suicidaires. En questionnant les TS sur leur niveau de connaissance de ces lois et leurs interventions, ma recherche permet de faire ressortir de quelles façons elles influencent leur pratique.

2.1.1.3 Le discours économique

Le troisième discours dominant, selon Healy (2005), est celui qui a trait à l'économie néolibérale. Il se base sur trois concepts-clés, soit le libre marché, les acteurs sociaux « rationnels » et la liberté de choix. Healy explique que selon le discours de l'économie néolibérale, le libre-marché permet une allocation efficace des ressources basée sur la coordination entre l'offre des producteurs de biens et services, d'une part, et la demande des consommateurs, de l'autre, afin d'encourager la compétition entre producteurs et le maximum de création de richesse. Le discours économique néolibéral se base sur l'idée que les acteurs sociaux sont « rationnels », c'est-à-dire qu'ils agissent dans leur meilleur intérêt, ce qui contribue à améliorer la société; ce discours critique toute forme d'intervention de tiers dans les prises de décisions. À ce sujet, il s'appuie aussi sur la liberté de choix, qui serait un droit fondamental basé sur la dignité et que l'on doit protéger à tout prix tant qu'il n'interfère pas avec la liberté des autres (Healy, 2005). L'auteure explique que ce discours envisage les interventions de l'État comme des gestes paternalistes constituant une mauvaise

allocation des ressources. Le discours économique propose donc une vision du social qui s'oppose au concept d'État-providence.

Puisqu'il considère que les personnes doivent demeurer en tout temps des « êtres rationnels » en mesure de choisir librement de quels services ils ont besoin, le discours dominant de l'économie néolibérale entre en contradiction avec les principes actuellement en place pour l'accès aux soins des personnes suicidaires et plus précisément, dans le cas qui m'intéresse, des femmes. L'hospitalisation des personnes contre leur gré pour leur protection se base sur la prémisse que, dans certains contextes, elles ne sont pas en mesure de prendre des décisions quant à leurs soins. J'y reviendrai plus amplement dans la section sur les enjeux éthiques. Par ailleurs, comme brièvement exposé dans la problématique et ainsi que nous le verrons plus loin dans les propos de Bourgon (1987), les conditions matérielles de vie – liées au statut socioéconomique pouvant être précarisé par le néolibéralisme - influencent non seulement l'émergence de problématiques chez une personne, mais aussi son accès aux services adaptés pour y répondre.

2.1.1.4 Les discours des sciences humaines : « psycho », « socio » et « psychosocial »

Un quatrième discours dominant présente une grande influence sur le développement de la base formelle professionnelle en travail social telle qu'étudiée par Healy (2005). Réunissant les visions de la psychologie et de la sociologie, la prémisse du discours « psy » est que les problèmes auxquels les personnes font face peuvent être traités au niveau psychologique et individuel. L'auteure explique que dans les années 1960, les TS ont développé l'approche « psychosociale » qui relie les théories issues de la psychologie (ex. théorie de l'attachement) avec la prise en contexte de

l'environnement des client.e.s¹³. Toujours selon Healy (2005), la sociologie a également eu une influence importante sur le développement du travail social¹⁴.

Dans les années 1980 et 1990, plusieurs théoricien.ne.s du travail social critique¹⁵ ont ainsi tenté l'intégration de perspectives radicales et sociales au modèle psychosocial, ce qui a permis d'introduire une analyse structurelle et culturelle des injustices dans le travail social « casework » (Healy, 2005). Au 21^e siècle, Healy remarque que ce sont maintenant les discours « psy » et économiques qui occupent une place importante au sein du travail social¹⁶. Ces discours mettent la pression aux TS de concentrer leurs interventions sur la responsabilité individuelle, et donc le changement individuel. Notons toutefois que comme décrit dans la problématique, le désir de mourir ne provient pas uniquement des caractéristiques individuelles, mais est aussi influencé par le contexte social.

¹³ Alors qu'à son fondement, le travail social appuyait ses bases scientifiques sur les théories sociologiques et économiques, les années 1920 à 1950 ont vu émerger les théories psychodynamiques comme cadre de référence, en réaction aux théories des sciences sociales qui offraient peu de leviers pour l'intervention « casework »; le développement de la recherche sur les théories psychiatriques et psychodynamiques durant les deux décennies suivantes a toutefois remis en cause l'efficacité de ces pratiques, qui ne prouvent pas être plus efficaces que les approches à court terme orientées vers les solutions (Healy, 2005).

¹⁴ L'apport de la sociologie au travail social touche plusieurs de ses prémisses : 1) les êtres humains sont des êtres profondément sociaux – cette perspective remet en cause les explications individualisantes des problèmes sociaux et personnels; 2) le statut socioéconomique influence l'expérience de vie des personnes; 3) la réalité est construite socialement – cette idée remet en question la notion d'objectivité des discours dominants, et déstabilise le sens commun de plusieurs expertises professionnelles (Healy, 2005).

¹⁵ « Critical social work » dans le texte original en anglais.

¹⁶ L'influence des disciplines « psy » est toujours bien présente dans le travail social actuel, même si celle-ci est modulée par le contexte géographique. Par exemple, certains départements de travail social des universités des États-Unis, du Canada et de la Nouvelle-Zélande enseignent les catégories du DSM à leurs étudiant.e.s – ce type d'enseignement rejoignant les notions psychiatriques dominantes. Toutefois, en Australie et au Royaume-Uni, les sciences sociales et les critiques des théories « psy » jouent un plus grand rôle dans la base professionnelle du travail social. Une importante part du développement des théories utilisées dans ce domaine est donc attribuable au lieu de leur émergence (Healy, 2005).

Healy (2005) écrit que l'utilisation d'outils d'évaluation basés sur la psychologie¹⁷ est encouragée pour les TS travaillant auprès des populations qui font face à des risques élevés – pensons notamment aux risques de blessures ou de décès dans les cas de santé mentale/suicide¹⁸. Ces outils permettent aux TS d'appuyer leurs décisions cliniques afin de s'assurer de la sécurité de leurs patient.e.s lorsque ces décisions doivent être prises rapidement. Selon le *Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux* pour la prévention du suicide, l'utilisation d'outils qui se basent sur une démarche systématique est primordiale afin de soutenir les intervenant.e.s dans une prise de décision éclairée et de diminuer leurs erreurs de jugement (Lane *et al.*, 2010).

Toutefois, les concepts d'empathie et de rapports égalitaires – qui font aussi partie du discours « psy » – peuvent limiter la capacité des TS à prendre des décisions dans ces contextes. Alors que démontrer de l'empathie demande que l'on se mette à la place de l'autre, les situations où les TS doivent assurer un rôle de protection nécessitent de maintenir une distance émotionnelle (Healy, 2005). Cette dualité entre l'empathie et le rôle de protection chez les TS qui interviennent auprès de femmes suicidaires est pertinente à mettre en évidence dans le cadre de ma recherche. Cela sera aussi expliqué plus en détail dans la section sur les enjeux éthiques.

2.1.1.5 Les discours alternatifs

Enfin, Healy (2005) identifie également des discours alternatifs aux discours dominants. Dans son ouvrage, l'auteure parle du mouvement pour les droits des consommateurs dans les services de santé et services sociaux ainsi que des mobilisations citoyennes liées à la spiritualité et la religion. Toutefois, les discours alternatifs qui semblent particulièrement pertinents à explorer quant au travail social

17 « "Psy"-based assessment tools » dans le texte original en anglais.

18 Un exemple d'outil utilisé par les TS au Québec est la « Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire » (Lane *et al.*, 2010).

auprès des femmes suicidaires sont les discours issus de l'antipsychiatrie et de l'intervention féministe. Pour cette recherche, le discours alternatif du travail social féministe apparaît central¹⁹. J'y reviendrai avec davantage de précision à l'aide des propos de Michèle Bourgon (1987).

2.1.2 La base formelle professionnelle du travail social et le cadre de référence de la pratique

La base formelle professionnelle réfère à la formation en travail social, tandis que le cadre de référence de la pratique renvoie plutôt à l'expérience « terrain ». Selon Healy (2005), la base formelle professionnelle du travail social se développe à partir de théories sur la pratique, de perspectives philosophiques, de l'héritage judéo-chrétien (valeurs et croyances) ainsi que des compétences formelles du travail social. Cette base est transmise, en particulier, par l'éducation et les publications académiques. Alors que les publications académiques constituent la composante intellectuelle de la profession, le rôle de l'éducation porte principalement sur la socialisation des étudiant.e.s aux valeurs du travail social et aux compétences « terrain ». Selon Healy (2005), les principes transcendants du travail social sont le respect et la promotion de l'autodétermination, l'égalité, la justice distributive ainsi que la promotion du bien-être social. Notons que la base formelle de la profession n'est pas seulement transmise aux TS, mais se retrouve aussi transformée par ces derniers.ières dans leur pratique.

Le cadre de référence de la pratique, de son côté, se compose de l'alliance entre les connaissances théoriques formelles et l'apprentissage de différentes capacités informelles directement « sur le terrain ». Selon Healy (2005), cette alliance se développe en de nouveaux savoirs que les TS acquièrent avec la répétition de

¹⁹ L'antipsychiatrie constitue un volet intéressant des discours alternatifs qui composent la pratique d'intervention sociale; son ampleur dépasse toutefois l'objet de cette recherche et ne sera pas abordée davantage.

situations, c'est-à-dire par la pratique. Cela signifie que plus un.e TS rencontre de femmes suicidaires, plus sa conciliation de ses connaissances théoriques avec les besoins rencontrés directement « sur le terrain » s'affinera.

Il est donc possible, avec l'analyse de Healy (2005), d'émettre l'hypothèse que les interventions menées auprès des femmes suicidaires seront influencées d'une part par le corpus scientifique présenté dans les écoles de travail social, ainsi que les valeurs transmises par celles-ci, et d'autre part par les apprentissages que les TS effectuent dans leur propre pratique.

2.1.3 L'objectif de la pratique

D'après Healy (2005), l'objectif de la pratique des TS est le résultat d'une interaction entre le contexte institutionnel et la base formelle professionnelle. Si l'employeur détermine le type de tâches que les TS effectueront, ce sont toutefois les valeurs et les perspectives théoriques qui détermineront leur façon de mener ces tâches. En ce sens, il est possible de considérer que tout dépendant de l'organisme dans lequel les TS travaillent et la mission de cet organisme, les interventions auprès des femmes suicidaires seront différentes. Par exemple, le rôle d'un.e TS dans un programme de réadaptation psychosociale n'est pas le même que celui d'un.e TS qui travaille dans un organisme de défense de droits. De plus, chaque situation rencontrée par les TS raffine l'interaction entre les tâches assignées, les caractéristiques et besoins des client.e.s tels que déterminés par l'employeur, et la compréhension de ces besoins par les TS. Dans le cadre de ma recherche, je me questionne donc à propos de l'interaction entre les milieux de pratique et les objectifs que les TS priorisent dans leurs interventions auprès des femmes suicidaires.

2.1.4 L'interaction entre les différentes composantes

Toujours selon Healy (2005), les quatre composantes présentées ci-haut s'inter-influencent. Par exemple, les éléments du contexte institutionnel tels que les lois posent les bases de certaines obligations pour les TS, mais il leur est possible dans la pratique d'utiliser les lois pour défendre les droits des client.e.s. De la même façon, la base formelle de la profession constitue le sens de l'objectif de la pratique et peut même permettre la constitution d'une identification commune aux TS, et ce, malgré l'énorme diversité des contextes de pratique.

Alors que certain.e.s TS travaillent dans des milieux où leur cadre de référence et leur contexte sont congruents, il existe pour plusieurs autres une tension entre les principes directeurs de la pratique créés par le contexte d'intervention et la base formelle professionnelle. Par exemple, Healy (2005) explique qu'une personne adepte de l'approche anti-oppressive trouvera probablement son compte dans un organisme de défense de droits, mais se retrouverait en conflit avec son cadre de valeurs si elle travaillait dans une institution la plaçant dans une position d'autorité. Notons toutefois que ces tensions peuvent aussi laisser émerger de nouvelles sources de créativité en intervention. D'ailleurs, le cadre professionnel de la pratique est construit de tous ces éléments. Plus un.e TS devient expérimenté.e dans sa pratique, plus son un cadre se développe, ce qui lui permet d'intervenir dans des situations complexes qui comportent un lot d'incertitudes et d'enjeux, et ce, avec confiance et compétence.

2.2 Michèle Bourgon et l'approche féministe en termes de rapports sociaux

J'emploie l'analyse de Bourgon concernant le travail social féministe au Québec, car son articulation de l'approche féministe – même si elle date de 1987 – reste tout à fait actuelle. En effet, le contexte social actuel est différent de celui de la fin des années

1980, mais il est à se demander si les choses ont réellement changées dans les milieux de pratique. Puisqu'elle envisage les situations de vie des femmes comme découlant d'un contexte social et politique, son analyse me permet de situer le désir de mourir des femmes comme ne relevant pas de caractéristiques individuelles, mais bien comme s'inscrivant au plan social et politique. De plus, ce modèle complémente bien celui de Healy en ce qu'il permet d'observer les dynamiques propres à la relation d'intervention. Pour Bourgon (1987), trois prémisses sous-tendent l'approche féministe en travail social :

- 1) « les sentiments, les pensées (les idéologies) et les actes d'une personne découlent des ressources dures et molles²⁰ auxquelles elle a eu accès en tant que membre d'une collectivité identifiée comme ayant un sens spécifique dans une société donnée » (p. 251);
- 2) « l'accès aux ressources est déterminé par les structures politiques, économiques et idéologiques auxquelles donnent naissance les rapports sociaux actuels » (p. 251);
- 3) « seule une transformation en profondeur des rapports sociaux dominants et des structures actuelles qui en résultent peut mener à une véritable modification des règles du jeu du présent système » (p. 251).

Un constat s'ajoute à ces trois prémisses fondamentales : il est impératif de reconnaître que les règles matérielles et idéologiques du système actuel mettent les femmes dans des situations insupportables et privent la majorité d'entre elles des ressources nécessaires pour se sortir de ces mêmes situations (Bourgon, 1987).

²⁰ L'auteure définit ainsi sa terminologie : « Par ressources "dures", nous entendons les ressources matérielles plus évidentes telles que l'argent, la nourriture, le logement, mais également celles du genre services médicaux non sexistes, contraception et avortement libre, gratuit et accessible, salaire égal pour travail égal, rues sans danger, etc. Par ressources "molles", nous faisons référence aux ressources affectives et émotives telles que l'attention, le respect, la reconnaissance sociale, l'estime de soi, l'affection des autres, etc. Dans notre société, la présence des ressources "molles" dépend plus souvent qu'autrement de la présence de ressources "dures". » (Bourgon, 1987, p. 271)

De ces prémisses et de ce constat découle le seul objectif que peut avoir une intervention féministe en travail social, c'est-à-dire « obtenir pour et avec les femmes avec lesquelles nous travaillons les ressources dont elles disent avoir besoin pour changer les situations difficiles dans lesquelles l'état actuel des rapports sociaux les place » (Bourgon, 1987, p. 253).

2.2.1 Les dimensions politiques de l'intervention

Pour répondre à cet objectif, Bourgon (1987) met de l'avant qu'il est nécessaire de considérer le rapport d'intervention non pas comme un rapport personnel, mais plutôt comme un rapport politique où des visions idéologiques contradictoires entrent en conflit. Elle souligne également qu'il doit y avoir plusieurs niveaux complémentaires d'intervention utilisant une même perspective d'analyse. En ce sens, toutes les « interventions » devraient être menées de manière à

1. déculpabiliser et « dévictimiser » les femmes, car elles ne sont ni coupables (de l'intérieur) ni victimes (de l'extérieur) des situations qu'elles vivent. Elles sont plutôt le produit des ressources auxquelles elles ont eu accès en tant que femmes dans l'état actuel des rapports sociaux;
2. laisser aux femmes le soin de nommer leur réalité de la façon qu'elles la vivent plutôt que de leur imposer une vision « professionnelle », « technocratique » ou « militante » de cette même réalité. Intervenir de façon à replacer leurs propos, les nôtres et ceux de l'organisme au sein duquel nous nous rencontrons dans le contexte plus large qui leur donne tout leur sens et toute leur signification;
3. éviter de personnaliser les conflits idéologiques en jeu, par exemple : « elle manque d'*insight* » ou encore « elles ne sont pas assez conscientisées ». Utiliser la présence de ces conflits pour questionner la nature du rapport d'intervention vu comme rapport social et point de départ pour interroger l'organisation même de notre société. (Bourgon, 1987, p. 255)

Afin de mener des interventions féministes en travail social, il importe donc de s'atteler à deux tâches. La première consiste à développer un discours sociopolitique qui s'articule aussi dans le quotidien et la seconde, à créer des pratiques

d'interventions fidèles aux analyses féministes. Ainsi, Bourgon (1987), à l'instar de Healy (2005), a créé un schéma²¹ permettant d'envisager les différentes composantes contextuelles qui influencent le rapport entre l'intervenant.e et l'usagère de services.

Ce qu'il est important de retenir dans le contexte de cette recherche est que les structures sociales et politiques actuelles ne permettent pas un accès égal aux ressources, et que les femmes en sont désavantagées. L'analyse de Bourgon (1987) permet donc de garder en tête, comme présenté dans la problématique, que le désir de mourir n'est pas individuel, mais qu'il découle d'un contexte social. L'objectif que l'auteure pose pour le travail social féministe est de soutenir les femmes en fonction des besoins qu'elles nomment selon leur propre réalité. Cette idée que ce sont ces dernières qui mènent l'intervention implique que les TS doivent faire confiance à la capacité d'autonomie de leurs clientes et favoriser leur consentement libre et éclairé²². Ces principes de l'intervention féministe sont particulièrement intéressants à questionner chez les TS afin de constater si et à quel point cette promotion de l'autonomie s'articule dans leurs interventions.

2.3 Éthique et suicide

Dans cette section, je définirai ce qu'est l'éthique et discuterai de la place qu'elle prend en travail social, dans le domaine du suicide et en études féministes. Je conclurai avec les propos de Norah Martin (2011), qui s'intéresse aux dilemmes éthiques dans l'intervention auprès des personnes suicidaires, d'un point de vue féministe bioéthique.

²¹ Le schéma de Bourgon est intitulé « Rapports sociaux dominants et dominés : le chat du rapport d'intervention ». Il est possible de le consulter en Annexe B de ce mémoire.

²² Ce rapport de confiance est influencé par plusieurs variables (illustrées à l'Annexe B) : la façon dont la femme qui reçoit des services et la personne intervenante se perçoivent elles-mêmes; la façon dont chacune perçoit l'autre; la façon dont elles perçoivent l'organisme qui rendent possible leur rencontre; ainsi que leur vision du but du rapport d'intervention.

2.3.1 Qu'est-ce que l'éthique en travail social?

Enjeux, dilemmes, situations, problèmes éthiques... tant de façons de nommer la place que l'éthique peut prendre en intervention. Toutefois, afin de rester la plus précise et cohérente possible, je me dois de trouver le terme qui correspond le mieux à ce que je souhaite utiliser dans mon cadre conceptuel.

Premièrement, il est utile de définir la notion d'éthique. Afin d'y arriver, j'utiliserai un texte provenant d'un manuel d'introduction au travail social : il semble pertinent de jeter les bases. Ainsi, Normand Brodeur et Ginette Berteau (2007) indiquent que

[l]'éthique peut être définie comme une science « qui étudie ce qui est à accepter ou à refuser, à encourager ou à condamner dans le comportement des individus. » (Auclair, 1999 :240), offre aux individus comme aux groupes un cadre de référence pour répondre à ces questions concernant le sens des pratiques sociales. Au sens du terme français, l'éthique ne se limite pas aux obligations et interdictions qu'il convient de respecter pour vivre en société ou pour bien agir en bon travailleur social. Celles-ci relèvent plutôt de la morale et de la déontologie. L'éthique se présente au contraire comme une réflexion critique qui cherche à mettre en lumière les fondements des normes, des devoirs et des interdits afin de pouvoir les interroger et les transformer. L'éthique est ainsi créatrice. Non pas parce qu'elle nie l'existence et la nécessité des règles, sans lesquelles aucune vie collective ne serait possible, mais parce qu'elle les transcende. (p. 241-242)

La recherche de définitions n'a pas été toute simple. Dans le domaine du travail social, à la suite de mes recherches, je suis arrivée au constat que le terme le plus utilisé est sans équivoque « dilemme éthique ». C'est d'ailleurs ce que soulèvent Brodeur et Berteau :

Dans la pratique du travail social, les questions éthiques se présentent souvent sous forme de dilemmes qu'il faut résoudre, c'est-à-dire de situations concrètes et délicates dans lesquelles les travailleurs sociaux doivent choisir entre deux actions contradictoires. (2007, p. 242)

Dans d'autres documents, beaucoup de ces termes sont utilisés de façon interchangeable.

Pour l'instant, j'ai conçu un récapitulatif des différentes définitions que j'ai trouvées :

Enjeu éthique
<p>« Enjeu éthique : Objet de discussions théoriques suscitées par des développements scientifiques ou des changements dans les pratiques, qui suscitent des conflits de valeurs dans le domaine de la santé. Ex. : enjeux éthiques suscités par la désinstitutionnalisation en santé mentale. » (Saint-Arnaud, 2009, p. 4)</p> <p>« On est en présence d'un enjeu éthique lorsqu'une valeur ou un principe moral est mis en jeu dans une question ou une situation. » (Commission de l'éthique en sciences et en technologie, 2013, section Les enjeux éthiques)</p>
Problème éthique
<p>« Problème éthique : Conflit de valeurs [qui] se manifeste quand le sens de l'intervention qui vise au bien-être de la personne ou du groupe est menacé, voire nié. Ex. : contentions injustifiées [...] » (Saint-Arnaud, 2009, p. 6)</p>
Dilemme éthique
<p>« Dilemme éthique : Problème éthique qui implique un choix entre deux cours d'actions qui sont éthiquement justifiés et qui s'excluent mutuellement, ce qui implique que de choisir l'un, c'est d'aller à l'encontre des valeurs et des normes qui appuient l'autre cours d'action. Ex. : transmettre ou non des données confidentielles. » (Saint-Arnaud, 2009, p. 9)</p> <p>« Il s'agit de situations où les valeurs et les principes entrent en opposition et rendent les décisions difficiles. » (Commission de l'éthique en sciences et en technologie, 2013, section Qu'est-ce qu'un dilemme éthique ?)</p> <p>« Les dilemmes éthiques sont des expériences éprouvantes au cours desquelles les travailleurs sociaux doivent faire des choix déchirants. Ils constituent souvent l'amorce d'une réflexion en profondeur sur leur pratique. Legault explique ainsi ce qu'est un dilemme éthique :</p> <p style="padding-left: 40px;">Cette notion renferme deux composantes : le dilemme d'abord, et sa</p>

relation à l'éthique, ensuite. Un dilemme, selon le sens usuel, renvoie à l'idée d'alternative et de contradiction. Ainsi, la formulation du dilemme que nous retenons ici est celle qui oppose de façon contradictoire deux énoncés touchant l'action envisagée dans la situation. [...] Un choix d'action pose un dilemme éthique lorsque l'action envisagée entraîne des conséquences à la fois positives et négatives sur soi, autrui et son environnement ([...] 1999, p. 105). » (Brodeur et Berneau, 2007, p. 243)

À la lumière de ces différentes définitions, il est possible de constater que la ligne est mince entre certaines d'entre elles. Pour ma part, puisque je souhaite utiliser un terme général pouvant recouper le plus possible de situations vécues par les intervenant.e.s, tant dans leurs réflexions théoriques que dans leur pratique, le terme « enjeu » tel que défini par la Commission de l'éthique en sciences et en technologie (2013) me semble préférable. Le terme « dilemme » paraît quant à lui présenter les situations de façon plutôt binaire – il n'y a que deux options, et aucune n'est satisfaisante – alors que dans la réalité les situations peuvent se présenter sous plusieurs angles. Enfin, il convient de rappeler que la notion d'« enjeu », à la base, renvoie à « ce que l'on peut gagner ou perdre, par exemple, dans un projet, une lutte, une élection ou une activité » (Office québécois de la langue française, 2002); au regard de ma problématique de recherche, cela signifie que plusieurs choses sont « en jeu » dans l'intervention auprès des personnes suicidaires, soit la vie de ces dernières et leur autonomie.

2.3.2 De quelle façon agissent les TS devant des enjeux éthiques?

Ici, je m'intéresserai particulièrement à l'apparition de l'éthique en contexte d'intervention sociale et de la position des intervenant.e.s face à l'action. Brodeur et Berneau (2007) indiquent que les intervenant.e.s ont deux cours d'action lorsqu'ils et elles font face à un enjeu éthique : répondre de façon intuitive, ou avoir recours à un raisonnement structuré.

La réponse intuitive est utilisée par les intervenant.e.s lorsque la situation rencontrée est simple, ou qu'elle a déjà été rencontrée. En effet, une situation qui a été vécue à plusieurs reprises a suscité son lot de réflexions, et a contribué au développement des expériences et connaissances. Elle se retrouve donc dorénavant intégrée dans la réponse intuitive des intervenant.e.s. Ainsi, un jugement intuitif approprié est essentiel à la pratique des TS, particulièrement en cas de crise ou d'urgence. Ces décisions spontanées comportent aussi certains risques, car les TS pourraient prendre des décisions alimentées par une vision partielle et subjective. Ainsi, lorsqu'ils et elles font face à des situations plus complexes, il est difficile pour les TS de prendre une décision sans faire appel à un raisonnement plus structuré. L'inconfort lié aux questionnements de nature éthique varie selon les cas rencontrés, les caractéristiques des intervenant.e.s et les étapes de leur parcours professionnel. Les jeunes professionnel.le.s, par exemple, pourraient avoir moins confiance en leur jugement en raison de leur plus petit nombre d'années d'expérience, et ainsi être susceptibles de vivre plus intensément ce type de questionnement.

Par conséquent, lorsque le jugement intuitif n'est pas suffisant pour répondre à une situation, le processus de délibération éthique permet de structurer la réflexion des TS : cette réflexion peut être facilitée par des outils²³.

²³ Par exemple, Brodeur et Berteau (2007) mobilisent la grille de délibération éthique développée par Legault (1999). Cette grille postule que « la résolution d'un dilemme éthique requiert : 1) que les travailleurs sociaux prennent conscience de la situation; 2) qu'ils clarifient les valeurs en conflit; 3) qu'ils prennent une décision raisonnable; 4) qu'ils établissent un dialogue avec les acteurs impliqués dans la situation » (Brodeur et Berteau, 2007, p. 255). Hill et ses collègues (1998), pour leur part, ont développé un modèle féministe dont les étapes sont semblables, mais plus complètes : 1) reconnaître le problème; 2) définir le problème; 3) développer des solutions; 4) choisir une solution; 5) réviser le processus; 6) mettre en place et évaluer la décision; 7) poursuivre la réflexion. C'est ce que ces auteures nomment l'évaluation critique.

2.3.3 Quels sont les enjeux éthiques propres à l'intervention auprès des femmes suicidaires?²⁴

Les deux sections précédentes ayant apporté un éclairage sur l'éthique et les possibilités d'action des TS face à des enjeux de cet ordre, je spécifierai ici les enjeux éthiques et féministes propres à l'intervention auprès des femmes suicidaires.

Lorsque l'on aborde l'éthique, il est courant de faire référence à la moralité d'un acte. La moralité de l'acte de suicide a été interrogée et réfléchié par plusieurs penseurs.euses et chercheurs.euses. L'ouvrage *Ethical Issues in Death and Dying* (1996) de Tom L. Beauchamp et Robert M. Veatch comporte une section complète de chapitres portant sur le suicide. Les auteurs y abordent notamment les problèmes classiques entourant la moralité du suicide à l'aide des écrits de Saint-Thomas-d'Aquin (1224-1274) et de David Hume (1711-1776).

Comme le relatent Beauchamp et Childress (1996) les arguments de Hume s'articulent autour des enjeux d'autodétermination – qui se retrouvent aussi au cœur des enjeux féministes – et d'obligations envers la communauté. Selon le philosophe, un suicide « autonome » est un acte défendable s'il y a une plus grande valeur produite pour l'individu ou pour la société en performant cet acte qu'en ne le performant pas. Pour Saint-Thomas-d'Aquin, toutefois, il n'est jamais acceptable de se suicider – son argumentaire se base sur les principes d'obligations envers Dieu et la communauté, ainsi que sur la « sainteté de la vie²⁵ » (Beauchamp et Childress, 1996). Ces propos nous rappellent ceux de Karen Healy (2005) quant à l'influence du discours religieux sur la pratique du travail social, notamment en ce qui a trait aux croyances et valeurs de l'héritage judéo-chrétien. Ces croyances et valeurs

²⁴ Certaines idées et certain.e.s auteur.e.s présent.e.s dans cette section ont été utilis.e.s dans une publication à venir par l'étudiante [Gagnon, L. (À venir). Femmes et désir de mort : discussion sur le suicide et sur l'aide à mourir. Dans A. Deveault et M. Lessard (dir.), *Dialogue avec la mort*. Montréal : M éditeur].

²⁵ « Sanctity of life » dans le texte original en anglais.

auraient-elles des effets sur les écrits sur le suicide étudié en travail social? Auraient-elles un impact sur les valeurs des intervenant.e.s qui travaillent auprès des personnes suicidaires?

Ce type d'argumentaire peut aussi se retrouver dans les discours contemporains sur l'intervention auprès des personnes suicidaires. Parmi les auteur.e.s réfléchissant aux interventions face au suicide, les positions naviguent d'un extrême à un autre, de paternaliste à antipaternaliste. L'argumentaire en faveur du paternalisme²⁶ est centré sur la protection de la personne par rapport à des actions risquées, irréversibles ou qui ne sont pas dans son meilleur intérêt (Beauchamp et Veatch, 1996, p. 104). Par exemple, Kate E. Bloch (1996) argumente qu'il faudrait légiférer le signalement des menaces de suicide à des fins de prévention et de protection.

L'antipaternalisme, d'un autre côté, tire ses racines des principes du respect de l'autonomie et de l'utilisation de mesures non coercitives, telles que la consultation²⁷, afin de persuader les personnes suicidaires de ne pas passer à l'acte – et ce particulièrement lorsqu'elles vont chercher de l'aide. D'autres croyances antipaternalistes avancent qu'il est inapproprié de s'ingérer dans la décision et que l'on doit plutôt se retirer du processus décisionnel afin d'accompagner et de soutenir les personnes dans la planification de leur suicide. C'est le cas de Joel Feinberg (1996), qui argumente que le respect de l'autonomie des personnes choisissant le suicide doit toujours être priorisé face à la protection du bien-être de la personne.

Ainsi, le principal point de tension entre ces deux visions apparaît lorsque les personnes suicidaires sont en mesure d'avoir un processus de réflexion cohérent, mais qu'elles sont influencées par une maladie terminale ou la dépression. Selon

²⁶ Pour Beauchamp et Veatch, « [t]he term paternalism here refers to practices that restrict the autonomy of individuals without their consent in order to prevent some harm they might do to themselves or produce some benefit for them they would not otherwise secure » (1996, p. 104).

²⁷ « Counsel » dans le texte original en anglais.

Feinberg (1996), les professionnel.le.s de la santé pourraient adopter une approche à la prévention du suicide plus respectueuse de l'autodétermination en distinguant les crises suicidaires passagères ou qui peuvent être résolues, d'une part, et le souhait rationnel²⁸ du suicide, de l'autre. D'ailleurs, Beauchamp et Childress reconnaissent que prudence est de mise dans les réactions paternalistes au suicide, puisque celles-ci se manifestent notamment par des interventions forcées : « Suicide has been decriminalized, but a suicide attempt, irrespective of motive, almost universally provides a legal basis for intervention by public officers, as well as grounds for involuntary hospitalization. » (1996, p. 129) Il convient ainsi de retenir quelques exemples de situations d'intervention devant lesquels les intervenant.e.s pourraient se retrouver, en contexte d'intervention auprès de femmes suicidaires :

- Hospitalisation non volontaire;
- Ne pas avoir accès aux ressources nécessaires pour intervenir;
- Confidentialité lorsque l'on craint pour la vie et que l'on veut mobiliser le réseau;
- Être devant une détresse qui ne sera pas résolue, une personne qui a fait un choix « rationnel ».

Dans ces situations, certains enjeux éthiques peuvent être vécus par les intervenant.e.s. Qu'ont-ils et elles à perdre ou à gagner dans cette entreprise d'intervention? D'une part, chaque fois que l'on parle de suicide, l'un des éléments en jeu est la vie – c'est la vie de la personne suicidaire qui se retrouve à risque.

²⁸ Le concept de « suicide rationnel » semble couramment utilisé dans la littérature sur le suicide et l'aide médicale à mourir; toutefois, très peu d'auteur.e.s s'attardent à le définir. Provencher-Renaud et ses collègues (2018) l'illustrent à l'aide de cet exemple : « [C]ertains suicides peuvent être considérés rationnels lorsque la qualité de vie des défunts était gravement affectée et qu'ils éprouvaient de grandes souffrances, comme dans le cas d'un patient atteint d'un cancer en phase terminale » (p. 4). Également, dans la section sur le suicide de l'ouvrage de Beauchamp et Veatch (1996), les enjeux récurrents où le terme « suicide rationnel » est employé sont ceux qui concernent une décision motivée par une souffrance impossible à soulager et la capacité de prendre une décision éclairée.

D'autres éléments en jeu appartiennent au contexte d'intervention et à la relation entre l'intervenant.e et la personne suicidaire : le lien de confiance, la reconnaissance de la capacité à décider pour soi-même, etc. Enfin, un autre élément en jeu est le jugement professionnel et la responsabilité professionnelle de l'intervenant.e, puisqu'une faute de jugement peut entraîner de graves conséquences dans ce contexte.

2.3.4 Quelles sont les perspectives féministes sur les enjeux éthiques en intervention?

Je tracerai ici les pourtours des regards féministes sur l'intervention en contexte d'enjeux éthiques, à l'aide du chapitre « A feminist model for ethical decision making » de Marcia Hill, Kristin Glazer et Judy Harden (1998). Il est à noter que je n'utiliserai pas de guide de délibération éthique, puisque le but de cette recherche n'est pas de comprendre le processus réflexif par lequel passent les intervenant.e.s pour prendre leurs décisions. Toutefois, le chapitre de Hill et ses collaboratrices est pertinent afin de comprendre les caractéristiques proprement féministes d'une réflexion sur l'éthique.

Ces auteures notent que la littérature sur le processus de décision en cas d'enjeux éthiques décrit les codes éthiques et les principes sous-jacents à ceux-ci, tout en présentant des modèles appuyés sur ces lignes directrices. Hill et ses collègues (1998) remarquent toutefois quelques problèmes liés à l'utilisation de ces guides, tels que l'absence de prise en compte des émotions²⁹, des caractéristiques des thérapeutes, du

²⁹ Selon Hill et ses collaboratrices (1998), le fait de procéder à l'aide d'une grille de délibération éthique permet une réflexion très cognitive, ce qui laisse très peu de place aux émotions des intervenant.e.s. Ces guides offrent la possibilité d'une réflexion intellectuelle distante; toutefois, dans la pratique, les intervenant.e.s vivent ces enjeux avec une certaine proximité face à leurs client.e.s. Les auteures font ainsi appel à des principes féministes en lien avec l'expérience : « According to feminist principles, one's personal experience and involvement are legitimate and necessary factors to take into account in any analysis. In addition, ethical guidelines are of necessity generalizations and will therefore lack the complexity and specificity of any given ethical dilemma. » (p. 107)

rôle de consultant.e³⁰ et de l'implication des personnes concernées dans le processus. Ce sont principalement les éléments relevant des caractéristiques des intervenant.e.s et de l'implication des personnes concernées qui sont utiles dans le cadre de ce mémoire.

Selon le point de vue féministe de ces auteures, les éléments situationnels du contexte dans lequel ces enjeux éthiques émergent doivent être pris en compte, mais sont absents de la majorité des principes directeurs. L'un de ces éléments concerne les intervenant.e.s eux-mêmes et elles-mêmes. Comme la persona du « thérapeute » est omise du discours sur les décisions éthiques, les intervenant.e.s se retrouvent peu outillé.e.s quant à ce processus : en effet, ce que cette omission implique, c'est qu'il est normal d'ignorer des facteurs tels que les caractéristiques personnelles et les émotions des intervenant.e.s, alors qu'ils jouent pourtant un rôle dans le processus de décision. Hill et ses collègues (1998) font référence à des chercheurs.euses qui tracent des liens entre les caractéristiques des intervenant.e.s (l'âge, le nombre d'années de pratique, la discipline étudiée et le contexte de pratique, entre autres) et leur jugement éthique : ces caractéristiques ont un effet sur les priorités et les valeurs, ces dernières étant inhérentes au choix d'orientation théorique et de milieu de travail. Ces éléments sont les mêmes auxquels se réfère Karen Healy (2005) dans son modèle dynamique de la pratique du travail social. Les caractéristiques psychologiques des intervenant.e.s ont aussi une influence. Hill et ses collaboratrices (1998) notent que le tempérament des intervenant.e.s ne va pas nécessairement modifier le résultat de la décision éthique, mais plutôt la forme que celle-ci prendra ainsi que les réglages de précision, les détails. Par exemple, un.e intervenant.e ayant une haute tolérance aux

³⁰ Hill et ses collègues (1998) mettent de l'avant que le rôle de consultant.e n'est pas pris en compte dans le processus de délibération éthique. Toutefois, il est courant pour les intervenant.e.s d'avoir recours à une personne extérieure afin de réfléchir sous un nouvel angle aux enjeux éthiques. Ce rôle de consultant.e aura donc aussi une influence sur ce processus. Ces consultant.e.s sont influencé.e.s par leurs propres valeurs et leurs antécédents en intervention. De plus, leur aide sera modulée par la demande de l'intervenant.e – est-ce que ce.tte dernier.ière recherche des conseils ou de la validation?

situations anxiogènes va peut-être laisser un.e client.e dans une situation d'autodestruction plus longtemps avant d'intervenir, alors qu'un.e autre interviendrait immédiatement. Ainsi, les auteures concluent que « [i]n any ethical decision, the therapist will find the most personally authentic solution if she or he is able to take these kinds of personal characteristics into account » (Hill *et al.*, 1998, p. 109). En effet, l'idée d'une relation de pouvoir entre thérapeutes et client.e.s implique qu'un effort soit fait afin de neutraliser cette dynamique. Hill et ses collègues (1998, p. 110) émettent qu'afin que les intervenant.e.s prennent la meilleure décision possible leurs client.e.s doivent absolument être impliqué.e.s dans le processus de décision :

« The client's perspective and reactions are valuable information that the clinician cannot afford to ignore. Sometimes, of course, not all those affected by a decision are available for discussion about the dilemma; occasionally, a client may not be competent to participate in such a discussion. In addition many aspects of any given situation are not appropriate to share with a client (most commonly, certain of the therapist's feelings, such as insecurity or shame or erotic feelings toward the client). Nonetheless, in most cases, the therapist can reasonably seek some form of collaboration with the client. Although clients may not be aware of the specific codes of ethics by which therapists are governed, they certainly are usually capable of understanding the general moral principles involved. The client's responses may well suggest factors or emphases in the dilemma that the therapist may have not considered. »

Bourgon (1987) abonde en ce sens, de par ses propos sur la dimension politique du rapport d'intervention, comme mentionné dans la section précédente.

2.3.5 Quelles sont les perspectives féministes sur les enjeux éthiques en intervention auprès des femmes suicidaires?³¹

Enfin, je m'intéresse ici aux perspectives féministes sur les enjeux éthiques dans l'intervention auprès des femmes suicidaires, et ce, à l'aide de l'article « Preserving

³¹ Certaines idées et certain.e.s auteur.e.s présenté.e.s dans cette section ont été utilisé.e.s dans une publication par l'étudiante [Gagnon, L. (2018). Pour une réflexion féministe sur le suicide. *FéminÉtudes*, 22, 76-97].

Trust, Maintaining Care, and Saving Lives : Competing Feminist Values in Suicide Prevention » de Norah Martin (2011). L’auteure y discute de la dimension éthique dans le bris de confidentialité fréquemment posé par les intervenant.e.s des lignes d’écoute spécifiques à la problématique du suicide lorsqu’ils et elles envoient des policiers.ières pour les empêcher de passer à l’acte, une pratique que l’on désigne comme l’« intervention active »³². Martin reconnaît qu’il y a deux façons d’envisager une telle situation.

D’une part, on peut croire qu’il est inadmissible de pratiquer ce type d’intervention, car elle provoque un impact réel sur les personnes opprimées et qu’elle ne respecte pas l’autonomie des client.e.s – cette position se rattache à un pôle antipaternaliste, comme présenté plus haut. D’autre part, il est possible de considérer qu’il est primordial d’agir pour préserver la vie de la personne alors qu’elle est en détresse, car la crise qu’elle vit ne lui permet pas de déterminer ce qui est vraiment dans son meilleur intérêt – ici, ce serait une position considérée paternaliste. Martin base son article sur la prémisse que « the tension between care for the suffering of individuals and concerns for issues of power and oppression that must be at the basis of any feminist analysis of psychiatry » (2011, p. 165). Ainsi, plusieurs lignes d’écoute pour les personnes suicidaires sont problématiques du point de vue féministe bioéthique³³.

En engageant une intervention policière et en traitant ces gens contre leur volonté, sommes-nous vraiment en train de diminuer leur souffrance, ou ce type de traitement ne fait-il pas que renforcer l’oppression? Martin (2011) ajoute que rien ne démontre

³² « Active intervention » dans le texte original en anglais.

³³ Martin (2001) utilise la définition de Susan Wolf (1996) pour décrire le féminisme bioéthique comme une éthique qui s’intéresse aux oppressions liées au genre et au pouvoir. Elle explique que le fait de s’intéresser aux rapports de genre ne limite pas l’analyse uniquement à la condition des femmes : « For example, feminist critique is brought to bear on notions of autonomy, individualism, and responsibility. In doing this feminists are concerned with all oppressed people, not just women. » (Martin, 2001, p. 432) Elle invite donc à réfléchir aux causes systémiques qui mènent les femmes et les personnes opprimées à penser au suicide, et à se questionner sur l’« intervention active ».

que les hospitalisations forcées diminuent le risque de suicide; en outre, il y a des suicides documentés alors même que les personnes étaient hospitalisées. Alors que l'utilisation de l'« intervention active » met de l'avant que la vie humaine est la valeur la plus importante, Martin se questionne sur la légitimité de ce choix :

« Should honesty, trust, self-determination, autonomy, and other values always come second behind preventing suicide? [...] Life is taken unquestioningly to be the highest value, superseding all other values. What if there are people who do not hold this same ordering of values? Can we force it on them? Trust, friendship, self-respect, autonomy, and the like are more highly valued by some people than by others. » (p. 167)

Au cœur de l'argumentaire de Martin se trouve la notion de « valeur ». Elle suggère que les valeurs qui motivent les intervenant.e.s et celles qui motivent les client.e.s peuvent être totalement différentes, notamment en raison de leur contexte de vie qui est souvent différent.

