

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

VISIONS DES INTERVENANTS SOCIAUX CONCERNANT LES « MEILLEURES
PRATIQUES » D'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE DE PREMIÈRE LIGNE,
AUPRÈS DES ENDEUILLÉS PAR LE SUICIDE : EXPLORATION
ÉCOSYSTÉMIQUE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
STÉPHANIE GÉNÉREUX-SOARES

MAI 2022

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.04-2020). 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.»

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	6
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	7
RÉSUMÉ.....	8
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I. Problématique de recherche.....	11
1.1 Le contexte actuel du suicide au Québec.....	11
1.2 L'état de la postvention du suicide au provincial et fédéral	12
1.3 Résumé des impacts du deuil après suicide	13
1.4 L'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide	17
1.5 La pertinence de la recherche	20
CHAPITRE II. Cadre conceptuel.....	25
2.1 Le concept de « meilleures pratiques ».....	25
2.1.1 Mouvement des « meilleures pratiques » et la perspective EBP	25
2.1.2 Les limites et les critiques de la perspective EBP.....	28
2.1.3 Changement épistémologique des « meilleures pratiques » selon Green (2001)	30
2.1.4 Tableau synthèse du cadre conceptuel.....	33
CHAPITRE III. Cadre théorique.....	34
3.1 Perspective écosystémique pour l'exploration des « meilleures pratiques »	34
3.2 Mobilisation de la perspective écosystémique à travers cette recherche	35
3.2.1 Figure inspirée du modèle écosystémique de Bronfenbrenner	39
3.3 Objectif, question de recherche et sous-questions	40

CHAPITRE IV. Méthodologie..... 41

4.1	Recherche qualitative et exploratoire.....	41
4.2	Échantillon de la recherche.....	41
4.3	Collecte et analyse des données.....	43
4.4	Considérations éthiques de la recherche.....	46

CHAPITRE V. Présentation des résultats 47

5.1	Introduction des résultats.....	47
5.1.1	Cas fictif – intervention de première ligne lors d’un décès par suicide.....	48
5.1.2	Présentation de la nouvelle figure écosystémique	52

Exploration écosystémique de la pratique

5.2	Ontosystème.....	53
5.2.1	Vision de l’intervenant concernant le suicide.....	53
5.2.2	Expérience professionnelle de l’intervenant.....	54
5.2.3	État émotionnel de l’intervenant.....	55
5.2.4	Compétences et qualités nécessaires pour ce contexte d’intervention.....	56
5.3	Microsystème.....	57
5.3.1	Endeuillés par le suicide.....	58
5.3.1.1	Émotions et réactions constatées chez les endeuillés dans la phase de choc	58
5.3.1.2	Pertinence de l’intervention psychosociale sur les lieux du décès.....	58
5.3.1.3	Motifs de déplacement des intervenants vers les endeuillés	60
5.3.1.4	Motifs de non-déplacement des intervenants vers les endeuillés.....	61
5.3.2	Collègues de travail - intervenants sociaux de première ligne.....	62
5.3.2.1	Co-intervention et division des rôles.....	62
5.3.2.2	Soutien entre intervenants sociaux.....	63
5.3.3	Policiers.....	64
5.3.3.1	Partage d’information entre les intervenants de première ligne et les policiers.....	64
5.3.3.2	Complémentarité des rôles des intervenants de première ligne et des policiers	66
5.3.3.3	Soutien des intervenants de première ligne offert aux policiers	67

5.3.4 Équipes en postvention du suicide – services psychosociaux de deuxième ligne.....	68
5.3.4.1 Partage d'information entre les intervenants de première et deuxième ligne	68
5.3.4.2 Complémentarité des services psychosociaux de première et deuxième ligne.....	69
5.3.5 Autres acteurs du microsystème	70
5.3.5.1 Acteurs présents lors d'une intervention sur les lieux du décès.....	70
5.3.5.2 Acteurs sollicités à travers les démarches pour les endeuillés par le suicide.....	71
5.4 Méso-système.....	72
5.4.1 Intervention des policiers auprès des endeuillés par le suicide.....	72
5.4.2 Relation antérieure du défunt avec une équipe traitante en santé mentale.....	73
5.5 Exo-système.....	74
5.5.1 Mandat de l'organisation.....	74
5.5.1.1 Intervenants de première ligne désignés pour l'application de la Loi P-38.....	75
5.5.2 Organisation du travail	76
5.5.2.1 Impacts de la disponibilité et l'autonomie des intervenants de première ligne	77
5.5.3 Structure et accessibilité des services offerts aux endeuillés par le suicide.....	78
5.6 Macro-système.....	80
5.6.1 Tabou concernant le suicide.....	80
5.6.2 Aspects culturels et religieux en intervention de première ligne	81
5.7 Chrono-système	83
5.7.1 Fréquence des interventions de première ligne auprès des endeuillés par suicide	83
5.7.2 Délais avant l'intervention de première ligne auprès des endeuillés par suicide.....	83
5.7.3 Durée de l'intervention de première ligne auprès des endeuillés par suicide	84
5.7.4 Impact du moment et de l'heure de l'intervention auprès des endeuillés par suicide...	84
5.7.5 Fréquence des contacts avec les endeuillés par suicide	85
5.8 Enjeux soulevés par les intervenants.....	85
5.8.1 Accumulation de la charge émotionnelle des intervenants et l'intervention en solo.....	85
5.8.2 Absence de standardisation des services en postvention du suicide	87
5.8.3 Possible absence de soutien psychosocial offert aux endeuillés par le suicide.....	88