L'auteure ajoute que la confiance représente une part importante de l'intervention, en particulier de l'intervention auprès des personnes suicidaires :

« In an emergency, we may well have to place our trust in people we have never met before, but in what sense do we trust them? When I am taken to an emergency room, I trust the doctors and nurses who treat me not as people with whom I am in relationship, but rather as part of an institutional structure in which I must put some trust rather than, say, bleed to death. Similarly, the client in crisis who calls a crisis line legitimately trusts the counselor as a part of an institution, but would illegitimately trust her as a person. To be a trustworthy crisis counselor, then, is not the same as to be a trustworthy person. One is trustworthy as a counselor insofar as one follows institutional guidelines. That is what allows the person calling to place any trust at all in the stranger on the other end of the phone line. » (Martin, 2011, p. 174)

Martin explique toutefois que le bris de confiance auprès de personnes opprimées a des impacts importants : lorsqu'un.e professionnel.le de la santé brise la confiance

d'un.e client.e, il lui est beaucoup plus difficile de faire confiance au système de santé en entier; cela peut donc réduire ou rendre plus difficile les contacts que ces personnes auront avec les soins et services. Il est tout de même important de garder en tête que

« when someone calls a crisis line and talks about suicide, she is placing trust in a counselor to help him or her prevent suicide. The client's expectation is that she or he will be prevented from suiciding. A counselor who does not do whatever it takes would, then, be betraying trust. » (Martin, 2011, p. 178)

Martin, en explorant les enjeux liés au bris de confidentialité pouvant survenir lors d'interventions auprès de personnes suicidaires, ne remet pas en question le fait que les centres de crise et leurs intervenant.e.s aient le meilleur intérêt de leurs client.e.s à cœur. Toutefois, l'auteure met de l'avant que « policies of active intervention can interfere with establishing relationships of care between counselors and clients because the client's values and conceptions of themselves ultimately come second to the goal of preserving their lives » (Martin, 2011, p. 82). Elle ne croit pas que l'« intervention active » doit être abolie, mais plutôt modifiée :

- 1) l'« intervention active » ne devrait être utilisée qu'en dernier recours;
- 2) les intervenant.e.s ne devraient pas utiliser la tromperie, et les client.e.s ne devraient pas être manipulés.e.s ou contraint.e.s afin de résoudre rapidement la situation;
- 3) les intervenant.e.s devraient rapidement informer leurs client.e.s des politiques de confidentialité et de leurs limites;
- 4) les centres de crise devraient former leurs intervenant.e.s régulièrement;
- 5) les intervenant.e.s devraient être en mesure de bien connaître leurs propres valeurs, afin d'identifier les potentiels conflits de valeurs (Martin, 2011).

Ces pratiques permettraient d'équilibrer l'importance de prendre soin d'une personne qui souffre, et l'importance de lui sauver la vie : « Not to practice active intervention at all would be to put ideology before the individual sufferer, but so too is to practice it in ways that involve deceiving, misleading, or manipulating the client. » (Martin, 2011, p. 183)

Bien que Martin (2011) s'intéresse particulièrement à l'enjeu du bris de confidentialité, la réflexion qu'elle porte et les principes qui en découlent peuvent s'étendre à bien d'autres situations qui entourent les personnes suicidaires, et même l'intervention en général.

2.4 Considérations finales

Avec l'orientation portée par le cadre théorique exposé ci-haut, la question de recherche et les objectifs qui en découlent m'apparaissent toujours aussi pertinents. Les outils que me fournit mon cadre conceptuel me permettront effectivement d'étudier les pratiques d'intervention sociale auprès des femmes suicidaires au Québec ainsi que les enjeux éthiques et féministes qui prennent place dans ces interventions.

L'éclairage de Healy (2005) sur le contexte de pratique du travail social et la façon dont les TS négocient avec celui-ci permet d'envisager l'intervention auprès des femmes suicidaires à l'aide d'un regard global. Il est possible d'y voir que l'attitude paternaliste face au suicide s'inscrit dans la lignée des discours dominants, alors que les discours antipaternalistes s'inscrivent plutôt parmi les discours alternatifs. Ces derniers traversent le contexte institutionnel, constitué des structures politiques, économiques et idéologiques. Tout cela surplombe les différentes composantes

impliquées dans le rapport d'intervention, qui se retrouvent à leur tour traversées par des enjeux éthiques³⁴.

³⁴ J'ai créé un schéma afin d'illustrer la façon dont les éléments de mon cadre théorique interagissent. Il est possible de le consulter en Annexe C de ce mémoire.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3.1 Considérations épistémologiques

3.1.1 Études sur le suicide et androcentrisme

Il est maintenant couramment accepté que le suicide est une construction sociale : les nombreux.euses auteur.e.s issu.e.s de la discipline de la sociologie du suicide l'ont maintes fois démontré. Phillippe Roy (2012) en fait la démonstration en effectuant un retour historique sur les principaux chercheurs.euses s'intéressant au suicide. Par exemple, Émile Durkheim, « père fondateur » de la sociologie, s'est penché sur la question du suicide au début du XX^e siècle, dans le but d'en déterminer la cause. Pour y arriver, il a étudié les statistiques de suicide en s'attardant aux « différences parmi les pays, l'appartenance religieuse, le statut marital, l'emploi, les cycles économiques et les tensions sociales, comme les périodes de révolution » (P. Roy, 2012, p. 46).

Par ailleurs, l'œuvre de Durkheim comporte certaines contradictions qui permettent de comprendre la façon particulière dont la situation des femmes a été théorisée en lien avec le suicide. Selon Lehmann (1995), bien que Durkheim ait conceptualisé la déviance et le suicide comme des phénomènes asociaux, et les femmes comme des êtres asociaux, le sociologue conclut que ces dernières seraient moins sujettes à la déviance (et donc au suicide) que les hommes, qui eux seraient par définition des êtres « sociaux ». Selon la logique durkheimienne, la déviance et le suicide sont causés par l'absence de socialisation; par conséquent, le taux de suicide des femmes

devrait surpasser celui des hommes, mais ce n'est pas le cas. Durkheim explique le taux de suicide inférieur des femmes précisément parce qu'elles sont des êtres asociaux : elles n'auraient pas besoin d'intégration sociale et ne subiraient pas l'influence de la collectivité (qu'elle soit bonne ou mauvaise). Une lecture féministe de cet « oubli » des femmes suicidaires montre que les fondements mêmes des théories sociologiques du suicide sont essentialistes et androcentriques (Lehman, 1995; Mallon *et al.*, 2016), c'est-à-dire que les hommes évoluent dans la culture et sont considérés comme des êtres sociaux supérieurs tandis que les femmes restent « primitives » et inférieures.

Dans la même optique, Kushner (1992) déconstruit l'idée d'une différence entre les comportements suicidaires des hommes et des femmes en s'intéressant notamment aux tentatives de suicide, aux suicides complétés et à la létalité des méthodes, le tout dans une perspective historique. L'auteur examine les statistiques sur le suicide publiées dans le *New York Times* en 1861. Les analystes de l'époque appuient les explications de ces statistiques sur les supposées différences entre les motifs des femmes et des hommes : « These views together formed a concept of female suicide as an individual emotional act, while male suicide rates were taken as a barometer of national economic and social well-being. » (Kushner, 1992, p. 196) Kushner explique alors qu'il est difficile d'offrir une explication aux différenciations genrées des taux de suicide sans tenir compte d'un portrait plus complexe, les statistiques ne faisant état que des suicides complétés. En effet, si l'on tient compte des intentions, additionnant les chiffres des tentatives de suicide et des suicides complétés, la différence entre les hommes et les femmes disparaît : « If the numbers of those attempting and completing suicide are added together, the rate differential between gender collapses. Those who attempt suicide have not been included in most studies primarily because they are not recorded in official records. » (Kushner, 1992, p. 198). D'autres défendent cette exclusion en affirmant que les profils des « personnes qui

complètent un suicide³⁵ » et des « personnes qui font une tentative de suicide³⁶ » sont différents (Maris, 1981, cité dans Kushner, 1992; Linehan, 1986, cité dans Boyer et Loyer, 1996). Mais les procédures officielles concernant la collecte des statistiques ne font pas de distinction par rapport à l'intention ou au motif : seul le résultat est pris en considération. Les statistiques ne peuvent pas mesurer l'intention.

De plus, les statistiques n'incluent pas les personnes qui décèdent à la suite de complications après une tentative de suicide :

« Others die from complications of a botched attempt. A person may not succumb to an intentional drug overdose but die later of a cause, such as pneumonia, brought on by the attempt. Generally, neither the coroner's report nor the death certificate will define the death as suicide, because no matter how much the person's behavior had set up a chain of events leading to death, suicide was not the death's immediate cause. This distinction has special significance for women because they are more than twice as likely as men to employ poisons or drugs in suicide attempts. »
(Kushner, 1992, p.199)

Range et Leach (1998) émettent une critique féministe des théories et de la recherche sur le suicide en expliquant que celles-ci – et leurs méthodologies – s'ancrent historiquement dans le positivisme et le déterminisme structurel. Cela base ces recherches sur des prémisses de relations unidirectionnelles de cause à effets, provoquant ainsi des analyses réductionnistes – dont des biais envers les femmes et les cultures non majoritaires. En ce sens, ces auteur.e.s proposent des manières de faire des recherches sur le suicide autrement, « challenging scientific tradition, focusing on women, considering power differentials, analyzing by gender, attending to language, and promoting social activism » (Range et Leach, 1998, p. 24-25).

³⁵ « Completers » dans le texte original en anglais.

³⁶ « Attempters » dans le texte original en anglais.

Cela rejoint les propos d'Ollivier et de Tremblay dans leur ouvrage *Questionnements féministes et méthodologie de recherche* (2000). Ces auteures définissent la science à la fois comme l'ensemble des connaissances produites par les disciplines scientifiques, une méthode d'acquisition de connaissances et une institution sociale. Ce dernier point est important, car la critique féministe de la science

mène à une remise en cause des fondements épistémologiques de la méthode scientifique. Les critiques féministes de la science comme institution sociale ont surtout porté sur l'analyse des mécanismes qui ont maintenu et qui maintiennent encore les femmes à l'écart de certains champs de la production du savoir. (Ollivier et Tremblay, 2000, p. 61)

Ollivier et Tremblay nomment ce problème « biais androcentrique en sciences ».

Les propos de Mallon et ses collègues (2016) cités plus haut illustrent de quelle façon ce biais androcentrique se manifeste en recherche sur le suicide : peu d'études sur le suicide des femmes, instrumentalisation des données sur les suicides des femmes pour mettre l'accent sur celui des hommes, « naturalisation » des causes de suicide des femmes. Ces savoirs se basent sur des postulats androcentriques, selon Ollivier et Tremblay (2000), c'est-à-dire :

- 1) le postulat d'une réalité identique pour les hommes et les femmes, qui cause la surgénéralisation et la sous-spécification;
- 2) l'utilisation abusive de dichotomies hommes/femmes, ce sur quoi se base le processus de division et de hiérarchisation qui perpétue l'infériorisation des femmes;
- 3) le postulat d'un dualisme entre les sexes qui serait naturel et attribuable aux fonctions biologiques de reproduction, sans égard aux rapports sociaux qui permettent aux hommes de s'approprier le travail des femmes.

Selon ces auteures, le fait de développer des connaissances à partir du point de vue masculin uniquement invisibilise les réalités des femmes, d'une part, et naturalise les rapports de division et de hiérarchisation sociale, de l'autre. Ces postulats ont des effets notamment sur les choix d'objets d'étude et sur la méthodologie utilisée pour les étudier. En ce qui concerne les objets d'études, alors que les questions qui touchent les hommes sont considérées comme universelles, les questions relevant de la sphère privée et associées aux femmes sont toujours considérées comme ne faisant pas partie de la réalité sociale, et donc ne nécessitant pas d'être étudiées. De plus, les modèles théoriques employés ne permettent pas ou peu de rendre compte de l'expérience des femmes. Par exemple, le savoir scientifique se construit à partir d'une recension des écrits qui, bien qu'essentielle, mène les chercheuses à elles-mêmes construire leurs problématiques à partir de savoirs androcentriques. Un autre exemple serait que les méthodes de collecte de données ne permettent pas de donner la parole aux femmes : les questions fermées et les choix de réponse ne permettent pas de comprendre la vision du monde des participantes, ou encore un intervieweur masculin pourrait rendre mal à l'aise les participantes à aborder certains sujets (Ollivier et Tremblay, 2000).

3.1.2 La science, par qui et pour qui ?

En réponse à l'androcentrisme scientifique précédemment invoqué, plusieurs courants émergent. Ollivier et Tremblay (2000) mentionnent entre autres les critiques féministes postpositivistes, qui remettent en cause les prétentions d'objectivité et d'universalité de la science afin d'émettre un nouveau paradigme épistémologique fondé sur le caractère socialement situé de toutes connaissances scientifiques : le *standpoint feminism*, tel que théorisé par Hartsock (1983) et Harding (1991). Les théories des connaissances situées prennent le point de vue des dominé.e.s comme point de départ et le considèrent comme statut épistémologique privilégié. Dans la situation qui m'intéresse, cela signifie que j'ai privilégié le point de vue des femmes

suicidaires en l'envisageant non seulement comme légitime, mais comme le point de départ de mon questionnement. Le point d'entrée de ma recherche sur la problématique du suicide est le parti pris que les femmes suicidaires sont, pour reprendre le vocable durkheimien, des « êtres sociaux », dont le désir de mourir n'est pas connu. C'est à ces idées minoritaires que je m'intéresse, à partir des propos de TS qui interviennent auprès de ces femmes. M'inscrivant dans une position féministe, je souhaite connaître l'intervention dans son contexte de pratique en traçant un portrait des interventions faites auprès des femmes suicidaires, d'une part, et en cherchant les explications que des TS donnent à ces interventions, d'autre part. Ainsi, dans le cadre de ce projet, le point de vue situé ne veut pas dire que j'interroge directement les femmes, il parle plutôt de ma posture de chercheuse féministe.

Ainsi, la notion d'« expertises sauvages » d'Elsa Dorlin est éclairante : « Les expertises sauvages à produire du savoir en tant qu'objet *et* sujet de connaissance, à devenir l'expert informé de soi-même. Elles viennent contester le savoir dominant qui pour objet les femmes, objectivent leurs corps, leurs paroles ou leurs expériences. » (2008, p. 12) Il sera donc important, tout au long du processus de ma recherche, de mobiliser les idées de Harding (1987), selon lesquelles la recherche féministe a deux fonctions : celle d'être destinée aux femmes, et non pas aux systèmes de dominations; et celle de produire des résultats qui n'oppriment pas davantage les personnes, mais qui leur offrent des outils et des réponses pour améliorer leurs conditions.

3.1.3 Quels choix pour une recherche féministe ?

Pour dépasser les écueils méthodologiques précédemment exposés, Ollivier et Tremblay (2000) concluent qu'il faut cesser de prétendre à la neutralité, et reconnaître qu'il n'y a pas de vérité « vraie ». Les auteures mentionnent le défi de reconnaître que la recherche doit être située et représenter le plus de points de vue possible, le tout sans relativisme. De plus, la recherche féministe doit maintenir un positionnement

critique et viser la mise en lumière des présupposés sur lesquels elle s'appuie. Ollivier et Tremblay posent donc les lignes directrices de la recherche féministe³⁷.

Il convient toutefois de noter que ces postulats ne sont pas exclusifs à la recherche féministe et s'appliquent aussi à d'autres types de recherche. En outre, il est rare qu'une recherche féministe intègre tous ces éléments, ce qui ne remet pas en question l'engagement féministe du chercheur ou de la chercheuse. Les principes qui s'appliquent dans mon cas sont les suivants : cette recherche est basée sur une perspective féministe, a recours à plusieurs méthodes, constitue un regard critique au sein du travail social, se préoccupe du changement social, s'efforce de considérer la diversité entre les femmes, et sollicite l'engagement de la chercheuse en tant que personne. En ce qui concerne la stratégie de l'utilisation d'une méthodologie mixte, j'y reviendrai plus en détails.

3.1.4 Des difficultés de la recherche féministe en tant qu'étudiante-chercheuse

Malgré les bonnes intentions des auteures traçant les principes de la recherche féministe, il semble pertinent de mentionner les difficultés liées à une telle démarche en tant qu'étudiante-chercheuse, particulièrement en ce qui a trait à l'utilisation d'une méthodologie mixte. Cette dernière, bien que très pertinente et stimulante, comporte son lot d'embûches. En effet, même si les méthodes quantitatives sont courantes en sciences sociales, ce n'est pas le cas en travail social. J'ai donc dû chercher des cours dans d'autres départements et faire appel au Service de consultation en analyse de données (SCAD) du Département de mathématiques de l'Université du Québec à

³⁷ Les auteures retiennent les principes systématiques et relativement exhaustifs qui ont été décrits par Shulamit Reinharz en 1992 : « 1) le féminisme est une perspective, non une méthode de recherche; 2) la recherche féministe recourt à plusieurs méthodes de recherches; 3) elle se veut un regard critique au sein des disciplines; 4) elle est guidée par les théories féministes; 5) la recherche féministe tend vers la pluridisciplinarité; 6) elle se préoccupe du changement social; 7) la recherche féministe s'efforce de reconnaître la diversité parmi les femmes et d'en tenir compte; 8) elle sollicite l'engagement de la chercheuse en tant que personne; 9) elle invite aussi à l'engagement des participantes à la recherche; 10) elle favorise l'engagement du lectorat » (Ollivier et Tremblay, 2000, p. 19).

Montréal (UQAM). Comme mentionnent Bosisio et Santiago-Delefosse (2014), les méthodologies mixtes nécessitent,

pour le chercheur utilisant à la fois méthodes quantitatives et qualitatives, de maîtriser ces deux méthodologies. Cela va à l'encontre de la majorité des cursus universitaires actuels, qui tendent à former les chercheurs à un méthodologie ou l'autre, avec des répercussions sur la qualité de l'analyse, de la discussion et de la triangulation des résultats. Bien entendu, le chercheur conscient dans ses limites peut faire appel à des experts extérieurs, avec un risque accru de retards dans le plan de recherche. (p. 50)

Notons que j'ai dû apprivoiser une « nouvelle manière de réfléchir » en développant de nouvelles connaissances sur la formulation de questions de sondage permettant d'obtenir des résultats utilisables ainsi que sur la façon de comprendre et de compiler des statistiques.

3.2 Stratégie générale à méthodologie mixte

Comme exposé plus haut, l'un des principes de la recherche féministe que suggèrent Ollivier et Tremblay (2000) consiste à recourir à une méthodologie mixte. C'est donc ce que j'ai fait dans ma recherche à visée exploratoire pour comprendre les pratiques d'intervention sociale auprès des femmes suicidaires au Québec. Une méthodologie quantitative a d'abord été utilisée au moyen d'une enquête par questionnaire en ligne permettant de dégager des tendances, et ce, dans une finalité descriptive. Ces premières données contribuent à dresser un portrait général des interventions faites auprès des femmes suicidaires. Ensuite, une méthodologie qualitative – le groupe de discussion – a été utilisée afin de développer une compréhension plus approfondie des savoirs pratiques des TS dans leurs choix d'interventions auprès des femmes suicidaires. En effet, le groupe de discussion visait à confronter et à valider les

données globales amassées grâce au questionnaire en ligne, pour ainsi apporter une compréhension plus nuancée du portrait dressé statistiquement.

On retrouve l'utilisation d'une méthodologie mixte dans le cadre de plusieurs recherches exploratoires :

Une approche mixte peut notamment être mise à profit lors de l'exploration de phénomènes méconnus pour lesquels il n'existe que très peu de documentation. Dans ce cas, il ne s'agit pas tant ici de comprendre, c'est-à-dire d'être capable de produire un modèle ou une explication, ni non plus de vérifier des hypothèses. Il s'agit simplement de mieux connaître, d'être mieux en mesure de décrire un phénomène peu documenté. (Mongeau, 2011, p. 32-33)

S'intéressant aux enjeux féministes vis-à-vis les méthodes qualitatives et quantitatives, Epstein Jayaratne et Stewart (1991) estiment que le débat sur ces méthodes est basé sur une fausse polarisation entre les méthodes qualitatives et quantitatives. Emmanuelle Turcotte (2016) explique qu'en études féministes, ce sont souvent les méthodes quantitatives qui se voient dévalorisées :

[L]'opposition entre les deux écoles mène souvent, et étonnamment à une certaine dévalorisation des méthodes quantitatives au sein des milieux universitaires féministes. Alors que les recherches quantitatives qui abordent le genre sont de plus en plus intégrées aux disciplines où le langage quantitatif est dominant (pensons aux sciences économiques, à la psychologie ou aux sciences médicales, par exemple), il en irait autrement pour le champ des études féministes. (p. 116)

Cette auteure observe une méfiance persistante, voire une résistance face aux outils quantitatifs en études féministes, car ils sont jugés comme réductionnistes, ou trop simplistes, et inaptes à rendre compte de la diversité des expériences.

Pour Epstein Jayaratne et Stewart (1991), cette polarisation doit être abordée d'une façon à en arriver à une vision réaliste qui permet d'utiliser ces méthodes à bon escient :

« An inclusive viewpoint on methods, which appears to be increasingly accepted in feminist research circles, takes the form of promoting the value and appropriate use of both qualitative and quantitative methods as feminist research tools. The emphasis here is on using methods which can best answer particular research questions, but always using them in ways which are consistent with broad feminist goals and ideology. Thus the feminist debate on these issues can be seen to have evolved from one defined by opposition to all aspects of mainstream research to argument for use of a broad range of methods in pursuit of research reflecting feminist values and goals. Thus, Jayaratne (1983) and Wittig (1985) have argued that both types of methods can be effectively utilized by feminists and can be implemented in ways which are consistent with feminist values. » (p. 91)

Les auteures marquent ces propos d'un exemple, soit la recherche de Yllo (1988) sur le viol conjugal. Yllo défend l'idée que son objet de recherche peut bénéficier tant des méthodes qualitatives que quantitatives. À son avis, le viol conjugal ne pourrait pas être compris uniquement à l'aide de statistiques : « the experience of violent victimization at the hands of a loved one in an act grotesquely similar to and totally different from an act of love cannot be conveyed in traditional questionnaire or survey format » (Yllo, 1988, citée dans Epstein Jayaratne et Stewart 1991, p. 91), d'où l'utilisation de méthodes de recherche qualitative. La chercheuse reconnaît toutefois que les entrevues auprès des femmes laissent émerger des associations (ex. le vécu d'abus sexuels à l'enfance) qu'il serait intéressant de documenter afin de tirer des généralités sur les liens qui unissent abus sexuels à l'enfance et viol conjugal.

Au terme de leur chapitre, Epstein Jayaratne et Stewart (1991) émettent des stratégies sur les perspectives féministes en science sociale, dont l'utilisation de méthodes mixtes afin de profiter des avantages des deux méthodes et de contrebalancer leurs

désavantages puisqu'elles se complètent. Bosisio et Santiago-Delefosse (2014) abondent en ce sens. Selon ces auteures, il est nécessaire de « se libérer du clivage épistémologique entre les méthodes quantitatives et qualitatives pour se concentrer sur la mise en pratique de la recherche et sur le fait que les objets complexes appellent à une combinaison de sources multiples d'informations » (p. 43). Ainsi, l'utilisation de méthodes mixtes permet d'enrichir les résultats et les théories, surtout dans le cas où les sciences sociales font face à des problématiques complexes qui s'envisagent difficilement d'un seul angle (Bosisio et Santiago-Delefosse, 2014). Turcotte (2016, p. 118) abonde en ce sens lorsqu'elle paraphrase le propos de Hesse-Biber (2010) :

Selon elle, les investigations féministes au moyen de méthodes mixtes renvoient au concept de « bricolage » méthodologique et théorique. Celui-ci privilégie l'utilisation de multiples sources de données et de divers types d'analyse dans un processus créatif lié à l'atteinte des objectifs scientifiques et politiques, c'est-à-dire le changement des dynamiques et des structures sociales sexistes. En d'autres termes, les chercheuses féministes semblent privilégier le choix des méthodes mixtes, si celles-ci permettent la création d'un outillage (conceptuel, théorique, empirique) potentiellement utile sur le « terrain ».

Ce sont donc les potentialités de la triangulation et de la complémentarité que je cherche à entreprendre dans ma propre recherche. Turcotte (2016) définit la première comme « l'utilisation concomitante ou séquentielle de différentes stratégies qualitatives et quantitatives, dans une visée d'amélioration de la validité interne de l'étude quand les résultats convergent ou corroborent » (p. 114), tandis que la seconde « fait que les résultats à l'issue d'une des stratégies peuvent être illustrés, clarifiés, explicités par les résultats d'un autre type de stratégie » (p. 115).

Turcotte (2016) ajoute que les méthodes mixtes permettent d'amasser des données qui contiennent des ambiguïtés riches de sens pour les chercheuses féministes :

De manière générale, selon Hesse-Biber (2012), la richesse des méthodes mixtes pour les chercheuses féministes réside dans l'exploitation de ces zones d'ambiguïtés et de tensions qui résultent le plus souvent de l'utilisation de plusieurs méthodes, et qui permettent de nouvelles potentialités sur le plan politique et de la construction du savoir. (p. 118)

L'auteure invite toutefois à la prudence et explique qu'une question importante traverse aujourd'hui les réflexions sur les méthodes mixtes : « tous les paradigmes (ex. : post-positiviste, constructiviste, post-moderne, transformatif-émancipatoire) sont-ils associables à l'emploi simultané de méthodologies qualitatives et quantitatives? » (p. 122).

3.2.1 L'enquête par questionnaire en ligne

J'ai utilisé le sondage pour mener la partie quantitative de ma recherche. Blais et Dandurand (2010) présentent celui-ci comme « un instrument de collecte et de mise en forme de l'information, fondé sur l'observation de réponses à un ensemble de questions posées à un échantillon d'une population » (p. 446). C'est un instrument de mesure qui a pour mission d'opérationnaliser des concepts, et ce, par l'utilisation de questions standardisées et la consignation des réponses. Le sondage a l'avantage d'être flexible, c'est-à-dire qu'il permet d'obtenir rapidement de l'information sur les concepts à l'étude, et d'être polyvalent, car on peut y recourir pour étudier de nombreux phénomènes et mesurer un grand nombre de variables. J'ai pour ma part employé un sondage ponctuel, qui « sert à décrire certaines caractéristiques d'une population ou à examiner les relations entre certaines variables à un moment donné » (Blais et Dandurand, 2010, p. 457).

Afin d'administrer le sondage, j'ai choisi la méthode du questionnaire en ligne. Il s'agit d'une variante du questionnaire postal ou distribué, mais qui permet la

compilation de façon directe. Ainsi, le questionnaire a été développé et autoadministré à partir du logiciel Lime Survey³⁸.

3.2.1.1 Développement du questionnaire

Le questionnaire distribué aux participant.e.s³⁹ a été développé à partir de la revue de la littérature. L'instrument de mesure présenté ne provient donc pas d'échelles validées, mais a plutôt été construit sur mesure pour répondre aux objectifs de ma recherche. Il convient de rappeler que celle-ci ne vise ni à développer un questionnaire ni à vérifier les qualités métrologiques d'un questionnaire, ni même à vérifier une hypothèse ou à créer une théorie. De plus, il n'existe aucun instrument validé pouvant répondre à mes questions.

Parmi les recherches utilisant une méthode quantitative, plusieurs emploient des outils qui tentent de mesurer les différentes composantes du risque suicidaire chez diverses populations. D'autres recherches utilisent des outils qui visent l'évaluation de programmes de prévention ou d'intervention auprès des personnes suicidaires. D'autres encore étudient la satisfaction des services du point de vue des usagers.ères suicidaires. Enfin, certaines recherches utilisent des outils qui mesurent les réactions des proches et des intervenant.e.s face au suicide.

En cherchant plus particulièrement des outils validés au sujet du suicide, l'article « A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention : Research with Adults and Older Adults » de Gregory K. Brown (2000), s'est avéré particulièrement intéressant. Celui-ci recense les différents outils psychométriques pour la recherche sur le suicide et les classe en sept catégories. Six d'entre elles contiennent des outils qui visent à être administrés à des patient.e.s psychiatriques, à des personnes suicidaires ou à la

³⁸ Accédé depuis les services informatiques de l'UQAM (<http://limesurvey.uqam.ca/>).

³⁹ Il est possible de consulter le questionnaire en Annexe D.

population générale, souvent dans le but de mieux comprendre les différentes dimensions du suicide (ex. pensées, comportements) – ces outils ne nous sont donc pas utiles ici⁴⁰.

En effet, ces outils ne portent pas sur le sujet que j’explore dans le cadre de ma recherche, c’est-à-dire qu’ils ne permettent pas de dresser un portrait des interventions et des enjeux éthiques vécus par les intervenant.e.s. Ainsi, j’ai créé moi-même le questionnaire dont j’avais besoin, afin qu’il soit spécifique à ma question de recherche.

Ma démarche pour créer le questionnaire s’est échelonnée sur quelques mois, car il a été élaboré en parallèle à la revue de littérature, à l’élaboration du cadre théorique et à la documentation de la méthodologie. Il a donc été créé de façon itérative entre ces différentes composantes de mon projet de mémoire. En plus d’être examiné par Maria Nengeh Mensah (directrice de mémoire), le questionnaire a été révisé avec Jill Vandermeerschen du SCAD de l’UQAM.

⁴⁰ Dans la littérature recensée dans l’article de Brown (2000), cinq questionnaires validés s’adressent aux intervenant.e.s :

- 1) « Suicide Opinion Questionnaire » (SOQ) [Domino *et al.*, 1980; Domino *et al.*, 1982]. Le questionnaire est composé de 100 items auto-rapportés à propos des attitudes des professionnel.le.s de la santé concernant le suicide.
- 2) « Suicide Potential Lethality Scale » (SPLS) [Holmes et Howard, 1980; Litman et Farberow, 1961]. Aussi appelé le « Suicide Lethality Scale », ce questionnaire auto-rapporté évalue les connaissances générales sur le suicide.
- 3) « Suicide Intervention Response Inventory » (SIRI) [Neimeyer et MacInnes, 1981]. Cet outil a été développé pour déterminer les habiletés des professionnel.le.s à reconnaître les réponses appropriées face à leurs client.e.s suicidaires.
- 4) « Suicide Intervention Response Inventory-2 » (SIRI-2) [Neimeyer et Bonnelle, 1997]. Cet outil est la seconde édition du précédent et a été développé afin d’éliminer l’effet de plafond pour les professionnel.le.s plus habiles, ainsi qu’améliorer la sensibilité de l’instrument.
- 5) Le « Grief experience questionnaire » (Barrett et Scott, 1989), qui porte sur le deuil et l’impact du suicide d’un.e patient.e sur les professionnel.le.s en santé mentale.

Le questionnaire comprend six sections, soit : questions générales; profil des intervenant.e.s; contexte de la pratique; profil des femmes suicidaires; interventions privilégiées; et enjeux éthiques. La partie sur les questions générales vise à s'assurer de l'admissibilité des répondant.e.s à la recherche et à obtenir une estimation du nombre de femmes suicidaires auprès desquelles ils et elles sont intervenu.e.s. Les sections sur le profil des intervenant.e.s et sur le contexte de la pratique ont été conçues notamment à l'aide du guide de référence pour l'adhésion à l'OTSTCFQ (2018), en plus des composantes de mon cadre conceptuel sur le contexte de la pratique (voir Healy, 2005). Il s'agit ici de recueillir les éléments de contexte qui caractérisent la pratique des TS. La section sur le profil des femmes suicidaires a été conçue à partir des thèmes récurrents dans la littérature sur le suicide des femmes. La section sur les interventions privilégiées a aussi été élaborée à l'aide du guide de référence pour l'adhésion à l'OTSTCFQ, afin de s'inspirer de différentes interventions possibles dans le champ du travail social. De plus, des mises en situation ont été créées à partir des prémisses de l'intervention féministe de Bourgon (1987) ainsi que de Corbeil et Marchand (2010) afin d'avoir des situations concrètes qui permettent aux répondant.e.s de démontrer leurs valeurs en intervention (ex. promotion de l'autonomie, respect du rythme...). La section sur les enjeux éthiques a été inspirée notamment par le questionnaire d'une recherche sur les problématiques éthiques de l'aide médicale à mourir en contexte d'intervention en santé mentale (Racine, Gros, Montreuil, et Séguin, 2018). Cette section présente des questions sur la formation (en référence au concept de base formelle professionnelle de Karen Healy, 2005) et sur les valeurs (en référence à l'importance des valeurs en intervention comme le mentionne Norah Martin, 2011)⁴¹.

⁴¹ Il est possible de consulter en Annexe E une justification de chacune des questions en lien avec la littérature sur les interventions auprès des femmes suicidaires.

3.2.1.2 Recrutement et échantillonnage

La population à l'étude dans le cadre de ma recherche comprend les intervenant.e.s sociaux.ales qui ont travaillé auprès de femmes suicidaires. Pour participer, les intervenant.e.s devaient :

- 1) Avoir une formation initiale en travail social (technique ou baccalauréat);
- 2) Avoir travaillé auprès de femmes suicidaires dans les deux dernières années (même si elles constituent seulement une fraction de la clientèle);
- 3) Être intéressé.e. à réfléchir aux enjeux éthiques de leur pratique auprès des femmes suicidaires;
- 4) Parler français.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Plusieurs méthodes ont été utilisées afin de recruter des TS pour la participation au sondage en ligne. Premièrement, j'ai partagé une affiche de participation⁴² sur le réseau social Facebook. Celle-ci a été partagée à 75 reprises, notamment sur des groupes spécifiques à l'intervention⁴³.

J'ai ensuite contacté l'OTSTCFQ afin d'obtenir son soutien pour contacter le plus de TS possible, ce qui a permis d'envoyer l'affiche de participation à 983 personnes⁴⁴. J'ai aussi contacté des associations de diplômé.e.s d'universités qui offrent une formation en

⁴² Les différentes affichettes d'appel de participation auxquelles je fais référence peuvent être consultées en Annexe F.

⁴³ Les groupes Facebook où l'affiche de participation a été partagée sont les suivants : « Intervenant.e.s psychosociaux Montréal »; « Intervention psychosociale au Québec »; « Participation citoyenne en santé mentale »; « Comité féministe en travail social UQAM ».

⁴⁴ À la suite de l'étude de mon dossier, la courtière de connaissances Geneviève Cloutier a accepté de partager mon affiche de participation auprès des membres. Puisqu'il n'était pas possible d'envoyer l'affiche de participation à la totalité d'entre eux et elles, l'OTSTCFQ a filtré ses membres pour y inclure des TS qui travaillent avec une clientèle suicidaire. Ce sont donc les mots clés « travaille en santé mentale / troubles anxieux / suicide », dans les profils des membres, qui ont permis de cibler les membres à qui diffuser l'affiche de participation.

travail social. Ainsi, l'affichette a été partagée à 949 diplômé.e.s de l'UQO et 355 diplômé.e.s de l'UQAR.

Enfin, j'ai contacté plusieurs organismes communautaires en ciblant les organismes d'intervention et de prévention du suicide, les organismes en santé mentale et les organismes-femmes (maisons d'hébergement, centres de femmes, CALACS), et ce, sur tout le territoire du Québec. Ce sont 380 organismes qui ont reçu le courriel contenant l'information de recrutement^{45 46}.

Les appels de participation mentionnés contiennent une description du projet, la nature de la participation demandée, les critères d'inclusion à la recherche, le lien vers le sondage ainsi que mes coordonnées.

3.2.1.3 Traitement et analyse des données

À la suite de la collecte des données du sondage, j'ai rencontré Jill Vandermeerschen du SCAD de l'UQAM, qui m'a soutenue dans l'utilisation de divers logiciels de compilation de données. J'ai finalement choisi de travailler avec le logiciel tableur Microsoft Excel, puisque celui-ci répondait au besoin d'analyses statistiques descriptives et que j'en connaissais déjà les bases.

Pour pouvoir faire un portrait complet de la situation des interventions sociales auprès des femmes suicidaires, j'ai utilisé, à la suggestion de Jill Vandermeerschen, des statistiques descriptives, à savoir : la moyenne et l'écart type pour les variables de type continu; et des tableaux de fréquences pour des variables catégorielles.

⁴⁵ La liste des organismes qui ont reçu l'appel de participation par courriel peut être consultée en Annexe G.

⁴⁶ La majorité n'ont pas répondu, certains ont répondu qu'il n'y avait pas de TS travaillant dans l'organisme, et d'autres ont confirmé que l'information allait être partagée au sein de leur équipe et même plus largement auprès des organismes partenaires dans leur région. L'Association québécoise de prévention du suicide a été contactée, sans réponse.

3.2.2 Entretien de type groupe de discussion

Le groupe de discussion est une méthode populaire en sciences sociales, car il se prête bien à l'analyse d'une vaste gamme de problématiques. C'est « une technique d'entrevue qui réunit de six à douze participants et un animateur, dans le cadre d'une discussion structurée, sur un sujet particulier » (Geoffrion, 2010, p. 391). Ainsi, dans le cadre de mon projet de recherche, cette technique a été utilisée afin de confronter et de qualifier les informations amassées dans la phase quantitative du projet, soit le sondage. Selon Geoffrion (2010), bien que les méthodes quantitatives permettent de dresser un portrait statistique, elles évacuent le sens que la population répondante donne à ses réponses. Le groupe de discussion permet alors d'acquérir une compréhension des perceptions des TS sur les interventions auprès des femmes suicidaires ainsi que des clarifications sur leur façon de négocier avec les discours dominants et alternatifs qui imprègnent leurs milieux de pratique au sujet de ces femmes, puisqu'« à la suite d'une étude quantitative, le groupe de discussion permet d'établir les causes ou les sentiments sous-jacents à certaines des réponses obtenues ou, carrément, d'expliquer certains résultats » (Geoffrion, 2010, p. 398).

Selon Geoffrion (2010), les avantages du groupe de discussion sont nombreux : à l'aide des questions ouvertes, les participant.e.s ont l'occasion de formuler leurs propres réponses comprenant des nuances. Le groupe de discussion permet ainsi une compréhension plus approfondie non seulement des réponses, mais des motifs de la réponse. De plus, il est possible de vérifier que les participant.e.s ont bien la même compréhension de la question, et de la reformuler au besoin. La discussion de groupe permet une construction dynamique des savoirs, où les réactions des un.e.s laisseront émerger de nouvelles réflexions chez les autres.

3.2.2.1 Élaboration du schéma d'entrevue

À l'aide des résultats du questionnaire, j'ai préparé un schéma d'entretien de pair avec une présentation assistée par ordinateur, sous forme de diapositives⁴⁷. Le schéma d'entretien, à l'inverse du questionnaire, est composé de questions ouvertes qui visent à récolter les réactions des TS face aux résultats du sondage en ligne ainsi qu'à entendre les participant.e.s échanger sur leurs perspectives et leurs pratiques.

Le schéma d'entretien a été créé à partir des réponses du sondage en ligne, en fonction de trois thèmes : le profil des femmes suicidaires; les interventions privilégiées auprès des femmes suicidaires; et les enjeux éthiques dans la pratique auprès des femmes suicidaires. Pour chacune de ces sections, c'est premièrement une question ouverte sur l'expérience des participant.e.s qui était posée, puis les résultats du sondage étaient présentés et, enfin, des pistes de discussion sur ces résultats étaient lancées. Des informations sur le profil des participant.e.s et sur leur contexte de pratique ont été amassées à l'aide d'un questionnaire sociodémographique⁴⁸.

3.2.2.2 Recrutement et échantillonnage

Pour le groupe de discussion, les critères de sélection des participant.e.s sont les mêmes que pour le sondage, toutefois, les personnes qui connaissent l'étudiante-chercheuse étaient exclu.e.s de la recherche. L'échantillonnage est non probabiliste et volontaire. Le recrutement pour le groupe de discussion s'est fait de diverses façons. Premièrement, l'affichette de recrutement a été distribuée aux nombreux organismes communautaires ayant reçu l'invitation au sondage en ligne et à l'OTSTCFQ, qui l'a partagée à son tour au sein de son équipe et réseau.

⁴⁷ Le schéma d'entretien peut être consulté en Annexe H, et les diapositives en Annexe I.

⁴⁸ Le questionnaire sociodémographique peut être consulté en Annexe J.

Ensuite, j'ai utilisé le sondage en ligne afin de recruter pour le groupe de discussion : à la fin du questionnaire, je demanderai aux TS s'ils et elles avaient un intérêt à poursuivre le processus de recherche en participant à un groupe de discussion à Montréal. J'inclus aussi la possibilité de donner son nom et sa région dans le cas où plusieurs personnes d'un même endroit souhaitaient participer à un groupe de discussion, mais ne pouvaient pas se rendre jusqu'à Montréal.

Enfin, l'affichette a été partagée sur ma page Facebook personnelle, puis repartagée 32 fois par d'autres utilisateurs.rices.

J'ai aussi contacté une personne-clé, qui a des contacts tant dans le milieu de l'intervention féministe (maisons d'hébergement) que dans le milieu de l'intervention de crise, afin qu'elle transmette l'information à ses collègues.

3.2.2.3 Traitement et analyse des données

Afin d'avoir accès à tous les propos tenus dans le groupe de discussion pour l'analyse, l'entretien a été enregistré audionumériquement, puis retranscrit sous forme de verbatim. Pour analyser les données issues du groupe de discussion, j'ai utilisé la technique d'analyse thématique, définie par Paillé et Muchielli (2008) comme le fait de « procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'un verbatim d'entretien, d'un document organisationnel ou de notes d'observation » (p. 124). Selon ces auteurs, l'analyse thématique comporte deux fonctions principales : d'une part une fonction de repérage, qui implique de relever les thèmes en lien avec l'objectif de recherche, et d'autre part la documentation, qui implique la capacité de relever la récurrence de certains thèmes et de déterminer leur importance à l'intérieur de l'ensemble du corpus.

À partir du logiciel de traitement de texte Microsoft Word, j'ai ajouté des commentaires en marge du verbatim afin de le diviser en unités de significations et ce en attribuant des thèmes de façon continue. Parallèlement, je tenais un fichier contenant un inventaire des thèmes.

Bien que la thématisation permette de laisser émerger et de repérer des thèmes, j'ai dû organiser mes données un peu différemment puisque les résultats du groupe de discussion répondent la plupart du temps directement à des résultats du sondage. Ainsi, dans le chapitre de présentation des résultats de ce mémoire, le travail de thématisation est arrimé à la structure du sondage.

3.3 Considérations éthiques

La participation à une recherche comporte nécessairement des considérations éthiques qu'il est important d'envisager lorsque l'on fait de la recherche avec des êtres humains. En ce sens, j'ai fait la demande de certification éthique au Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de l'UQAM⁴⁹.

3.3.1 Les avantages de la participation à la recherche

L'avantage principal pour les sujets qui ont participé à l'étude est de contribuer à l'avancement des connaissances sur l'intervention auprès des femmes suicidaires, et ce, dans une perspective d'amélioration des pratiques. En participant à cette recherche, les TS permettent de dresser un portrait des interventions auprès des femmes suicidaires et peut-être, dans le futur, de créer de nouvelles problématiques de recherche ainsi que de nouveaux outils et modèles d'intervention. La participation à mon projet de recherche, que ce soit dans le cadre du sondage en ligne ou du groupe

⁴⁹ Il est possible de consulter la certification éthique en Annexe K.

de discussion, a permis aux intervenant.e.s de réfléchir sur leur pratique auprès des femmes suicidaires et de contribuer à documenter celles-ci. Plus encore, le groupe de discussion est un espace qui a permis aux intervenant.e.s de partager leurs pratiques, leurs préoccupations et leurs points de vue entre pairs. Enfin, les participant.e.s le désirant peuvent obtenir un rapport de recherche.

3.3.2 Les risques et les inconvénients de la participation à la recherche

Les risques liés à la participation à la recherche étaient surtout associés à la thématique étudiée. Le fait d'aborder la problématique du suicide – et potentiellement des client.e.s décédé.e.s – pouvait être émotionnellement difficile pour les intervenant.e.s, par exemple en ravivant des souvenirs pénibles, qu'ils proviennent de leur vie personnelle autant que professionnelle. En effet, les intervenant.e.s interrogé.e.s dans le cadre du sondage en ligne et rencontré.e.s pour un groupe de discussion auraient pu vivre un malaise de discuter de leur pratique auprès des femmes suicidaires. De plus, certain.e.s intervenant.e.s auraient pu révéler des pratiques qui s'avèrent aller à l'encontre des demandes de leur employeur, de leurs client.e.s ou de leur ordre professionnel. Ainsi, ces intervenant.e.s risquaient de se sentir dans une situation de vulnérabilité. Le groupe de discussion comprenait des risques supplémentaires : le fait de partager leurs expériences dans la pratique avec d'autres intervenant.e.s pouvait s'avérer difficile, ou intimidant. Ainsi, les participant.e.s auraient pu vivre un risque de représailles sociales, en ce sens où il est possible que leurs pairs les aient jugé.e.s négativement s'ils et elles avaient fait état de certaines pratiques. Il y avait également un risque quant à l'anonymat et à la confidentialité vu la nature collective du groupe de discussion. Ces risques ont toutefois été minimisés en demandant aux participant.e.s de s'engager à préserver la confidentialité d'autrui.

Les risques et inconvénients mentionnés ici étaient expliqués dans le formulaire d'information et de consentement que les participant.e.s ont signé électroniquement

ou physiquement avant le début du sondage et de l'entrevue de groupe, respectivement⁵⁰. Dans le cas du sondage en ligne comme du groupe de discussion, les participant.e.s ont été avisé.e.s qu'il était possible de se retirer de la recherche à tout moment et ce sans conséquence.

Dans le cas où les participant.e.s auraient eu des difficultés psychologiques à cause de leur participation à ma recherche, des organismes avaient été ciblés pour leur venir en aide. Les coordonnées de ces organismes se trouvaient sur la page de déconnexion du sondage en ligne, et j'avais la liste des coordonnées des organismes en main lors de la tenue du groupe de discussion.

3.3.3 L'anonymat, la confidentialité et la protection des données

Une autre considération éthique qui a été envisagée avant la collecte des données concerne la préservation de la confidentialité des données et de l'anonymat des participant.e.s. Premièrement, les données récoltées à l'aide du sondage, même croisées, ne permettront pas l'identification des participant.e.s. Deuxièmement, pendant le groupe de discussion, il a été demandé aux participant.e.s de conserver la confidentialité des propos et l'anonymat des autres participant.e.s. Pour ce qui est de la conservation des données et des informations de contact, je me suis assurée de suivre une procédure où elles étaient protégées par le mot de passe d'un fichier à l'intérieur de mon ordinateur, lui aussi muni d'un mot de passe. Enfin, lors de la présentation des données, je me suis assurée de retirer les informations identificatoires.

⁵⁰ Le formulaire de consentement électronique est inclus dans l'Annexe D sur le questionnaire. Il est possible de consulter le formulaire de consentement utilisé dans le cadre du groupe de discussion à l'Annexe L.

3.3.4 Les risques pour l'étudiante-chercheuse

Un risque que j'encourais en tant que chercheuse était celui d'être affectée par les propos que tiennent les intervenant.e.s. En effet, le thème du suicide pouvait laisser émerger la vulnérabilité des professionnel.le.s, ce qui pouvait me toucher émotionnellement. D'un autre côté, je pouvais aussi être choquée ou être en désaccord avec certaines pratiques révélées par les professionnel.le.s. Je m'assurais toutefois de rester professionnelle et de ne pas réagir à partir de telles émotions.

Il était aussi possible que je me retrouve dans une situation de conflit éthique, si un.e intervenant.e avait fait état de pratiques dangereuses pour ses client.e.s. Puisque je fais partie de l'OTSTCFQ, je dois briser la confidentialité liée à la recherche et dénoncer la situation à l'Ordre dans le cas où un.e intervenant.e nomme avoir des pratiques qui sont dangereuses, comme l'indique l'article 4.01.01 du Code de déontologie.

3.4 Limites

Comme mentionné dans le chapitre de méthodologie, le choix d'une méthodologie mixte visait notamment à contrebalancer les limites inhérentes à l'utilisation d'une méthodologie qualitative ou quantitative. Toutefois, ces limites sont bien réelles, et s'appliquent aussi à cette recherche. La principale limite, attribuable aux deux méthodologies choisies, est que les résultats ne sont pas généralisables à la population globale des TS : ils ne sont représentatifs que de la population sondée, qui est très restreinte et ciblée. Mon échantillon en est un de convenance, et non pas probabiliste. Comme il n'existe aucune donnée populationnelle sur ma population cible (les personnes ayant une formation en travail social et travaillant auprès de femmes suicidaires), il était impossible de faire une recherche avec un échantillon

probabiliste. Il est probablement impossible de généraliser dans la population visée, puisque celle-ci est très méconnue.

De plus, c'est seulement après avoir récolté les données que je me suis aperçue que je n'avais inclus aucune question sur la localisation géographique des intervenant.e.s. Il m'est donc impossible de savoir quelle est leur dispersion au Québec, ou même de tracer des liens entre leurs réponses et, par exemple, le milieu rural ou urbain. Par contre, comme certaines personnes ont manifesté leur désir de participer à des groupes de discussion à l'extérieur de Montréal, je sais que certain.e.s répondant.e.s proviennent des régions entourant les villes suivantes : Gatineau, Sherbrooke, Québec, Val-d'Or, Rivière-du-Loup, Saint-Ours, Saint-Jean-sur-le-Richelieu.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre seront présentés les résultats obtenus à la suite du sondage en ligne, qui a circulé sur le web entre le 9 janvier et le 28 février 2019. C'est un total de 95 personnes qui ont participé au sondage; toutefois, seulement 46 d'entre elles l'ont complété en entier. J'ai choisi de ne retenir que les réponses des questionnaires complétés. De plus, les réponses de l'un.e des participant.e.s qui avait complété le sondage en entier ont été retirées (ID88), puisque la personne n'a rien coché à la question 07 (Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété en travail social?) et a spécifié, dans la case « autre », « Technique d'éducation spécialisée ». Cela nous indique qu'elle n'a pas de formation en travail social – un critère de sélection – et c'est pour cette raison que ce questionnaire n'a pas été retenu lui aussi. Ainsi, le nombre total de répondant.e.s dont les réponses sont compilées ici est de 45⁵¹.

Les résultats du groupe de discussion portant sur les résultats du sondage, qui s'est tenu le 8 mai 2019 dans la région des Laurentides, seront aussi présentés dans ce chapitre. Ce sont quatre intervenantes qui ont répondu à l'appel, et qui sont venues partager leur point de vue sur les résultats et sur leurs expériences d'intervention.

⁵¹ Il est à noter que pour des raisons d'économie d'espace et de clarté d'information, les tableaux ne comportent pas de catégorie « Total ». La majorité des questions ont été répondues par les 45 répondant.e.s. Lorsque ce n'est pas le cas, la catégorie « Sans réponse » est ajoutée au tableau, ou est mentionnée dans le texte. De plus, quelques questions permettaient aux participant.e.s de sélectionner de multiples réponses. Lorsque c'est le cas, cette information est inscrite dans le texte.

Tous les résultats seront présentés à partir des catégories thématiques du questionnaire, soit : « Questions générales », « Profil des répondant.e.s », « Contexte de la pratique », « Profil des femmes suicidaires », « Problématiques des femmes suicidaires », « Interventions privilégiées » et, enfin, « Enjeux éthiques dans la pratique ».

Dans le cadre de ce chapitre, nous présenterons les résultats amassés par le sondage et le groupe de discussion. Notons toutefois que cette étude étant exploratoire, beaucoup de questions ont été posées, qui ne sont pas avérées révélatrices, et qui ne seront donc pas traitées dans le chapitre de discussion.

4.1 Questions générales

4.1.1 Résultats du sondage

Puisque c'était l'un des critères de sélection pour participer à la recherche, 100 % des répondant.e.s sont intervenu.e.s auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années. Lorsqu'il leur est demandé d'estimer auprès de combien de femmes suicidaires ils et elles sont intervenu.e.s dans les deux dernières années, la somme pour les 45 répondant.e.s est de 1699 femmes suicidaires. La moyenne est d'environ 38⁵² femmes suicidaires par répondant.e.s. Le nombre minimum de femmes suicidaires rencontrées est de 1 et le maximum est de 500, ce qui donne un écart-type élevé de 78,73. La donnée « 500 » pourrait être considérée comme une donnée aberrante. La personne répondante qui a inscrit « 500 » a inscrit que son secteur d'activité est en « santé mentale » dans le réseau de la santé et des services sociaux; je n'ai toutefois pas d'autres détails (par exemple, travaille-t-elle dans un centre de crise, l'urgence psychiatrique ou pour une ligne d'écoute? Cela pourrait expliquer un nombre si élevé – plus de deux femmes suicidaires rencontrées par jour de travail). Il

⁵² 37,76.

est à noter que la majorité des répondant.e.s, soit 71,00 % ont inscrit un nombre de femmes compris entre 1 et 25.

4.1.2 Résultats du groupe de discussion

Lorsque les participantes au groupe de discussion sont questionnées sur le nombre de femmes suicidaires qu'elles ont rencontré dans la dernière année, les réponses se situent entre 5 et 20, avec une moyenne de 11,25.

Parmi les données du sondage présentées, c'est le nombre « 500 » qui a retenu l'attention des participantes : elles trouvent que « c'est intense » (Participante 4), « c'est beaucoup » (Participante 2)⁵³. Elles croient néanmoins que si la personne travaille en centre d'appel de prévention du suicide, cela pourrait expliquer le grand volume de femmes auprès desquelles cette personne aurait intervenu.

4.2 Profil des répondant.e.s

4.2.1 Résultats du sondage

Les personnes participant au sondage ont été interrogées sur leur genre, leur âge, leur appartenance à un groupe autochtone ou racisé, leur processus d'immigration, leur niveau de scolarité complété en travail social, leur autre domaine d'étude ainsi que leur nombre d'années de pratique. Le tableau suivant compile les réponses des 45 formulaires retenus :

⁵³ Les propos des participantes au groupe de discussion sont reproduits mot pour mot, incluant les erreurs de sens ou de syntaxe, sans recourir à la mention [*sic*]. Toute modification visant à faciliter la lecture est indiquée entre crochets.

Tableau 4.1 : Profil des répondant.e.s

Variable	Données	
	N répondant.e.s	%
Genre		
Femme cisgenre	43	95,56 %
Homme cisgenre	2	4,44 %
Âge		
18-25 ans	1	2,22 %
26-35 ans	28	62,22 %
36-45 ans	12	26,67 %
46-55 ans	3	6,67 %
56-65 ans	1	2,22 %
Groupe autochtone ou racisé		
Oui	2	4,44 %
Non	43	95,56 %
Processus d'immigration		
Oui	2	4,44 %
Non	42	93,33 %
Sans réponse	1	2,22 %
Niveau de scolarité complété en TS		
Technique	6	13,33 %
Baccalauréat	33	73,33 %
Maîtrise	6	13,33 %
Autre domaine d'étude		
Oui	22	48,89 %
Non	23	51,11 %
Années d'expérience en intervention		
0-5 ans	14	31,11 %
6-10 ans	9	20,00 %
11-15 ans	14	31,11 %
16-20 ans	5	11,11 %
21-25 ans	2	4,44 %
26-30 ans	1	2,22 %

La majorité des répondant.e.s s'identifient comme femmes cisgenres, ont entre 26 et 35 ans, ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone, n'ont pas vécu de

processus d'immigration et ont complété un baccalauréat. Deux hommes cisgenres ont également répondu au questionnaire, et aucune autre identité de genre n'a été déclarée. Deux personnes s'identifient comme appartenant à un groupe racisé ou autochtone, et deux personnes disent avoir vécu un processus d'immigration.

Près de la moitié des répondant.e.s ont étudié dans un autre domaine, en plus du travail social (48,89 %), qui relève des sciences humaines (toxicomanie, éducation spécialisée, médiation familiale, communication non violente, action communautaire).

Pour ce qui est des années d'expérience en intervention, la moyenne calculée en fonction des catégories est de 10 années d'expérience.

4.2.2 Résultats du groupe de discussion

Le profil des participantes au groupe de discussion est similaire au profil des répondant.e.s au sondage. Quatre femmes cisgenres ont participé au groupe de discussion. Elles habitent toutes la couronne nord de Montréal et s'identifient comme « québécoises » lorsqu'interrogées sur leur appartenance à une communauté ethnoculturelle. Elles ont entre 30 et 38 ans, avec entre 3 et 10 années d'expérience en intervention. Trois d'entre elles détiennent un baccalauréat en travail social, et une détient une technique en travail social.

Les participantes proviennent de milieux de pratique divers : deux travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux, une dans un organisme communautaire, et la dernière dans le domaine de l'incarcération au niveau fédéral. Lorsque questionnées sur leurs secteurs d'activités, voici les réponses : santé mentale, psychiatrie, délinquance, agressions sexuelles. Il est à noter que trois d'entre elles ont écrit santé mentale. Toutes les participantes disent avoir des contacts réguliers avec des femmes qui ont des propos suicidaires.

En ce qui concerne leurs orientations théoriques, chacune a donné entre une et trois réponses, qui se résument à ces concepts : centrée sur les solutions, psychosociale, féministe, systémique, behaviorale/cognitive.

En ce qui a trait aux emplois antérieurs, une participante a travaillé dans un centre d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, et une autre a travaillé dans un centre de crise et de prévention du suicide – des expériences auxquelles elles ont référé à l'occasion pendant le groupe de discussion.

Il convient de souligner que les quatre participantes au groupe de discussion n'avaient pas participé au sondage.

4.3 Contexte de la pratique

4.3.1 Résultats du sondage

4.3.1.1 Milieu de pratique, secteur d'activité et orientations théoriques

Concernant le contexte de pratique, les répondant.e.s ont été questionné.e.s sur leur milieu de pratique, leur secteur d'activité, les orientations théoriques qui guident leur pratique ainsi que le rôle du travail social prédominant dans leur pratique. Les réponses sont compilées dans le tableau ci-dessous. Les 45 répondant.e.s ont donné des réponses à cette question ; il était possible de sélectionner de multiples réponses.

Tableau 4.2 : Éléments de contexte de la pratique

Variable	Données	
	N réponses	%
Milieu de pratique		
Cégep	2	4,44 %
Ministère de la Santé et des Services sociaux (réseau)	29	64,44 %
Organisme sans but lucratif (OSBL)	17	37,78 %
Entreprise privée	1	2,22 %
Université	1	2,22 %
Pratique autonome	6	13,33 %
Secteur d'activité		
Prévention du suicide et crise	5	11,11 %
Accueil psychosocial	4	8,89 %
Services généraux	6	13,33 %
Dépendances	2	4,44 %
Infosocial et interventions téléphoniques	3	6,67 %
Itinérances	3	6,67 %
Gériatrie	3	6,67 %
Jeunesse	4	8,89 %
Santé mentale	22	48,89 %
Violence	5	11,11 %
Autre	8	17,78 %
Orientations théoriques		
Antioppressive	1	2,22 %
Behaviorale / cognitive	11	24,44 %
Centrée sur les solutions	27	60,00 %
Écosystémique	9	20,00 %
Existentielle / humaniste	5	11,11 %
Féministe	13	28,89 %
Psychosociale	27	60,00 %
Structurelle	3	6,67 %
Systémique	19	42,22 %
Autre	7	15,56 %

En ce qui concerne le milieu de pratique, 36 répondant.e.s pratiquent dans un milieu unique, alors que 11 répondant.e.s pratiquent dans plus d'un milieu. La majorité des

répondant.e.s travaillent au ministère de la Santé et des Services sociaux / réseau (64,44 %). Ensuite, ce sont 37,78 % des répondant.e.s travaillent dans un organisme sans but lucratif.

La question sur le secteur d'activité était une question ouverte⁵⁴. La catégorie qui contient le plus de réponses est « santé mentale », avec 48,89 % des répondant.e.s.

Pour ce qui est de l'orientation théorique⁵⁵, les réponses les plus choisies sont les orientations théoriques « psychosociale » et « centrée sur les solutions »⁵⁶.

L'orientation féministe a été choisie par près d'un tiers des répondant.e.s, soit 13 personnes. Les milieux de pratique des répondant.e.s qui ont une orientation théorique féministe sont divers⁵⁷.

4.3.1.2 Valeurs des intervenant.e.s et mission de l'organisme

Les répondant.e.s ont été interrogé.e.s sur la concordance entre leurs valeurs et la mission de l'organisme où ils et elles travaillent. À la question « La mission de l'organisme pour lequel vous travaillez correspond-t-elle à vos valeurs », les

⁵⁴ Parmi les 45 répondant.e.s, ce sont 65 secteurs d'activité qui ont été nommés. Lorsque les personnes signifiaient avoir travaillé auparavant dans un autre milieu, celui-ci était pris en compte si l'ensemble des expériences se trouvait dans la période étudiée (deux dernières années). J'ai regroupé ces 65 secteurs d'activités en catégories synthèses.

⁵⁵ Les répondant.e.s pouvaient en cocher jusqu'à un maximum de trois : 35 répondant.e.s ont identifié 3 réponses, 7 répondant.e.s ont identifié 2 réponses, et 3 répondant.e.s ont identifié 1 seule réponse. Dans ce dénombrement, une réponse a été ajoutée, car l'un.e des répondant.e.s a inséré deux approches dans sa réponse écrite (dans la catégorie « autre »). Ainsi, les réponses sont diversifiées.

⁵⁶ Notons qu'aucun.e répondant.e n'a déclaré être guidé.e par l'approche « narrative », l'orientation théorique « psychanalytique » ou la « psychodynamique analytique ». Quant aux répondant.e.s ayant choisi l'option « autre », il est spécifié : « l'intervention de crise », « l'approche holistique », « l'approche du rétablissement », « l'approche motivationnelle », « l'approche conscientisante » et « l'approche Coopération Forces Action ».

⁵⁷ Les répondant.e.s ont indiqué les milieux suivants : « Aide psychosociale », « Centre de crise et de prévention du suicide », « Santé mentale », « Services généraux », « Itinérance », « Service aux étudiants universitaires », « Violence conjugale », « Centre de femmes », « Sortie de la prostitution » et « CALACS ».

répondant.e.s devaient choisir une cote sur une échelle de un à dix (où 1= « pas du tout » et 10 = « tout à fait »).

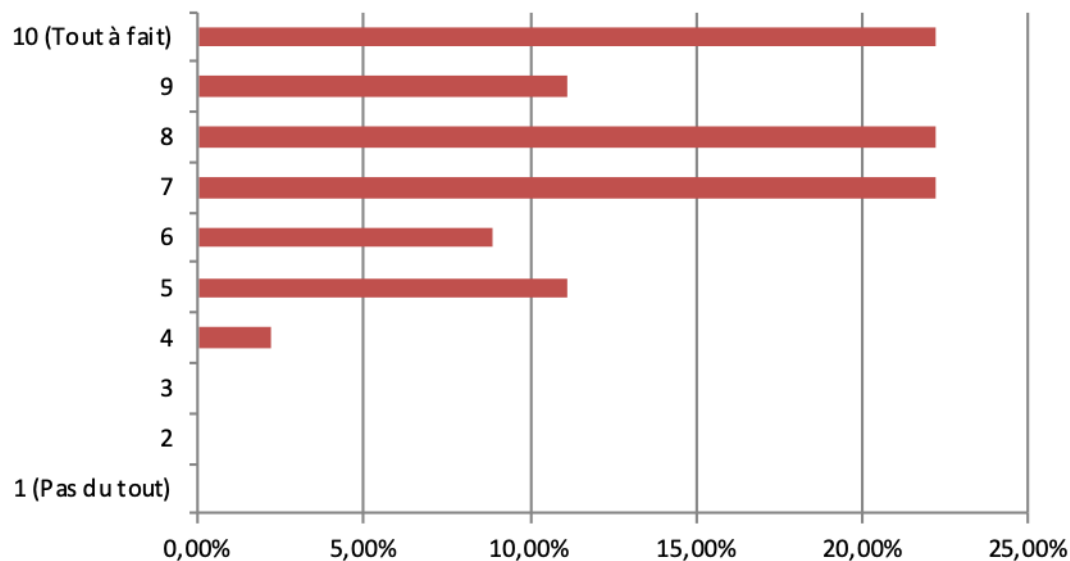


Figure 4.1 : Correspondance entre les valeurs des intervenant.e.s et la mission de l'organisme pour lequel ils travaillent

La majorité des répondant.e.s (77,77 %) ont répondu que la mission de l'organisme pour lequel ils et elles travaillent correspond à leurs valeurs (cote entre 7 et 10). D'un autre côté, 22,22 % des répondant.e.s ont choisi une cote entre 4 et 6, qui pourrait être considérée neutre. Aucun.e intervenant.e n'a sélectionné de cote inférieure à 4.

4.3.1.3 Éléments favorisant de bonnes pratiques d'intervention

Les répondant.e.s ont été questionné.e.s quant à leurs perceptions de certains éléments de leur pratique du travail social auprès des femmes suicidaires, soit : les structures organisationnelles, le temps alloué aux interventions, les conditions de travail, le travail d'équipe, les ressources matérielles et les outils d'intervention.

Le diagramme en bâtons empilés, à la page suivante, permet d'observer que la majorité des intervenant.e.s sont d'avis que tous les éléments nommés favorisent de bonnes pratiques d'intervention.

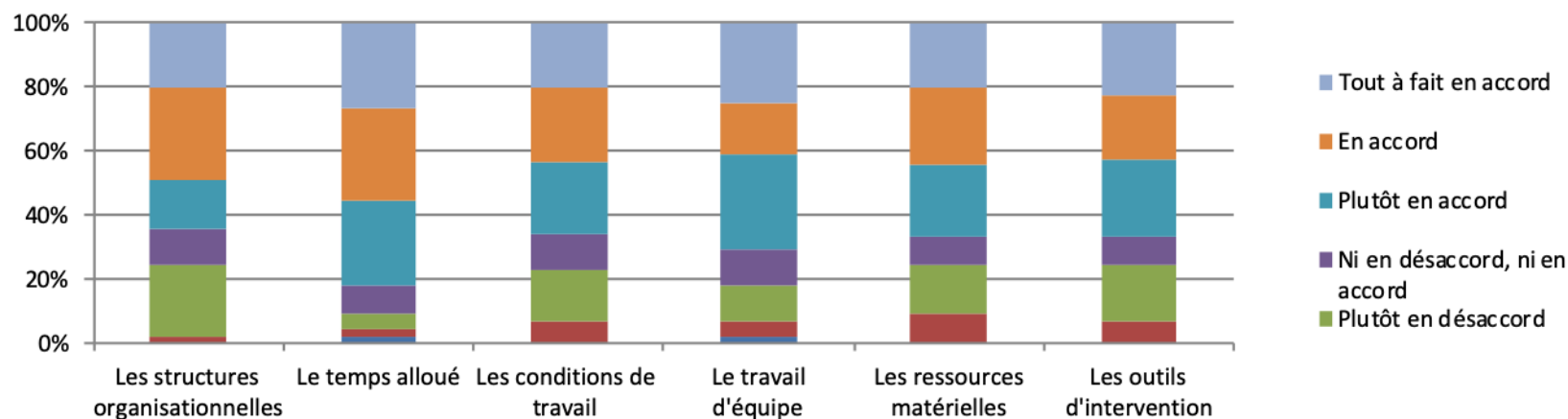


Figure 4.2 : Éléments favorisant de bonnes pratiques d'intervention

En ce qui concerne les « structures organisationnelles », 11,11 % des répondant.e.s déclarent une opinion neutre, 64,45 % ont une opinion favorable et 24,44 % ont une opinion défavorable. Pour l'élément « temps alloué », 8,89 % des répondant.e.s déclarent une opinion neutre, 82,23 % ont une opinion favorable et 8,88 % ont une opinion défavorable. Quant aux « conditions de travail », 11,11 % des répondant.e.s déclarent une opinion neutre, 64,4 % ont une opinion favorable et 22,23 % ont une opinion défavorable; 2,22 % n'ont pas répondu. Pour l'élément « travail d'équipe », 11,11 % des répondant.e.s déclarent une opinion neutre, 68,89 % ont une opinion favorable et 17,77 % ont une opinion défavorable; 2,22 % n'ont pas répondu. Au sujet des « ressources matérielles », 8,89 % des répondant.e.s déclarent une opinion neutre, 66,66 % ont une opinion favorable et 24,45 % ont une opinion défavorable. Pour l'élément « outils d'intervention », 8,89 % des répondant.e.s déclarent une opinion neutre, 66,66 % ont une opinion favorable et 24,45 % ont une opinion défavorable.

4.3.1.4 Connaissance et influence des lois

Lorsque l'on pose la question « Êtes-vous familièr.e avec ces lois? Cochez celles avec lesquelles vous êtes familièr.e », 91,00 % des répondant.e.s sont familièr.e.s avec la P-38. Les éléments du Code civil du Québec sont toutefois moins bien connus par les répondant.e.s : 62,22 % sont familièr.e.s avec le principe de consentement aux soins, 55,56 % le sont avec les mesures et régimes de protection, et 46,67 % le sont avec la garde en établissement. Une minorité de répondant.e.s sont familièr.e.s avec les lois fédérales et provinciales qui régulent l'aide médicale à mourir, soit 17,78 %. Une seule personne a inscrit n'être familière avec aucune de ces lois.

Les réponses à la question sur l'influence des lois sur la pratique des répondant.e.s sont très semblables à leur niveau de connaissance de ces mêmes lois. En effet, lorsque l'on demande « Dans quelle mesure avez-vous l'impression que ces lois influencent votre pratique? », la P-38 semble être celle qui a le plus d'influence sur la pratique (73,33 % ont répondu qu'elle a moyennement ou beaucoup d'influence), alors que les lois fédérales et provinciales qui régulent l'aide médicale à mourir n'ont peu ou pas d'influence sur la pratique des répondant.e.s (86,67 %).

4.3.2 Résultats du groupe de discussion

4.3.2.1 Orientations théoriques

Concernant les résultats sur le contexte de la pratique, les participantes se sont exprimées sur les orientations théoriques guidant la pratique auprès des femmes suicidaires. L'une des participantes explique que dans sa pratique en clinique externe de psychiatrie, « l'aspect médical va prendre le dessus » (Participante 3). Les médecins et les TS n'ont pas la même vision des situations, donc elle doit « composer avec ça [les demandes médicales] », puisque « ça fait partie de la réalité » (Participante 3).

Toutefois, la participante note que des explications médicales peuvent parfois faire sens pour les client.e.s, mais que c'est dans sa pratique du travail social que l'analyse médicale peut être incohérente. Les intervenant.e.s ne sont pas toujours cohérent.e.s entre leur analyse de la situation et les interventions au niveau de la crise suicidaire et des demandes médicales. Par exemple, certain.e.s médecins favoriseront l'hospitalisation, alors que ce ne serait pas nécessairement le cas dans un CLSC. La participante souligne de plus que la vision médicale dans laquelle elle baigne dans son milieu de travail vient aussi teinter sa vision des situations.

Une autre participante, pour sa part, travaille dans un milieu féministe où sa « lunette féministe » lui permet d'envisager les problèmes que vivent les femmes sous un angle plutôt sociopolitique. Elle indique par exemple que « [p]arce que nous on a une approche féministe, on a une lunette tsé, pour nous les agressions c'est un problème de société qui est pas juste ton problème [à la cliente] » (Participante 1).

4.3.2.2 Éléments favorisant de bonnes pratiques

Puisque certains résultats du sondage n'ont été présentés que brièvement, le groupe de discussion s'est particulièrement penché sur la question concernant les éléments des organismes favorisant de bonnes pratiques. Les participantes croient à ce sujet que si tous les éléments nommés étaient réunis, cela favoriserait effectivement de bonnes pratiques, mais que ce n'est pas la réalité actuelle dans certains milieux : « j'pense que tout ça, mets ça dans un monde idéal, ça c'est les plus belles façons d'intervenir auprès des femmes suicidaires, quand toutes les choses sont bien faites là » (Participante 4). Ce sont particulièrement les notions de travail d'équipe et d'interdisciplinarité ainsi que les structures organisationnelles qui ont émergé.

4.3.2.2.1 Travail d'équipe et interdisciplinarité

En ce qui concerne le travail d'équipe, ce qui ressort de la discussion est que l'interdisciplinarité a du mérite, mais aussi des limites. Par exemple, l'interdisciplinarité permet le partage d'observations et la validation de ses perceptions auprès d'autres professionnel.le.s Aussi, les répondantes ont abordé l'importance d'une équipe de travail afin de s'approprier et de pratiquer les interventions liées à certaines problématiques : « Donc tsé, t'apprends un peu sur le tas là, mais une chance que t'as une équipe de travail autour de toi et tout ça. Pis avec le temps, ben oui là éventuellement t'apprend à te sentir outillée. » (Participante 2)

Cependant, l'interdisciplinarité présente aussi des limites : les intervenant.e.s provenant de différentes disciplines ne voient pas les choses de la même façon. Les participantes nomment, entre autres, que souvent leur vision diffère lorsqu'elles sont face à des médecins ou à des agent.e.s d'établissement de détention. Elles nuancent en expliquant que la vision de l'autre professionnel.le n'est pas nécessairement fausse, et qu'un rapport de confiance doit se développer entre les collègues en intervention.

Enfin, pour ce qui est de l'assignation des dossiers, certains aspects de cas ressortent comme étant plus « dans la cour » d'une discipline ou d'une autre. Ainsi, les crises suicidaires sont plus souvent adressées aux TS.

4.3.2.2.2 Structure organisationnelle

La majorité des participantes sont en désaccord avec le fait que les répondant.e.s au sondage considèrent que les structures organisationnelles favorisent de bonnes pratiques. Elles sont surprises de tels résultats. Bien qu'elles croient qu'une structure organisationnelle très claire peut favoriser de bonnes pratiques, elles sont d'avis que la structure organisationnelle des CISSS alourdit la pratique des intervenant.e.s : elle

est incohérente et instable, ce qui fait ressentir le manque d'outils nécessaires. À ce sujet, quatre importants facteurs alourdissant leur pratique sont nommés : les nombreux changements qui prennent place dans le réseau de la santé et des services sociaux en peu de temps, les statistiques, le manque de ressources et les listes d'attente.

Les changements de structure organisationnelle ont une influence sur les services offerts aux client.e.s :

Hein, feck on se sent constamment déstabilisé, feck au niveau de la structure organisationnelle, nous j'pense que on a changé de chef, je compte pu combien... Feck tsé ça vient teinter nécessairement comment est-ce qu'on vient euh, emmener nos services à la clientèle.
(Participante 2)

En ce qui concerne les statistiques, les participantes identifient que celles-ci n'ont pas la même connotation pour quelqu'un.e qui exerce dans le milieu communautaire que pour quelqu'une qui exerce dans le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, les statistiques dans les organismes communautaires reflètent ce qui a été fait durant l'année, alors que dans le réseau, c'est une pression gouvernementale à performer pour avoir accès aux ressources. D'ailleurs, les outils de compilation de statistiques sont, tout comme le reste du réseau de la santé et des services sociaux, en plein changement. Cela affecte la pratique des TS : « [Ç]a a complètement changé notre pratique, les listes d'attente, les fusions... » (Participante 2)

Les participantes ont nommé plusieurs situations qui témoignent d'un manque de ressources nécessaires pour répondre aux besoins de leur clientèle. L'une raconte :

On s'est retrouvé à un moment donné dans notre équipe, où, écoute, c'est pas des farces là, on était rendues trois, tsé pour répondre à 300 quelques personnes sur une liste d'attente, parce que y'en a une qui s'était blessée, y'en a une qui était sur le point de partir, une qui était partie pas été

remplacée. Tu dis : okay, y'a tellement de besoins, qu'à un moment donné je veux répondre, mais est-ce que j'ai les moyens de toujours répondre à ça? (Participante 2)

Un autre exemple concerne le manque de ressources en CHSLD. L'une des participantes mentionne qu'elle a eu une patiente qui a fait une tentative de suicide alors qu'elle était en CHSLD. Toutefois, il n'existait pas de protocole pour ce genre de situation dans cet établissement, et les intervenant.e.s sur place ne sont pas habitué.e.s à faire face à des tentatives de suicide. Les médecins de la clinique externe ont demandé aux intervenant.e.s du CHSLD de faire des estimations du risque suicidaire à chaque heure, mais comme le personnel n'avait pas les ressources pour le faire, la participante n'est pas certaine que cela a vraiment été fait.

La participante 1 fait remarquer que des manques de ressources se font sentir dans divers organismes indépendamment de leur structure organisationnelle, et qu'il y a une limite au nombre de client.e.s auxquelles les intervenant.e.s peuvent répondre à la fois.

La participante 4 note de son côté que dans l'établissement fédéral où elle travaille, les besoins médicaux et psychosociaux des détenues sont pris en charge très rapidement; toutefois, c'est lorsqu'elles sont libérées que ces femmes font face au manque de ressources des organismes.

En termes de manque de ressources, les participantes indiquent que les locaux dans lesquels elles travaillent sont désuets : l'une mentionne travailler dans un bureau à aire ouverte avec ses collègues, ce qui pose son lot de difficultés lors d'interventions téléphoniques; une autre constate que « les murs sont en carton » dans son établissement, ce qui pose aussi problème au niveau de la confidentialité. J'y reviendrai.

Les intervenantes sont d'avis que le manque de ressources disponibles pour répondre aux besoins est un problème de société :

- Pis c'est encore plus gros que juste dans le CLSC parce que nous aussi on a ce problème-là, mais c'est un problème de société... (Participante 1)
- De société, oui! (Participante 3)
- Ouais, clairement. (Participante 4)
- Parce que là y'a quelque chose qui marche pas. (Participante 1)

En raison du manque flagrant de ressources, les organismes – dans ce cas-ci les CISSS – doivent placer les gens sur des listes d'attentes pour recevoir des services. Les participantes notent plusieurs failles dans ce système. Premièrement, l'attente est excessivement longue : « Dernièrement on a formé un nouveau groupe, pis y'a des gens qui étaient en attente depuis 2017, on est quand même en 2019 » (Participante 2). De plus, elles doivent assumer la responsabilité des gens qui sont sur la liste d'attente de leurs services, même s'ils ne sont pas encore des clients actifs. La participante 3 doit en outre gérer sa liste d'attente et la priorisation de ses « cas » par elle-même, puisqu'il n'y a pas de coordination pour assurer ce type de suivi. Cela lui ajoute un poids en termes de tâches et de responsabilités. Les autres participantes expriment que ça ne devrait pas se passer ainsi.

Les participantes au groupe de discussion concluent qu'elles se sentent bien outillées pour intervenir, mais que ce n'est pas en raison de la structure organisationnelle, laquelle est parfois déficiente pour aider les intervenant.e.s à se sentir bien au quotidien.

Toutefois, les participantes nomment à plusieurs reprises que le milieu institutionnel et le milieu communautaire sont « complètement différents, c'est deux mondes » (Participante 1). Par exemple, au CALACS, les éléments mentionnés comme favorisant de bonnes pratiques seraient réunis. L'un des éléments que la participante identifie comme particulièrement aidant est le travail d'équipe entre les patron.ne.s et

les intervenantes. L'équipe est toujours consultée donc il y a beaucoup de place pour l'autonomie des travailleuses. La même chose est notée en ce qui concerne la pratique du travail social dans un établissement fédéral : « Nous ben on n'a pas de... on n'est pas contraint, on n'a pas de cible, là. [...] On a une liberté de pratique qui est tellement agréable là-dedans. » (Participant.e 4)

En somme, les participantes du groupe de discussion nomment des obstacles organisationnels à leur pratique, notamment les nombreux changements opérés dans les milieux de pratiques ainsi que le manque de ressources pour répondre à des problématiques sociales. Ceci serait notamment différent pour les intervenant.e.s pratiquant dans le milieu institutionnel et le milieu communautaire.

4.4 Profil des femmes suicidaires, basé sur les représentations des répondant.e.s au sondage

4.4.1 Résultats du sondage

Les répondant.e.s ont été questionné.e.s sur le profil des femmes suicidaires auprès desquelles ils et elles sont intervenu.e.s au cours des deux dernières années. Les éléments abordés sont : le genre, l'âge, l'appartenance à un groupe racisé ou autochtone, le vécu d'immigration, l'orientation sexuelle, le statut conjugal et familial, la présence de handicap et le niveau de scolarité. Ils et elles devaient répondre aux items en termes de proportion (aucune femme, quelques femmes, la majorité des femmes, toutes les femmes). Les réponses sont compilées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4.3 : Profil des femmes suicidaires selon les intervenant.e.s sondé.e.s

Variable	Aucune d'entre elles	Quelques-unes d'entre elles	La majorité d'entre elles	Toutes	Sans réponse
Genre					
Cisgenre	0,00 %	2,22 %	33,33 %	60,00 %	4,44 %
Transgenre	37,78 %	33,33 %	0,00 %	2,22 %	26,67 %
Non binaire	62,22 %	6,67 %	0,00 %	0,00 %	31,11 %
Intersexe	62,22 %	6,67 %	0,00 %	0,00 %	31,11 %
Non déclaré	57,78 %	8,89 %	2,22 %	0,00 %	31,11 %
Âge					
18-25	20,00 %	68,89 %	11,11 %	0,00 %	0,00 %
26-35	15,56 %	66,67 %	15,56 %	0,00 %	2,22 %
36-45	11,11 %	64,44 %	20,00 %	0,00 %	4,44 %
46-55	11,11 %	64,44 %	15,56 %	0,00 %	8,89 %
56-65	24,44 %	60,00 %	4,44 %	0,00 %	11,11 %
66-75	51,11 %	28,89 %	4,44 %	0,00 %	15,56 %
76-85	66,67 %	15,56 %	2,22 %	0,00 %	15,56 %
86 et plus	71,11 %	8,89 %	2,22 %	0,00 %	17,78 %
Groupe racisé ou autochtone					
Appartenance à un groupe racisé ou autochtone	51,11 %	44,44 %	4,44 %	0,00 %	0,00 %
Processus d'immigration					
A vécu un processus d'immigration	68,89 %	31,11 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Orientation sexuelle					
Asexuelle	73,33 %	6,67 %	0,00 %	0,00 %	20,00 %
Bisexuelle	33,33 %	51,11 %	0,00 %	0,00 %	15,56 %
Lesbienne	26,67 %	60,00 %	0,00 %	0,00 %	13,33 %
Hétérosexuelle	2,22 %	17,78 %	57,78 %	15,56 %	6,67 %
Pansexuelle	64,44 %	13,33 %	2,22 %	0,00 %	20,00 %
Non mentionnée	55,56 %	26,67 %	4,44 %	6,67 %	6,67 %
Statut conjugal					
Célibataire	4,44 %	64,44 %	26,67 %	4,44 %	0,00 %
En couple, conjointe de fait, mariée	11,11 %	60,00 %	26,67 %	2,22 %	0,00 %
Divorcée, séparée	15,56 %	64,44 %	17,78 %	0,00 %	2,22 %
Veuve	40,00 %	46,67 %	2,22 %	2,22 %	8,89 %

Enfants					
En bas âge (0-5 ans)	24,44 %	62,22 %	8,89 %	0,00 %	4,44 %
Âge scolaire (6-11 ans)	20,00 %	73,33 %	2,22 %	0,00 %	4,44 %
Adolescent.e.s (12-17 ans)	26,67 %	55,56 %	6,67 %	0,00 %	11,11 %
Adultes (18 et plus)	13,33 %	64,44 %	17,78 %	2,22 %	2,22 %
Aucun enfant	13,33 %	55,56 %	26,67 %	0,00 %	4,44 %
Handicap					
Vit avec un handicap	35,56 %	55,56 %	2,22 %	4,44 %	2,22 %

4.4.1.1 Identité de genre

La majorité des répondant.e.s déclarent que les femmes suicidaires rencontrées dans les deux dernières années sont « toutes » ou « en majorité » cisgenres (93,33 %). En ce qui concerne les identités non cisgenres, près de 30,00 % des répondant.e.s ont laissé la question sans réponse. Les personnes ayant répondu au sondage ont en majorité déclaré qu'« aucune » des femmes suicidaires rencontrées ne s'identifiait à ces appartenances de genre, à l'exception de l'identité « transgenre », où une portion non négligeable de répondant.e.s ont inscrit « quelques-unes » (33,33 %).

4.4.1.2 Âge

Les statistiques amassées par rapport à l'âge des femmes suicidaires rencontrées dans les deux dernières années par les répondant.e.s font état d'une grande diversité : la majorité des répondant.e.s déclarent que « la majorité » des femmes rencontrées ont entre 18 et 65 ans. La majorité des intervenant.e.s déclarent aussi qu'ils et elles n'ont rencontré « aucune » femme de plus de 66 ans.

4.4.1.3 Groupe racisé ou autochtone

La majorité des intervenant.e.s (51,11 %) disent qu'aucune des femmes suicidaires auprès desquelles ils et elles interviennent s'identifient à un groupe racisé ou autochtone. Cela dit, 44,44 % des répondant.e.s indiquent que quelques-unes des femmes auprès desquelles ils et elles interviennent s'identifient à un groupe racisé ou

autochtone. Enfin, 4,44 % des répondant.e.s interviennent auprès d'une majorité de femmes s'identifiant à un groupe racisé ou autochtone.

4.4.1.4 Processus d'immigration

La majorité des intervenant.e.s (68,89 %) disent qu'aucune des femmes suicidaires auprès desquelles ils et elles interviennent ont vécu un processus d'immigration. À l'inverse, 31,11 % des répondant.e.s disent que quelques-unes des femmes auprès desquelles ils et elles interviennent ont vécu un processus d'immigration.

4.4.1.5 Orientation sexuelle

La majorité des intervenant.e.s déclarent que « toutes » ou « la majorité » des femmes suicidaires rencontrées au cours des deux dernières années sont hétérosexuelles (73,34 %). La majorité des intervenant.e.s déclarent que « quelques-unes » des femmes sont lesbiennes (60,00 %) ou bisexuelles (51,11 %). Quant aux orientations asexuelle et pansexuelle ainsi qu'à la catégorie « orientation sexuelle non mentionnée », la majorité des intervenant.e.s ont répondu que cela ne s'applique à « aucune » des femmes auprès desquelles ils et elles sont intervenu.e.s (respectivement 73,33 %, 64,44 % et 55,56 %).

4.4.1.6 Statut conjugal et enfants

À l'instar de la variable « âge », les résultats de la variable « statut conjugal » indiquent une grande diversité dans les statuts conjugaux des femmes suicidaires rencontrées par les répondant.e.s au cours des deux dernières années. Pour chacune des catégories (célibataire, en couple/conjointe de fait/mariée, divorcée/séparée, veuve), la majorité des intervenant.e.s ont indiqué que cela correspond au profil de « quelques-unes » des femmes rencontrées. La même chose est observée pour la question sur les enfants : pour chacune des catégories (enfants en bas âge, âge

scolaire, adolescent.e.s, adultes, aucun enfant), la majorité des intervenant.e.s ont indiqué que cela caractérise « quelques-unes » des femmes rencontrées.

4.4.1.7 Handicaps

En ce qui concerne les handicaps, 55,56 % des répondant.e.s déclarent que « quelques-unes » des femmes auprès desquelles ils et elles sont intervenu.e.s dans les deux dernières années vivent avec des handicaps. Pour 35,56 % des répondant.e.s, « aucune » des femmes suicidaires rencontrées dans la période visée ne vit avec des handicaps. Néanmoins, 2,22 % des répondant.e.s disent que ce sont « la majorité » des femmes suicidaires rencontrées qui vivent avec des handicaps, tandis que pour 4,44 %, ce sont « toutes » les femmes; 2,22 % ont laissé la question sans réponse.

4.4.2 Résultats du groupe de discussion

L'élément important à retenir des propos des participantes est qu'il est difficile de tracer un portrait unique des femmes suicidaires auprès desquelles elles sont intervenues, en raison du fait qu'il y a une multitude de femmes ayant une multitude de parcours différents. Ainsi, les participantes ont davantage abordé les problématiques vécues par ces femmes (voir section suivante), que leur profil type :

Feck j'ai de la misère à pouvoir te donner vraiment comme un profil type, parce que je trouve que toutes les femmes, en tout cas que moi je rencontre sont... y'ont tellement un parcours différent dans un sens, que j'ai de la difficulté à vraiment pouvoir vraiment dresser un profil.
(Participante 4)

Selon elles, le suicide peut arriver à n'importe qui : « [P]our moi ça fait du sens comme ce qui ressort dans tes résultats, parce que ça pourrait m'arriver à moi aussi. Comme, y'a personne qui est à l'abri de ça. » (Participante 1)

4.5 Problématiques des femmes suicidaires

4.5.1 Résultats du sondage

4.5.1.1 Problématiques liées au suicide

En ce qui concerne les problématiques liées au suicide qui sont vécues par les femmes suicidaires, les répondant.e.s devaient à nouveau répondre aux items en termes de proportion (aucune femme, quelques-unes, la majorité, toutes les femmes).

Les résultats sont compilés dans le tableau suivant :

Tableau 4.4 : Problématiques liées au suicide

Variable	Aucune d'entre elles	Quelques-unes d'entre elles	La majorité d'entre elles	Toutes	Sans réponse
Idées noires	0,00 %	2,22 %	48,89 %	46,67 %	2,22 %
Idées suicidaires	0,00 %	6,67 %	66,67 %	26,67 %	0,00 %
Plan suicidaire	4,44 %	64,44 %	31,11 %	0,00 %	0,00 %
Tentative(s) de suicide	15,56 %	53,33 %	31,11 %	0,00 %	0,00 %
Comportement(s) automutilatoire(s)	6,67 %	68,89 %	24,44 %	0,00 %	0,00 %
Suicide complété	82,22 %	17,78 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Homicide et suicide complété	95,56 %	4,44 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Pour la majorité des répondant.e.s, ce sont de « la majorité » à « toutes » les femmes suicidaires rencontrées dans les deux dernières années qui ont des idées noires (95,56 %) et des idées suicidaires (93,34 %). Quant au plan suicidaire, aux tentatives de suicide et aux comportements automutilatoires, la majorité des intervenant.e.s déclarent que ce sont « quelques-unes » des femmes suicidaires rencontrées dans les deux dernières années qui les manifestent (respectivement 64,44 %, 53,33 % et 68,89 %). La majorité des répondant.e.s ont répondu qu'« aucune » femme n'a complété de suicide ou d'homicide (respectivement 82,22 % et 95,56 %).

4.5.1.2 Problématiques fréquemment rencontrées

Les répondant.e.s ont aussi été questionné.e.s sur les problématiques observées chez les femmes suicidaires auprès desquelles ils et elles sont intervenu.e.s (problématiques de violence envers les femmes, de santé mentale, de santé physique, liées à la pauvreté, liées à l'immigration)⁵⁸.

Parmi les problématiques de violences faites aux femmes suggérées dans le questionnaire, les problématiques les plus choisies par les répondant.e.s sont les « agressions sexuelles vécues à l'enfance » (97,78 %), la « violence conjugale » (91,11 %), les « agressions sexuelles à l'âge adulte » (77,78 %) et l'« exposition à la violence conjugale dans l'enfance » (71,11 %). Aucun.e répondant.e n'a choisi l'option « aucune problématique de violence ».

Les problématiques de santé mentale les plus choisies par les intervenant.e.s sont : « troubles dépressifs » (91,11 %), « troubles anxieux » (91,11 %), « troubles de la personnalité » (86,67 %) et « troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » (77,78 %).

Plus de la moitié des répondant.e.s, soit 57,78 %, disent avoir observé des douleurs chroniques/de la fibromyalgie chez les femmes suicidaires auprès desquelles ils et elles sont intervenu.e.s au cours des deux dernières années. Par ailleurs, 35,56 % font état de blessure(s) physique(s) avec séquelle(s) chez leur patiente.

Les problématiques liées à la pauvreté les plus choisies par les intervenant.e.s sont les « problèmes financiers » (91,11 %), les « difficultés d'accès à un logement/logement

⁵⁸ Les personnes répondantes pouvaient cocher autant de réponses qu'elles le désiraient. Elles ont aussi pu nommer les problématiques qu'elles ont constatées chez leurs clientes et qui n'étaient pas incluses dans le questionnaire. De plus, il leur a été demandé d'indiquer les raisons que leurs clientes nomment comme menant à leur désir de mourir.

précaire » (82,22 %), suivies par « difficulté en sécurité alimentaire » (66,67 %) et « endettement » (66,67 %).

Près de la moitié des répondant.e.s, soit 48,89 %, déclarent que les femmes suicidaires auprès desquelles ils et elles sont intervenu.e.s dans les deux dernières années n'ont pas vécu de problématique liée à l'immigration. Parmi les problématiques choisies par les intervenant.e.s dans la catégorie « problèmes liés à l'immigration », la plus populaire est « isolement » (42,22 %), suivie par « séparation familiale » (22,22 %) et « barrière de la langue » (20,00 %).

Lorsqu'il leur est demandé de fournir d'autres problématiques vécues par leurs clientes, les thèmes suivants sont abordés : « couple », « dépendance », « deuil », « diagnostic », « DPJ/enfants », « emploi », « isolement/itinérance », « judiciarisation », « marginalisation »⁵⁹.

4.5.1.3 Les raisons pour lesquelles les femmes rapportent « vouloir mourir » selon l'expérience les répondant.e.s

Lorsqu'il leur est demandé de fournir les raisons que donnent leurs clientes au désir de mourir, les répondant.e.s pouvaient inscrire jusqu'à trois réponses. Les 124 réponses de type qualitatif ont été regroupées comme suit :

⁵⁹ Douze répondant.e.s inscrivent des réponses de type qualitatif. Ces réponses ont été thématiques pour constituer les regroupements présentés.

- Âge
- Désespoir
- Deuil
- Épuisement
- Estime de soi
- Évènements qui provoquent une crise
- Fardeau pour les proches
- Incompréhension
- Isolement/solitude
- Pas de soutien
- Pauvreté, santé mentale et dépendances
- Perte du goût de vivre
- Problèmes antérieurs non résolus
- Raisons médicales
- Sentiment d'être inutile
- Sentiment d'impuissance
- Séparation/problèmes conjugaux et/ou familiaux
- Souffrance
- Violence

Les catégories comptant le plus de réponses sont « souffrance », « désespoir », « épuisement », « isolement/solitude » et « santé mentale et dépendances ».

4.5.2 Résultats du groupe de discussion

D'abord, à l'instar des résultats du sondage, les participantes émettent qu'il y a une multiplicité de problématiques qui sont vécues par les femmes suicidaires. Par exemple, l'une des participantes travaille dans un CALACS, où elle intervient spécifiquement auprès de la problématique des agressions sexuelles; elle explique toutefois que les femmes vivent aussi toutes sortes d'autres problématiques. Les participantes expliquent que toutes les problématiques présentées dans les résultats font partie de ce qu'elles ont rencontré dans leurs pratiques respectives.

4.5.2.1 Environnement social

D'après les participantes, la présence de la DPJ dans la vie des femmes et les problématiques liées aux enfants occupent une place importante dans les raisons pouvant conduire à leur « vouloir mourir ». Elles expliquent que souvent, chez leur clientèle, soit la DPJ est déjà dans le dossier, soit les enfants sont retirés, ou il y a des problématiques au niveau de la garde. Cela fait en sorte que les femmes trouvent

qu'elles ne sont pas de bonnes mères et que ce serait mieux si elles n'étaient pas là. Les femmes rencontrées par les participantes sont isolées. L'une raconte :

En tout cas, moi dans ma pratique c'est ce que je vois beaucoup. Euh, des femmes encore qui sont très isolées, comme je vous disais tantôt, beaucoup plus que les hommes, qui ont encore des fois une femme en arrière qui les attend, même si ça fait 14 ans qui sont en dedans, y'a encore une madame qui va être là quand y va sortir, tsé. Les femmes ça arrive jamais là, moi j'n'ai pas sur mon *caseload*, sans farce quelqu'un qui l'attend dehors, personne. (Participante 4)

Les participantes s'attendaient à ce que l'item « conditions socio-économiques » ait un poids plus important dans les résultats du sondage. Selon elles, il est bien connu que les femmes sont souvent plus pauvres. Dans le cas des femmes plus âgées, les participantes parlent d'une « dégradation dans l'échelle sociale » due à une rupture, où les femmes ne peuvent plus assumer le même niveau de vie et doivent faire des démarches qu'elles n'ont jamais eu à faire avant (demande d'aide sociale et d'habitation à loyer modique ou HLM). Elles notent aussi que les femmes suicidaires ont souvent un profil de « travailleuse pauvre » ou de « mère sans emploi ».

Selon les participantes, pour plusieurs femmes, l'agression sexuelle sera la goutte qui fait déborder le vase et « ça va toute venir exacerber toutes des choses que [elle] traîne depuis tellement longtemps » (Participante 2).

Enfin, les participantes expliquent qu'elles constatent qu'il existe une stigmatisation sociale liée aux diagnostics de troubles de santé mentale des femmes suicidaires. La stigmatisation serait « un regard de société qu'on sent qui est [posé sur] ces femmes-là » (Participante 2) et qui a des impacts sur plusieurs aspects de leur vie : leur perception d'elles-mêmes, l'image projetée auprès de la DPJ, les démarches en emploi (surtout lorsqu'elles sont doublement stigmatisées).

4.5.2.2 Problématiques de santé mentale

Les participantes considèrent que les problématiques de santé mentale prennent beaucoup de place dans les résultats, alors que ce n'est pas la seule explication aux idées suicidaires. Une problématique de santé mentale est un facteur qui peut expliquer en partie les idées suicidaires, mais ce n'est pas, selon les participantes, la seule cause de celles-ci :

La problématique de santé mentale, c'est, c'est un des facteurs, mais pour moi, c'est comme pas le facteur qui explique que la personne va être suicidaire. C'est pas t'as un diagnostic de santé mentale, donc nécessairement tu vas avoir des idées suicidaires... (Participante 2)

Donc, même en présence d'un trouble de santé mentale, les idées suicidaires sont multifactorielles et se construisent dans le temps : « C'est pas, j'me lève un matin et oups tout d'un coup j'ai un trouble de personnalité limite ou oups, tout d'un coup, je deviens suicidaire. » (Participante 2)

Toutefois, selon les participantes, un trouble de santé mentale viendrait fragiliser les gens à vivre un épisode suicidaire : lorsqu'il y a présence d'un trouble de santé mentale, le risque suicidaire n'est jamais absent. Elles identifient que le développement d'une problématique de santé mentale est aussi multifactoriel : il y aurait des « messages de société » qui auraient une influence (par exemple, la pression à performer), mais aussi un aspect génétique.

L'une des participantes, qui travaille dans un contexte féministe, explique par exemple qu'une femme sera suicidaire parce qu'elle a vécu un traumatisme ou une accumulation de traumatismes, et non pas parce qu'elle a un trouble de personnalité limite. Ce sont donc les traumatismes qui fragilisent ou causent les problèmes de santé mentale : le trouble de personnalité limite viendrait donc du traumatisme. D'autres participantes sont d'avis qu'il est difficile d'identifier ce qui est présent en

premier : le trouble de santé mentale ou la violence vécue. Ainsi, il est difficile de vraiment déterminer ce qui cause les idées suicidaires.

Le diagnostic de « trouble de personnalité limite » est discuté longuement. Selon les participantes, beaucoup de femmes se définissent par celui-ci; c'est la première chose qu'elles nomment lors d'une première rencontre. Il faut donc, selon elles, « en prendre et en laisser ». Elles expliquent aussi que la clientèle ayant un trouble de personnalité limite souffre, mais ce ne sont pas uniquement des personnes suicidaires.

4.5.2.3 Idées noires et idées suicidaires

La discussion s'est également centrée sur la distinction entre « les idées noires » et « les idées suicidaires »⁶⁰. Premièrement, pour certaines, les deux concepts sont en fait la même chose, mais constituent une façon de nommer les choses différemment : « [L]es idées noires, souvent les gens vont dire ça parce qu'ils ont peur de dire le mot suicide. Ils ont peur de le nommer, peur que les gens le pensent, peur de donner des idées. » (Participante 1) Si les idées noires peuvent être sujettes à différentes interprétations – « ce qui est noir pour moi, l'est peut-être pas pour toi tsé » (Participante 1) –, l'expression peut servir à minimiser la souffrance.

Deuxièmement, pour d'autres participantes, il y a une distinction nette entre les deux concepts. Les idées noires renvoient à la notion de passivité, tandis que les idées suicidaires expriment un passage à l'acte concret. Selon elles, les idées noires parlent d'une « mort passive » ou des « idées passives de mort » (Participante 3) qui représentent une espèce de porte de sortie : « Là, ma souffrance est trop intense, feck ça me fait du bien de penser que je pourrais en finir. » (Participante 2)

⁶⁰ Voir l'introduction pour la définition de « idées suicidaires ».

Dans tous les cas, celles-ci témoignent d'une souffrance : « Ben tsé, pour moi en fait, quand une femme a des idées suicidaires, ben tsé j'ai pas peur de ça, dans le sens que, ben ça, ça parle de quelque chose. Ça parle d'une souffrance. » (Participante 1)

4.5.2.4 Confronter le « vouloir mourir » des femmes

Un autre élément qui émerge de la discussion est que les participantes disent n'avoir rencontré que très peu de gens qui veulent vraiment mourir. Selon elles, le désir de vivre est toujours là, c'est plutôt le désir de sortir de la situation de souffrance qui prend toute la place et qui se manifeste par les idées suicidaires :

On va constater effectivement que c'est très rare les gens qui veulent mourir. En fait, moi j pense que dans ma pratique je n'ai jamais rencontré quelqu'un qui disait franchement : « Je veux mourir! ». [Les femmes m'ont plutôt dit] « J'étais malheureuse de me réveiller », « J'étais malheureuse parce que je vais me retrouver encore dans la même situation mais en même temps, je veux arrêter de tout le temps, constamment [souffrir] ». (Participante 2)

À leur avis, c'est le contexte de vie ou l'environnement social qui emmène les femmes face à un mur, où la porte de sortie consiste en des idées suicidaires.

En ce qui concerne les raisons données aux idées et actions suicidaires des femmes, les participantes nomment quelques éléments de réponse :

- Pour certaines femmes, le suicide a toujours été présent, c'est une sorte de mode de vie, ou encore les idées suicidaires sont cycliques;
- Pour d'autres, tant qu'à sentir qu'elles n'ont pas le contrôle, elles prennent le contrôle en sachant qu'il y a cette « porte de sortie »; elles ont le contrôle là-dessus (le suicide). Toutefois, cette notion de choix ne représente pas tout à fait la même possibilité pour les femmes incarcérées, car « elles sont entre quatre murs », il y a plus de surveillance;

- Aussi, l'une des raisons nommées pour le suicide est qu'elles ont l'impression de déranger et que si elles ne sont plus là, elles ne dérangeront plus.

D'ailleurs, en ce qui concerne les suicides complétés, les participantes disent que ça arrive rarement, mais que ça arrive. Elles disent que « c'est quelque chose », et qu'elles s'en souviennent longtemps. Elles ont appris le décès d'une femme suicidaire soit dans le logiciel de statistiques, les notes de l'urgence ou du coroner, ou dans les médias. L'une des participantes donne l'exemple d'une femme qui avait participé à une première rencontre de thérapie de groupe visant à donner les informations sur la démarche et vérifier la motivation des personnes à l'entreprendre. Cette femme nommait un besoin d'aide et une souffrance importante. Puisqu'il y avait encore de l'attente avant d'en arriver à la thérapie en soi, la femme s'est enlevée la vie :

[P]our adhérer à une de nos thérapies [nom de la thérapie], il faut faire un pré-groupe, juste pour voir si la personne a envie d'embarquer dans les vingt semaines de thérapie. Cette dame-là était venue faire le pré-groupe, et elle nous l'avait dit qu'elle n'allait pas très bien, elle nous avait expliqué sa situation, c'était précaire pis tout ça. Nous, on savait qu'il y avait encore de l'attente avant d'en arriver à la thérapie en tant que tel. Je pense que deux semaines après, dans les journaux, on a appris que cette dame-là s'était suicidée. Feck ça a été ouf... (Participante 2)

4.6 Interventions privilégiées

4.6.1 Résultats du sondage

4.6.1.1 Types d'intervention prédominant dans la pratique

Concernant le type d'intervention prédominant dans la pratique de l'intervention sociale auprès des femmes suicidaires, les répondant.e.s sont presque unanimes, comme en témoigne le diagramme circulaire ci-dessous.

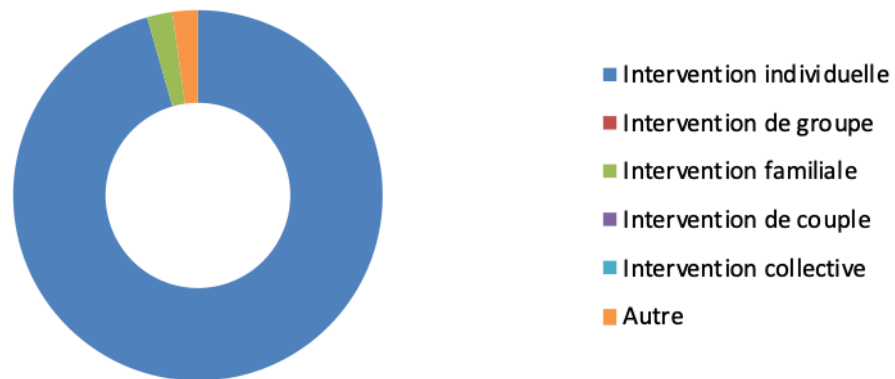


Figure 4.3 : Type d'intervention prédominant dans la pratique auprès des femmes suicidaires

Pour 95,56 % des répondant.e.s, c'est l'intervention individuelle qui prédomine dans leur pratique. Un.e répondant.e déclare que c'est l'intervention familiale qui prédomine dans sa pratique (2,22 %). Un.e autre a choisi l'option « autre » en précisant que son intervention est autant individuelle que de groupe et collective.

4.6.1.2 Interventions privilégiées auprès des femmes suicidaires

Lorsque questionné.e.s sur les interventions privilégiées auprès des femmes suicidaires, les répondant.e.s pouvaient cocher toutes les réponses s'appliquant à leur situation. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 4.5 : Interventions privilégiées auprès des femmes suicidaires

Réponse	Décompte	Pourcentage
Soins palliatifs	0	0,00 % ⁶¹
Prévention du suicide	37	82,22 %
Intervention de crise	43	95,56 %
Écoute active	44	97,78 %
Relation d'aide	41	91,11 %
Référence	37	82,22 %
Application de la P-38	24	53,33 %
Contention	1	2,22 %
Évaluation psychosociale	26	57,78 %
Mandat en cas d'inaptitude	4	8,89 %
Adoption (internationale)	0	0,00 %
Gestion de la médication	6	13,33 %
Autre ⁶²	4	8,89 %
TOTAL	267	

La majorité (62,22 %) des intervenant.e.s ont coché de 4 à 6 réponses. Les interventions les plus choisies par les répondant.e.s sont : « écoute active », « intervention de crise » et « relation d'aide ». Celles-ci sont suivies de près par « prévention du suicide » et « référence ». Plus de la moitié des répondant.e.s déclarent pratiquer l'« évaluation psychosociale » et l'« application de la P-38 ».

⁶¹ Il est à noter que ce mémoire s'intéresse au suicide, et non pas à l'aide médicale à mourir. Je constate à cet effet que malgré que la conception du suicide (telle que définie dans l'introduction) pourrait inclure les personnes en fin de vie qui arrêtent de recevoir des traitements, ce n'est pas ce qui est rapporté du vécu dans les milieux de pratique.

⁶² Dans la section « autre », voici les précisions des répondant.e.s : « retrait des armes à feu par la SQ ou un proche »; « suivi psychosocial »; « lorsqu'elles ne sont pas en crise, les inclure dans un groupe leur permettant de reprendre du pouvoir sur leur vie, de se sentir utile, etc »; et « accompagnement ».

Tableau 4.6 : Degré d'accord ou de désaccord envers des énoncés sur les valeurs et principes féministes dans la pratique du travail social auprès des femmes suicidaires

Énoncés sur les pratiques d'intervention	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Plutôt en accord	En accord	Tout à fait en accord	Ne sait pas / Ne s'applique pas	Sans réponse
Je crois que les femmes suicidaires ne changeront pas	73,33 %	17,78 %	8,89 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Je reconnais le potentiel et les compétences des femmes suicidaires	0,00 %	0,00 %	0,00 %	2,22 %	0,00 %	13,33 %	82,22 %	2,22 %	0,00 %
J'encourage les femmes suicidaires à s'affirmer et à prendre de l'autonomie	4,44 %	0,00 %	0,00 %	11,11 %	13,33 %	11,11 %	55,56 %	4,44 %	0,00 %
Je fais des liens entre les situations personnelles des femmes suicidaires et les structures politiques	4,44 %	6,67 %	4,44 %	22,22 %	11,11 %	28,89 %	15,56 %	6,67 %	0,00 %
Les situations personnelles des femmes suicidaires n'ont pas de lien avec les structures politiques	24,44 %	22,22 %	22,22 %	20,00 %	2,22 %	4,44 %	0,00 %	4,44 %	0,00 %
Je considère que je suis mieux placé.e pour prendre certaines décisions pour les femmes suicidaires	6,67 %	22,22 %	15,56 %	26,67 %	20,00 %	4,44 %	0,00 %	4,44 %	0,00 %

Tableau 4.6 : Degré d'accord ou de désaccord envers des énoncés sur les valeurs et principes féministes dans la pratique du travail social auprès des femmes suicidaires (suite)

Énoncés sur les pratiques d'intervention	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Plutôt en accord	En accord	Tout à fait en accord	Ne sait pas / Ne s'applique pas	Sans réponse
Je respecte les choix des femmes suicidaires	0,00 %	0,00 %	2,22 %	15,56 %	17,78 %	26,67 %	33,33 %	4,44 %	0,00 %
Les femmes et les hommes suicidaires requièrent le même type d'intervention	8,89 %	17,78 %	31,11 %	13,33 %	15,56 %	2,22 %	6,67 %	4,44 %	0,00 %
Les femmes et les hommes suicidaires requièrent différents types d'intervention	0,00 %	6,67 %	6,67 %	11,11 %	20,00 %	28,89 %	22,22 %	4,44 %	0,00 %
Je détermine quels sont les besoins d'intervention des femmes suicidaires	8,89 %	2,22 %	8,89 %	4,44 %	15,56 %	17,78 %	37,78 %	4,44 %	0,00 %

Tableau 4.6 : Degré d'accord ou de désaccord envers des énoncés sur les valeurs et principes féministes dans la pratique du travail social auprès des femmes suicidaires (suite)

Énoncés sur les pratiques d'intervention	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Plutôt en accord	En accord	Tout à fait en accord	Ne sait pas / Ne s'applique pas	Sans réponse
Je fais confiance aux femmes suicidaires lorsqu'elles nomment leur réalité et leurs besoins	0,00 %	0,00 %	2,22 %	0,00 %	11,11 %	13,33 %	73,33 %	0,00 %	0,00 %
Je dicte les échéanciers du plan d'intervention auprès des femmes suicidaires	4,44 %	8,89 %	22,22 %	22,22 %	8,89 %	4,44 %	13,33 %	15,56 %	0,00 %
Je respecte le rythme des femmes suicidaires dans mes interventions	0,00 %	0,00 %	2,22 %	0,00 %	13,33 %	20,00 %	64,44 %	0,00 %	0,00 %

Le tableau 4.6, aux pages précédentes, montre qu'une forte majorité des répondant.e.s sont d'avis que les femmes suicidaires sont capables de changement, et qu'ils et elles reconnaissent le potentiel et les compétences des femmes suicidaires⁶³. La majorité des répondant.e.s sont également d'avis qu'ils et elles encouragent les femmes suicidaires à s'affirmer et à prendre de l'autonomie⁶⁴. Plus de la moitié des répondant.e.s sont d'avis que les situations personnelles des femmes suicidaires ont des liens avec les structures politiques⁶⁵. Il est aussi possible de constater que la majorité des répondant.e.s, soit 77,78 %, sont d'avis qu'ils et elles respectent les choix des femmes suicidaires dans leurs interventions, alors que 24,44 % croient être mieux placé.e.s pour prendre certaines décisions pour les femmes suicidaires⁶⁶. En général, les répondant.e.s sont d'avis qu'il est nécessaire d'intervenir différemment selon le genre⁶⁷. Ce sont 71,12 % des répondant.e.s qui déclarent déterminer les besoins d'interventions des femmes suicidaires, alors que 97,77 % disent aussi faire

⁶³ Le tableau 4.6 montre que tous.les les répondant.e.s expriment une opinion défavorable quant au premier énoncé (« Je crois que les femmes suicidaires ne changeront pas »). Concernant l'énoncé « Je reconnais le potentiel et les compétences des femmes suicidaires », 2,22 % des répondant.e.s expriment une opinion neutre, tandis que 95,55 % expriment une opinion favorable quant à cet énoncé; 2,22 % déclarent que la situation ne s'applique pas.

⁶⁴ Ainsi, 11,11 % expriment une opinion neutre, 4,44 % expriment une opinion défavorable, et 80,00 % expriment une opinion favorable quant à l'énoncé « J'encourage les femmes suicidaires à s'affirmer et à prendre de l'autonomie »; 4,44 % déclarent que la situation ne s'applique pas.

⁶⁵ Pour ce qui est de l'énoncé « Je fais des liens entre les situations personnelles des femmes suicidaires et les structures politiques », 22,22 % des répondant.e.s expriment une opinion neutre, 15,55 % expriment une opinion défavorable, et 55,56 % expriment une opinion favorable. À l'énoncé contraire (« Les situations personnelles des femmes suicidaires n'ont pas de lien avec les structures politiques »), 20,00 % expriment une opinion neutre, 68,88 % expriment une opinion défavorable, et 6,66 % expriment une opinion favorable; 4,44 % déclarent que cette situation ne s'applique pas.

⁶⁶ L'énoncé « Je considère que je suis mieux placé.e pour prendre certaines décisions pour les femmes suicidaires » a suscité les résultats suivants : 26,67 % des répondant.e.s expriment une opinion neutre, 44,45 % expriment une opinion défavorable et 24,44 % une opinion favorable; 4,44 % déclarent que ce n'est pas applicable. D'un autre côté, 15,56 % expriment une opinion neutre, 2,22 % expriment une opinion défavorable, et 77,78 % une opinion favorable à l'énoncé « Je respecte les choix des femmes suicidaires »; 4,44 % déclarent que ce n'est pas applicable.

⁶⁷ Pour l'énoncé « Les femmes et les hommes suicidaires requièrent le même type d'intervention », 13,33 % expriment une opinion neutre, 57,78 % expriment une opinion défavorable, et 24,45 % expriment une opinion favorable; 4,44 % considèrent que l'énoncé ne s'applique pas. L'énoncé contraire, « Les femmes et les hommes suicidaires requièrent différents types d'intervention », suscite ces résultats : 11,11 % des répondant.e.s déclarent une opinion neutre, 13,34 % déclarent une opinion défavorable, et 71,11 % déclarent une opinion favorable; 4,44 % ne s'applique pas. Je reviendrai plus loin sur les interventions différenciées selon le genre.

confiance aux femmes lorsqu'elles nomment leur réalité et leurs besoins⁶⁸. En général, les répondant.e.s disent adapter le rythme des interventions à celui des femmes suicidaires⁶⁹.

Tableau 4.7 : Raisons du « vouloir mourir » des femmes selon l'analyse des répondant.e.s

Réponse	Décompte	Pourcentage
Caractéristiques biologiques et/ou génétiques	0	0,00 %
Socialisation genrée	3	6,67 %
Absence de réseau social	14	31,11 %
Conditions socio-économiques	17	37,78 %
Caractéristiques personnelles (personnalité)	6	13,33 %
Discrimination basée sur le genre	0	0,00 %
Discrimination basée sur l'orientation sexuelle	0	0,00 %
Discrimination raciale	0	0,00 %
Discrimination basée sur les handicaps	0	0,00 %
Maladie physique	3	6,67 %
Problème de santé mentale	31	68,89 %
Trouble de personnalité	16	35,56 %
Trouble de comportement	0	0,00 %
Évènement stressant (ex. rupture, perte d'emploi)	17	37,78 %
Historique familial	8	17,78 %
Vécu de violence	19	42,22 %
Autre	0	0,00 %
TOTAL	134	

⁶⁸ En ce qui concerne l'énoncé suivant, « Je détermine quels sont les besoins d'intervention des femmes suicidaires », 4,44 % des répondant.e.s déclarent une opinion neutre, 20,00 % déclarent une opinion défavorable, et 71,12 % déclarent une opinion favorable; 4,44 % considèrent que cela ne s'applique pas. D'un autre côté, 97,77 % déclarent une opinion favorable et 2,22 % déclarent une opinion défavorable à l'énoncé « Je fais confiance aux femmes suicidaires lorsqu'elles nomment leur réalité et leurs besoins ». Ici, 71,12 % des répondant.e.s disent être d'avis qu'ils et elles déterminent les besoins d'intervention des femmes suicidaires. Toutefois, 97,77 % déclarent aussi faire confiance aux femmes lorsqu'elles nomment leur réalité et leurs besoins.

⁶⁹ À ce propos, 22,22 % déclarent une opinion neutre, 35,55 % déclarent une opinion défavorable, et 26,66 % déclarent une opinion favorable face à l'énoncé « Je dicte les échéanciers du plan d'intervention auprès des femmes suicidaires », alors que 15,56 % indiquent ne pas savoir ou que cela n'est pas applicable. Pour l'énoncé « Je respecte le rythme des femmes suicidaires dans mes interventions », 97,77 % déclarent une opinion favorable, et 2,22 % déclarent une opinion défavorable.

Lorsque questionné.e.s sur les raisons que les intervenant.e.s attribuent au désir de mourir des femmes rencontrées, les répondant.e.s pouvaient cocher jusqu'à trois réponses. Comme en témoigne le tableau ci-dessus, la majorité des intervenant.e.s, soit 68,89 %, déclarent qu'à leur avis, les « problèmes de santé mentale » constituent l'une des principales raisons pour lesquelles les femmes suicidaires rencontrées au cours des deux dernières années souhaitent mourir. S'ajoutent à cela le « vécu de violence » (42,22 %), les « conditions socio-économiques » (37,78 %) et un « évènement stressant » (37,78 %) comme raisons principales du vouloir mourir.

Tableau 4.8 : Degré d'accord ou de désaccord envers des énoncés sur l'appréciation de la pratique du travail social auprès des femmes suicidaires

Énoncés sur l'appréciation de la pratique d'intervention	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Plutôt en accord	En accord	Tout à fait en accord
Je me sens bien outillé.e pour intervenir	0,00 %	0,00 %	2,22 %	8,89 %	33,33 %	31,11 %	24,44 %
Je suis satisfait.e de mes interventions	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	37,78 %	44,44 %	17,78 %
Je me sens en cohérence entre mon analyse de la situation et les interventions que j'effectue	0,00 %	0,00 %	0,00 %	4,44 %	31,11 %	37,78 %	26,67 %
J'ai l'impression que mes interventions ont un impact positif sur les femmes suicidaires auprès desquelles j'interviens	0,00 %	0,00 %	0,00 %	2,22 %	28,89 %	46,67 %	22,22 %
J'ai l'impression que mes interventions ont un impact négatif sur les femmes suicidaires auprès desquelles j'interviens	44,44 %	35,56 %	17,78 %	0,00 %	2,22 %	0,00 %	0,00 %

Interrogé.e.s sur leur pratique d'intervention dans le tableau ci-haut, les répondant.e.s déclarent en majorité des réponses positives face aux quatre premiers énoncés, et en majorité des réponses négatives face au dernier énoncé.

4.6.2 Résultats du groupe de discussion

4.6.2.1 Prévention du suicide et intervention de crise

À la question sur les interventions privilégiées, les participantes s'attardent d'abord à déterminer la différence entre la « prévention du suicide » et « l'intervention de crise », car selon elles il y aurait une distinction entre celles-ci.

4.6.2.1.1 Les interventions en situation de crise suicidaire

Selon leur point de vue, dans la plupart des équipes, en cas de crise suicidaire⁷⁰, c'est aux TS d'assumer la gestion de la crise, ce qui amène son lot de responsabilités. Elles expliquent que parfois, en tant qu'intervenante, il est inconfortable de naviguer dans le risque, puisque cela amène à recadrer des choses (ex. proposer l'hospitalisation, ce qui fait que les femmes vont réévaluer la situation). À leur avis, il faut aussi reconnaître que lorsque les intervenant.e.s ont fait leur travail et qu'ils et elles ont tenu leurs responsabilités, le choix du suicide n'est plus dans leurs mains.

Par exemple, quand il n'est pas possible de désamorcer la crise, « il faut faire quelque chose » (Participante 1). L'action peut être que les intervenant.e.s emmènent eux- et elles-mêmes des femmes à l'hôpital – il est rare qu'ils et elles doivent faire appel aux services de la police dans ces situations. Le fait de nommer la possibilité d'une hospitalisation constitue une autre action qui permet d'ouvrir la porte à d'autres options d'aide. Ainsi, en reflétant leur inquiétude aux clientes suicidaires, celles-ci en viennent souvent à mobiliser leur réseau : « Quand tu dis ça, ben ah les gens retrouvent leur capacité de contrôle, comme : "Oh! Finalement, c'est correct. J'ai ma mère que je pourrais appeler finalement." » (Participante 3)

⁷⁰ Voir l'introduction pour la définition de « crise suicidaire ».

4.6.2.1.2 Les interventions de prévention du suicide

La prévention du suicide, quant à elle, serait plutôt la référence vers des organismes de crise, lesquels font de la prévention par leur travail de sensibilisation. La prévention du suicide consisterait aussi à évaluer le risque suicidaire ainsi qu'à outiller les gens pour passer au travers de la crise. En dernière instance, les intervenantes mentionnent que le fait de se rendre à l'urgence de l'hôpital constitue une forme de prévention du suicide. Cette participante résume ainsi la prévention :

Parce que [la] prévention du suicide, moi je le vois un peu comme ben regarder justement, outiller la personne pour justement quand ça arrive ça, ben tsé de dire ben je vais utiliser mon coffre à outils pour, tsé être capable de passer à travers la crise finalement. (Participante 2)

4.6.2.2 Évaluation du risque suicidaire

Les participantes sont surprises de constater que « l'évaluation du risque suicidaire » et « l'estimation de la dangerosité suicidaire » ne sont pas dans les choix de réponse, puisqu'il s'agit à leur avis d'une étape cruciale de l'intervention. Les intervenantes indiquent faire systématiquement une évaluation dans les premières rencontres, puis ponctuellement si elles sentent que la personne est plus fragile. Tant que la personne verbalise des idées suicidaires, le risque et la dangerosité sont estimés. Cela est aussi vrai à l'établissement de détention : toutes les femmes qui entrent à l'établissement de détention sont automatiquement rencontrées pour une évaluation de la santé mentale incluant les risques suicidaires. Les participantes nuancent en expliquant qu'il y a bien sûr de l'espace qui est laissé à la verbalisation du vécu, mais l'objectif de la rencontre est de faire l'évaluation du risque suicidaire. Le résultat de cette évaluation dirigera la suite des interventions; ainsi, « l'évaluation prend une grosse place, pis c'est toujours ma grille que j'ai en arrière de la tête en tant qu'intervenante » (Participante 3). Par exemple, c'est au terme de l'évaluation que l'intervenante pourrait suggérer une hospitalisation.

Les participantes remarquent que cette notion d'évaluation du risque suicidaire varie selon les contextes de travail. Alors qu'en centre de crise la question « penses-tu au suicide? » est posée systématiquement, au CALACS ce ne sont pas toutes les intervenantes qui sont à l'aise de poser cette question – les participantes suggèrent que c'est peut-être parce qu'elles ne sont pas formées, ou qu'elles ne sont pas prêtes à recevoir la réponse. En effet, lorsque les clientes n'abordent pas directement leurs idées suicidaires, certaines intervenantes ont tendance à mettre cette question de côté.

4.6.2.3 Contexte volontaire et involontaire en intervention

Les participantes sont aussi étonnées du résultat selon lequel 53,33 % des répondant.e.s au sondage ont eu à appliquer la P-38, car la majorité d'entre elles n'ont pas vécu cette situation. L'une rappelle que l'application de la P-38 dépend du contexte de travail et du mandat. De plus, si la personne accepte de se rendre à l'hôpital par elle-même lorsque l'on estime la dangerosité suicidaire, il n'est pas nécessaire de faire appel à des mesures non volontaires. Les participantes s'entendent pour dire que lorsque la personne va passer à l'acte, il faut appliquer la P-38.

Elles discutent ensuite des particularités du contexte d'établissement de détention : même détenues, les femmes sont généralement volontaires à l'intervention. Celles-ci sont dans l'obligation de rencontrer une psychologue uniquement si la Commission des libérations conditionnelles l'ordonne, mais cela n'arrive pas dans la majorité des cas. Le plus souvent, les femmes choisissent volontairement de faire un suivi. Les participantes mettent l'accent là-dessus, car elles estiment que si la personne n'est pas volontaire en thérapie, il n'y aura pas de résultats. En ce qui concerne les interventions involontaires, l'établissement de détention prévoit des mesures de contention physique pour réduire le risque automutilatoire et suicidaire.

4.6.2.4 Types d'intervention

En ce qui concerne les types d'intervention, les participantes disent qu'elles varient en fonction du milieu dans lequel elles travaillent, d'une part, et de la personne qu'elles ont devant elles, d'autre part. Par exemple, pour Participante 1, l'intervention individuelle sert à préparer les femmes à l'intervention de groupe. Elle rapporte que cette dernière est privilégiée au sein de son organisme, car le groupe permet de déconstruire la honte et d'enlever un poids des épaules des femmes d'une façon que l'intervention individuelle ne peut le faire :

- [...] Mais oui, en général on pense que le groupe c'est... ça défait beaucoup plus la honte, que, moi l'intervenante qui y dit une chose versus une femme qui va y dire tsé, c'est...
- L'effet de groupe c'est c'est... se sentir...
- C'est magique!
- ... se sentir que t'es pas tout seul, en tout cas, nous autres c'est ça qui vont faire, ça enlève un poids sur les épaules, parce que j'avais tellement l'impression d'être tout seul avec ça, de cette façon-là. Y'ont tous effectivement leur vécu pis leur bagage, mais en même temps de, de, sentir qu'il y a une solidarité dans une problématique, ouf, ça m'enlève un poids tellement important. (Participantes 1 et 2)

D'un autre côté, Participante 3 explique que très souvent, le type d'intervention privilégié dans sa pratique est l'utilisation conjointe de « l'outil pharmacologique » et de l'intervention individuelle afin de diminuer les idées noires et les idées suicidaires.

4.6.2.5 Principes de base de l'intervention

Plusieurs éléments émergent de la discussion : la « base » de l'intervention, les éléments facilitants et les difficultés en intervention, ainsi que les éléments caractéristiques de l'intervention en établissement de détention.

Les participantes nomment trois éléments qui, selon elles sont à la base de la pratique d'intervention avec les femmes suicidaires :

1) La reconnaissance de la souffrance

« Mais tsé je pense qu'à la base, en tout cas moi personnellement, c'est toujours au niveau de recevoir la personne dans sa souffrance, peu importe l'approche, c'est d'y aller avec "bon ben écoute, moi je te reçois dans ta souffrance", pis c'est d'insister sur le..., pas le comment ou qu'est-ce qui t'a emmené à ça, mais sur ce qui est derrière cette souffrance-là, le besoin qui est à être exprimé. » (Participante 1)

2) Le lien de confiance

Les participantes soulèvent que lorsqu'elles ont un bon lien avec une femme, celle-ci les laisse aller travailler des choses plus difficiles. Toutefois, le lien va dans les deux sens. Par rapport aux idées suicidaires, les intervenantes doivent aussi pouvoir faire confiance à leurs clientes : « Y'a un moment donné où est-ce que j'ai besoin d'avoir l'idée que je vais faire confiance [...]. » (Participante 2)

3) L'*empowerment*

Pour deux intervenantes, l'*empowerment* est primordial dans le cadre du programme d'intervention. L'une affirme que « d'outiller l'*empowerment*, ça vient vraiment, tsé, nous c'est vraiment dans notre conception de ce qu'on vient travailler en thérapie » (Participante 2); tandis que l'autre souligne que « tsé tu parlais d'*empowerment* tantôt, pour nous c'est à la base de notre intervention » (Participante 1). Ainsi, la thérapie sert à faire sentir aux femmes qu'elles ont plus de pouvoir sur la situation que ce qu'elles croient, à travailler à renforcer leurs capacités et à faire en sorte qu'elles les reconnaissent.

Pour les participantes, ce qui facilite l'intervention, c'est notamment lorsque ce sont les femmes qui font directement la demande d'aide plutôt que leurs proches inquiets. Par ailleurs, le contexte de pratique joue sur la création d'un lien de confiance. Lors

d'une intervention téléphonique de 45 minutes, ouvrir sur le suicide ne se réalise pas de la même manière qu'en une rencontre face-à-face de deux heures.

4.6.2.6 Principes d'intervention féministe

Les énoncés sur les attitudes et les croyances en intervention mettaient les répondant.e.s du sondage devant certains principes de l'intervention féministe. Les participantes au groupe de discussion y ont réagi en abordant la façon dont ces principes se manifestent dans leur pratique. Elles expliquent que ce ne sont pas les intervenant.e.s qui posent les objectifs d'intervention : ce sont les femmes qui choisissent les objectifs, puis les intervenant.e.s les aident à les préciser en fonction du mandat du service. L'intervenant.e ne veut pas imposer des choses aux femmes avec qui il ou elle travaille (surtout dans le cas de femmes ayant vécu des agressions, qui sont aussi imposées) : « C'est tellement arrivé souvent dans la vie [des clientes] qui se sont fait imposer plein d'affaires, que ça marche pas. » (Participante 1)

Comme pour les objectifs, les participantes ne veulent pas imposer le type d'intervention. Par exemple, dans certains cas, le choix d'une thérapie individuelle ou de groupe dépend des femmes. Participante 1 explique que dans sa pratique, elle a rencontré une femme qui refusait le groupe (alors que c'est la pratique prônée dans l'organisme). Elles ont donc choisi de mener des rencontres individuelles et, après 10-15 rencontres, la femme a accepté d'aller en thérapie de groupe.

Selon les participantes, l'intervention part des femmes et de ce qu'elles ont fait jusqu'à présent pour se mettre en sécurité, pour ensuite envisager avec elles ce qu'elles feront dans le futur pour se mettre en sécurité. Les intervenantes rappellent aux femmes suicidaires qu'elles sont les mieux placées pour analyser la situation et que « la spécialiste entre les deux [l'intervenante et la cliente], c'est elle » (Participante 2). Elles diront, par exemple : « [J]e considère que vous êtes la personne

qui vous connaissez le mieux, même si des fois vous avez pas cette impression-là, mais quelque part, c'est vous qui vivez la situation de l'intérieur. » (Participante 2)

Ainsi, les participantes sont d'avis que leur rôle en tant qu'intervenante est d'accompagner les femmes à l'aide de leur « bagage professionnel » et de leurs « outils ». L'un des moyens utilisés consiste à reconnaître la souffrance des femmes, tout en reflétant à ces dernières qu'elles ont des moyens et qu'elles sont capables de passer au travers. Il s'agit de renforcer l'idée que même si elles sont suicidaires depuis longtemps, elles sont encore là : « Elle a passé au travers le traumatisme. T'as passé à travers l'agression. Tu vas passer à travers de ça aussi. » (Participante 1)

4.6.2.7 Analyse structurelle de l'oppression des femmes

Les participantes nomment que les structures politiques ont certainement un impact sur les interventions, « c'est essentiel dans l'approche qu'on va avoir auprès des femmes » (Participante 4). Pour l'une d'elles, c'est l'approche féministe qui permet d'envisager l'oppression structurelle des femmes et d'en discuter avec elles, comme précédemment mentionné : « Parce que nous on a une approche féministe, on a une lunette tsé, pour nous les agressions c'est un problème de société qui est pas juste ton problème, fack c'est sûr que nous on en parle. » (Participante 1)

L'analyse structurelle est abordée dans les suivis d'intervention; notamment, pour fournir des explications quant au développement d'un problème individuel (ex. problème de santé mentale), le ou la TS établira un lien avec un phénomène social plus large (ex. la « société de performance »). Ainsi, le fait d'expliquer les problèmes vécus par des explications structurelles peut enlever un fardeau des épaules des femmes. Toutefois, les participantes mettent en garde qu'il faut utiliser ces explications avec parcimonie, car en présentant les causes structurelles de problématiques, cela rime avec le fait qu'on a peu de contrôle sur celles-ci et peut donner l'impression aux femmes qu'il est impossible de changer leur situation,

qu'elles sont impuissantes. Dans un milieu plus médical, l'une des participantes explique que l'analyse structurelle féministe est moins utilisée.

4.6.2.8 Comparaisons avec les hommes

Tout au long du groupe de discussion, plusieurs comparaisons ont été faites entre le suicide des hommes et celui des femmes. En ce qui concerne la notion de risque suicidaire, les participantes considèrent que le risque est moins présent lorsque ce sont des femmes, en raison des statistiques selon lesquelles ce sont les hommes qui complètent le plus de suicides.

Bien que les structures politiques se manifestent à travers les problématiques énumérées plus tôt (la monoparentalité, la pauvreté, la « dégradation de l'échelle sociale ») et que celles-ci sont vécues différemment en fonction du genre, il n'y a pas de distinction dans la façon initiale d'approcher les hommes et les femmes selon les participantes. En d'autres termes, l'évaluation du risque est la même. Par après, une participante note qu'il y a une différence dans sa façon d'intervenir auprès de la clientèle féminine et masculine :

[O]n a une femme qui est en avant de nous, on va la percevoir d'une certaine façon, comme non seulement une personne qui a des problématiques au niveau de la santé mentale, mais aussi dans une perspective un peu de victime, si on veut. Pas parce qu'on veut lui mettre le fardeau de victime sur les épaules, c'est pas ça, mais faut pas oublier tout ce qu'elle a vécu. [...] [C'est] pour ça que, nécessairement, je vais concevoir mon intervention d'une façon différente. (Participante 4)

Les participantes discutent longuement des particularités de l'intervention auprès des hommes : « Moi souvent ce qui arrive c'est que je suis plus préoccupée quand c'est un homme, sachant les résultats que les hommes posent plus de gestes létaux. » (Participante 3) Pour certaines, il y a plus d'hommes que de femmes qui ont des idées suicidaires et la verbalisation des émotions est moins socialement acceptée pour les

hommes. Elles s'entendent pour dire que les demandes d'aide provenant des hommes suicidaires étant moins fréquentes, il faut apporter une réponse rapide « sinon on le perd » (Participante 2).

4.7 Enjeux éthiques de la pratique

4.7.1 Résultats du sondage

Afin d'explorer les enjeux éthiques de la pratique des répondant.e.s auprès des femmes suicidaires, je les ai questionné.e.s par rapport à leurs valeurs et leurs formations en éthique, et leur ai demandé de se positionner par rapport à des situations d'intervention. Les résultats sont illustrés par la figure ci-dessous :

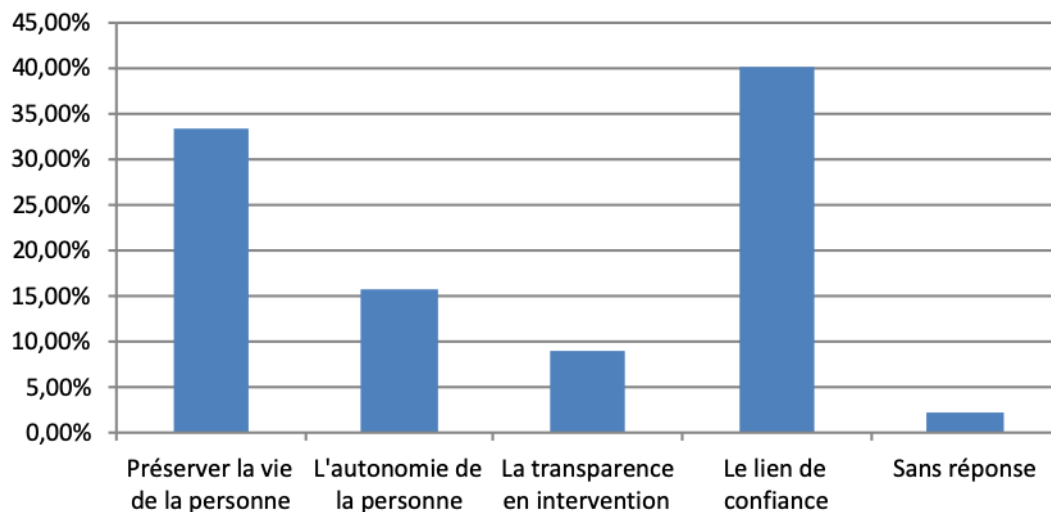


Figure 4.4 : Valeurs en intervention

Lorsque les répondant.e.s ont été questionné.e.s sur la valeur qui a le plus d'importance pour eux et elles dans le cadre de leur pratique auprès des femmes suicidaires, c'est le « lien de confiance » (40,00 %) qui a récolté le plus de votes.

Cette valeur est suivie de très près par « préserver la vie de la personne » (33,33 %), puis par « l'autonomie de la personne » (15,56 %).

Lorsqu'on leur pose la question « Avez-vous des formations antérieures en éthique spécifiquement en lien avec le suicide? », 33,33 % des personnes ont répondu par l'affirmative. C'est donc la majorité des répondant.e.s qui n'ont pas reçu ce type de formation (64,44 %). Un.e des répondant.e.s a laissé la question sans réponse.

Les répondant.e.s devaient choisir une cote entre 1 (« pas du tout ») et 10 (« tout à fait ») face à la question « De façon générale, considérez-vous avoir reçu une formation, éducation ou autre préparation suffisante pour aborder les questions éthiques relatives à l'intervention auprès des femmes suicidaires? ». Ce sont 40,00 % des répondant.e.s qui ont inscrit une cote entre 7 et 10 : ils et elles croient donc que leur préparation est suffisante. Ensuite, 31,11 % ont inscrit une cote entre 4 et 6 (préparation ou formation moyennement suffisante) et 26,66 % ont inscrit une cote entre 1 et 3 (préparation ou formation peu suffisante); 2,22 % ont laissé la question sans réponse.

Tableau 4.9 : Degré d'accord ou de désaccord envers la capacité des femmes suicidaires à prendre des décisions dans certains contextes

Contextes	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Plutôt en accord	En accord	Tout à fait en accord	Sans réponse
Crise suicidaire	4,44 %	8,89 %	26,67 %	26,67 %	24,44 %	6,67 %	2,22 %	0,00 %
Diagnostic en santé mentale	2,22 %	4,44 %	2,22 %	26,67 %	17,78 %	40,00 %	6,67 %	0,00 %
Fin de vie (vieillesse, maladie)	2,22 %	0,00 %	4,44 %	24,44 %	20,00 %	31,11 %	15,56 %	2,22 %
Diagnostic de maladie dégénérative	2,22 %	0,00 %	6,67 %	24,44 %	22,22 %	26,67 %	15,56 %	2,22 %
Changements/perturbations dans la vie, évènements stressants	0,00 %	4,44 %	13,33 %	6,67 %	33,33 %	28,89 %	13,33 %	0,00 %

Lorsque questionné.e.s sur la capacité des femmes à prendre des décisions, une grande part des répondant.e.s considèrent que les femmes suicidaires auprès desquelles ils et elles sont intervenu.e.s dans les deux dernières années n'étaient pas en mesure de prendre des décisions pour elles-mêmes en « contexte de crise suicidaire », comme l'indique le tableau ci-haut. Toutefois, les répondant.e.s estiment que ces femmes étaient en mesure de prendre des décisions pour elles-mêmes dans les contextes suivants : « diagnostic de santé mentale », « fin de vie (vieillesse, maladie) », « diagnostic de maladie dégénérative » et « changements/perturbations dans la vie, évènements stressants ».

Tableau 4.10 : Fréquence des défis éthiques dans certaines situations d'intervention

Situations de défis éthiques	Cette situation ne pose JAMAIS de défis éthiques	Cette situation pose RAREMENT des défis éthiques	Cette situation pose PARFOIS des défis éthiques	Cette situation pose RÉGULIÈREMENT des défis éthiques	Je n'ai pas vécu cette situation	Sans réponse
Au développement et au maintien d'un lien de confiance avec les femmes suicidaires	6,67 %	35,56 %	44,44 %	11,11 %	2,22 %	0,00 %
À la confidentialité et à la protection de la vie privée des femmes suicidaires	11,11 %	26,67 %	42,22 %	17,78 %	0,00 %	2,22 %
Au respect des valeurs et des décisions des femmes suicidaires	8,89 %	42,22 %	37,78 %	6,67 %	4,44 %	0,00 %
À la place de l'autonomie des femmes suicidaires dans le rapport d'intervention	15,56 %	42,22 %	33,33 %	6,67 %	2,22 %	0,00 %
À l'admission involontaire à l'hôpital de femmes suicidaires	4,44 %	37,78 %	26,67 %	15,56 %	15,56 %	0,00 %
Aux soins et services avant ou après l'admission involontaire à l'hôpital de femmes suicidaires	4,44 %	28,89 %	15,56 %	20,00 %	31,11 %	0,00 %
Au consentement des femmes suicidaires dans les interventions	17,78 %	46,67 %	28,89 %	6,67 %	0,00 %	0,00 %
À agir dans le meilleur intérêt des femmes suicidaires	22,22 %	37,78 %	31,11 %	8,89 %	0,00 %	0,00 %
Au contact de la souffrance des femmes suicidaires	35,56 %	35,56 %	20,00 %	8,89 %	0,00 %	0,00 %
À l'impuissance face aux limites d'intervention auprès des femmes suicidaires	17,78 %	15,56 %	33,33 %	31,11 %	2,22 %	0,00 %

La plupart des situations présentées aux répondant.e.s et répertoriées dans le tableau de la page précédente posent « rarement » à « jamais » de défis éthiques. En somme, nous constatons que les réponses sont assez dispersées. La situation qui semble poser le plus régulièrement des défis éthiques dans la pratique est celle de « l'impuissance face aux limites d'intervention auprès des femmes suicidaires » (31,11 %).

Lorsque questionné.e.s sur les autres situations difficiles auxquelles ils et elles ont été confronté.e.s dans leur pratique auprès des femmes suicidaires, 16 personnes ont choisi d'écrire un commentaire⁷¹. J'ai regroupé les commentaires des autres répondant.e.s en catégories thématiques :

- Préjugés des autres professionnel.le.s et partenaires
- Banalisation de la situation
- Sécurité des enfants
- Contacts avec la famille
- Absence de ressources adéquates
- Problématiques des femmes

Parmi les problèmes rencontrés en situation de préjugés des autres professionnel.le.s et partenaires, l'un.e des répondant.e.s explique que certaines femmes se voient refuser l'hospitalisation, car elles souffrent d'un trouble de personnalité limite.

Un autre thème soulevé est la banalisation de la situation des femmes suicidaires, par exemple dans le contexte d'épisodes réguliers de crises suicidaires, ou lorsqu'elles s'auto-définissent comme « une personne suicidaire chronique ». Il est nommé que cette banalisation provient tant des psychiatres que des intervenant.e.s, en nuancant :

⁷¹ L'une d'entre elles ayant écrit « aucune », son commentaire a été retiré de la thématisation.

« Malgré la répétition, je m'efforce toujours de prendre au sérieux ces cris d'alarme, même si cela n'est pas toujours évident. »

La sécurité des enfants est un troisième thème qui a été abordé. Un.e répondant.e écrit que l'une des difficultés rencontrées est « [l']enjeu des mères suicidaires et l'évaluation de la présence d'un risque pour la sécurité ou le développement de l'enfant ». Un.e autre note : « Une femme devant être hospitalisée en psychiatrie ayant des enfants et aucun réseau (amical, familial). Pour moi, devoir faire un signalement au DPJ pour ses enfants représentait une brique de plus sur ses difficultés. »

Le thème du contact avec la famille a aussi été soulevé. Les répondant.e.s énoncent la difficulté de « [p]réserver la dignité et la confidentialité de la femme lorsque le conjoint ou autre membre de la famille doit être contacté et/ou sollicité afin de mettre en place un filet de sécurité et/ou PI [plan d'intervention] ». Un.e autre répondant.e explique que la famille interpelle parfois les intervenant.e.s dans le cas de femmes ayant un trouble de personnalité limite qui émettent des propos suicidaires régulièrement. Ce propos est très lié au thème de la « banalisation » énoncé précédemment : « [C]eux-ci [les proches] reçoivent des propos suicidaires de la femme régulièrement et ils sont d'avis que cela est pour attirer l'attention. Je pense alors à l'histoire de Jean et le Loup! »

Plusieurs répondant.e.s font état des difficultés liées au manque de ressources adéquates pour répondre aux besoins des femmes : phénomène des portes tournantes, manque de communication entre les services d'aide, délais d'attente et difficulté d'accès aux soins. Un.e répondant.e illustre ces phénomènes par un exemple de sa pratique :

Dans mon contexte de travail, soit de l'intervention ponctuelle téléphonique, je dois offrir un moment d'écoute et d'aide à la femme, pour ensuite la mettre en contact avec le meilleur service possible selon sa situation (suivi individuel au CLSC, suivi familial au CLSC, suivi dans un Centre de crise, orientation à l'hôpital, etc.), toujours selon l'approche du CISSS et la trajectoire de service, qui parfois, ne peut aider la femme suicidaire ce qui cause des problématiques dans l'intervention et dans la continuité du suivi (ex. ne peut être orientée au Centre de crise, car aucune place disponible, mais la meilleure intervention possible est celle du centre de crise).

Enfin, la dernière catégorie est celle qui concerne les différentes difficultés personnelles des femmes. Ces difficultés sont variées : la consommation d'alcool et/ou de drogues, les mensonges et la situation d'hébergement. Un.e répondant.e nomme « [l]a consommation d'alcool et/ou de drogue qui augmente l'impulsivité et le risque de passage à l'acte et ce, malgré une estimation de dangerosité faible ». Un.e autre énonce la difficulté d'intervenir auprès de femmes qui utilisent le mensonge comme stratégie de survie. De plus, un.e répondant.e explique la difficulté de constater la précarité de logement, « quand la femme en est rendue à passer sa vie de maison d'hébergement en maison d'hébergement, et ce depuis plus de 20 ans ».

4.7.2 Résultats du groupe de discussion

4.7.2.1 Valeurs en intervention

Premièrement, concernant la question sur les valeurs, il convient de rappeler que les résultats du sondage montrent que « le lien de confiance » ou le lien thérapeutique constitue une valeur primordiale. Les participantes au groupe de discussion sont d'avis que l'autonomie « devrait coter plus haut ». Cela signifie que, pour elles, l'autonomie des femmes est très importante et se situe même à la base de la conception de leurs services. En effet, plusieurs d'entre elles se réfèrent à la notion d'*empowerment*, qui vise à autonomiser les femmes : « C'est d'outiller les gens pour les emmener à sentir qu'ils ont du pouvoir sur la situation. » (Participante 2)

Certaines situations nécessitent toutefois d'entreprendre des mesures qui peuvent affecter l'autonomie ou le lien que les intervenantes entretiennent avec leurs clientes suicidaires, soit :

- La protection de la sécurité des enfants : « Ben tsé pis c'est sûr que nous on va, ben n'importe qui on va garder la sécurité effectivement, les enfants vont devenir une espèce de... de priorité au-delà de... de préserver mon lien. » (Participante 2)
- La protection des femmes suicidaires : « Feck au-delà du lien, feck tsé c'est ça, c'est toujours de savoir que ton lien thérapeutique ça se peut qu'il soit un peu euh, entâché mettons si t'as à faire l'intervention au niveau du risque suicidaire pis t'en arrive à interpellier le policier mettons. Mais c'est assez rare là nous que ça se produit, mais tsé ça va aller au-delà de hey j'veux pas scrapper mon lien thérapeutique. » (Participante 2)

Les participantes mentionnent qu'il est important de rester « transparente » dans ces situations et de discuter au préalable avec leurs clientes lorsqu'elles prendront de telles mesures.

4.7.2.2 Formations reçues

En ce qui concerne la formation des intervenantes, les participantes s'entendent pour dire que c'est un élément important pour avoir de bonnes pratiques d'intervention. Par exemple, dans la situation nommée plus haut sur la femme qui a fait une tentative de suicide en CHSLD, la participante est d'avis que la difficulté de prise en charge est liée à un manque de formation sur la prévention du suicide et la crise suicidaire.

Les participantes ne savent pas à quoi pourrait ressembler une formation éthique sur le suicide. Selon elles, c'est le mot éthique qui viendrait « biaiser » leur conception. Elles sont en mesure d'envisager une formation sur le suicide, mais pas une formation

sur les enjeux éthiques en lien avec le suicide. Dans leur cadre professionnel, elles ont accès à des formations sur l'éthique en milieu de travail, mais celles-ci ne sont jamais en lien avec le risque suicidaire.

Les intervenantes interrogées sont d'avis qu'après avoir eu la formation sur l'estimation de la dangerosité suicidaire, elles connaissent leurs responsabilités. Elles considèrent que leur formation est suffisante : il n'est pas nécessaire d'ajouter une formation sur l'éthique en lien avec le suicide. En effet, selon elles, la formation sur le risque suicidaire répond à la dimension éthique : elle aborde l'éthique en termes de droits de la personne et en termes de conception de l'intervenant.e face à la mort. Pour les participantes, une partie de l'éthique, c'est de savoir « où tu te situes comme intervenant[.e] par rapport au suicide ».

Même si cette formation est considérée comme suffisante, les participantes sont d'avis qu'il faudrait la répéter plus régulièrement – pour pallier les oublis, pour peaufiner les pratiques et en apprendre de nouvelles, ainsi que pour échanger avec d'autres professionnel.le.s. Dans le même ordre d'idées, au service correctionnel, il est d'usage de refaire une formation en ligne sur le suicide à chaque année, puis en présentiel à tous les trois ou quatre ans.

En ce qui concerne la capacité des femmes suicidaires à prendre des décisions, les participantes émettent de la surprise face aux résultats du sondage, mais sont au final tout de même en accord. Les participantes sont d'avis que les femmes sont en mesure de prendre des décisions dans le cas d'idées noires. En cas d'idées suicidaires, elles croient que le jugement peut être altéré et que cela doit être abordé en intervention : la personne doit stabiliser son état de crise avant de prendre de grandes décisions, ce qui lui est reflété en intervention. Elles croient tout de même qu'une femme qui a des idées suicidaires pourrait prendre des décisions pour ses enfants.

4.7.2.3 Enjeux éthiques dans la pratique

Les participantes ont réagi à quelques éléments de réponse de la question concernant la fréquence à laquelle des défis éthiques sont rencontrés dans la pratique. Par rapport aux résultats du sondage, elles mentionnent que la majorité des mises en situation, particulièrement celles en lien avec l'hospitalisation, ne font pas partie du contexte de leur pratique. Toutefois, les enjeux liés à la confidentialité et à la protection de la vie privée des femmes sont vécus par toutes les participantes.

La confidentialité des renseignements personnels (tels qu'un diagnostic de problème de santé mentale ou la médication prise) est appliquée en tout temps. Cela signifie que dans certaines équipes de travail, c'est uniquement le ou la TS qui détient les informations, lesquelles ne peuvent pas être partagées avec ses collègues : « Plusieurs infos, ils ne sauront pas la raison pour laquelle madame est présentement en crise, ils ne le sauront pas, ils ne seront pas informés de cet aspect-là. Ils vont savoir [qu'il] va falloir qu'ils la surveillent 24/7 en un pour un, pis c'est tout. » (Participante 4)

Les enjeux éthiques en intervention se posent lorsque l'environnement physique de travail ne permet pas de parler librement sans être entendu.e par autrui, comme signalé précédemment. Une participante mentionne la difficulté de mener des interventions téléphoniques en travaillant dans une aire ouverte avec ses collègues. Pour une autre, ce sont les murs de l'établissement qui « sont en carton », faisant en sorte qu'elle entend ses collègues et leurs client.e.s lorsqu'elle est dans son bureau.

La liste d'attente constitue une deuxième source d'enjeu éthique en intervention, cette fois liée au temps de réponse qui est souvent extrêmement long. Les intervenant.e.s ne sont pas en mesure de répondre à la demande d'aide suffisamment rapidement :

Ouf, tsé éthiquement parlant, je trouve qu'il y'a comme une dissonance-là entre « j'ai besoin qu'on m'aide maintenant », pis nous, notre capacité à

répondre aux besoins [...]. [M]ais malheureusement, on n'a pas toujours les ressources nécessaires pour répondre aux besoins aussi rapidement que nécessaire. (Participant 2)

Les participantes ont aussi nommé des enjeux éthiques qu'elles identifient dans leur propre pratique et qui sont tout à fait semblables à ceux identifiés par les répondant.e.s au sondage. Ceux-ci concernent les contextes légaux, la « directivité » de l'intervention auprès des personnes suicidaires, l'interdisciplinarité et le travail d'équipe, ainsi que la prédominance de la vision médicale dans les milieux de travail.

Par rapport à l'enjeu de la directivité et de l'intrusivité en intervention, celui-ci proviendrait notamment des autres professionnel.le.s qui interviennent aussi avec les femmes. L'une des participantes a donné l'exemple de la direction qu'a pu donner un médecin dans son évaluation du risque suicidaire, à la suite de quoi la différence entre le propos de ce dernier et celui de la femme suicidaire a été soulevée :

- La patiente est suicidaire. J'appelle la madame, la madame a me dit que non. Mais le médecin me dit que oui, mais la madame a me dit que non. Feck là, je la relance, parce qu'on n'est pas sûrs, pis il me dit : « Elle a des facteurs de risques machin ». Je comprends, donc on relance. Mon estimation peut... (silence) Jusqu'où on va? Pour évaluer, estimer? On est dans un contexte volontaire de soins, le médecin ne l'a pas hospitalisée, ne l'a pas mise en garde, l'a pas... [...] Est-ce que j'vais calmer l'anxiété du médecin? Ou, je vais réellement répondre à un besoin de...
- Oui, c'est ça la question! Elle a un besoin. (Participant 2, 3)

4.8 Conclusion

Ce chapitre présentait les résultats recueillis par un sondage en ligne de 45 répondant.e.s, et un groupe de discussion auprès de 4 participantes. Les thèmes abordés étaient le profil des répondant.e.s au sondage et des participantes au groupe

de discussion ; le contexte de leur pratique ; le profil et les problématiques vécues par les femmes suicidaires, selon le point de vue des intervenant.e.s ; les interventions privilégiées auprès des femmes suicidaires ; et enfin, les enjeux éthiques traversant les pratiques ci-haut décrites. La tenue du groupe de discussion nous a permis d'obtenir des explications sur les résultats de sondage, ainsi qu'une vision plus nuancée de la réalité.

Deux principales limites peuvent être établies à cette étape. D'une part, malgré que j'ai sollicité l'expertise du SCAD afin de compiler, analyser et présenter les données statistiques amassées. Avec du recul, il y a quelques résultats pour lesquels nous pouvons nous demander si l'utilisation de médianes aurait pu être plus adéquate que la moyenne afin de nous rapprocher d'une distribution normale, par exemple, lorsque l'écart-type était très grand. D'autre part, l'utilisation de termes tels que « stratégies d'interventions », « techniques d'intervention », « approche d'intervention » sont utilisés de façon interchangeable, ce qui aurait pu affecter les réponses au sondage, ainsi que la compréhension des lectrices.eurs.

La prochaine section de ce mémoire s'attarde à l'analyse des données du sondage et du groupe de discussion, à la lumière des autrices étudiées dans le chapitre du cadre conceptuel.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Ce chapitre vise à faire l'analyse des résultats présentés au chapitre précédent. Cette analyse s'effectuera à partir de différents concepts, incluant tant ceux présentés dans le cadre conceptuel que ceux émergeant des résultats de recherche. Ce chapitre vise à proposer une réflexion sur les résultats obtenus ainsi que des pistes de justification de certains de ceux-ci, à la lumière des auteur.e.s déjà abord.é.s. J'établirai donc des ponts entre les contributions empiriques de chercheurs.euses et théoricien.ne.s présent.e.s dans la problématique et le cadre conceptuel avec les résultats qui ont émergé au gré de ma recherche. Je m'intéresserai à l'influence de la structure organisationnelle et des discours en place dans le contexte de pratique; aux structures politiques et à leur place en intervention; aux liens unissant violence, santé mentale et suicide dans la pratique ainsi que leurs significations pour les intervenant.e.s; aux enjeux éthiques principalement rencontrés dans la pratique; et, enfin, à la différenciation de genre dans les interventions sur le suicide.

5.1 Contexte de pratique : structure organisationnelle et discours en place

5.1.1 Discours de l'économie néolibérale et gestion des services et de l'organisation du travail

Alors que les résultats du sondage laissent présager que les répondant.e.s sont satisfait.e.s des structures organisationnelles régissant leur milieu de travail et

considèrent que celles-ci favorisent de bonnes pratiques d'intervention, les participantes au groupe de discussion sont totalement en désaccord, particulièrement en ce qui a trait aux CISSS. Ces dernières mentionnent à plusieurs reprises la lourdeur de la structure et la façon dont celle-ci pose problème dans leur pratique. Cela renvoie, par exemple, aux nombreux changements qui prennent place dans le réseau de la santé et des services sociaux en peu de temps, aux statistiques, au manque de ressources et aux listes d'attente :

- Les statistiques prennent une grande place dans le travail, notamment en ce qui a trait au temps que les intervenant.e.s doivent y allouer, mais aussi dans la réception de subventions qui permettent de rencontrer les femmes.
- La liste d'attente est une indication du manque de ressources criant. Comme l'une des participantes l'a mentionné, il y a dans certains cas jusqu'à deux ans d'attente avant d'avoir accès à des services, ce qui se conjugue bien mal avec l'état de crise suicidaire.
- Les nombreux changements rapides dans la structure organisationnelle du réseau de la santé et des services sociaux auraient aussi une conséquence sur les pratiques des TS.

Ces conséquences des compressions, telles qu'illustrées par les participantes, représentent bien l'impact du discours néolibéral sur la pratique du travail social. En considérant les interventions sociales comme une mauvaise allocation des fonds de l'État, la logique de coupe dans le réseau de la santé et des services sociaux laisse de moins en moins de ressources aux intervenant.e.s pour répondre aux besoins de la population. Comme en témoignent les propos des participantes, cela prend une énorme place dans leur quotidien.

Pourquoi les participantes au groupe de discussion ont-elles une opinion si différente de ce qui a été rapporté par les répondant.e.s au sondage? Une hypothèse de réponse à

cette question est qu'il est possible que les répondant.e.s au sondage n'aient pas bien compris la question. L'une des participantes au groupe de discussion a d'ailleurs fait remarquer que les éléments présentés (structure organisationnelle, temps alloué, conditions de travail, travail d'équipe, ressources matérielles, outils d'intervention) sont idéaux à avoir dans sa pratique : « [J]'pense que tout ça, mets ça dans un monde idéal, ça c'est les plus belles façons d'intervenir auprès des femmes suicidaires, quand toutes les choses sont bien faites là. » (Participante 4) Ainsi, il est possible qu'à l'instar de cette participante, les répondant.e.s ont compris que la question visait à connaître l'importance que ces éléments auraient s'ils étaient parfaitement en place, et non pas d'évaluer leur influence sur la pratique dans l'état actuel des choses.

Une autre raison possible pour cet écart entre les répondant.e.s du sondage et les participantes au groupe de discussion est que les répondant.e.s au sondage ne proviennent pas nécessairement du même type d'organisme que les participantes du groupe de discussion, ce qui expliquerait les réponses dissidentes. Mais dans les deux cas, la majorité des personnes interrogées proviennent du réseau de la santé.

5.1.2 Discours biomédical et compromis dans la pratique du travail social

Dans le groupe de discussion, plusieurs propos des participantes démontrent la grande place qui est accordée au discours biomédical dans la pratique du travail social auprès des femmes suicidaires. Je pense notamment à l'importance allouée aux diagnostics de problèmes de santé mentale; aux caractéristiques biologiques dans l'explication du suicide; au recours à « l'outil pharmacologique »; et aux recommandations des psychiatres dans la pratique du travail social.

Le discours biomédical occuperait une place importante dans la pratique en raison de l'influence des diagnostics psychiatriques, selon les intervenantes interrogées dans le groupe de discussion. Les participantes au groupe de discussion indiquent que bien qu'elles travaillent auprès de personnes qui ont des problématiques de santé mentale

et qui parfois se définissent par cet aspect de leur vie, elles doivent « en prendre et en laisser ». Cela ne guide donc pas leurs interventions de manière absolue.

Ainsi, les TS amènent une compréhension différente des problématiques avec lesquelles elles travaillent. Par exemple, les participantes au groupe de discussion expliquent le développement des problèmes de santé mentale par une multitude de facteurs, dont la « société de performance » ou encore la violence vécue par les femmes. De ce fait, elles arrivent à conjuguer plusieurs discours et à créer une vision nuancée de la problématique du suicide, où plusieurs discours cohabitent.

Comme Healy (2005) l'explique, je constate dans mes résultats que les TS négocient les discours dans leur pratique. Par exemple, face aux demandes des médecins, les intervenantes interrogées dans le cadre du groupe de discussion disent « devoir composer avec ça », car « ça fait partie de la réalité ». Elles notent d'ailleurs que l'analyse médicale et les traitements qui en découlent font parfois beaucoup de sens pour les client.e.s; ce sont alors les intervenant.e.s qui doivent adapter leur approche du travail social aux besoins et aux décisions des client.e.s, ce qui constitue aussi une forme de négociation des discours dans la pratique.

Dans les résultats du sondage, cet aspect biomédical apparaît moins évident que dans les propos des participantes aux groupes de discussion. Par exemple, aucun.e répondant.e n'a identifié que le suicide serait dû à des raisons biologiques. Toutefois, dans l'une des réponses qualitatives au sondage, un.e répondant.e explique que « la consommation d'alcool et/ou de drogue augmente l'impulsivité et le risque de passage à l'acte et ce, malgré une estimation de dangerosité faible ». Quels discours les répondant.e.s ont-ils et elles intégré pour forger cette analyse de la situation? Cela fait penser, par exemple, à la littérature scientifique sur la concomitance entre consommation et suicide. Les résultats de recherche de Kaslow et ses collaboratrices (2006) sur une population de femmes afro-américaines à faible revenu, que j'ai déjà

abordés dans la problématique, démontrent qu'un niveau élevé de planification de l'acte suicidaire et l'utilisation d'un moyen perçu comme plus létal sont associés à une plus grande détresse psychologique, au désespoir, à l'abus de substances intoxicantes et à des traumatismes vécus dans l'enfance. De plus, Lesage et ses collègues (2012) expliquent qu'un trouble d'abus d'alcool et d'autres drogues réduit les contacts des femmes suicidaires avec les services de santé et les services sociaux. Enfin, Lane et ses collaboratrices (2010) placent la consommation excessive de substances intoxicantes comme un facteur accentuant la vulnérabilité des personnes, ainsi la consommation est un item à prendre en compte dans l'estimation de la dangerosité suicidaire.

5.2 Structures politiques en intervention

Dans le sondage en ligne, quelques questions permettaient d'entrevoir la place d'une analyse sociopolitique tenant compte des structures d'oppression dans la pratique des intervenant.e.s⁷². Il est notamment possible de découvrir que dans le cas des répondant.e.s au sondage, peu ont répondu avoir des orientations théoriques qui mettent de l'avant un discours sociopolitique (orientation antioppressive, structurelle ou féministe). Les participantes au groupe de discussion, quant à elles, expliquent que l'analyse structurelle fait partie de leur pratique en permettant d'identifier des causes sociales au développement de problèmes individuels, mais que celle-ci ne doit pas servir à donner l'impression qu'il est impossible pour les femmes de changer leur situation. Il est à noter, toutefois, que l'analyse structurelle ne rend pas compte des structures oppressives pouvant agir sur la vie des femmes, comme le font les auteur.e.s qui travaillent à partir d'une perspective féministe, et dont quelques-unes

⁷² Par exemple, à l'aide de la question sur les orientations théoriques et de celle comportant des mises en situation, laquelle aborde les structures politiques directement de cette façon : « Je fais des liens entre les situations personnelles des femmes et les structures politiques ».

ont été citées en problématique de recherche. Par exemple, à aucun moment les participantes au groupe de discussion ni les répondant.e.s au sondage ne mentionnent le patriarcat ou le sexisme, ni le colonialisme, l'impérialisme ou le racisme, ni l'homophobie ou la transphobie. Leurs propos traitent plutôt de « pression de société » ou de stigmatisation, sans nécessairement identifier les causes de celles-ci. Le discours se rapprochant le plus d'une analyse féministe antioppressive qui a émergé à cet effet est celui où l'on explique les idées suicidaires et les problèmes de santé mentale par les abus sexuels vécus. Ainsi, le discours proposé par les intervenantes semble plus « fonctionnaliste » que féministe. Toutefois, il est possible que le questionnaire n'ait pas été conçu de façon à récolter ce type d'information de façon pointue.

Cela n'empêche pas que les participantes au groupe de discussion rapportent des pratiques qui font sens avec l'intervention féministe. Par exemple, comme cela a été abordé avec les propos de Bourgon (1987), des actions qui visent à promouvoir l'autonomie, à faire confiance aux femmes ainsi qu'à laisser les femmes nommer leurs besoins et définir leurs objectifs représentent des balises en intervention féministe. En effet, les participantes nomment que l'analyse structurelle fait partie de l'intervention en termes d'explication des problèmes de santé mentale. Il y a aussi une grande place qui est laissée à l'autonomie et aux choix des femmes, notamment en ce qui a trait à la définition d'objectifs d'intervention. Pour certaines participantes, l'autonomie des femmes et l'*empowerment* sont à la base de la conception de leurs services.

Bourgon (1987) explique que deux tâches en particulier permettent de mener des interventions féministes : le développement d'un discours sociopolitique qui s'articule aussi dans le quotidien et la création de pratiques d'interventions qui sont fidèles aux analyses féministes. Je considère ainsi que le discours sociopolitique pourrait être réactualisé, même si les intervenantes interrogées disent qu'il fait déjà

partie de leur pratique. Il est néanmoins possible de considérer que leurs pratiques d'interventions sont fidèles à des principes féministes. Elles le démontrent en affirmant, par exemple, « la spécialiste entre les deux, c'est elle » (Participante 2), ou encore « je considère que vous êtes la personne qui vous connaissez le mieux, même si des fois vous avez pas cette impression-là, mais quelque part, c'est vous qui vivez la situation de l'intérieur » (Participante 2). Ces citations démontrent bien la façon dont pourrait se manifester l'inclusion des personnes dans les processus décisionnels en intervention, ce que Hill et collaboratrices (1998) prônent afin de rétablir les dynamiques de pouvoir qui existent en intervention.

5.3 Violence, santé mentale et suicide

Dans les résultats du sondage, beaucoup de répondant.e.s rapportent rencontrer des problématiques de violence vécues par les femmes suicidaires (agressions sexuelles vécues à l'enfance et à l'âge adulte, violence conjugale) ainsi que des problématiques de santé mentale (troubles dépressifs et anxieux, troubles de personnalité). Les participantes du groupe de discussion, quant à elles, tracent un autre lien entre les problématiques de violence vécues par les femmes et les idées suicidaires : ce serait les traumatismes liés à la violence qui causeraient les symptômes des problématiques de santé mentale, lesquelles fragilisent les femmes à vivre un épisode suicidaire. Ces données font sens en regard des résultats des recherches de plusieurs auteur.e.s qui tracent des liens entre vécu de violence et suicide (Grossman, 1992; Devries *et al.*, 2011; Cankaya *et al.*, 2012; Goldblum *et al.*, 2012; McLaughlin *et al.*, 2012; Dye et Aday, 2013; Vijayakumar, 2015; Lamis *et al.*, 2017; Armes *et al.*, 2018).

Les participantes au groupe de discussion identifient aussi que le développement d'un problème de santé mentale est multifactoriel. En plus de l'environnement social et de la violence vécue, il y a un aspect génétique et biologique important à prendre en

compte. Les participantes sont même surprises que cet aspect soit si peu ressorti dans les résultats du sondage. Il est donc possible de constater qu'elles ont un regard sur le suicide des femmes qui est influencé et alimenté par plusieurs discours. Pour elles, ces discours ne sont pas en contradiction, mais proposent plutôt une panoplie d'explications qu'elles peuvent fournir à leurs clientes afin de leur apporter du soutien. C'est ainsi que la conciliation des différents discours prend forme dans la pratique.

5.4 Enjeux éthiques dans la pratique

Alors que les résultats du sondage sur les enjeux éthiques rapportent que les situations présentées posent en général « rarement » à « jamais » de défis éthiques, les participantes du groupe de discussion croient que cela peut s'expliquer par le contexte de pratique. Plus précisément, les situations incluant l'hospitalisation semblent relativement rares et s'appliquent à certains contextes particuliers qui ne sont pas les leurs. Les enjeux qui seraient les plus importants pour elles sont ceux de la confidentialité et de la liste d'attente (temps de réponse pour intervenir).

5.4.1 Lien de confiance, confidentialité et protection

Dans le sondage en ligne, les répondant.e.s étaient questionné.e.s quant aux valeurs les plus importantes en intervention : c'est le « lien de confiance » (40,00 %) qui a récolté le plus de votes. Cette valeur est suivie de très près par « préserver la vie de la personne » (33,33 %), puis par « l'autonomie de la personne » (15,56 %).

En ce qui concerne le lien de confiance, l'une des difficultés nommées concerne le développement d'un lien de confiance lors d'une intervention téléphonique de moins d'une heure. Selon l'OTSTCFQ (2016), « l'utilisation des technologies numériques et électroniques donne aux travailleurs sociaux et aux thérapeutes conjugaux et

familiaux la possibilité d'assister davantage de personnes en difficulté » (p. 5); toutefois, ces nouvelles possibilités viennent avec des risques à prendre en compte. En ce qui concerne l'intervention par téléphone, laquelle est répandue dans l'intervention de crise suicidaire, le guide de normes de télépratique pour les TS indique l'importance d'évaluer minutieusement les variables qui pourraient influencer le consentement et de s'assurer de toutes les mesures possibles pour préserver la confidentialité – particulièrement avec l'utilisation de téléphones intelligents. Ici, Martin (2011) explique que ce lien prend place dans une relation particulière de soins, où les client.e.s n'ont pas d'autre choix que de faire confiance à l'intervenant.e, mais aussi à l'institution qu'il ou elle représente..

Je ne peux m'empêcher de constater que lorsque les participantes au groupe de discussion parlent de la capacité des femmes à prendre des décisions pour elles-mêmes, cela indique une certaine conception de l'autonomie. Le contexte de crise suicidaire est le seul que les répondant.e.s ont grandement identifié comme ne permettant pas aux femmes de prendre des décisions pour elles-mêmes. Selon les participantes au groupe de discussion, le jugement peut être altéré en cas d'idées suicidaires, et cela doit être abordé en intervention. Même si les femmes suicidaires ne peuvent pas prendre de grandes décisions pour elles-mêmes, elles pourraient tout de même prendre des décisions pour leurs enfants.

Dans les propos des participantes, il est possible de noter une sorte de dualité qui existe entre le lien de confiance et l'idée de protection, autant dans le cas de la sécurité des enfants que de la sécurité des femmes suicidaires. Ce sont des situations où les TS interrogées interviendront malgré le fait que cela pourrait affecter le lien qu'elles entretiennent avec les femmes. Cela nous rapproche encore une fois des conclusions de Martin (2011) mentionnées plus tôt : les femmes suicidaires, en consultant les intervenant.e.s, ont confiance que ceux- et celles-ci feront tout en leur pouvoir pour les aider à résoudre la crise suicidaire. Les intervenant.e.s, à leur tour,

usent de leur jugement professionnel dans les situations où ils et elles croient avoir besoin de recourir aux autorités, tout en préservant la confiance des clientes, en leur mentionnant toujours leurs inquiétudes face à la situation de crise et en avertissant avant d'appeler la DPJ ou la police. Pour les participantes au groupe de discussion, il s'agit d'une façon de favoriser ce lien de confiance, tout en prenant les mesures nécessaires pour protéger les femmes suicidaires et/ou leurs enfants. Serait-ce une façon plus éthique, plus féministe d'intervenir? Si l'on se fie aux lignes directrices que Martin (2011) propose, soit de ne pas utiliser la tromperie, la manipulation ou la contrainte afin de résoudre rapidement la situation ainsi que d'informer rapidement les client.e.s des politiques de confidentialité et de leurs limites, il est possible de considérer que les mesures de communication entreprises par les participantes au groupe de discussion s'inscrivent effectivement dans une visée du respect du lien de confiance et de l'autonomie des femmes. De plus, il est possible de noter dans les propos des participantes une sorte d'attente de réciprocité du lien de confiance. Autant elles souhaitent développer une relation où les femmes peuvent faire confiance au fait qu'elles seront écoutées et accueillies, autant elles veulent pouvoir compter sur les femmes lorsqu'elles font une entente pour que la personne ne se suicide pas.

Des liens se tracent également avec la confidentialité, qui représente l'un des enjeux les plus importants dans la pratique des TS selon les participantes au groupe de discussion. Les situations mettant en jeu la confidentialité incluent, par exemple, le partage de bureaux communs entre les professionnel.le.s, ou encore des bureaux avec des « murs en carton » qui laissent peu de place à l'intimité nécessaire à la préservation de la confidentialité. Bien qu'elles discutent de cet enjeu par rapport au partage de renseignements entre collègues, les participantes soulèvent peu la confidentialité en lien avec l'appel à des ressources externes comme la police ou la DPJ à l'instar de ce que Martin (2011) soulève dans son article – pour elles, c'est vraiment le lien de confiance qui est en jeu dans ces situations.

Cet enjeu qui émerge entre la protection de la vie de la personne et la protection de la confidentialité ou du lien de confiance sont, comme le dirait Martin (2011), des « valeurs en compétition⁷³ ». Cela rappelle aussi les propos de Beauchamp et Veatch (1996) sur les positions paternalistes et antipaternalistes en intervention sur le suicide. En effet, malgré que les intervenant.e.s soient clair.e.s sur le fait que l'autonomie des femmes est un élément essentiel de leur pratique, lorsqu'ils et elles choisissent de prioriser la sécurité de ces dernières face au risque suicidaire en faisant appel aux services policiers, ils et elles font appel à leur autorité en tant qu'intervenant.e. Les TS déterminent ainsi, que ce soit par leur jugement professionnel, ou par leurs obligations professionnelles, que c'est la sécurité qui prime et ce en dépit de ce que peut dire la personne (qui refuse les traitements, si la police doit être impliquée).

5.4.2 Directivité et intrusivité de l'intervention

Comme mentionné plus haut, le discours biomédical et l'influence des psychiatres ont une grande importance dans l'intervention auprès des femmes suicidaires. L'un des enjeux qui retient mon attention en ce sens concerne donc la directivité et l'intrusivité en intervention, ainsi que l'a souligné l'une des participantes du groupe de discussion. Celle-ci se questionnait sur « jusqu'où on va » dans l'intervention lorsque l'on est dans un contexte de services volontaires et que le psychiatre demande d'insister auprès de la cliente afin de lui offrir des services. Les participantes se questionnaient sur la priorité qui devrait être établie entre répondre au besoin que nomme la cliente ou calmer l'anxiété du médecin. Ce type de questionnement rappelle les propos de Martin (2011) mettant de l'avant que les intervenant.e.s et leurs client.e.s, lesquel.le.s s'avèrent souvent être des personnes qui vivent des situations d'oppression, ont des systèmes de valeurs différents. Ainsi, le choix de privilégier la vie au-delà d'autres valeurs comme la confiance en ce que nous dit la personne, ou encore l'autonomie de celle-ci, provient d'un système de valeurs; Healy (2005) explique que ce dernier est

⁷³ « Competing values » dans le texte original en anglais.

commun aux TS notamment car ils et elles sont socialisé.e.s à un certain système de valeurs dans les écoles de travail social. De plus, comme le mentionnent Hill et ses collaboratrices (1998), la personnalité de l'intervenant.e aura une influence dans sa façon de naviguer dans les enjeux éthiques – incluant celui dont il est question ici.

5.4.3 Formation

Concernant la formation en éthique et suicide, la majorité des répondant.e.s du sondage n'en ont pas reçu. Cela dit, 40,00 % jugent qu'ils et elles sont suffisamment formé.e.s. Le même constat est possible pour les participantes au groupe de discussion. Celles-ci considèrent que la formation constitue un élément crucial pour entretenir de bonnes pratiques, toutefois elles ne voient pas en quoi une formation spécifique portant sur les enjeux éthiques serait pertinente. Elles jugent que la formation sur l'estimation de la dangerosité suicidaire est suffisante, et qu'une fois qu'elles connaissent leurs responsabilités comme intervenantes, les enjeux éthiques sont couverts. Les participantes au groupe de discussion ajoutent qu'il y aurait des impacts positifs sur leur pratique à refaire cette formation régulièrement, ainsi qu'à être régulièrement mises dans ce type de situation d'intervention. Comme le propose Healy (2005), les propos des intervenantes interrogées confirment que leurs interventions s'affineront davantage dans un contexte où les TS seront mis.e.s dans des situations dans lesquelles ils et elles doivent concilier leurs connaissances théoriques et la réalité « terrain ».

Enfin, ce qu'il est possible de comprendre, c'est que la notion d'éthique ne représente pas un obstacle pour les TS dans leur pratique. Le grand problème vu par les participantes au groupe de discussion en lien avec la formation réside plutôt dans le fait que plusieurs intervenant.e.s ne sont pas formé.e.s pour intervenir en cas de crise suicidaire, ou à estimer la dangerosité suicidaire. En plus de placer les intervenant.e.s non formé.e.s dans une situation inconfortable où ils et elles pourraient éviter d'aborder la question du suicide (et ainsi mettre leur client.e à risque), cela fait en

sorte qu'ils et elles peuvent être démuni.e.s et laisser ce fardeau à leurs pair.e.s qui en ont la formation ou l'expérience.

En centre de crise, les TS posent systématiquement la question « penses-tu au suicide? ». Par contre, au CALACS (et probablement dans plusieurs autres organisations où le suicide n'est pas le cœur de l'intervention), ce ne sont pas tou.te.s les intervenant.e.s qui sont à l'aise de poser cette question aussi directement. Les participantes suggèrent que c'est peut-être parce que les personnes ne sont pas formées ou qu'elles ne sont pas prêtes à recevoir la réponse, ce qui mènerait à ignorer ce pan de la vie des client.e.s. Ces données appuient donc les propos de Martin (2011), qui recommande que les centres de crise forment leurs intervenant.e.s régulièrement et qui invite ces derniers.ières à bien connaître leurs propres valeurs, afin d'identifier les potentiels conflits de valeurs en intervention.

5.5 Différenciation de genre dans les interventions

Il est intéressant de constater que même s'il n'y avait qu'une seule question qui traitait du suicide des hommes dans le sondage, les participantes au groupe de discussion ont abordé le sujet longuement (et avant même qu'il ne soit mentionné par la chercheuse). Il est possible de se demander si, dans une recherche sur le suicide des hommes, les participant.e.s auraient pris autant de temps à parler du suicide des femmes. Je présume que ce n'est pas le cas. Ce constat rejoint les auteur.e.s (Lehman, 1995; Mallon *et al.*, 2016) qui démontrent qu'il y a un biais androcentrique dans les études sur le suicide, où le suicide des femmes est invisibilisé et moins pris au sérieux.

En ce qui concerne les pratiques d'intervention, les répondant.e.s au sondage sont majoritairement d'avis qu'il est nécessaire d'intervenir différemment en fonction du

genre. Dans le groupe de discussion, les avis sont mitigés : il est important de reconnaître que les femmes vivent des défis particuliers dus au fait d'être femme, toutefois l'évaluation du risque suicidaire n'est pas différente si l'on s'adresse à un homme ou à une femme. Ce serait plutôt la façon d'intervenir qui serait différente en laissant plus de place au concret qu'à l'émotionnel lorsque les interventions concernent les hommes et en répondant plus rapidement à la demande d'aide auprès de ceux-ci. Le fait de définir l'intervention auprès des hommes suicidaires à l'aide de tels critères, sans être en mesure de faire la même chose pour l'intervention sur le suicide des femmes, semble la suite logique du manque de recherches et de connaissances sur le suicide des femmes. En s'intéressant uniquement au suicide des hommes, les chercheurs.euses et les praticien.ne.s développent des pratiques adaptées à ceux-ci; mais qu'est-ce qui nous indique que les pratiques auprès des femmes sont adaptées à ces-dernières?

5.6 Conclusion

Ce chapitre visait à analyser les résultats du sondage et du groupe de discussion à la lumière des autrices étudiées dans le cadre conceptuel (Healy, 2005; Bourgon, 1987; Martin, 2011). Ceci a été abordé sous les thèmes du contexte de la pratique en travail social; des structures politiques en interventions; des liens entre violence, santé mentale et suicide; des enjeux éthiques dans la pratique du travail social; et enfin, de la différenciation de genre en intervention. Le prochain et dernier chapitre de mémoire, la conclusion, s'appuiera sur les liens tracés ici, afin de formuler une réponse à la question de recherche et émettre des recommandations et pistes de réflexions pour la pratique et pour de futures recherches.

CONCLUSION

Ce travail avait pour but de tracer un portrait global des interventions sociales auprès des femmes suicidaires au Québec, et ce, à partir du point de vue des intervenant.e.s. Pour conclure ce mémoire de maîtrise, j'effectuerai un récapitulatif des différents chapitres qui le composent. Puis, je formulerai une réponse à la question de recherche. Enfin, j'émettrai des recommandations à la lumière des résultats de recherche ainsi que des pistes de réflexion.

6.1 Synthèse

C'est à la suite d'une brève expérience de travail auprès de personnes ayant des troubles de santé mentale et des personnes en crise suicidaire que mon intérêt a été piqué quant à la question du suicide des femmes, et des particularités que cela pose en intervention. La revue de littérature à ce sujet indique qu'en 2015, au Québec, le taux de suicide des hommes était de 19,6 par 100 000 personnes et celui des femmes 6,9 par 100 000 personnes (Lévesque *et al.*, 2018). Malgré cet écart, aux États-Unis, il est possible de constater une diminution du ratio de suicide homme-femmes (Hedegaard, Curtin et Warner, 2018). Il existe donc de grandes disparités sur le ratio des taux de suicide homme-femme selon les régions. Par exemple, selon Devries et ses collègues (2011), on observe dans certaines régions d'Asie un rapport de 1,1 homme pour chaque femme. En Chine (Devries *et al.*, 2011) et au Cambodge (Armes *et al.*, 2018), ce sont plutôt les femmes qui sont davantage susceptibles de se suicider que les hommes. Il y a aussi des disparités dans les taux de suicide selon certaines caractéristiques des femmes. Par exemple, près du quart des femmes des Premières

Nations ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires à un certain moment de leur vie, ce qui constitue le double des femmes non autochtones (Arriagada, 2016).

Dans cette optique, Mallon et ses collègues (2016) remarquent qu'il y a très peu de recherches faites directement sur le suicide des femmes. Ces auteur.e.s notent que les données sur les suicides des femmes servent généralement à éclairer la compréhension du suicide des hommes : le haut taux de problématique de santé mentale chez les femmes suicidées est utilisé pour mettre en lumière la nature sociale du suicide des hommes, tandis que le haut taux de recherche d'aide psychosociale des femmes est utilisé pour problématiser le faible taux de recherche d'une telle aide chez les hommes. Certain.e.s auteur.e.s (Kushner, 1996; Vijayakumar, 2015) font valoir l'importance de prendre en compte non seulement le résultat (soit un suicide complété) dans les statistiques sur le suicide, mais aussi les idées suicidaires et les tentatives de suicide; en comptabilisant les données ainsi, les comportements suicidaires des femmes s'avèrent plus nombreux.

La littérature sur le suicide démontre un lien important entre celui-ci et les problèmes de santé mentale (Boyer et Loyer, 1996; Lesage *et al.*, 2012). Toutefois, à l'instar de ce qu'avancent Mallon et ses collègues (2016), il existe tout un corpus de travaux féministes mettant en contexte les problématiques de santé mentale des femmes. Ces recherches soulignent l'importance de ne pas limiter la compréhension de ces problèmes à des explications individuelles, génétiques ou biologiques pour plutôt les envisager en lien avec les exigences d'une société patriarcale (Guberman, 1990; Rondeau, 1994).

En ce sens, plusieurs auteur.e.s associent le suicide et les problématiques de santé mentale à la violence faite aux femmes (Devries *et al.*, 2011; Mallon *et al.*, 2016; McLaughlin *et al.*, 2012). Les résultats de recherche de Devries et ses collaborateurs.rices (2011) et de McLaughlin et ses collègues (2012) démontrent une

forte corrélation entre le haut taux d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide, d'une part, et la violence faite aux femmes, de l'autre. Ces auteur.e.s invitent ainsi à prioriser la prévention de la violence dans les stratégies de prévention du suicide : 25 % à 50 % des femmes ayant eu des idées suicidaires dans le dernier mois avaient consulté un.e professionnel.le en soins de santé, ce qui constitue une importante opportunité d'intervention. Par exemple, bien qu'au Québec l'effort régional de prévention du suicide axé sur les hommes ayant un trouble concomitant d'abus d'alcool ou d'autres drogues ait un impact positif sur la rétention de ceux-ci dans les suivis psychosociaux, les femmes pour leur part voient leurs contacts avec les services sociaux réduits par leur abus de substances intoxicantes (Lesage *et al.*, 2012).

Puisque le travail social est considéré comme à l'avant-garde sur le plan théorique et clinique quant à l'intervention en situation de crise suicidaire (Tremblay, 2012), la question à laquelle j'ai tenté de répondre dans le cadre de mon mémoire est la suivante : Quelles sont les pratiques d'intervention sociale auprès des femmes suicidaires au Québec et quels sont les enjeux éthiques et féministes rencontrés dans ces interventions selon le contexte de pratique?

Les travaux sur la recherche et l'épistémologie féministes d'Ollivier et Tremblay (2000) ont grandement influencé le choix de faire appel à une méthodologie mixte. J'ai premièrement réalisé un sondage en ligne où j'ai amassé des résultats quantitatifs. J'ai ensuite réuni des personnes intervenant en travail social dans un groupe de discussion autour de ces résultats afin de confronter et valider les données amassées. Ainsi, les résultats amassés sont de deux ordres : quantitatif (sondage en ligne) et qualitatif (groupe de discussion). Les résultats qui proviennent du sondage en ligne permettent de tracer un portrait global de la situation : ils permettent d'en apprendre sur le profil des intervenant.e.s et leur contexte d'intervention; le profil et les problématiques vécues par les femmes suicidaires; les interventions privilégiées auprès de celles-ci; et les enjeux éthiques vécus dans la pratique. En ce qui concerne

les résultats du groupe de discussion, les participantes, en plus de commenter les résultats au sondage, ont partagé leurs réflexions et leur vécu au quotidien dans la pratique auprès de femmes suicidaires.

Ce sont les écrits de Karen Healy (2005), Michèle Bourgon (1987) et Norah Martin (2011) qui ont guidé l'analyse des résultats, à partir notamment des concepts de compréhension dynamique de la pratique du travail social (contexte institutionnel, incluant les discours dominants et alternatifs; base formelle professionnelle; cadre de référence de la pratique; objectif de la pratique), des principes d'intervention féministe ainsi que des lignes directrices pour l'intervention éthique et féministe en cas de crise suicidaire.

La discussion ayant émergé des résultats, à la lumière des concepts, est de l'ordre de l'influence du discours de l'économie néolibérale sur les structures organisationnelles; du discours biomédical et de la conciliation des TS avec celui-ci; de l'analyse structurelle et des structures politiques en intervention; des liens unissant suicide et violence et/ou santé mentale; du vouloir mourir des femmes; des principaux enjeux éthiques rencontrés dans la pratique (lien de confiance, confidentialité et protection); de la formation des TS; et, enfin, de la différenciation de genre en intervention.

Ce projet permet de contribuer à la littérature scientifique sur l'intervention auprès des femmes suicidaires, lequel est souvent éclipsé des recherches dominantes sur le suicide. De plus, cette recherche contribue à la réflexion sur l'utilisation de méthodologies mixtes dans le domaine du travail social, celui-ci favorisant généralement la production de connaissances à l'aide de méthodologies qualitatives. De plus, en questionnant directement les intervenant.e.s, j'ai favorisé leur prise de parole et reconnu leur pratique comme importante pour aller de l'avant, comme le proposent Couturier et Huot (2003, p. 107) : « [I]l est possible de considérer le

discours des intervenantes et des intervenants sociaux sur leur pratique comme une forme effective de théorisation. » Ainsi, cette étude a mis en valeur la parole des intervenant.e.s.

6.2 Réponse à la question de recherche

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai poursuivi trois objectifs que je réviserai ici un à un.

Mon premier objectif était de dresser un portrait des interventions en travail social auprès des femmes suicidaires dans divers milieux de pratique. Des données ont été amassées sur le profil des intervenant.e.s, leur contexte de pratique, le profil des femmes suicidaires auprès desquelles ils et elles interviennent, les pratiques d'intervention qui sont privilégiées auprès d'elles ainsi que les principaux enjeux éthiques rencontrés dans la pratique. Globalement, les données nous indiquent que la majorité des répondant.e.s ont complété un baccalauréat, travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux, et travaillent dans un secteur d'activité en santé mentale. Ils et elles sont intervenu.e.s avec environ 38 femmes suicidaires dans les 2 dernières années.

En ce qui concerne le profil des femmes suicidaires selon les intervenant.e.s, les résultats indiquent une grande diversité au niveau des caractéristiques des femmes, ce qui ne permet pas de tracer un profil. En ce qui a trait aux problématiques vécues par les femmes suicidaires, les intervenant.e.s ont constaté qu'elles vivent des agressions sexuelles dans l'enfance et à l'âge adulte, de la violence conjugale et familiale ainsi que des troubles de santé mentale et des problèmes financiers.

Les résultats sur les pratiques d'intervention indiquent que les intervenant.e.s pratiquent en grande majorité de l'intervention individuelle, plus spécifiquement au niveau de l'intervention de crise, de l'écoute active et de la relation d'aide. Il est à noter que 53,33 % des répondant.e.s au sondage ont indiqué avoir déjà appliqué la P-38, un nombre qui a surpris les participantes au groupe de discussion. La majorité des pratiques rapportées sont en lien avec l'intervention féministe.

Alors que les répondant.e.s au sondage considèrent en majorité que leur contexte de travail leur fournit des conditions permettant de bonnes pratiques et sont satisfait.e.s avec leurs interventions, les participantes au groupe de discussion sont en désaccord. Ces dernières croient plutôt que la structure organisationnelle du réseau de la santé et des services sociaux alourdit considérablement leur pratique, et que le fait qu'elles se sentent outillées pour intervenir auprès des femmes suicidaires n'est pas grâce à ces structures.

Les valeurs les plus importantes en intervention seraient, pour les répondant.e.s au sondage, le lien de confiance (40,00 %) et la préservation de la vie de la personne (33,33 %). Pour les participantes au groupe de discussion, l'autonomie de la personne devrait aussi prendre une place importante en intervention. Les enjeux éthiques explorés dans ce mémoire incluent le lien de confiance, la confidentialité, la protection des femmes et l'intrusivité en intervention. Malgré que les répondant.e.s et les participantes rapportent majoritairement ne pas avoir reçu de formation éthique en lien avec le suicide, ils et elles considèrent tout de même être suffisamment outillé.e.s pour intervenir auprès des femmes suicidaires.

Mon second objectif était de documenter le point de vue des intervenant.e.s sur les enjeux (éthiques et féministes) vécus dans leur pratique d'intervention auprès des femmes suicidaires. Avec ses questions de nature ouverte, le groupe de discussion constitue l'outil méthodologique qui a le mieux permis de répondre à cet axe de

recherche. Les intervenant.e.s (tant du sondage que du groupe) sont d'avis qu'ils et elles sont suffisamment bien outillé.e.s pour répondre aux enjeux survenant dans leur pratique auprès des femmes suicidaires, malgré qu'ils et elles aient identifié ne pas avoir suivi de formation à cet effet. L'une des participantes au groupe de discussion précise à ce sujet qu'une fois formée sur l'estimation de la dangerosité suicidaire, elle connaît ses responsabilités en tant que professionnelle, ce qui est suffisant pour faire son travail. Les enjeux principalement soulevés se retrouvent au niveau de la confidentialité et du lien de confiance, de la protection et de l'intrusivité en intervention.

Mon troisième et dernier objectif consistait en l'analyse des résultats en lien avec le contexte de la pratique du travail social (Healy, 2005), les théories sur le travail social féministe (Bourgon, 1987) et les enjeux éthiques et féministes en intervention sociale auprès des personnes suicidaires (Martin, 2011). Dans le chapitre de discussion, j'ai mis de l'avant que le discours de l'économie néolibérale et le discours biomédical ont des conséquences importantes sur la pratique des intervenant.e.s auprès des femmes suicidaires. Il est toutefois possible de remarquer que les TS arrivent à négocier ces discours avec des discours alternatifs, notamment celui de l'intervention féministe. En effet, que ce soit dans des milieux de pratique ouvertement féministes ou non, plusieurs principes de l'intervention féministe sont à la base de l'intervention auprès des femmes suicidaires : les intervenant.e.s soulignent l'importance de reconnaître l'autonomie des femmes et leur capacité à choisir des objectifs d'intervention, entre autres. Comme mentionné ci-haut, les enjeux éthiques de la pratique du travail social auprès des femmes suicidaires se retrouvent au niveau de la confidentialité et du lien de confiance, de la protection et de l'intrusivité en intervention. Ceux-ci peuvent être envisagés en relation avec le rôle de protection des femmes suicidaires que les intervenant.e.s endossent. Cela rappelle tant les propos de Beauchamp et Veatch (1996) sur le continuum « paternaliste/antipaternaliste » en intervention sur le suicide

que les recommandations de Martin (2011) envers l'importance de ne pas briser le lien de confiance en intervention, particulièrement auprès des personnes opprimées.

6.3 Recommandations pour la pratique

À la lumière des résultats de recherche et des concepts alimentant leur analyse, j'entrevois quelques pistes permettant de pallier les difficultés et enjeux nommés face à l'intervention auprès des femmes suicidaires. Ainsi, trois pistes à explorer semblent nécessaires : 1) la formation; 2) la structure organisationnelle et l'allocation des ressources; et 3) la recherche sur le suicide des femmes.

Tout d'abord, à l'instar de la proposition de Martin (2011) et des propos des participantes au groupe de discussion, il convient d'insister sur l'importance de la formation des intervenant.e.s. Dans le cadre de cette recherche, je remarque que la problématique du suicide est rencontrée dans beaucoup de milieux de pratique; ainsi, il est impératif que même les intervenant.e.s qui ne travaillent pas directement dans un service de crise soient formé.e.s quant à l'estimation du risque suicidaire. Cela leur permettrait de développer une plus grande aise face à l'intervention auprès de personnes suicidaires et, aussi, de diviser les tâches plus équitablement (pour que ce ne soit pas toujours les mêmes personnes qui se retrouvent avec les cas de crise suicidaire, par exemple). Les formations pourraient prendre diverses formes : des formations magistrales ou des conférences, des groupes de pratique par et pour les intervenant.e.s, ou encore de la supervision clinique. Celles-ci pourraient se produire annuellement ou avoir lieu selon le besoin manifesté par l'intervenant.e. Un volet sur l'éthique pourrait y être inclus, où les intervenant.e.s auraient l'occasion de réfléchir à leurs propres valeurs (comme c'est déjà le cas dans les formations sur le suicide). Les formations pourraient aussi comprendre des ateliers de réflexion sur la façon dont les enjeux entourant le paternalisme et l'antipaternalisme s'articulent dans leur pratique.

Par la suite, bien que les intervenant.e.s sociaux.ales démontrent une capacité à négocier les discours dominants et alternatifs en présence dans leur contexte de pratique, il semble que la structure organisationnelle ajoute une lourdeur à leur quotidien en intervention. Il serait possible de prôner une réduction de l'influence des discours néolibéraux et biomédicaux sur la pratique des TS, mais cela semble illusoire dans le contexte actuel. Ainsi, peut-être est-il préférable d'entrevoir une possibilité de renverser la vapeur en ramenant le travail social à ses sources plus militantes et en revendiquant non seulement un milieu où l'on offre des soins et services adéquats, mais où les conditions des travailleurs.euses sont moins affectées par la lourdeur bureaucratique?

Enfin, il semble impératif de poursuivre la recherche sur le suicide des femmes. Il serait possible de questionner directement les femmes suicidaires sur leurs propres perceptions de leur vécu face à la problématique du suicide, puis d'en diffuser les résultats auprès des intervenant.e.s. Ainsi, en plus des connaissances issues de leur pratique d'intervention, ils et elles disposeraient d'appuis scientifiques pour expliquer ce « vouloir mourir ». Une autre avenue serait la diffusion de recherches ou d'essais sur les différents types d'intervention face à une crise suicidaire, qui s'inscrivent sur un continuum « paternaliste » à « antipaternaliste » (Beauchamp et Veatch, 1996).

6.4 Pistes de réflexion et de recherche

Plusieurs nouvelles problématiques de recherche émergent des données récoltées dans ce processus, notamment en ce qui a trait aux angles morts de mon mémoire. Il serait important de se pencher plus spécifiquement sur l'offre de service s'adressant aux femmes suicidaires non cisgenres, non hétérosexuelles et non blanches. En effet, alors que la littérature démontre un lien entre ces caractéristiques et le suicide, les résultats de ma recherche ne vont pas en ce sens. Les répondant.e.s au sondage disent compter

très majoritairement des femmes cisgenres, blanches et hétérosexuelles parmi leurs clientes; les participantes au groupe de discussion n'ont pas soulevé que c'était différent dans leur pratique. Est-ce que la situation de ces femmes issues de minorités culturelles, sexuelles et de genre est différente au Québec? Est-ce qu'elles vont chercher des services d'intervention dans des organismes différents (ex. axés sur les minorités sexuelles et de genre, ou dans des organismes pour femmes racisées)? Est-ce qu'elles n'ont tout simplement pas accès aux services, ne consultent pas car c'est une source de soucis supplémentaire, ou font-elles plutôt appel à des sources informelles d'entraide?

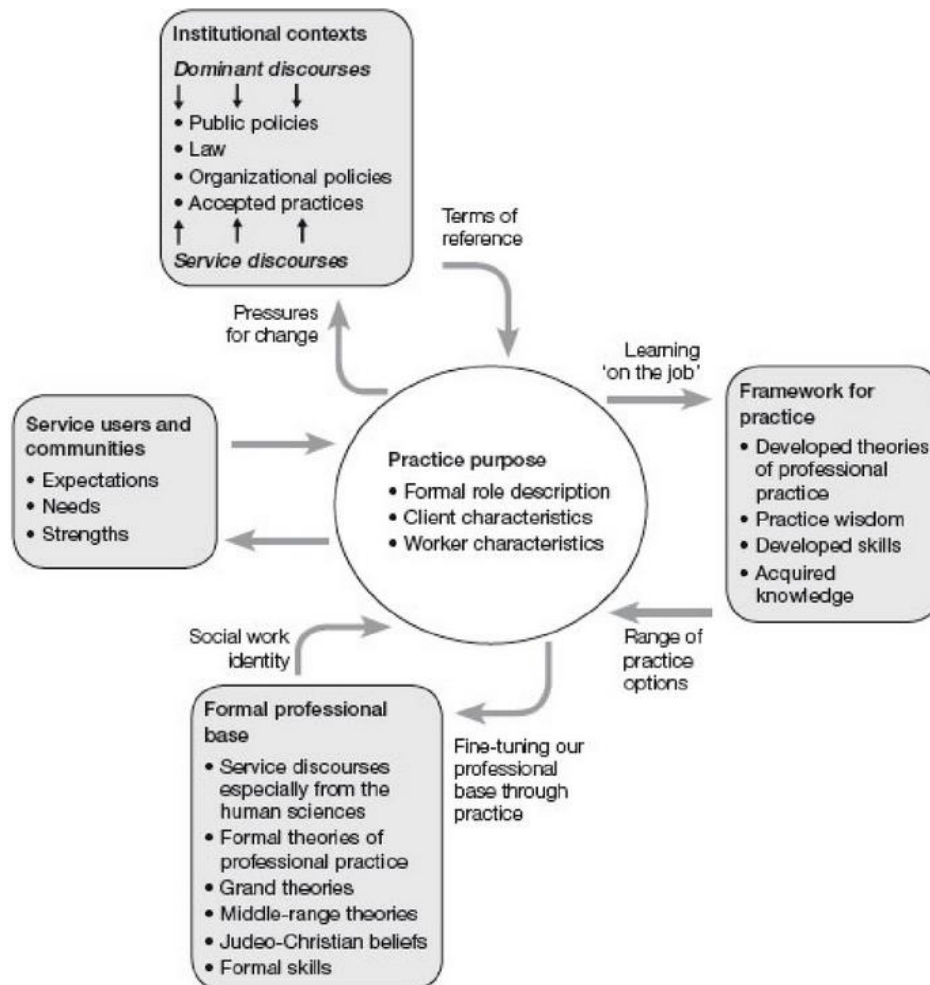
Tel qu'illustré plus tôt, la majorité des intervenantes sont familières avec la Loi P-38, et celle-ci a été identifiée comme ayant le plus d'influence sur la pratique du travail social auprès des femmes suicidaires. Il serait intéressant de connaître leurs perceptions à propos de la façon dont le cadre légal façonne leur pratique, et d'effectuer des comparaisons entre le milieu institutionnel et communautaire.

Comme mentionné dans le chapitre de discussion, l'une des limites de cette recherche réside dans l'impossibilité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population étudiée. Il serait intéressant de poursuivre les recherches sur cette population, soit les intervenant.e.s en travail social, afin de développer des connaissances sur celle-ci et de laisser émerger de nouvelles problématiques de recherche, en plus de permettre de comparer des échantillons à la population.

Il est également important de garder à l'esprit que ce mémoire se concentre sur les perceptions des intervenant.e.s sociales à propos des femmes suicidaires. Des recherches menées directement auprès des femmes suicidaires permettraient d'avoir une nouvelle compréhension du suicide des femmes.

ANNEXE A

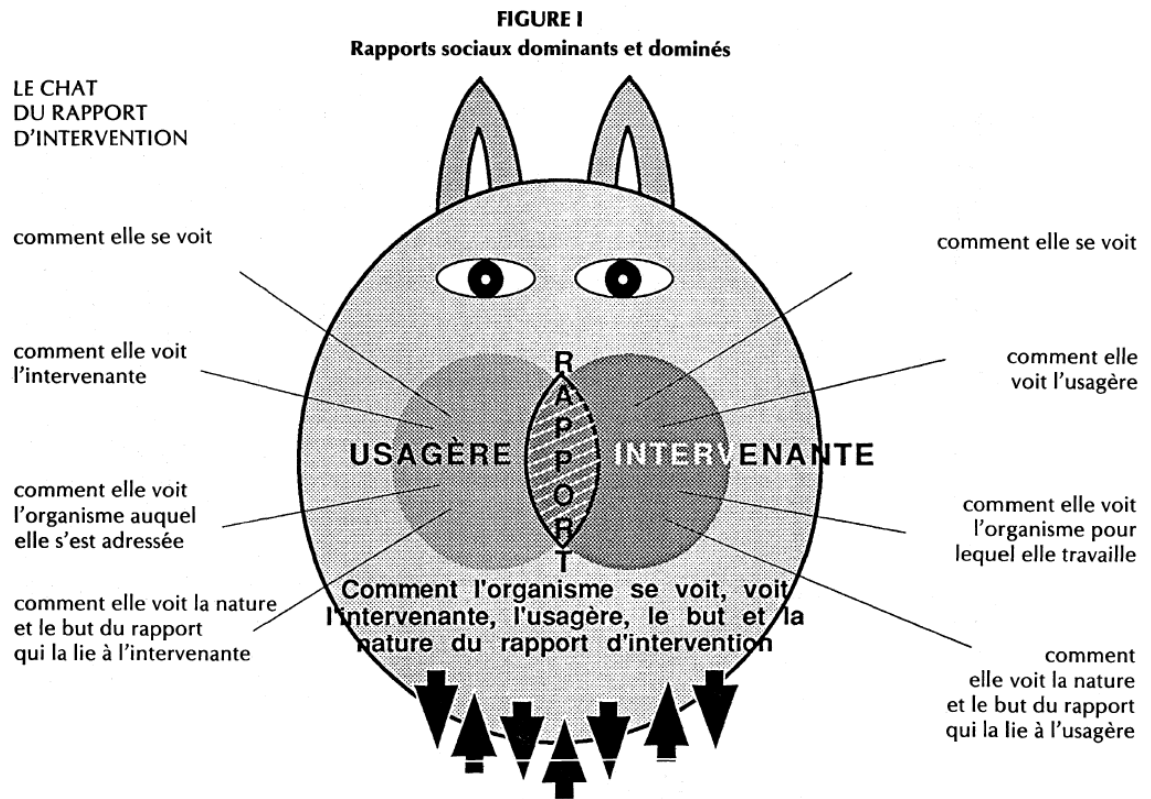
SCHÉMA « Constructing social work practice : a dynamic model⁷⁴ »



⁷⁴ Healy, Karen. (2005). *Social Work Theories in Context. Creating Frameworks for Practice*. New York : Palgrave Macmillan, p. 5

ANNEXE B

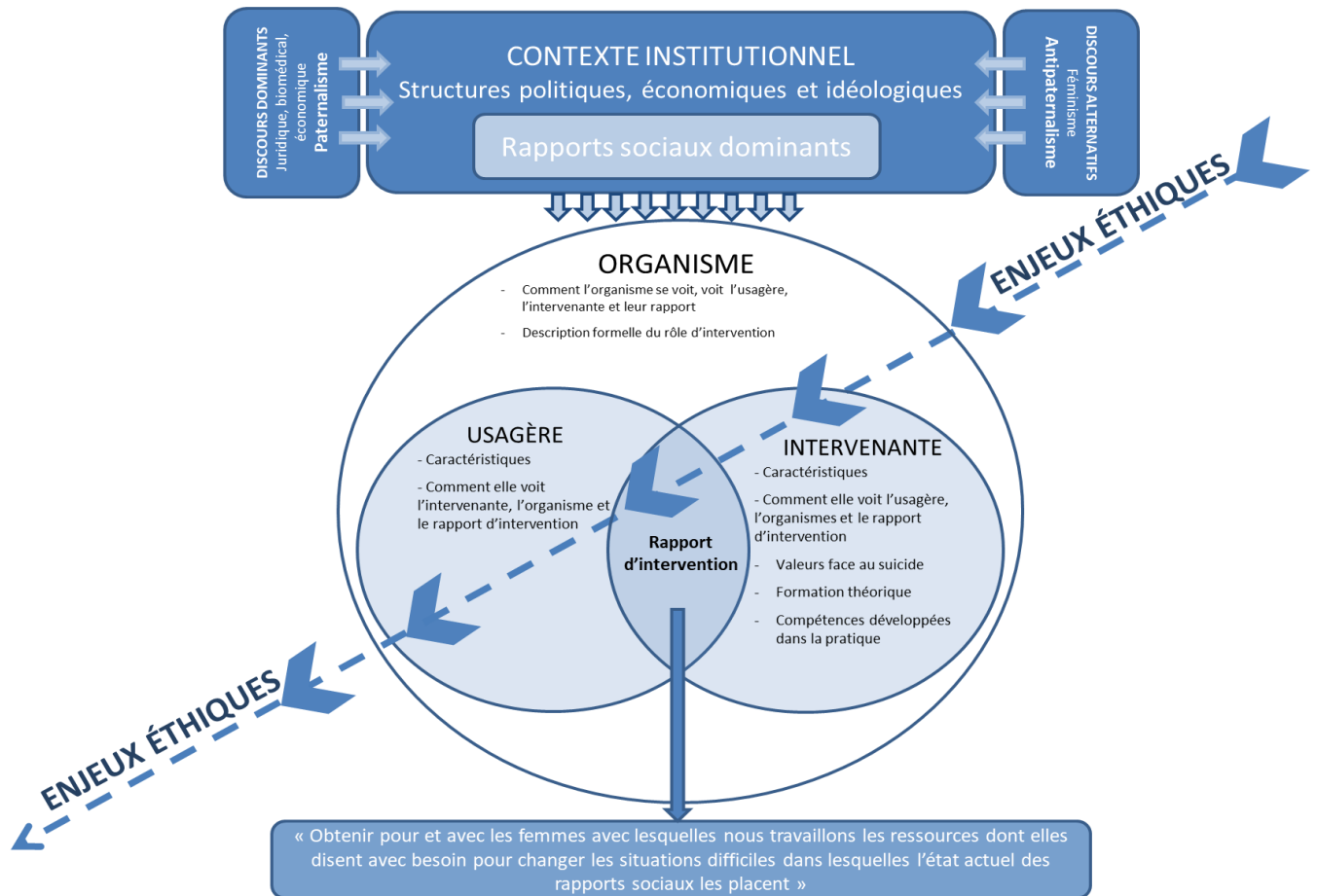
SCHÉMA « Rapports sociaux dominants et dominés : le chat du rapport d'intervention⁷⁵ »



⁷⁵ Bourgon, Michèle. (1987). L'approche féministe en termes de rapports sociaux ou l'art de survivre sur la corde raide en talons hauts! *Service social*, 36(2-3), p. 254

ANNEXE C

SCHEMA SYNTHÈSE DU CADRE CONCEPTUEL



ANNEXE D

QUESTIONNAIRE UTILISÉ DANS LE CADRE DU SONDAGE EN LIGNE

Recherche sur les pratiques d'intervention auprès des femmes suicidaires

Cette recherche porte sur les pratiques d'intervention auprès des femmes suicidaires, dans une perspective féministe. Vos réponses serviront à dresser un portrait des interventions en travail social auprès des femmes suicidaires dans divers milieux de pratique, ainsi qu'à documenter le point de vue des intervenant.e.s sur les enjeux éthiques auxquels ils et elles font face dans ce contexte.

Le sondage d'une durée d'environ 30 minutes comporte 7 sections : 1) Questions générales ; 2) Profil de l'intervenant.e ; 3) Contexte de la pratique ; 4) Profil des femmes destinataires des interventions ; 5) Problématiques vécues par les femmes suicidaires ; 6) Interventions privilégiées ; 7) Enjeux éthiques dans la pratique.

Afin de participer, vous devez :

1. Avoir une formation initiale en travail social (technique ou baccalauréat) ;
2. Avoir travaillé auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années (même si elles constituent seulement une fraction de votre clientèle) ;
3. Être intéressé.e à participer à la recherche et à réfléchir aux enjeux éthiques de votre pratique auprès des femmes suicidaires ;
4. Parler français.

Pour l'étude, nous considérerons l'expression « femmes suicidaires » comme : toute femme (cisgenre ou transgenre) ayant manifesté le désir de mourir, que ce soit par la parole, ou par une (ou des) tentative(s) de suicide.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

RECHERCHE SUR LES PRATIQUES D'INTERVENTION AUPRÈS DES FEMMES SUICIDAIRES

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Laura Gagnon

Étudiante à la maîtrise

École de travail social

Université du Québec à Montréal

T. 514-817-4271

C. gagnon.laura.3@courrier.uqam.ca

Maria Nengeh Mensah

Professeure titulaire

École de travail social

Université du Québec à Montréal

T. 514-987-3000 # 1723

C. mensah.nengeh@uqam.ca

PRÉAMBULE

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche qui vise à dresser un portrait des interventions en travail social auprès des femmes suicidaires, dans une perspective féministe. Ce projet de recherche est effectué dans le cadre du programme de Maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal. Avant d'accepter de participer à ce projet, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à communiquer avec l'étudiante pour des explications.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La présente recherche vise à documenter les pratiques d'interventions auprès des femmes suicidaires au Québec, et explorer les enjeux éthiques auxquels les intervenant.e.s font face. Pour y arriver, l'étudiante réalisera un sondage en ligne sur cette thématique, ainsi qu'une entrevue de groupe qui portera sur les résultats du sondage. Si vous correspondez aux critères énumérés dans la section précédente, vous êtes l'une des personnes dont nous aimerions obtenir les réponses au sondage en ligne.

TÂCHES DEMANDÉES

Votre participation consiste à :

- participer au sondage en ligne d'une durée d'environ 30 minutes, en répondant à une série de questions portant sur votre profil, le contexte de votre pratique d'intervention, le profil des femmes suicidaires destinataires d'interventions, les problématiques vécues par ces femmes, les interventions que vous privilégiez, ainsi que les enjeux éthiques rencontrés dans votre pratique;
- consentir à l'utilisation des réponses du sondage dans le cadre d'analyses statistiques.

AVANTAGES ET RISQUES POTENTIELS

Vous ne bénéficierez pas directement de la participation à un sondage en ligne ou de fournir votre point de vue dans le cadre de cette recherche. Vous pourriez bénéficier indirectement du fait de vous exprimer librement à propos de votre pratique d'intervention auprès des femmes suicidaires. Vous pourriez également jouer un rôle dans l'avancement des connaissances sur l'intervention auprès des femmes suicidaires. La participation à cette recherche peut également permettre à chacun.e des participant.e.s d'alimenter une réflexion personnelle sur la dimension éthique de leur pratique.

La participation au sondage en ligne requiert que vous partagiez votre expérience. Les risques potentiels associés à ce partage sont les suivants :

- Il est possible que le partage de votre point de vue fasse ressurgir des émotions, un stress ou un malaise quelconque (en lien avec une réaction par rapport à une expérience personnelle liée au suicide, ou à une expérience d'intervention qui s'est mal passée par exemple). Dans le cas où vous seriez perturbé d'une façon ou d'une autre par votre participation à l'étude, vous pouvez vous retirer de la recherche à tout moment, et ce sans conséquence. Une liste de ressources est aussi disponible dans le cas où vous auriez besoin d'être référé vers de l'aide professionnelle.
- Si vous vous retirez de la recherche, nous effacerons les réponses que vous aurez soumises en répondant au questionnaire. Votre formulaire de consentement sera détruit.
- Le recrutement ne permettra pas aux organisations ayant accepté de transmettre l'appel de recrutement de savoir qui a participé à la recherche.

La participation à ce projet est volontaire et vous pouvez y mettre fin en tout temps, sans préjudice; sans avoir à fournir de raison ni à subir des conséquences, décider de ne pas répondre à une question ou quitter le lieu de la rencontre.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements recueillis dans le cadre de cette recherche sont anonymes et confidentiels. Les données amassées à l'aide du sondage en ligne seront conservées dans un programme protégé par un nom d'utilisateur et un mot de passe, et ce dans un ordinateur aussi muni d'un mot de passe.

COMPENSATION FINANCIÈRE

En acceptant de participer à ce projet, vous ne bénéficierez d'aucune compensation financière.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la chercheuse ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

RAPPORT DE RECHERCHE

Si vous souhaitez être contacté.e ultérieurement pour avoir accès au rapport de recherche, veuillez inscrire votre adresse courriel à la fin du questionnaire. Cette adresse ne sera pas utilisée à d'autres fins.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS ?

Pour des questions additionnelles sur le projet, sur votre participation et sur vos droits, ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale. Si la plainte ou la demande ne peut être directement réglée par elle, vous pourrez faire valoir vos droits auprès du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de la Faculté des Sciences humaines de l'UQAM (CERPÉ FSH), au numéro 514-987-3000, poste 3642 ou par courriel à sergent.julie@uqam.ca. Ce projet a été approuvé et porte le numéro de certificat : 2811.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de mon projet de maîtrise, et je vous en remercie grandement!

SIGNATURES

En cliquant sur l'icône « suivant » ci-bas :

- a) je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement;
- b) je consens volontairement à participer à ce projet de recherche;
- c) je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique;
- d) je confirme avoir disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer;
- e) je reconnais aussi que la chercheuse principale du projet (ou son délégué) a répondu à mes questions de manière satisfaisante; et
- f) je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

Il y a 50 questions dans ce questionnaire

Consentement

[]

Au terme du présent projet, nous aimerions conserver pour une période indéterminée les données recueillies auprès de vous pour conduire d'autres recherches sur les interventions auprès des femmes suicidaires. Les règles d'éthique du présent projet s'appliquent à cette conservation à long terme de vos données. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- J'accepte que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs
- Je refuse que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs

PARTIE 1: Questions générales

Cette section comporte des questions générales qui visent à déterminer votre éligibilité à la recherche.

[]

Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?

*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

[] Estimez auprès de combien de femmes suicidaires vous avez intervenu au cours des deux dernières années.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

PARTIE 2: Profil des intervenant.e.s

La prochaine section comporte des questions sur votre profil.

[] À quel genre vous identifiez-vous?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme cisgenre
- Homme trans
- Femme cisgenre
- Femme trans
- Personne non-binaire
- Personne intersexe
- Préfère ne pas répondre

Cisgenre : Personne dont le genre correspond à celui assigné à la naissance.

Transgenre : Personne dont le genre diffère de celui assigné à la naissance.

Non-binaire : Personne dont le genre n'est ni femme, ni homme ; qui s'oppose à la binarité de genre.

Intersexe : « Les personnes intersexes sont nées avec des caractères sexuels (génitaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins. Le terme intersexe s'emploie pour décrire une large gamme de variations naturelles du corps. » (Nations Unies, consulté en septembre 2018).

[] Quel âge avez-vous?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 18-25 ans
- 26-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- 56-65 ans
- 66-75 ans
- 76 ans et plus

[] Vous identifiez-vous à un groupe racisé et/ou autochtone?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui

Non

[]Avez-vous vécu un processus d'immigration?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

[]Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété en travail social?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Technique

Baccalauréat

Maîtrise

Doctorat

Post-Doctorat

DEASS

Autre:

[]Avez-vous étudié dans un autre domaine?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

[]Si vous avez étudié dans un autre domaine, lequel? Précisez.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?) et La réponse était 'Oui' à la question '9 [Q08]' (Avez-vous étudié dans un autre domaine?)

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Sciences de l'éducation

Sciences de la gestion

Sciences politiques et juridiques

Sciences naturelles

Arts

Langues et communications

Sciences humaines

Autre

[] Combien d'années d'expérience en intervention avez-vous?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0-5 ans
- 6-10 ans
- 11-15 ans
- 16-20 ans
- 21-25 ans
- 26-30 ans
- 31-35 ans
- 36-40 ans
- Plus de 40 ans

PARTIE 3: Contexte de la pratique du travail social

La prochaine section comporte des questions sur votre pratique du travail social.

[] Quel est votre milieu de pratique? Cochez tout ce qui s'applique.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Cégep
- Ministère de la santé et des services sociaux (réseau)
- Organisme sans but lucratif (OSBL)
- Entreprise privée
- Engagement militant
- Milieu carcéral
- Université
- Pratique autonome
- Commission scolaire
- École privée / Collège privé
- Sans emploi
- Retraité.e
- Autre:

[] Dans quel secteur d'activité travaillez-vous? (ex. enfance/jeunesse, santé mentale, dépendance, soins palliatifs, violence conjugale)

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Quelles orientations théoriques guident votre pratique du travail social? Cochez-en jusqu'à trois différentes.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Cochez la ou les réponses

Veillez sélectionner 3 réponses maximum

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Antioppressive
- Behaviorale / cognitive
- Centrée sur les solutions
- Écosystémique
- Existentielle / humaniste

- Féministe
- Approche narrative
- Psychanalytique
- Psychodynamique analytique
- Psychosociale
- Structurelle
- Systémique
- Autre:

[] Quel est le rôle du travail social qui est le plus présent dans votre pratique?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Personne-ressource, consultant.e
- Médiateur.trice
- Courtier.e
- Avocat.e ou défenseur.e de droits
- Autre

[] La mission de l'organisme pour lequel vous travaillez correspond-t-elle à vos valeurs?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1 (Pas du tout)
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 (Tout à fait)

[] Si vous réfléchissez à votre pratique du travail social auprès de femmes suicidaires, jugez-vous que ces éléments de votre organisme favorisent de bonnes pratiques d'intervention?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Plutôt en accord	En accord	Tout à fait en accord
Les structures organisationnelles (ex. la division des services, la composition des équipes de travail, l'organigramme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les conditions de travail (ex. le salaire, les horaires, la stabilité d'emploi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les ressources matérielles (ex. les locaux, le matériel informatique, le budget pour les interventions et les activités)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les outils d'intervention (ex. le matériel d'animation et d'intervention, la formation, la supervision clinique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps alloué aux interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travail d'équipe (ex. les réunions d'équipe, la gestion de cas multidisciplinaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Êtes-vous familièr.e avec ces lois? Cochez celles avec lesquelles vous êtes familièr.e.s.

Répondez à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?) et La réponse n'était pas à la question '18 [Q17]' (Êtes-vous familièr.e avec ces lois?)

Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
- Garde en établissement (Code civil du Québec)
- Consentement aux soins (Code civil du Québec)
- Lois fédérales et provinciales qui régulent l'aide médicale à mourir
- Mesures et régimes de protection (Code civil du Québec, Loi sur le curateur public)
- Aucune de ces lois.

[] Dans quelle mesure avez-vous l'impression que ces lois influencent votre pratique?

Répondez à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?) et La réponse n'était pas à la question '18 [Q17]' (Êtes-vous familièr.e avec ces lois?) Cochez celles avec lesquelles vous êtes familièr.e.s.)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup
Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garde en établissement (Code civil du Québec)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consentement aux soins (Code civil du Québec)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lois fédérales et provinciales qui régulent l'aide médicale à mourir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mesures et régimes de protection (Code civil du Québec, Loi sur le curateur public)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTIE 4: Profil des femmes suicidaires

La prochaine section porte sur le profil des femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années. Sélectionnez, la proportion de femmes que vous avez rencontré qui correspond à chaque caractéristique.

[]

Quelles problématiques liées au suicide les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années manifestent-elles ?

Répondez à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Aucune d'entre elles	Quelques unes d'entre elles	La majorité d'entre elles	Toutes
Idées noires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idées suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plan suicidaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tentative(s) de suicide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportement(s) automutilatoire(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suicide complété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homicide et suicide complétés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Quelle est l'appartenance de genre des femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années?

Répondez à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Aucune d'entre elles	Quelques unes d'entre elles	La majorité d'entre elles	Toutes
Cisgenre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non-binaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intersexe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non-déclaré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cisgenre : Personne dont le genre correspond à celui assigné à la naissance.

Transgenre : Personne dont le genre diffère de celui assigné à la naissance.

Non-binaire : Personne dont le genre n'est ni femme, ni homme ; qui s'oppose à la binarité de genre.

Intersexe : « Les personnes intersexes sont nées avec des caractères sexuels (génitaux, gonadiques ou chromosomiques) qui ne correspondent pas aux définitions binaires types des corps masculins ou féminins. Le terme intersexe s'emploie pour décrire une large gamme de variations naturelles du corps. » (Nations Unies, consulté en septembre 2018).

[] Quel âge ont les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années?

Répondez à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Aucune d'entre	Quelques unes	La majorité d'entre	Toutes
----------------	---------------	---------------------	--------

	elles	d'entre elles	elles	
18-25 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26-35 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36-45 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46-55 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56-65 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66-75 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76-85 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86 ans et plus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années s'identifient-elles à un groupe racisé et/ou autochtone?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune d'entre elles
- Quelques unes d'entre elles
- La majorité d'entre elles
- Toutes

[] Les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années ont-elles vécu un processus d'immigration?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune d'entre elles
- Quelques unes d'entre elles
- La majorité d'entre elles
- Toutes

[] Quelle est l'orientation sexuelle des femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Aucune d'entre elles	Quelques unes d'entre elles	La majorité d'entre elles	Toutes
Asexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bisexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lesbienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hétérosexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pansexuelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non-mentionné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asexuelle: « Se dit d'une personne qui ne ressent d'attraction sexuelle pour personne » (Lexique sur la diversité sexuelle et de genre, Gouvernement du Canada)

Pansexuelle: « Se dit d'une personne qui ressent une attraction amoureuse ou sexuelle pour des personnes, peu importe le sexe ou l'identité de genre de ces dernières. » (Lexique sur la diversité sexuelle et de genre, Gouvernement du Canada)

Non-mentionné: N'ont pas mentionné leur orientation sexuelle.

[]

Quel est le statut conjugal des femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Aucune d'entre elles	Quelques unes d'entre elles	La majorité d'entre elles	Toutes
Célibataire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En couple, conjointe de fait, mariée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Divorcée, séparée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veuve	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]Les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années ont-elles des enfants?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Aucune d'entre elles	Quelques unes d'entre elles	La majorité d'entre elles	Toutes
Enfants en bas âge (0 à 5 ans)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfants d'âge scolaire (6 à 11 ans)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adolescent.e.s (12 à 17 ans)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adultes (18 ans et plus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aucun enfants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]Les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années vivent-elles avec des handicaps?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune d'entre elles
- Quelques unes d'entre elles
- La majorité d'entre elles
- Toutes

[]Quel est le plus haut niveau de scolarité des femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Aucune d'entre elles	Quelques unes d'entre elles	La majorité d'entre elles	Toutes
Primaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diplôme d'études secondaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diplôme d'études professionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Collégial / Technique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Études universitaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTIE 5: Problématiques vécues par les femmes suicidaires

La prochaine section porte sur les problématiques que vivent les femmes suicidaires auprès desquelles vous avez intervenu dans les deux dernières années. Dans votre expérience, lesquelles de ces problématiques avez vous observé? Cochez tout ce qui s'applique.

[] Problématiques de violence envers les femmes:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Violence conjugale
- Violence familiale
- Agressions sexuelles vécues à l'enfance
- Exposition à la violence conjugale dans l'enfance
- Agressions sexuelles à l'âge adulte
- Discrimination liée à l'orientation sexuelle
- Discrimination liée au genre
- Discrimination raciale
- Discrimination liée aux capacités physiques et mentales
- Discrimination sexiste
- Victime d'actes criminels autres
- Aucune problématique de violence
- Autre:

[] Problématiques de santé mentale:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Troubles neurodéveloppementaux (ex. trouble du spectre de l'autisme, déficit de l'attention/hyperactivité)
- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles bipolaires et apparentés
- Troubles dépressifs
- Troubles anxieux
- Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés
- Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (ex. trouble de stress post-traumatique, troubles de l'adaptation)
- Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments
- Troubles de l'alternance veille-sommeil (ex. insomnie, narcolepsie)
- Dysfonctions sexuelles
- Dysphorie de genre

- Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites (ex. trouble oppositionnel)
- Troubles liés à une substance et troubles addictifs
- Troubles neurocognitifs (ex. maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington)
- Troubles de la personnalité
- Troubles paraphiliques (ex. trouble voyeuriste, trouble exhibitionniste)
- Détresse émotionnelle non diagnostiquée
- Aucune problématique de santé mentale
- Autre:

[] Problèmes de santé physique:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- VIH
- Hépatite
- Diabète
- Problèmes respiratoires
- Douleurs chroniques / fibromyalgie
- Sclérose en plaques / sclérose latérale amyotrophique
- Cancer
- Blessure(s) physique(s) avec séquelle(s)
- Aucune problématique de santé physique
- Autre:

[] Problématiques liées à la pauvreté

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Difficulté d'accès à un logement / logement précaire
- Difficulté en sécurité alimentaire
- Perte d'emploi
- Problèmes financiers
- Travail non-déclaré
- Endettement
- Aucune problématique liée à la pauvreté
- Autre:

[] Problématiques liées à l'immigration:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Pas de reconnaissance des études
- Pas d'accès aux services de santé et services sociaux
- Barrière de la langue
- Isolement social
- Séparation familiale
- Traumatismes liés à la guerre
- Non-documentés (sans papiers)
- Aucune problématique liées à l'immigration
- Autre:

[] Si vous avez été témoin d'autres problématiques vécues par les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années, veuillez les écrire ci-dessous:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez écrire votre réponse ici :

[] Quelles sont les raisons que les femmes invoquent concernant leur désir de mourir? Nommez-en un maximum de trois.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Raison 1

Raison 2

Raison 3

PARTIE 6: Interventions en travail social

La prochaine section comporte des questions sur les interventions que vous privilégiez auprès des femmes suicidaires.

[]

Quelles interventions pratiquez-vous auprès des femmes suicidaires? Cochez toutes celles qui s'appliquent.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Soins palliatifs
- Prévention du suicide
- Intervention de crise
- Écoute active
- Relation d'aide
- Référence
- Application de la P-38
- Contention
- Évaluation psychosociale
- Mandat en cas d'inaptitude
- Adoption (internationale)
- Gestion de la médication
- Autre:

[] Quel type d'intervention prédomine dans votre pratique auprès des femmes suicidaires?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Intervention individuelle
- Intervention de groupe
- Intervention familiale
- Intervention de couple
- Intervention collective
- Autre

[] Indiquez dans quelle mesure les énoncés suivants s'appliquent à votre pratique du travail social auprès des femmes suicidaires:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Plutôt en accord	En accord	Tout à fait en accord	Ne sait pas / Ne s'applique pas
leur réalité et leurs besoins								
Les femmes et les hommes suicidaires requièrent différents types d'intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les situations personnelles des femmes suicidaires n'ont pas de lien avec les structures politiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je respecte le rythme des femmes suicidaires dans mes interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je respecte les choix des femmes suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les femmes et les hommes suicidaires requièrent le même type d'intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Quelles sont, selon vous, les principales raisons pour lesquelles ces femmes en sont venues à vouloir mourir? Cochez en jusqu'à trois.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Cochez la ou les réponses

Veillez sélectionner 3 réponses maximum

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Caractéristiques biologiques et/ou génétiques
- Socialisation genrée
- Absence de réseau social
- Conditions socio-économiques
- Caractéristiques personnelles (personnalité)
- Discrimination basée sur le genre
- Discrimination basée sur l'orientation sexuelle

- Discrimination raciale
- Discrimination basée sur les handicaps
- Maladie physique
- Problème de santé mentale
- Trouble de personnalité
- Trouble de comportement
- Évènement stressant (ex. rupture, perte d'emploi)
- Historique familial
- Vécu de violence
- Autre:

[]Si vous réfléchissez à votre pratique du travail social auprès des femmes suicidaires, vous considérez que:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait en désaccord	En désaccord	Plutôt en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Plutôt en accord	En accord	Tout à fait en accord
Je me sens bien outillé.e pour intervenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis satisfait.e de mes interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens en cohérence entre mon analyse de la situation et les interventions que j'effectue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression que mes interventions ont un impact positif sur les femmes suicidaires auprès desquelles j'interviens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression que mes interventions ont un impact négatif sur les femmes suicidaires auprès desquelles j'interviens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]Si vous réfléchissez à votre pratique du travail social auprès de femmes suicidaires, considérez-vous que celles-ci sont aptes à prendre des décisions pour elles-mêmes dans les contextes suivants:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

PARTIE 7 : Enjeux éthiques

Cette section comporte des questions sur les enjeux éthiques que vous rencontrez dans votre pratique d'intervention auprès des femmes suicidaires.

[]

Si vous pensez à vos interventions auprès de femmes suicidaires, laquelle de ces valeurs a le plus d'importance pour vous?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Préserver la vie de la personne
- L'autonomie de la personne
- La transparence en intervention
- Le lien de confiance

[]Avez-vous des formations antérieures en éthique spécifiquement en lien avec le suicide?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

[]De façon générale, considérez-vous avoir reçu une formation, éducation ou autre préparation suffisante pour aborder les questions éthiques relatives à l'intervention auprès des femmes suicidaires?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1 (Pas du tout)
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 (Tout à fait)

[]Dans votre pratique, à quelle fréquence rencontrez-vous des défis éthiques liés aux

situations suivantes:**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Cette situation ne pose JAMAIS de défis éthiques	Cette situation pose RAREMENT des défis éthiques	Cette situation pose PARFOIS des défis éthiques	Cette situation pose RÉGULIÈREMENT des défis éthiques	Je n'ai pas vécu cette situation
Au développement et au maintien d'un lien de confiance avec les femmes suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À la confidentialité et à la protection de la vie privée des femmes suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au respect des valeurs et des décisions des femmes suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À la place de l'autonomie des femmes suicidaires dans le rapport d'intervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À l'admission involontaire à l'hôpital de femmes suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aux soins et services avant ou après l'admission involontaire à l'hôpital de femmes suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au consentement des femmes suicidaires dans les interventions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À agir dans le meilleur intérêt des femmes suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au contact de la souffrance des femmes suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
À l'impuissance face aux limites d'intervention auprès des femmes suicidaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Quelles autres situations difficiles avez-vous rencontré dans votre pratique relativement aux femmes suicidaires?**Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :**

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Conclusion du sondage

[]

Souhaitez-vous être contacté.e ultérieurement pour avoir accès au rapport de recherche qui sera produit à l'aide des données amassées dans ce sondage? Si oui, veuillez inscrire votre adresse courriel:

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Votre adresse courriel ne sera pas utilisé à d'autres fins.

[]

Êtes-vous intéressé.e à participer à un groupe de discussion à Montréal à l'hiver 2019 ? Le groupe de discussion abordera les thèmes du questionnaire auquel vous avez répondu, dans le but de valider les données.

Si vous souhaitez participer au groupe de discussion de Montréal, veuillez inscrire votre adresse courriel :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

[]Si vous souhaiteriez participer à un groupe de discussion mais que vous habitez dans une région éloignée de Montréal, nous évaluerons la possibilité de constituer un groupe dans votre région. Veuillez inscrire :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '2 [Q01]' (Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années?)

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Votre ville:

Votre adresse courriel:

Merci beaucoup pour votre participation à cette recherche!

LISTE DE RESSOURCES PSYCHOSOCIALES

Dans le cas où la participation au projet de recherche vous aurait ébranlé, voici une liste de ressources qui pourraient vous être utiles :

1. Suicide-Action Montréal: 1 866 APPELLE (1-866-277-3553)
2. Maison Monbourquette: 1 888 LE DEUIL (1-888-533-3845)
3. Programme d'aide aux employés de votre milieu de pratique
4. Supervision clinique dans votre milieu de pratique
5. CLSC de votre quartier: <http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/clsc/>
6. Ordre des psychologues: www.ordrepsy.qc.ca
7. Centre de référence du grand Montréal: 514-527-1375
8. Centre d'Écoute de Laval: 450-664-2787

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

ANNEXE E

ÉLÉMENTS DE JUSTIFICATION DES QUESTIONS DU SONDAGE EN LIGNE

Cette section expose la littérature qui a servi lors de l'élaboration du sondage en ligne. Celle-ci sera présentée en fonction des différentes sections du sondage, soit les questions générales, le profil des intervenant.e.s, le contexte de la pratique, le profil des femmes suicidaires, les interventions privilégiées et les enjeux éthiques dans la pratique.

Questions générales

La première partie comprend deux questions. La première question (Q1⁷⁶) vise à s'assurer que les répondant.e.s soient bien admissibles à la recherche. La seconde (Q2⁷⁷) vise à préparer les gens à la suite du questionnaire et obtenir une idée du nombre total des femmes suicidaires à propos desquelles les répondant.e.s sont interrogé.e.s.

Profil des intervenant.e.s

Afin de développer les sections sur le profil des intervenant.e.s, j'ai notamment fait appel au guide de référence pour la demande d'adhésion à l'OTSTCFQ (2018). On

⁷⁶ « Dans le cadre de votre pratique, avez-vous fait de l'intervention auprès de femmes suicidaires au cours des deux dernières années? »

⁷⁷ « Estimez auprès de combien de femmes suicidaires vous avez intervenu au cours des deux dernières années? »

retrouve dans ce formulaire une classification des contextes de pratique des TS membres : spécialisations, formation, types de milieux, clientèles, problématiques, approches, etc.

Plusieurs questions font directement référence au « Modèle dynamique de compréhension du travail social » de Healy (2005), lequel constitue une composante importante de mon cadre théorique. En effet, tel qu'illustré dans ce modèle, la base professionnelle proférée par l'éducation a une influence importante sur la pratique, d'où les questions portant sur le niveau de scolarité et les domaines d'études connexes. Le cadre conceptuel de Healy accorde aussi une importance aux caractéristiques des TS comme ayant une influence sur leur pratique, c'est pourquoi j'interroge les répondant.e.s sur leur genre (Q3⁷⁸), leur âge (Q4⁷⁹), leur appartenance à un groupe racisé ou autochtone (Q5⁸⁰) et leur processus d'immigration (Q6⁸¹). En ce qui concerne les questions sur l'éducation (Q7⁸², Q8⁸³, Q9⁸⁴), elles font directement référence au concept de « base formelle professionnelle » de Healy, qui postule que le domaine d'éducation influence la compréhension des problématiques et par le fait même les interventions. La question sur les années d'expérience (Q10⁸⁵) fait référence au concept de « cadre de la pratique » de Healy, qui implique que les compétences et les savoirs se développent dans la pratique.

Contexte de la pratique

⁷⁸ « À quel genre vous identifiez-vous? »

⁷⁹ « Quel âge avez-vous? »

⁸⁰ « Vous identifiez-vous à un groupe racisé et/ou autochtone? »

⁸¹ « Avez-vous vécu un processus d'immigration? »

⁸² « Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété en travail social? »

⁸³ « Avez-vous étudié dans un autre domaine? »

⁸⁴ « Si vous avez étudié dans un autre domaine, lequel? Précisez. »

⁸⁵ « Combien d'années d'expérience en intervention avez-vous? »

À l'instar de la section sur le profil des intervenant.e.s, j'ai utilisé le guide de référence pour la demande d'adhésion à l'OTSTCFQ (2018). J'ai adapté les catégories et les réponses afin que le tout soit plus concis et spécifique à mon cadre théorique. L'utilisation du « Modèle dynamique de compréhension du travail social » de Healy (2005) permet de dégager différentes composantes du travail social, soit le contexte institutionnel, le cadre formel professionnel, l'objectif de la pratique, le cadre de référence de la pratique et les caractéristiques des usagers.ères.

De plus, j'ai ajusté les choix de réponses pour qu'il y ait moins de répétitions et que ceux-ci soient plus directement liés au sujet étudié. J'ai aussi ajouté certains choix pour qu'il y ait une plus grande représentativité des différents milieux et des différentes approches (par exemple, tout le pan du militantisme et de l'approche antioppressive était omis dans le formulaire de l'OTSTCFQ).

Les questions sur le milieu de pratique, le secteur d'activité et sur les orientations théoriques (Q11⁸⁶, Q12⁸⁷, Q13⁸⁸) visent à documenter plus précisément le contexte institutionnel dans lequel s'inscrit la pratique d'intervention, et la façon dont les intervenant.e.s se positionnent quant aux pratiques organisationnelles.

Les choix de réponse de la question sur les rôles des travailleurs sociaux (Q14⁸⁹) proviennent de la typologie utilisée par Bourgon et Gusew (2007).

Le cadre théorique de Healy (2005) met en lumière la façon dont les TS s'approprient leur milieu de pratique, et comment les contradictions qui émergent de ces milieux sont prises en charge. Les questions portant sur la mission et les valeurs de

⁸⁶ « Quel est votre milieu de pratique? Cochez tout ce qui s'applique? »

⁸⁷ « Dans quel secteur d'activité travaillez-vous? (ex. enfance/jeunesse, santé mentale, dépendance, soins palliatifs, violence conjugale) »

⁸⁸ « Quelles orientations théoriques guident votre pratique du travail social? Cochez-en jusqu'à trois différentes. »

⁸⁹ « Quel est le rôle du travail social qui est le plus présent dans votre pratique? »

l'organisme (Q15⁹⁰) ainsi que sur la satisfaction des répondant.e.s face aux ressources disponibles dans leur pratique (Q16⁹¹) visent une fois de plus à détailler le positionnement des répondant.e.s face à leur milieu de travail.

Les questions sur les lois et leur influence (Q17⁹², Q18⁹³) font aussi référence au cadre de Healy (2005), qui suggère que la pratique du travail social est influencée par les discours dominants, dont le discours juridique. Ainsi, les choix de réponses sont les lois ayant une influence directe sur la pratique auprès des personnes suicidaires (la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, ainsi que le Code civil – garde en établissement et consentement aux soins). De plus, l'idée d'inclure la loi sur l'aide à mourir provient de la littérature internationale étudiant les notions du suicide, santé mentale et de l'aide médicale à mourir dans une optique conjointe (Marcoux, 2005, 2018; Provencher-Renaud *et al.*, 2018; Verhofstadt *et al.*, 2017).

Profil des femmes suicidaires

Afin de développer la section du questionnaire qui porte sur le profil des femmes suicidaires, j'ai puisé dans la littérature à ce sujet en vue de trouver des informations semblables sur la situation au Québec.

Ainsi, il m'a semblé pertinent d'aborder des thèmes récurrents dans la littérature sur le suicide des femmes :

⁹⁰ « La mission de l'organisme pour lequel vous travaillez correspond-t-elle à vos valeurs? »

⁹¹ « Si vous réfléchissez à votre pratique du travail social auprès de femmes suicidaires, jugez-vous que ces éléments de votre organisme favorisent de bonnes pratiques d'intervention? »

⁹² « Êtes-vous familièr.e avec des lois? Cochez celles avec lesquelles vous êtes familièr.e.s. »

⁹³ « Dans quelle mesure avez-vous l'impression que ces lois influencent votre pratique? »

- les comportements parasuicidaires (Q19⁹⁴) [Brown et Bryan, 2007; Hamza *et al.*, 2012];
- l'appartenance de genre (Q20⁹⁵) [Goldblum *et al.*, 2012; Moody *et al.*, 2015; Tebbe et Moradi, 2016] et l'orientation sexuelle (Q24⁹⁶) [Haas *et al.*, 2011; Igartua *et al.*, 2015];
- l'appartenance à un groupe racisé ou autochtone (Q22⁹⁷) [Arriagada, 2016; Castle *et al.*, 2011; Kaslow *et al.*, 2006; Perry *et al.*, 2012];
- les handicaps et les problématiques de santé physique (Q27⁹⁸, Q31⁹⁹) [Meltzer *et al.*, 2012];
- les problématiques de violence (Q29¹⁰⁰) [Devries *et al.*, 2011; McLaughlin *et al.*, 2012];
- les problématiques de santé mentale (Q30¹⁰¹) [Boyer et Loyer, 1996; Mallon *et al.*, 2016];
- les problématiques liées à la pauvreté (Q32¹⁰²) [Kaslow *et al.*, 2006; Perry *et al.*, 2012];
- ainsi que le vécu d'immigration (Q23¹⁰³, Q33¹⁰⁴) [Kosidou *et al.*, 2012; Puzo *et al.*, 2018].

⁹⁴ « Quelles problématiques liées au suicide les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années manifestent-elles? »

⁹⁵ « Quelle est l'appartenance de genre des femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années? »

⁹⁶ « Quelle est l'orientation sexuelle des femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années? »

⁹⁷ « Les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années s'identifient-elles à un groupe racisé et/ou autochtone? »

⁹⁸ « Les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années vivent-elles avec des handicaps? »

⁹⁹ « Dans votre expérience, lesquelles de ces problématiques de santé physique avez-vous observé? »

¹⁰⁰ « Dans votre expérience, lesquelles de ces problématiques de violence envers les femmes avez-vous observé? »

¹⁰¹ « Dans votre expérience, lesquelles de ces problématiques de santé mentale avez-vous observé? »

¹⁰² « Dans votre expérience, lesquelles de ces problématiques liées à la pauvreté avez-vous observé? »

¹⁰³ « Les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années ont-elles vécu un processus d'immigration? »

J'ai ajouté à ces catégories celles de l'âge (Q21¹⁰⁵), du statut conjugal et familial (Q25¹⁰⁶, 26¹⁰⁷) et de la scolarité (Q28¹⁰⁸), puisque ce sont des catégories fréquemment utilisées dans les recensements de population qui permettent de boucler le portrait de ces femmes.

Deux questions à court développement sont incluses dans cette section. La première (Q34¹⁰⁹) permet aux répondant.e.s de spécifier d'autres problématiques vécues par les femmes, qui auraient été omises dans les questions précédentes. La seconde question (Q35¹¹⁰) vise à obtenir l'interprétation que donnent les intervenant.e.s face aux raisons nommées par leurs clientes face à leur désir de mort, ce qui nous informera sur leurs prémisses d'intervention.

Interventions privilégiées

Le même formulaire de l'OTSTCFQ (2018) cité plus haut a été utilisé pour le développement de cette section du questionnaire. Par exemple, les choix de réponse de la question sur les interventions (Q36¹¹¹) et sur les types d'interventions (Q37¹¹²)

¹⁰⁴ « Dans votre expérience, lesquelles de ces problématiques liées à l'immigration avez-vous observé? »

¹⁰⁵ « Quel âge ont les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années? »

¹⁰⁶ « Quel est le statut conjugal des femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années? »

¹⁰⁷ « Les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années ont-elles des enfants? »

¹⁰⁸ « Quel est le plus haut niveau de scolarité des femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années? »

¹⁰⁹ « Si vous avez été témoin d'autres problématiques vécues par les femmes suicidaires auprès desquelles vous êtes intervenu dans les deux dernières années, veuillez les écrire ci-dessous. »

¹¹⁰ « Quelles sont les raisons que les femmes invoquent concernant leur désir de mourir? Nommez-en un maximum de trois. »

¹¹¹ « Quelles interventions pratiquez-vous auprès des femmes suicidaires? Cochez toutes celles qui s'appliquent. »

¹¹² « Quel type d'intervention prédomine dans votre pratique auprès des femmes suicidaires? »

proviennent de ce formulaire. Toutefois, puisque les catégories n'étaient pas mutuellement exclusives dans le formulaire, j'ai dû les réorganiser.

En ce qui concerne la question 38¹¹³, j'ai utilisé des concepts propres à mon cadre théorique, à partir des prémisses de l'intervention féministe proposées par Bourgon (1987) sur l'intervention féministe : déculpabiliser et dévictimiser les femmes; laisser aux femmes le soin de nommer leur réalité de la façon qu'elles la vivent; obtenir pour les femmes et avec elles les ressources dont elles disent avoir besoin pour changer leur situation; éviter de personnaliser les conflits qui émergent du rapport d'intervention; et développer un discours sociopolitique qui se transpose dans le quotidien des femmes. J'ai choisi de compléter ces prémisses à l'aide des objectifs et stratégies d'intervention féministes de Corbeil et Marchand (2010) : soutenir et respecter les femmes dans leurs démarches (par exemple en respectant leurs choix, leurs valeurs et leurs besoins); faire alliance avec les femmes et établir un lien de confiance; favoriser l'*empowerment* des femmes ou la reprise de pouvoir sur leur vie (par exemple, en encourageant les femmes à définir elles-mêmes leurs problèmes et objectifs de changement, en les incitant à prendre leurs propres décisions et à s'affirmer ainsi qu'en reconnaissant leurs compétences et leur potentiel); travailler à la conscientisation des femmes en prenant en compte la pluralité et la complexité des expériences d'oppression; favoriser des rapports égalitaires; briser l'isolement des femmes et développer leur solidarité (par exemple, par l'intervention de groupe); et lutter pour un changement individuel et social. J'ai créé quelques énoncés qui représentent bien les éléments mentionnés ci-dessus, sans toutefois en inclure trop, pour éviter d'accabler les répondant.e.s de questions. Pour chaque énoncé, j'ai inclus un énoncé contraire afin de m'assurer de la cohérence des réponses données.

¹¹³ « Indiquez dans quelle mesure les énoncés suivants s'appliquent à votre pratique du travail social auprès des femmes suicidaires. »

La question sur les raisons pour lesquelles les femmes bénéficiaires de services sont considérées comme suicidaires (Q39¹¹⁴) permet d'avoir accès à l'analyse des intervenant.e.s quant à la situation : à l'aide des réponses, il sera possible de voir transparaître différents discours dominants ou alternatifs sur le suicide.

La question qui porte sur l'appréciation des différentes composantes des interventions (Q40¹¹⁵) permet à nouveau d'avoir une vision de l'appréciation de la pratique, à l'instar des questions 14 et 15, mais à un niveau plutôt microsocial, soit directement dans la relation d'intervention.

La question qui porte sur la prise de décision des femmes suicidaires (Q41¹¹⁶) permet d'entrevoir la façon dont les répondant.e.s perçoivent l'autonomie de leurs clientes dans différents contextes.

Enjeux éthiques dans la pratique

Au cours de l'été 2018, j'ai eu la chance de consulter un sondage en ligne qui circulait auprès des professionnel.le.s en santé mentale. Ce sondage était distribué dans le cadre d'une étude sur les problématiques éthiques de l'aide médicale à mourir en contexte de santé mentale. Le directeur de l'Unité de recherche en neuroéthique à l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM) et titulaire d'un doctorat en bioéthique, Éric Racine, en est le chercheur principal, tandis que la docteure en sciences infirmières et chercheuse postdoctorale à l'Unité de recherche en neuroéthique à l'IRCM, Marjorie Montreuil, est la chercheuse responsable du projet. Monique Séguin (docteure en psychologie, professeure au département de

¹¹⁴ « Quelles sont selon vous, les principales raisons pour lesquelles ces femmes en sont venues à vouloir mourir? Cochez en jusqu'à trois. »

¹¹⁵ « Si vous réfléchissez à votre pratique du travail social auprès des femmes suicidaires, vous considérez que... »

¹¹⁶ « Si vous réfléchissez à votre pratique du travail social auprès de femmes suicidaires, considérez-vous que celles-ci sont aptes à prendre des décisions pour elles-mêmes dans les contextes suivants? »

psychoéducation et de psychologie à l'UQO et chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas) et Catherine Gros (titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières, professeure à l'université McGill ainsi qu'infirmière et conseillère clinicienne à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas) agissent également à titre de co-chercheuses. Cette recherche a reçu le soutien financier du Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés (RQSHA) et du Fond de recherche du Québec – Santé (FRQ-S). Le sondage en ligne a pris fin le 6 juillet 2018.

Je n'ai pas répondu au sondage personnellement, je ne l'ai que consulté. Je n'ai pas reproduit les questions intégralement dans mon propre questionnaire, entre autres parce que mon sujet est différent. Toutefois, la section sur les enjeux éthiques a été inspirée par les questions posées dans cette recherche. Plus particulièrement, ce sont les questions 43¹¹⁷ et 44¹¹⁸ sur la formation qui en ont été tirées. Elles font de plus directement référence au cadre de Healy (2005) concernant la base formelle professionnelle.

La question sur les valeurs en intervention (Q42¹¹⁹) est inspirée de l'article de Martin (2011), qui explique que les valeurs des intervenant.e.s prennent une énorme place dans l'intervention auprès des personnes suicidaires. Martin accorde beaucoup d'importance à la notion de confiance en intervention, ce qui est reflété dans cette question.

¹¹⁷ « Avez-vous des formations antérieures en éthique spécifiquement en lien avec le suicide? »

¹¹⁸ « De façon générale, considérez-vous avoir reçu une formation, éducation ou autre préparation suffisante pour aborder les questions éthiques relatives à l'intervention auprès des femmes suicidaires? »

¹¹⁹ « Si vous pensez à vos interventions auprès des femmes suicidaires, laquelle de ces valeurs a le plus d'importance pour vous? »

La question 45¹²⁰ inclut plusieurs énoncés qui m'informeront sur les perceptions des répondant.e.s quant aux enjeux éthiques vécus face à l'autonomie et au consentement des femmes suicidaires en intervention. Ces thèmes sont au cœur de mon projet.

La dernière question (Q46¹²¹) vise à laisser l'espace aux répondant.e.s pour décrire des enjeux éthiques vécus dans la pratique qui auraient été omis dans le questionnaire.

¹²⁰ « Dans votre pratique, à quelle fréquence rencontrez-vous des défis éthiques liés aux situations suivantes? »

¹²¹ « Quelles autres situations difficiles avez-vous rencontré dans votre pratique relativement aux femmes suicidaires? »

ANNEXE F

AFFICHETTES DE RECRUTEMENT

PARTICIPANT.E.S

RECHERCHÉ.E.S

RECHERCHE SUR LES PRATIQUES D'INTERVENTION AUPRÈS DES FEMMES SUICIDAIRES

SONDAGE EN LIGNE

Dans le cadre de ma recherche pour la maîtrise en travail social, je m'intéresse aux pratiques d'intervention auprès des femmes suicidaires, dans une perspective féministe.

Je vous invite donc à compléter un sondage en ligne à ce sujet. Vos réponses serviront à dresser un portrait des interventions en travail social auprès des femmes suicidaires dans divers milieux de pratique, ainsi qu'à documenter le point de vue des intervenant.e.s sur les enjeux éthiques auxquels ils et elles font face dans ce contexte.

Le sondage, d'une durée d'environ 30 minutes, comporte 7 sections :
1) Questions générales; 2) Profil de l'intervenant.e; 3) Contexte de la pratique; 4) Profil des femmes destinataires des interventions; 5) Problématiques vécues par les femmes suicidaires; 6) Interventions privilégiées; 7) Enjeux éthiques.

Afin de participer, vous devez :

1. Avoir une formation initiale en travail social (technique ou baccalauréat);
2. Avoir travaillé auprès de femmes suicidaires dans les deux dernières années (même si elles constituent seulement une fraction de votre clientèle);
3. Être intéressé.e à réfléchir aux enjeux éthiques de votre pratique auprès des femmes suicidaires;
4. Parler français.

Pour plus d'informations, veuillez contacter Laura Gagnon (étudiante à la maîtrise en travail social, UQAM):
- C. gagnon.laura.3@courrier.uqam.ca
- T. 514-817-4271

LIEN VERS LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
ET LE SONDAGE:

<https://bit.ly/2Qz6m7U>

PARTICIPANT.E.S

RECHERCHÉ.E.S

RECHERCHE SUR LES PRATIQUES D'INTERVENTION AUPRÈS DES FEMMES SUICIDAIRES

GROUPE DE DISCUSSION
DATE : PRINTEMPS 2019

Dans le cadre de ma recherche pour la maîtrise en travail social, je m'intéresse aux pratiques d'intervention auprès des femmes suicidaires, dans une perspective féministe.

Je vous invite à participer à un groupe de discussion qui aura lieu au printemps 2019. Vous aurez l'occasion de partager vos expériences de pratique d'intervention auprès des femmes suicidaires, et en discuter avec d'autres professionnel.le.s. Il vous sera demandé de commenter les résultats d'un sondage en ligne sur ce même thème.

Le groupe de discussion sera d'une durée d'environ 2 heures et se tiendra à l'UQAM.

Afin de participer, vous devez :

1. Avoir une formation initiale en travail social (technique ou baccalauréat);
2. Avoir travaillé auprès de femmes suicidaires (même si elles constituent une fraction de votre clientèle) dans les deux dernières années;
3. Être intéressé.e à réfléchir aux enjeux éthiques de votre pratique auprès des femmes suicidaires;
4. Parler français.

POUR PLUS D'INFORMATIONS ET POUR
PARTICIPER, COMMUNIQUEZ AVEC:

gagnon.laura.3@courrier.uqam.ca
514-817-4271

PARTICIPANT.E.S RECHERCHÉ.E.S

RECHERCHE SUR LES PRATIQUES D'INTERVENTION AUPRÈS DES FEMMES SUICIDAIRES

Dans le cadre de ma recherche pour la maîtrise en travail social, je m'intéresse aux pratiques d'intervention auprès des femmes suicidaires, dans une perspective féministe. Je vous invite donc à participer à ma recherche, qui se déploiera en deux phases: un sondage en ligne, puis un groupe de discussion. Il n'est pas nécessaire de participer aux deux phases pour être éligible, il est possible de participer uniquement au sondage ou au groupe de discussion, selon vos disponibilités.

SONDAGE EN LIGNE

Vos réponses serviront à dresser un portrait des interventions en travail social auprès des femmes suicidaires dans divers milieux de pratique, ainsi qu'à documenter le point de vue des intervenant.e.s sur les enjeux éthiques auxquels ils et elles font face dans ce contexte. Le sondage, d'une durée d'environ 30 minutes, comporte 7 sections :

1) Questions générales; 2) Profil de l'intervenant.e; 3) Contexte de la pratique; 4) Profil des femmes destinataires des interventions; 5) Problématiques vécues par les femmes suicidaires; 6) Interventions privilégiées; 7) Enjeux éthiques.

GROUPE DE DISCUSSION

Le groupe de discussion aura lieu au printemps 2019 à l'UQAM, et sera d'une durée d'environ deux heures. Vous aurez l'occasion de partager vos expériences de pratique d'intervention auprès des femmes suicidaires, et en discuter avec d'autres professionnel.le.s. Il vous sera demandé de commenter les résultats du sondage en ligne.

Afin de participer, vous devez :

1. Avoir une formation initiale en travail social (technique ou baccalauréat);
2. Avoir travaillé auprès de femmes suicidaires dans les deux dernières années (même si elles constituent seulement une fraction de votre clientèle);
3. Être intéressé.e à réfléchir aux enjeux éthiques de votre pratique auprès des femmes suicidaires;
4. Parler français.

Pour plus d'informations, ou pour participer au groupe de discussion, veuillez contacter Laura Gagnon (étudiante à la maîtrise en travail social, UQAM):
 - C. gagnon.laura.3@courrier.uqam.ca
 - T. 514-817-4271

LIEN VERS LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
ET LE SONDRAGE:

<https://bit.ly/2Qz6m7U>

ANNEXE G

DÉMARCHES DE RECRUTEMENT

- Réseaux sociaux :
 - Page Facebook personnelle (plus de 70 partages pour le recrutement au sondage et plus de 30 partages pour le recrutement au groupe de discussion);
 - Groupes Facebook :
 - « Intervention psychosociale au Québec »;
 - « Intervenant.e.s psychosociaux Montréal »;
 - « Participation citoyenne en santé mentale »;
 - Comité féministe en travail social UQAM.

- Organisations ayant transmis l'affichette à leurs membres :
 - Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux (983 envois);
 - Université du Québec en Outaouais (949 envois);
 - Université du Québec à Rimouski (355 envois).

- Organismes qui ont reçu l’affichage :

ORGANISME DE COALITION	
<ul style="list-style-type: none"> • Le RÉCIF • Association québécoise de prévention du suicide • Regroupement des ressources alternatives en santé mentale • Réseau Alternatif et communautaire des organismes (RACOR) 	

ORGANISMES INTERVENTION DE CRISE / PRÉVENTION DU SUICIDE	
Bas-Saint-Laurent	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de prévention du suicide et d’intervention de crise du Bas-St-Laurent • Centre de prévention du suicide KTRB • La boufée d’air du KTRB
Saguenay-Lac-Saint-Jean	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de prévention du suicide 02
Mauricie	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de crise de Québec • Centre de prévention du suicide Accalmie • Centre de prévention du suicide de Charlevoix • Centre de prévention du suicide de Portneuf – L’Arc-en-ciel • Centre de prévention du suicide de Québec
Etrie	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de prévention du suicide de la Haute-Yamaska • JEVI Centre de prévention du suicide – Etrie • Entr’elles

Montréal	<ul style="list-style-type: none"> • Suicide Action Montréal • Tracom
Outaouais	<ul style="list-style-type: none"> • Centre d'aide 24/7 • Suicide détour
Abitibi-Témiscamingue	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'aide 24/7 • Centre de prévention du suicide d'Abitibi-Ouest • Centre de prévention du suicide d'Amos¹²¹ • Centre de prévention du suicide de la Vallée-de-l'Or • Centre de prévention du suicide de Malartic • Centre de prévention du suicide de Rouyn-Noranda • Centre de prévention du suicide du Témiscamingue • Comité de prévention du suicide de Seneterre
Côte-Nord	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de prévention du suicide Côte-Nord
Nord-du-Québec	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de prévention du suicide de Lebel-sur-Quévillon
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	<ul style="list-style-type: none"> • Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemin • Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent (pour Gaspésie-les-Îles)
Lanaudière	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de prévention du suicide de Lanaudière • Les services de crise de Lanaudière
Laurentides	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de prévention du suicide Faubourg • Soleil Levant

Montérégie	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de crise et de prévention du suicide du Haut-Richelieu-Rouville • Centre de crise et de prévention du suicide La Traversée • La maison sous les arbres
Centre-du-Québec	<ul style="list-style-type: none"> • Centre d'écoute et de prévention du suicide de Drummond • Centre de prévention du suicide Accalmie • Centre de prévention du suicide Arthabaska-Érable • La Chrysalide

ORGANISMES FEMMES (Maisons d'hébergement, centres de femmes, CALACS)	
Bas-Saint-Laurent	<ul style="list-style-type: none"> • CALACS de Rimouski • CALACS du KRTB • Centre de femmes la Passerelle de Kamouraska • Centre gemmes Grand portage • L'autre toit du KRTB • La Débrouille • La Gigogne
Saguenay-Lac-Saint-Jean	<ul style="list-style-type: none"> • Auberge amitié Roberval • Auberge de l'amitié • CALACS Entre elles • Centre de femmes La Source • Centre féminin du Saguenay • Halte-Secours • La Chambrée

	<ul style="list-style-type: none"> • La Passerelle • Maison Isa • Rivage de la Baie
Capitale-Nationale	<ul style="list-style-type: none"> • CALACS de Charlevoix • CALACS Rive-Sud • Centre de femmes l’Ancre • La montée • Le portail centre de thérapie pour femmes en dépendance • Maison communautaire Missinak • Maison de Marthe • Maison des femmes de Québec • Maison du cœur pour femmes • Maison Marie Rollet • Maison pour femmes immigrantes • Mères et mondes • Violence Info
Mauricie et Centre du Québec	<ul style="list-style-type: none"> • CALACS de Trois-Rivières • CALACS Entraid’Action – Shawinigan • CALACS Unies-Vers-Elles de Victoriaville • Femmes de Mékinac • La Collective par et pour elle • La Passerelle • Le toit de l’amitié • Maison d’aide et d’hébergement Accalmie • Maison de Connivence • Maison des femmes de Drummondville • Maison la Nacelle

	<ul style="list-style-type: none"> • Parmi elles centre de femmes • Rose des vents
Estrie	<ul style="list-style-type: none"> • CALACS Agression Estrie • CALACS Granby • Centre de femmes La Parolière • Centre de femmes Val-Saint-Francois • Centre des femmes • Centre des femmes de la MRC du Granit • Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke • Élixir • Horizon pour elle • L'Envol • L'Escale de l'Estrie • La Bouée régionale • La Méridienne • Maison Alice Desmarais
Montréal	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance aux femmes • Auberge Madeleine • Auberge Shalom • CALACS de l'Ouest de l'île • Carrefour des femmes d'Anjou • Carrefour des femmes de Saint-Léonard • Centre des femmes d'ici et d'ailleurs • Centre des femmes de Montréal • Centre des femmes de Rivière-des-prairies • Centre pour les victimes d'agressions sexuelles à Montréal • Femmes du monde à côte des neiges

- Halte La ressource
- Halte-Femmes Montréal-Nord
- Info-Femmes
- Inter Val 1175
- L'Arrêt source
- L'Escale pour elle
- La Dauphinelle
- La Maison Grise de Montréal
- La Marie debout
- La rue des femmes
- Le Parados
- Les maisons de l'ancre
- Les maisons de l'ancre
- Logifem
- Logis rose-virginie
- Maison Dalauze
- Maison du Parc
- Maison du réconfort
- Maison Flora Tristan
- Maison l'Océane
- Maison secours aux femmes
- Mères avec pouvoir
- Mouvement contre le viol et l'inceste
- Multi-femmes
- Refuge pour les femmes de l'ouest de l'île
- Service d'entraide passerelle
- Transit 24
- Trêve pour elles

	<ul style="list-style-type: none"> • Y des femmes
Outaouais	<ul style="list-style-type: none"> • CALACS Vallée de la Gatineau • CALAS Outaouais • Centre de femmes l'Antre Hulloises • Centre Mechtilde • Groupe entre femmes outaouais • Halte-Femme Haute gatineau • L'autre chez soi • L'Entourelle • Maison d'hébergement pour elles des deux vallées • Maison Unies-vers-femmes
Abitibi-Témiscamingue	<ul style="list-style-type: none"> • Alternative pour elles • CALACS Abitibi • CALACS de La Sarre • CALACS L'étoile du nord • CALACS Point d'appui • CALACS Témiscamingue • Le nid • Maison d'hébergement l'équinoxe • Maison Mikana
Côte-Nord	<ul style="list-style-type: none"> • Centre le volet des femmes • Centre de femmes aux 4 vents • Centre des femmes de forestville • L'Amie d'elle • La Pointe du jour – CALACS de Sept-Iles • Lumière boréale - CALACS de Baie-Comeau • Maison Anita Lebel

	<ul style="list-style-type: none"> • Maison d'aide et d'hébergement de Fermont • Maison d'hébergement l'Aquarelle • Maison des femmes de Baie-Comeau • Maison des femmes de Sept-Iles
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	<ul style="list-style-type: none"> • CALACS L'Espoir des Îles • Centre Louise Amélie • Femmes entre elles • L'Accalmie • Maison Blanche Morin • Maison d'aide et d'hébergement l'Aidelle • Maison d'aide et d'hébergement l'Émergence
Chaudière-Appalaches	<ul style="list-style-type: none"> • CALACS Chaudière-Appalaches • Centre femmes de Beauce • Centre femmes de Lotbinière • Centre le Jardilec • Havre des femmes • Havre l'éclaircie • La gitée • La jonction pour elle • Maison des femmes des bois-francs • Maison Mirépi
Laval	<ul style="list-style-type: none"> • Centre des femmes de Laval • CPIVAS Laval • Le prélude • Maison de Lina • Maison l'Esther

<p>Lanaudière</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CALACS Coup de cœur • CALACS La Chysalide • Centre avec des elles • Centre de femmes aux 3 A de Québec • Inter-femmes • Maison d'accueil La traverse • Maison d'aide et d'hébergement Regroup'elles • Maison Libère-Elles • Maison Pauline Bonin
<p>Laurentides</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CALACS L'Élan (Mont-Laurier) • CALACS L'Élan (Ste-Agathe) • CALACS Laurentides • Centre de femmes la Mouvance • L'ombre-elle • La citad'elle de Lachute • Maison d'accueil le Mitan • Maison d'ariane • Maison de Sophia • Passe-r-elle des Hautes-Laurentides
<p>Montérégie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CALACS Châteauguay • CALACS La Vigie • Carrefour pour elle • CAVAS Richelieu-Yamaska et Sorel-Tracy • Centre de femmes Ainsi soit-elle • Centre des femmes de Longueuil • CIVAS L'expression libre du Haut-Richelieu • Entre ailes Sainte-Julie

	<ul style="list-style-type: none"> • Hébergement La Passerelle • L'accueil pour elle • L'Envol • La clé sur la porte • La Re-Source • La Traversée • Le Jalon • Maison d'hébergement et de dépannage Valleyfield • Maison Hina • Maison la source du Richelieu
--	--

ORGANISMES EN SANTÉ MENTALE	
Bas-Saint-Laurent	<ul style="list-style-type: none"> • Centre alternatif en santé mentale Le Marigot • Centre communautaire l'Amitié • Centre d'entraide émotions • Centre de jour feu vert • Centre de jour l'envol • Communautés solidaires • Croissance travail • L'Amarrage • L'Archipel d'entraide • L'Odysée bleue • La Traversée – Association Kamourasquoise en santé mentale • Le Pavois • Le verger, centre communautaire en santé mentale • Lueur d'espoir Bas Saint Laurent • Periscope des Basques

	<ul style="list-style-type: none"> • Relais La Chaumine • Source d'espoir Témis
Saguenay-Lac-Saint-Jean	<ul style="list-style-type: none"> • Centre l'Escale • Centre Le Bouscueil de Roberval • Centre Le Phare • Centre Nelligan • Centre Santé mentale l'ArrimAge • Groupe de ressource pour trouble panique • Le Maillon
Mauricie	<ul style="list-style-type: none"> • L'avenue libre • Le Périscope • Le Traversier centre de jour en santé mentale • Maison de transition de la Batiscan • Réseau d'habitation communautaire de la Mauricie
Estrie	<ul style="list-style-type: none"> • Centre l'Élan • L'autre rive • L'Ensolleillée – ressource communautaire en santé mentale • L'Éveil Coaticook • La Cordée, ressource alternative en santé mentale • La croisée des sentiers • Le Rivage du Val Saint-François
Montréal	<ul style="list-style-type: none"> • Accès-Cible SMT • Action autonomie • Action santé de Pointe St-Charles • Association de parents pour la santé mentale de Saint-Laurent Bordeaux-Cartierville • Centrami – ressource alternative en santé mentale • Centre d'écoute Le Havre • Centre de jour St-James

- Centre l'Entre-Toit
- Centre La Traversée
- Centre Local d'Initiatives Communautaires du Nord-Est
- Centre multiethnique de prévention et d'entraide en santé mentale
- Centre Soutien Jeunesse
- Club Ami
- Diogène – Programme intervention et recherche psycasues
- Écoute Entraide
- Entraide Saint-Michel
- Face à face
- Groupe d'entraide Lachine
- Impact – Groupe d'aide en santé mentale
- L'alternative, centre de jour en santé mentale
- L'Art-Rivé, centre de jour Rivière-des-Prairies
- La Clé des champs
- Le Mûrier
- Les amis de la santé mentale
- Les habitations Oasis de Pointe-Saint-Charles
- Les Impatients
- Maison L'échelon
- Maison l'Éclaircie de Montréal
- Maison le Parcours
- Maison Les Étapes
- Maison Myosotis
- Maison Saint-Jacques
- Parents et amis du bien-être mental du Sud-ouest de Montréal
- Perspectives communautaires en santé mentale
- Pracom

	<ul style="list-style-type: none"> • Projet P.A.L. • Projet suivi communautaire • Relax Action Montréal • Ressources communautaires Omega • Revivre – Anxiété, dépression, bipolarité • Services communautaires Cyprès • Société québécoise de la schizophrénie • Suivi communautaire Le Fil • Vers l'équilibre
Outaouais	<ul style="list-style-type: none"> • Habitations nouveau départ • L'Envol SRT • Maison Le Ricochet • Maison Réalité
Abitibi-Témiscamingue	<ul style="list-style-type: none"> • Association place au soleil • Bouée d'espoir • L'accueil d'Amos • L'Entretoise du Témiscamingue • Le Pont • Le Portail • Maison les 4 Saisons du Témiscamingue • Résidence La Chaumière
Côte-Nord	<ul style="list-style-type: none"> • L'Âtre de Sept-Îles • CRÉAM • Transit Sept-Îles
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	<ul style="list-style-type: none"> • Association d'entraide en santé mentale – La Passerelle • Centre Accalmie • Centre communautaire en santé mentale l'éclaircie • Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention

	<ul style="list-style-type: none"> • Droits et recours santé mentale • Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts
Chaudière Appalaches	<ul style="list-style-type: none"> • Aux quatre vents • Centre la Barre du Jour • L'intervalle • Oasis de Lotbinière¹²² • SOS Onde Amitié
Laval	<ul style="list-style-type: none"> • ALPABEM • Au Jardin de la famille Fabreville • CAFGRAF • La Ressource anxiété trouble panique • Maison 100 limites • Service populaire de psychothérapie
Lanaudière	<ul style="list-style-type: none"> • La bonne étoile • La Rescousse Montcalm • Le Tournesol de la Rive-Nord • Mi-Zé-Vie • Rescousse amicale • Vaisseau d'or
Laurentides	<ul style="list-style-type: none"> • Droits et recours Laurentides • Hébergement 159 rue principale • Centre Aux Sources Argenteuil • Maison Lyse-Beauchamp
Montérégie	<ul style="list-style-type: none"> • Ancre et ailes • Au Second Lieu • Éclusier du Haut-Richelieu • Entrée chez soi Brome-Missisquoi • Groupe d'entraide L'Arrêt-Court • Hébergement l'Entre-Deux

	<ul style="list-style-type: none"> • L'Accolade Santé mentale • L'Avant-garde • L'Éveil Brome Missiquoi • La maison arc-en-ciel • La maison Goéland • Le Phare Saint-Hyacinthe • Le phare source d'entraide • Le Pont • Le tournant • Les toits d'Émile • Maison d'intervention Vivre • Maison Jacques Ferron • Maison le point commun • Oasis santé mentale granby • Réseau d'habitations chez soi • Santé mentale Pierre de Saurel • Service d'intervention en santé mentale Espoir • Transition pour Elles
Centre-du-Québec	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe d'entraide l'Entrain • La ruche aire ouverte • Pivot centre du Québec

ANNEXE H

SCHÉMA D'ENTRETIEN DU GROUPE DE DISCUSSION

Recherche sur les pratiques d'intervention auprès des femmes suicidaires SCHÉMA D'ENTRETIEN DE GROUPE DE DISCUSSION

17 :30 Accueil

Goûter servi sur place;

Rappel des considérations éthiques;

Signature des formulaires de consentement.

18 :00 Introduction

Allumer l'enregistreuse;

Rappel des objectifs du groupe de discussion;

Explication des consignes (commentaires constructifs; comportements ou propos agressifs non tolérés);

Explication du fonctionnement de la rencontre (confidentialité, enregistrement, tours de parole, animation).

18 :15 **Thème A : Profil des femmes suicidaires**

- En fonction de votre expérience des deux dernières années, que pouvez-vous me dire du profil des femmes suicidaires?

Présentation des résultats du sondage en ligne sur le profil des femmes suicidaires.

- Que pensez-vous des résultats du sondage sur le profil et les problématiques des femmes suicidaires?
 - Êtes-vous surpris.e?
 - Comment expliquez-vous ces résultats?

18 :45 **Thème B : Interventions privilégiées auprès des femmes suicidaires**

- Selon vous, quels types d'interventions sont à privilégier auprès des femmes suicidaires?

Présentation des résultats du sondage en ligne sur les interventions privilégiées auprès des femmes suicidaires.

- Que pensez-vous des résultats du sondage sur les interventions privilégiées auprès des femmes suicidaires?
 - Êtes-vous surpris.e?
 - Comment expliquez-vous ces résultats?

19 :15 **Thème C : Enjeux éthiques de la pratique auprès des femmes suicidaires**

- Si vous pensez à vos interventions auprès des femmes suicidaires, pouvez-vous me parler des enjeux éthiques qui traversent votre pratique?

Présentation des résultats du sondage en ligne sur les enjeux éthiques dans la pratique auprès des femmes suicidaires.

- Que pensez-vous des résultats du sondage sur les enjeux éthiques de la pratique d'intervention auprès des femmes suicidaires?
 - Êtes-vous surpris.e?
 - Comment expliquez-vous ces résultats?

19 :45 **Questionnaire sociodémographique**

Merci de remplir le court questionnaire et le remettre à l'animatrice une fois complété.

- Âge, municipalité, genre, communauté ethnoculturelle;
- Scolarité complétée en travail social, milieu de pratique, secteur d'activité, années d'expérience, orientations théoriques;
- Nombre de femmes suicidaires vues dans la dernière année; participation au sondage en ligne.

19 :55 **Terminaison**

Avez-vous d'autres opinions ou commentaires à ajouter?

- Récupérer les questionnaires sociodémographiques
- Remercier les participant.e.s
- Fermer l'enregistreuse.

ANNEXE I

DIAPPOSITIVES PRÉSENTÉES DANS LE CADRE
DU GROUPE DE DISCUSSION



En fonction de votre expérience des deux dernières années, que pouvez-vous me dire du profil des femmes suicidaires?



2

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles

- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

3

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

QUESTIONS

- 🔍 Que pensez-vous des résultats du sondage sur le profil et les problématiques des femmes suicidaires?
- 🔍 Êtes-vous surpris.e?
- 🔍 Comment expliquez-vous ces résultats?

THÈME B: INTERVENTIONS PRIVILÉGIÉES AUPRÈS DES FEMMES SUICIDAIRES



Selon vous, quels types d'intervention sont à privilégier auprès des femmes suicidaires?

10

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles

- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)

- Quelques unes ont des handicaps

3

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

QUESTIONS

- 🔍 Que pensez-vous des résultats du sondage sur le profil et les problématiques des femmes suicidaires?
- 🔍 Êtes-vous surpris.e?
- 🔍 Comment expliquez-vous ces résultats?

**THÈME B: INTERVENTIONS
PRIVILÉGIÉES AUPRÈS DES
FEMMES SUICIDAIRES**



Selon vous, quels types d'intervention sont à privilégier auprès des femmes suicidaires?

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

PROFIL DES FEMMES SUICIDAIRES

- La majorité:
 - Femmes cisgenre
 - Entre 18 et 65 ans
 - Ne s'identifient pas à un groupe racisé ou autochtone
 - N'ont pas vécu de processus d'immigration
 - Hétérosexuelles
- Grande diversité des statuts conjugaux
(célibataire, en couple, séparées, veuves)
- Quelques unes ont des handicaps

QUESTIONS

- 🔍 Que pensez-vous des résultats du sondage sur le profil et les problématiques des femmes suicidaires?
- 🔍 Êtes-vous surpris.e?
- 🔍 Comment expliquez-vous ces résultats?

ANNEXE J

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE UTILISÉ DANS LE CADRE DU GROUPE DE DISCUSSION

Recherche sur les pratiques d'intervention auprès des femmes suicidaires

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Date du groupe de discussion : _____

Quel âge avez-vous? Âge : _____

Dans quelle ville ou municipalité habitez-vous? Ville/municipalité : _____

À quel genre vous identifiez-vous?

- Femme cis
- Femme trans
- Homme cis
- Homme trans
- Personne non-binaire
- Préfère ne pas répondre

À quelle(s) communauté(s) ethnoculturelles appartenez-vous? Communauté(s) ethnoculturelle(s) : _____

Quel est votre plus haut niveau de scolarité complété en travail social?

- Technique
- Baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat
- Post-Doctorat
- DEASS
- Autre (précisez) : _____

Dans quel milieu pratiquez-vous le travail social?

- Cégep
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (réseau)
- Organisme sans but lucratif (OSBL)
- Organisme communautaire
- Entreprise privée
- Engagement militant
- Fonction publique fédérale
- Fonction publique provinciale
- Fonction publique municipale
- Université
- Pratique autonomie
- Commission scolaire
- École privée / Collège privé
- Sans emploi
- Retraité.e

Dans quel secteur d'activité pratiquez-vous? (ex. enfance/famille, toxicomanie, santé mentale)

Secteur d'activité :

Combien d'années d'expérience avez-vous en intervention?

Années d'expérience en intervention :

Quelles orientations théoriques guident votre pratique du travail social? Cochez-en jusqu'à trois différentes.

- Antioppressive
- Behaviorale / cognitive
- Centrée sur les solutions
- Écosystémique
- Existentielle / humaniste
- Féministe
- Approche narrative
- Psychanalytique
- Psychodynamique analytique
- Psychosociale
- Structurelle
- Systémique
- Autre (précisez) : _____

Estimez, dans la dernière année, auprès de combien de femmes suicidaires avez-vous intervenu?

Nombre de femmes suicidaires auprès desquelles vous avez intervenu dans la dernière année : _____

Avez-vous répondu au sondage en ligne (première phase de la recherche)?

- Oui
- Non

Une fois complété, veuillez remettre ce questionnaire à l'animatrice du groupe de discussion. Merci!

ANNEXE K

CERTIFICATION ÉTHIQUE

UQAM | Comités d'éthique de la recherche
avec des êtres humains

No. de certificat: 2811
Certificat émis le: 09-11-2018

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Travail social et femmes suicidaires: recherche féministe sur les enjeux éthiques dans la pratique
Nom de l'étudiant:	Laura GAGNON
Programme d'études:	Maîtrise en travail social (concentration études féministes)
Direction de recherche:	Maria Nengeh MENSAH

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Conditions particulières

Les changements demandés par le Comité ont été apportés avec diligence et le document "Justification de l'outil de mesure statistique" préparé par l'étudiante a été très éclairant quant à l'évaluation de la nature de la participation.


Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique
Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE L

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU GROUPE DE DISCUSSION



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT RECHERCHE SUR LES PRATIQUES D'INTERVENTION AUPRÈS DES FEMMES SUICIDAIRES¹

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Laura Gagnon Étudiante à la maîtrise École de travail social Université du Québec à Montréal T. 514-817-4271 C. gagnon.laura.3@courrier.uqam.ca	Maria Nengeh Mensah Professeure titulaire École de travail social Université du Québec à Montréal T. 514-987-3000 # 1723 C. mensah.nengeh@uqam.ca
---	---

PRÉAMBULE

Vous êtes invité.e à participer à un projet de recherche qui vise à dresser un portrait des interventions en travail social auprès des femmes suicidaires, dans une perspective féministe. Avant d'accepter de participer à ce projet, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à communiquer avec l'étudiante pour des explications.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La présente recherche vise à documenter les pratiques d'interventions auprès des femmes suicidaires au Québec, et explorer les enjeux éthiques auxquels les intervenant.e.s font face. Pour y arriver, l'étudiante réalisera un sondage en ligne sur cette thématique, ainsi qu'une entrevue de groupe qui portera sur les résultats du sondage. Vous êtes l'une des personnes que nous souhaitons interviewer dans le cadre d'une entrevue de groupe qui prendra la forme d'une discussion.

¹ Ce projet de recherche est effectué dans le cadre du programme de Maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal.



TÂCHES DEMANDÉES

Votre participation consiste à :

- contribuer à une entrevue de groupe d'une durée de deux (2) heures;
- consentir à l'enregistrement audionumérique de l'entrevue – utile pour la retranscription;
- répondre à une série de questions liées aux résultats du sondage en ligne, abordant les thèmes des profils des intervenant.e.s et de leurs milieux de pratique, le profil des femmes suicidaires destinataires d'interventions, les interventions privilégiées dans la pratique, ainsi que les enjeux éthiques;
- contribuer de manière constructive à la discussion, en respectant les autres personnes présentes dans le groupe;
- répondre à un court questionnaire sociodémographique (âge, genre, occupation, etc.);
- s'engager à respecter la confidentialité des propos partagés par les autres personnes lors de l'entrevue de groupe.

L'entrevue de groupe aura lieu après les heures de bureau, de 18h00 à 20h00, dans un local à l'UQO – Campus Saint-Jérôme. Dans ces circonstances, nous prévoyons offrir un léger goûter durant la rencontre.

AVANTAGES ET RISQUES POTENTIELS

Vous ne bénéficierez pas directement de la participation au groupe de discussion ou de fournir votre point de vue dans le cadre de cette recherche. Vous pourriez bénéficier indirectement du fait de vous exprimer librement à propos de votre pratique d'intervention auprès des femmes suicidaires. Vous pourriez également jouer un rôle dans l'avancement des connaissances sur l'intervention auprès des femmes suicidaires. La participation à cette recherche peut également permettre à chacun.e des participant.e.s d'alimenter une réflexion personnelle sur la dimension éthique de leur pratique.

La participation à l'entrevue de groupe requiert que vous partagiez votre point de vue. Les risques potentiels associés à ce partage sont les suivants :

- Il est possible que le partage de votre point de vue fasse ressurgir des émotions, un stress ou un malaise quelconque (en lien avec une réaction par rapport à une expérience personnelle liée au suicide, ou à une expérience d'intervention qui s'est mal passée par exemple). Dans le cas où vous seriez perturbé d'une façon ou d'une autre par votre participation à l'étude, vous pouvez vous retirer de la recherche à tout moment, et ce sans conséquence. Une liste de ressources est aussi disponible dans le cas où vous auriez besoin d'être référé vers de l'aide professionnelle.



- Il est aussi possible que vous rencontriez des jugements négatifs de la part des autres participant.e.s, dans le cas où vous faites état de certaines pratiques qui ne seraient pas conformes.
- Selon l'article 4.01.01 du Code de déontologie de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, si vos propos donnent des raisons de croire que vos pratiques dérogent à la déontologie professionnelle, elles devront être signalées à l'Ordre.
- Lors d'une discussion de groupe, il peut être difficile techniquement d'effacer les interventions d'une personne qui se retire de la recherche. Si vous vous retirez de la recherche, nous effacerons dans la mesure du possible les interventions que vous aurez faites durant le groupe de discussion. Votre formulaire de consentement sera détruit.
- Le recrutement ne permettra pas aux organisations ayant accepté de transmettre l'appel de recrutement de savoir qui a participé à la recherche.

La participation à ce projet est volontaire et vous pouvez y mettre fin en tout temps, sans préjudice; sans avoir à fournir de raisons ni à subir des conséquences, décider de ne pas répondre à une question ou quitter le lieu de la rencontre.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements recueillis dans le cadre de cette recherche resteront confidentiels. Les informations permettant de vous identifier seront sur le formulaire de consentement et sur l'enregistrement audionumérique. L'enregistrement sera utilisé uniquement pour la retranscription de la discussion, pour reconnaître qui parle à quel moment, etc. L'enregistrement sera protégé par un code alphanumérique jusqu'à sa destruction. Les retranscriptions seront rapidement anonymisées, protégées par un mot de passe, et archivées dans un ordinateur muni d'un mot de passe. Les formulaires de consentement seront numérisés; la copie papier sera déchetée et la copie numérique protégée par un mot de passe et conservée séparément des retranscriptions.

En ce qui concerne l'anonymat de vos client.e.s, l'article 3.06.05 du Code de déontologie de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux indique que « le travailleur social cache l'identité de ses clients lorsqu'il utilise des informations obtenues de ceux-ci à des fins didactiques ou scientifiques ». Ainsi, vous avez la responsabilité de préserver l'anonymat de vos client.e.s tout au long du groupe de discussion.

Les propos que vous tiendrez lors du groupe de discussion pourraient être reproduits intégralement. Toutefois, afin de préserver votre anonymat, un pseudonyme vous sera attribué et sera utilisé dans toutes les communications publiques à propos de cette recherche. Nous omettrons aussi les renseignements identificatoires de la transcription de manière à protéger votre anonymat.



COMPENSATION FINANCIÈRE

En acceptant de participer à ce projet, vous ne bénéficierez d'aucune compensation financière.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la chercheuse ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

RECHERCHES ULTÉRIEURES

Au terme du présent projet, nous aimerions conserver pour une période indéterminée les données recueillies auprès de vous pour conduire d'autres recherches sur les interventions auprès des femmes suicidaires. Les règles d'éthique du présent projet s'appliquent à cette conservation à long terme de vos données. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

- J'accepte que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs
- Je refuse que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs

RAPPORT DE RECHERCHE

Si vous souhaitez être contacté.e ultérieurement pour avoir accès au rapport de recherche, veuillez inscrire votre adresse courriel : _____.

Cette adresse ne sera pas utilisée à d'autres fins.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS ?

Pour des questions additionnelles sur le projet, sur votre participation et sur vos droits, ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale. Si la plainte ou la demande ne peut être directement réglée par elle, vous pourrez faire valoir vos droits auprès du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de la Faculté des Sciences humaines de l'UQAM (CERPÉ FSH), au numéro 514.987.3000, poste 3642 ou par courriel à sergent.julie@uqam.ca. Ce projet a été approuvé et porte le numéro de certificat 2811.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de mon projet de maîtrise, et je vous en remercie grandement!



SIGNATURES

Par la présente :

- a) je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement;
- b) je consens volontairement à participer à ce projet de recherche;
- c) je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique;
- d) je consens à ce que mes propos puissent être reproduits intégralement;
- e) je confirme avoir disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer;
- f) je reconnais aussi que la chercheuse principale du projet (ou son délégué) a répondu à mes questions de manière satisfaisante; et
- g) je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

Signature de la personne participante

Date

Nom (lettres moulées) et adresse courriel

Je, soussigné.e, déclare :

- a) avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et autres dispositions du formulaire d'information et de consentement; et
- b) avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la chercheuse principale ou de son, Date
sa délégué.e

Nom (lettres moulées) et adresse courriel



LISTE DE RESSOURCES PSYCHOSOCIALES

Dans le cas où la participation au projet de recherche vous aurait ébranlé, voici une liste de ressources qui pourraient vous être utiles :

- 1) Suicide-Action Montréal
1 866 APPELLE (1-866-277-3553)
<http://suicideactionmontreal.org/>
- 2) Maison Monbourquette
1 888 LE DEUIL (1-888-533-3845)
- 3) Programme d'aide aux employés de votre milieu de pratique
- 4) Supervision clinique dans votre milieu de pratique
- 5) CLSC de votre quartier
<http://sante.gouv.qc.ca/repertoire-ressources/clsc/>
- 6) Ordre des psychologues
www.ordrepsy.qc.ca
- 7) Centre de référence du grand Montréal
514-527-1375
- 8) Centre d'Écoute de Laval
450-664-2787

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2009). *La prévention du suicide*. Récupéré de http://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/isbn978-2-89510-585-5.pdf
- Aleman, André et Denys, Damiaan. (2014, 21 mai). A road map for suicide research and prevention. *Nature*, 509(7501), 421-423. Récupéré de <http://www.nature.com/news/mental-health-a-road-map-for-suicide-research-and-prevention-1.15245>
- Armes, Stephanie E., Somo, Charity M., Khann, Sareth, Seponski, Desiree M., Lahar, Cindy J., Kao, Sovandara et Schunert, Tanja. (2018). Mental Health Indicators of Suicide in Cambodian Women. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 30(1), 7-18. doi: 10.1177/1010539517751349
- Arriagada, Paula. (2016). Les femmes des Premières Nations, les Métisses et les Inuites. Dans *Statistique Canada*. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-503-x/2015001/article/14313-fra.pdf>
- Beauchamp, Tom L. et Childress James F. (1996). Moral Problems of Suicide Intervention. Dans Tom L. Beauchamp et Robert M. Veatch (dir.), *Ethical Issues in Death and Dying* (2^e éd., p. 127-130). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Beauchamp, Tom L. et Veatch, Robert M. (1996). Suicide. Introduction. Dans *Ethical Issues in Death and Dying* (2^e éd., p. 101-105). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Bernheim, Emmanuelle. (2012). Le refus de soins psychiatrique est-il possible au Québec? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins. *Revue de droit de McGill*, 57(3), 553-594. doi : 10.7202/1009067ar

- Blais, André et Dandurand, Claire. (2010). Le sondage. Dans Benoît Gauthier (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (5^e éd., p. 445-487). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bloch, Kate E. (1996). The Role of Law in Suicide Prevention Beyond Civil Commitment - A Bystander Duty to Report Suicide Threats. Dans Tom L. Beauchamp et Robert M. Veatch (dir.), *Ethical Issues in Death and Dying* (2^e éd., p. 131-137). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Borum, Valerie. (2012). African American Women's Perceptions of Depression and Suicide Risk and Protection. *Affilia*, 27(3), 316-327.
doi: 10.1177/0886109912452401
- Bosisio, Francesca et Santiago-Delefosse, Marie. (2014). Intérêts et limites de l'utilisation d'une méthodologie mixte : à propos d'une recherche en psychologie de la santé. *Pratiques Psychologiques*, 20(1), 39-53.
doi: 10.1016/j.prps.2013.11.002
- Bourgon, Michèle. (1987). L'approche féministe en termes de rapports sociaux ou l'art de survivre sur la corde raide en talons hauts! *Service social*, 36(2-3), 248-273. doi : 10.7202/706362ar
- Bourgon, Michèle et Gusew, Annie. (2007). L'intervention individuelle en travail social. Dans Jean-Pierre Deslauriers et Yves Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social* (2^e éd., p. 121-141). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Boyer, Richard et Loyer, Michel. (1996). La prévention du suicide par la prévention des troubles mentaux : où en sommes-nous au Québec? *Santé mentale au Québec*, 21(2), 139-157. doi :10.7202/032402ar
- Brodeur, Normand et Berteau, Ginette. (2007). La réflexion éthique: une dimension essentielle dans la pratique du travail social. Dans Jean-Pierre Deslauriers et Yves Hurtubise (dir.), *Introduction au travail social* (2^e éd., p. 241-265). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Brown, Gregory K. (2000). A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults: National Institute of Mental Health. Récupéré de <https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/BrownReviewAssessmentMeasuresAdultsOlderAdults.pdf>

- Brown, Laura S. et Bryan, Tracy C. (2007). Feminist therapy with people who self-inflict violence. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1121-1133. doi : 10.1002/jclp.20419
- Callanan, Valerie J. et Davis, Mark S. (2011). Gender and Suicide Method: Do Women Avoid Facial Disfiguration? *Sex Roles*, 65, 867-879. doi : 10.1007/s11199-011-0043-0
- Cankaya, Bany, Talbot, Nancy L., Ward, Erin A. et Duberstein, Paul R. (2012). Parental Sexual Abuse and Suicidal Behavior Among Women With Major Depressive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(1), 45-51. doi : 10.1177/070674371205700108
- Cardinal, Christiane. (2000, septembre). *La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi de la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ; rapport soumis au Comité de santé mentale du Québec (CSMQ)* [Ressource électronique]. Québec : Comité de la santé mentale du Québec. Récupéré de <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/65609>
- Castle, Kathryn, Conner, Kenneth, Kaukeinen, Kimberly et Tu, Xin. (2011). Perceived Racism, Discrimination, and Acculturation in Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Black Young Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(3), 342-351. doi: /10.1111/j.1943-278X.2011.00033.x
- Chesler, Phyllis. (1979). *Les femmes et la folie* (Jean-Pierre Cottureau, trad.). Paris : Payot. 1972.
- Code civil du Québec*. RLRQ, c. CCQ-1991. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/CCQ-1991?langcont=fr>
- Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*. RLRQ, c. C-26, r. 286. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20286/>
- Commission de l'éthique en sciences et en technologie. (2013). Qu'est-ce que l'éthique? Récupéré de <http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique.html>

- Corbeil, Christine et Marchand, Isabelle. (2010). L'intervention féministe : un modèle et des pratiques au coeur du mouvement des femmes québécois. Dans *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui* (p. 23-56) : Remue-ménage.
- Couturier, Yves et Huot, François. (2003). Discours sur la pratique et rapport au théorique en intervention sociale : explorations conceptuelles et épistémologiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 106-124.
doi: 10.7202/009846ar
- Cover, Rob. (2012). Mediating Suicide: Print Journalism and the Categorization of Queer Youth Suicide Discourses. *Archives of Sexual Behavior*, 41(5), 1173-1183. doi: 10.1007/s10508-012-9901-2
- Devon, Charles R., Abram, Karen M., McClelland, Gary M. et Teplin, Linda A. (2003). Suicidal Ideation and Behavior Among Women in Jail. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 19(1), 65-81.
doi : 10.1177/1043986202239742
- Devries, Karen, Watts, Charlotte, Yoshihama, Mieko, Kiss, Ligia, Schraiber, Lilia Blima, Deyessa, Negussi, Heise, Lori, Durand, Julia, Mbwambo, Jessie, Jansen, Henrica, Berhane, Yemane, Ellsberg, Mary et Garcia-Moreno, Claudia. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 79-86.
doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.006
- Dorlin, Elsa. (2008). *Épistémologies féministes*. Dans *Sexe, genre et sexualités*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dye, Meredith H. et Aday, Ronald H. (2013). "I Just Wanted to Die": Preprison and Current Suicide Ideation Among Women Serving Life Sentences. *Criminal Justice and Behavior*, 40(8), 832-849. doi: 10.1177/0093854813476266
- Epstein Jayaratne, Toby et Stewart, Abigail J. (1991). Quantitative and Qualitative Methods in the Social Sciences: Current Feminist Issues and Practical Studies. Dans Mary Margaret Fonow et Judith A. Cook, (dir.), *Beyond Methodology: Feminist Scholarship as Lives Research* (p. 85-106). Bloomington, IN : Indiana University Press.

- Feinberg, Joel. (1996). Whose Life Is It Anyway?. Dans Tom L. Beauchamp et Robert M. Veatch (dir.), *Ethical Issues in Death and Dying* (2^e éd., p. 138-143). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Findlay, Leanne. (2017). Depression and suicidal ideation among Canadians aged 15 to 24. *Statistique Canada*, 28(1), 3-11. Récupéré de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017001/article/14697-eng.htm>
- France. Ministère des Solidarités et de la Santé. (2014). Reconnaître la crise suicidaire. Dans *Ministère des Solidarités et de la Santé*. Récupéré de <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/reconnaitre-la-crise-suicidaire>.
- Gagnon, Laura. (2018). Pour une réflexion féministe sur le suicide. *FéminÉtudes*, 22(1), 76-97.
- Gagnon, Laura. (sous presse). Femmes et désir de mort : discussion sur le suicide et sur l'aide à mourir. Dans Audrey Deveault et Michael Lessard (dir.), *Dialogue avec la mort*. Montréal : M éditeur.
- Geoffrion, Paul. (2010). Le groupe de discussion. Dans Benoît Gauthier (dir.), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (p. 391-414). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Goldblum, Peter, Testa, Rylan J., Pflum, Samantha, Hendricks, Michael L., Bradford, Judith et Bongar, Bruce. (2012). The relationship between gender-based victimization and suicide attempts in transgender people. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 468-475. doi: 10.1037/a0029605
- Gouvernement du Canada. (2016). À propos du suicide. Dans *Canada.ca*. Récupéré de <http://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide/propos-suicide.html>
- Gouvernement du Québec. (2018). Prévenir le suicide. Dans *Québec.ca*. Récupéré de <http://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/prevenir-le-suicide/>
- Grossmann, Michelle G. (1992). Two perspectives on aboriginal female suicides in custody. *Canadian journal of Criminology*, 403-416.

- Guberman, Nancy. (1990). Les femmes et la politique de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 15(1), 62-84. doi: 10.7202/031542ar
- Haas, Ann P., Eliason, Mickey, Mays, Vickie M., Mathy, Robin M., Cochran, Susan D., D'Augelli, Anthony R., Silverman, Morton M., Fisher, Prudence W., Hughes, Tonda, Rosario, Margaret, Russel, Stephen T., Malley, Effie, Reed, Jerry, Litts, David A., Haller, Ellen, Sell, Randall L., Remafedi, Gary, Bradford, Judith, Beautrais, Annette L., Brown, Gregory K., Diamond, Gary M., Friedman, Mark S., Garofalo, Robert, Turner, Mason S., Hollibaugh, Amber et Clayton, Paula J. (2011). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10-51. doi: 10.1080/00918369.2011.534038
- Hamza, Chloe A., Stewart, Shannon L. et Willoughby, Teena. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-495. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
- Harding, Sandra. (1991). *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*. Ithaca : Cornell University Press.
- Hartsock, Nancy. (1983) The Feminist Standpoint: Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism. Dans Sandra Harding (dir.), *Feminism and Methodology: Social Science Issues* (p. 157-180). Bloomington: Indiana University Press.
- Healy, Karen. (2005). *Social Work Theories in Context. Creating Frameworks for Practice*. New York : Palgrave Macmillan.
- Hedegaard, Holly, Curtin, Sally et Warner, Margaret. (2018). Suicide Rates in the United States Continue to Increase. *NCHS Data Brief* (309). Récupéré de <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db309.pdf>
- Higgitt, Ryan. (2007). Suicide et genre : un aperçu des analyses de Silvia Sara Canetto. *Recherches sociographiques*, 48(3), 184-188. doi: 10.7202/018012ar
- Hill, Marcia, Glaser, Kristin et Harden, Judy. (1998). A Feminist Model for Ethical Decision Making. Dans Marcia Hill et Esther D. Rothblum (dir.), *Learning From Our Mistake. Difficulties and Failures in Feminist Therapy* (p. 101-121). Philadelphie : Haworth Press.

- Igartua, Karine J., Thombs, Brett et Montoro, Richard. (2015). L'association des dimensions de l'orientation sexuelle, du harcèlement et du suicide : quelles minorités sexuelles sont les plus à risque? *Santé mentale au Québec*, 40(3), 55-75. doi: 10.7202/1034911ar
- Kaslow, Nadine J., Jacobs, Carli H., Young, Sharon L. et Cook, Sarah. (2006). Suicidal Behavior Among Low-Income African American Women: A Comparison of First-Time and Repeat Suicide Attempters. *Journal of Black Psychology*, 32(3), 349-365. doi: 10.1177/0095798406290459
- Kosidou, Kyriaki, Hellner-Gumpert, Clara., Fredlund, Peeter, Dalman, Christina, Hallqvist, Johan, Isacson, Göran et Magnusson, Cecilia. (2012). Immigration, Transition into Adult Life and Social Adversity in Relation to Psychological distress and Suicide Attempts among Young Adults. *PLOS ONE*, 7(10), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0046284
- Kushner, Howard I. (1992). Women and Suicide in Historical Perspective. Dans Joyce McCarl Nielson (dir.), *Feminist Research Methods Exemplary Readings in the Social Sciences* (p. 193-206). Boulder, CO : Westview Press.
- Lamis, Dorian A., Cavanaugh, Courteney E., Anastasiades, Maria H., Garcia-Williams, Amanda, Anderson, Claudine et Kaslow, Nadine J. (2017). Intimate Partner Sexual Coercion Mediates the Childhood Sexual Abuse-Suicidal Ideation Link Among African American Women. *Journal of Black Psychology*, 43(3), 305-324. doi: 10.1177/0095798416644885
- Lane, Julie, Archambault, Johanne, Colin-Poulette, Marilou et Camirand, Raymonde. (2010). *Prévention du suicide: Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec : Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>
- Lehmann, Jennifer M. (1995). Durkheim's Theories of Deviance and Suicide: A Feminist Reconsideration. *American Journal of Sociology*, 100(4), 904-930. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/2782155>
- Lesage, Alain, Routhier, Danielle, Leduc, Nicole et Benigeri, Mike. (2012). Portrait du recours aux services de santé mentale avant et après une tentative de suicide qui requiert une hospitalisation. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 223-237. doi: 10.7202/1014953ar

- Levesque, Pascale, Gagné, Mathieu, Pelletier, Éric et Perron, Paul-André. (2018). *La mortalité par suicide au Québec: 1981 à 2015 - Mise à jour 2018*. Québec : Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. Récupéré de http://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2345_mortalite_suicide_quebec_2018.pdf
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. RLRQ, c. P-38.001. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>
- Mallon, Sharon, Galway, Karen, Hughes, Lynette, Rondón-Sulbarán, Janeet et Leavey, Gerard. (2016). An exploration of integrated data on the social dynamics of suicide among women. *Sociology of Health & Illness*, 38(4), 662-675. doi: 10.1111/1467-9566.12399
- Marcoux, Isabelle. (2018, mai). *Aide médicale à mourir et critères d'admissibilité : Qu'en pensent les intervenants en prévention du suicide?* [Vidéo en ligne]. Conférence présentée par le Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie (RQSPAL). Récupéré de <http://www.youtube.com/watch?v=PttyXsScM9s&t=1s>
- Marcoux, Isabelle, Onwuteaka-Philipsen, Bregje, Jansen-Van Der Weide, Marijke, C. et Van Der Wal, Gerrit. (2005). Withdrawing an explicit request for euthanasia or physician-assisted suicide: a retrospective study on the influence of mental health status and other patient characteristics. *Psychological Medicine*, 35, 1265-1274. doi:10.1017/S0033291705005465
- Martin, Norah. (2001). Feminist Bioethics and Psychiatry. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 26(4), 431-441. doi: 10.1076/jmep.26.4.431.3008
- Martin, Norah. (2011). Preserving trust, maintaining care, and saving lives: Competing feminist values in suicide prevention. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4(1), 164-187. doi: 10.2979/intjfemappbio.4.1.164
- McLaughlin, Jennifer, O'Carroll, Ronan E. et O'Connor, Rory C. (2012). Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32(8), 677-689. doi: 10.1016/j.cpr.2012.08.002

- Meltzer, Howard, Brugha, Traolach, Dennis, Michael S., Hassiotis, Angela, Jenkins, Rachel, McManus, Sally, Rai, Deeraj et Bebbington, Paul. (2012). The influence of disability on suicidal behaviour. *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 6(1), 1-12. doi: 10.1016/j.alter.2011.11.004
- Mongeau, Pierre. (2011). *Réaliser son mémoire ou sa thèse : Côté Jeans et côté tenue de soirée*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Moody, Chérie, Fuks, Nate, Peláez, Sandra et Smith, Nathan G. (2015). “Without this, I would for sure already be dead”: A qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2(3), 266-280. doi: 10.1037/sgd0000130
- Navaneelan, Tanya. (2012). *Les taux de suicide: un aperçu*. Ottawa : Statistique Canada. Récupéré de http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/statcan/82-624-x/82-624-x2012001-2-fra.pdf
- Ninacs, William A. (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Office québécois de la langue française. (2002). Enjeu. Dans *Le grand dictionnaire terminologique (GDT)*. Récupéré de http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8362968
- Ollivier, Michèle et Tremblay, Manon. (2000). *Questionnements féministes et méthodologie de recherche*. Paris : L'Harmattan.
- Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2016). *Normes de télépratique pour les travailleurs sociaux et les thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*. Récupéré de <http://www1.otstcfq.org/wp-content/uploads/2017/02/normes-telepratiques-otstcfq.pdf>
- Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2018). *Guide de référence pour votre demande d'admission ou de réinscription à l'OTSTCFQ*. Récupéré de <http://beta.otstcfq.org/sites/default/files/guide-de-reference-admission-ou-reinscription.pdf>

- Paillé, Pierre et Muchielli, Alex. (2008). L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines* (p. 123-145). Paris : Armand Colin.
- Perry, Brea L., Pullen, Erin L. et Oser, Carrie B. (2012). Too Much of a Good Thing? Psychosocial Resources, Gendered Racism, and Suicidal Ideation among Low Socioeconomic Status African American Women. *Social Psychology Quarterly*, 75(4), 334-359. Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/41722486>
- Provencher-Renaud, Gabrielle, Larrivée, Serge, et Sénéchal, Carole. (2018). L'accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes souffrant de troubles mentaux. *Annales médico-psychologiques*. doi: 10.1016/j.amp.2018.08.022
- Puzo, Quirino, Mehlum, Lars et Qin, Ping. (2018). Socio-economic status and risk for suicide by immigration background in Norway: A register-based national study. *Journal of Psychiatric Research*, 100, 99-106.
doi : 10.1016/j.jpsychires.2018.02.019
- Racine, Éric, Gros, Catherine, Montreuil, Marjorie, et Séguin, Monique. (2018). Étude sur l'aide médicale à mourir. Dans *Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés*. Récupéré de <http://reseausuicide.qc.ca/fr/etude-sur-laide-medicale-a-mourir>
- Range, Lillian M. et Leach, Mark M. (1998). Gender, Culture, and Suicidal Behavior: A Feminist Critique of Theories and Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 24-36. doi: 10.1111/j.1943-278X.1998.tb00623.x
- Rhodes, Anne E., Boyle, Michael H., Bridge, Jeffrey A., Sinyor, Mark, Katz, Laurence Y., Bennett, Kathryn, Newton, Amanda S., Links, Paul S., Tonmyr, Lil, Skinner, Robin, Cheung, Amy, Bethell, Jennifer et Carlisle, Corine. (2018). Les soins médicaux de jeunes hommes et de jeunes femmes qui décèdent par suicide. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(3), 161-169.
doi: 10.1177/0706743717741060
- Rondeau, Suzanne. (1994). Une intervention de groupe d'orientation féministe en santé mentale. *Service social*, 43(3), 123-137. doi : 10.7202/706672ar
- Roy, Mélissa. (2013). L'individualisation et la médicalisation du travail social dans le domaine de la « santé mentale ». *Reflets*, 19(1), 226-237.
doi: 10.7202/1018047ar

- Roy, Philippe. (2012). La sociologie du genre : une contribution originale à la compréhension du suicide chez les hommes. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 45-55. doi: 10.7202/1014944ar
- Rudmin, Floyd W., Ferrada-Noli, Marcello et Skolbekken, John-Arne. (2003). Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44(4), 373-381. doi: 10.1111/1467-9450.00357
- Saint-Arnaud, Jocelyne. (2009, octobre). *Enjeux éthiques en santé mentale : repères éthiques*. Communication présentée au Colloque CH Louis-H. Lafontaine et CH Douglas, Laval. Récupéré de : <http://www.iusmm.ca/documents/pdf/Hopital/Enseignement/enjeux%20ethique/E23St-Arnaud.pdf>
- Santé Canada. (2013). *Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones*. Récupéré de http://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/promotion/_suicide/strat-prev-youth-jeunes-fra.pdf
- Santé Canada. (2014). *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada : Statistiques de l'état civil pour les provinces de l'Atlantique et de l'Ouest du Canada, 2003-2007*. Récupéré de http://www.publications.gc.ca/collections/collection_2014/sc-hc/H34-193-3-2014-fra.pdf
- Sinyor, Mark, Schaffer, Ayal et Streiner, David L. (2014). Characterizing Suicide in Toronto: An Observational Study and Cluster Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 26-33. doi: 10.1177/070674371405900106
- Tebbe, Elliot A. et Moradi, Bonnie. (2016). Suicide risk in trans populations: An application of minority stress theory. *Journal of Counseling Psychology*, 63(5), 520-533. doi: 10.1037/cou0000152
- Tremblay, Gilles. (2012). Service social : une longue tradition d'intervention lors d'une crise suicidaire. *Santé mentale au Québec*, 37(2), 209-221. doi : 10.7202/1014952ar

- Turcotte, Emmanuelle. (2016). Les méthodes mixtes dans la recherche féministe: enjeux, contraintes et potentialités politiques. *Démarches méthodologiques et perspectives féministes*, 29(1), 111-128. doi: 10.7202/1036672ar
- Velasquez, Michael G. (1996). Defining Suicide. Dans Tom L. Beauchamp et Robert M. Veatch (dir.), *Ethical Issues In Death And Dying* (2^e éd., p. 106-112). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Verhofstadt, Monica, Thienpont, Lieve et Peters, Gjalt-Jorn Ygram. (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 211(4), p. 238-245. doi: 10.1192/bjp.bp.117.199331
- Vijayakumar, Lakshmi. (2015). Suicide in women. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2). doi: 10.4103/0019-5545.161484