5.9	Recommandations des intervenants.....	89
5.9.1	Offrir du soutien et de la formation continue aux intervenants de première ligne.....	89
5.9.2	Établir la trajectoire de services de première ligne offerts aux endeuillés.....	90
5.10	Visions des intervenants sociaux concernant les « meilleures pratiques ».....	93
5.10.1	Visions du terme « meilleures pratiques » en intervention psychosociale.....	93
5.10.2	Adaptation aux besoins des endeuillés par le suicide	94
5.10.3	Développer des partenariats et la co-intervention.....	95
5.10.4	Adopter une approche proactive auprès des endeuillés par le suicide	96
5.10.4.1	Débat concernant la pertinence de se déplacer sur les lieux du décès	97
5.10.5	Établir un filet de sécurité pour les endeuillés par le suicide.....	98
5.10.6	Encadrer l'adieu au corps sur les lieux du décès par suicide	99
5.11	Limites de l'étude.....	101
CHAPITRE VI.	Discussion	102
6.1	Pertinence du cadre écosystémique dans cette étude.....	102
6.2	Des « meilleures pratiques » d'intervention généralisables, flexibles et adaptables ..	103
6.3	Au cœur des enjeux et recommandations formulés	105
6.4	Le raisonnement clinique derrière l'évaluation de la pertinence du déplacement de l'intervenant sur les lieux du décès	113
CONCLUSION.....		120
ANNEXE A.	Guide d'entretien	122
ANNEXE B.	Formulaire de consentement	127
ANNEXE C.	Certificat d'approbation éthique	132
RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE.....		134

REMERCIEMENTS

Réaliser un mémoire de recherche pour la maîtrise en travail social représente pour moi un grand accomplissement personnel et académique. La réalisation de cette étude a été possible dû à plusieurs personnes qui m'ont encouragée et soutenues à travers mon parcours académique.

Je souhaite d'abord remercier les huit participants de la recherche qui ont accepté de faire partie de ce projet. C'est grâce à vous que ce mémoire de recherche a été possible. D'ailleurs, je souhaite souligner l'importance de votre travail comme intervenant psychosocial de première ligne et votre dévouement pour le bien-être des individus dans notre société. Plus spécifiquement, ce mémoire souligne l'importance de votre travail auprès des personnes endeuillées par le suicide.

Je souhaite ensuite remercier ma directrice de recherche, Shawn-Renée Hordyk. Merci pour ton soutien, ton écoute, ta disponibilité, ta bienveillance, ton ouverture d'esprit, tes encouragements et tes conseils. Je n'aurai pas pu demander mieux comme directrice de recherche et je suis très reconnaissante d'avoir pu travailler avec toi.

Sur le plan personnel, je souhaite remercier plusieurs personnes pour leurs encouragements et leur soutien inconditionnel. Je suis tellement choyée de vous avoir dans ma vie : Virginia Soares, François Généreux, Olivia Généreux-Soares, Rachel Legault-Viau, Marianne Lemay-Sauvageau, Audrey Ouellet Defoy, et toutes les autres personnes significatives qui m'ont soutenu à travers mon avancement académique, professionnel et personnel.

Finalement, je souhaite remercier mes collègues universitaires et futures travailleuses sociales : Noémie Couture, Sarah Bouchard, Audrey Turcotte et Elsa Rose. Vous avez contribué à rendre mon parcours universitaire positif et mémorable.

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AQPS : Association québécoise de prévention du suicide

CERPÉ : Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

EBP : *Evidence-Based Practice* (Traduction en français : pratiques fondées sur les résultats probants de la recherche)

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

SAM : Suicide Action Montréal

TSPT : Trouble du stress post-traumatique

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

TABLEAU

2.1.4 Tableau synthèse du cadre conceptuel.....	33
---	----

FIGURES

3.2.1 Figure inspirée du modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979).....	39
5.1.2 Présentation de la nouvelle figure écosystémique.....	52

RÉSUMÉ

Ce mémoire de recherche pour la maîtrise en travail social présente une exploration écosystémique de la pratique d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide, lors de la phase de choc. Plus particulièrement, cette étude vise à produire des connaissances sur les visions des intervenants sociaux concernant les « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne, auprès de ce groupe. À travers cette recherche qualitative et exploratoire, huit intervenants sociaux de première ligne ont participé à des entretiens individuels semi-dirigés. Cette étude s'inscrit dans un contexte où nous observons une montée de la pratique d'intervention psychosociale en contexte de crise (ex. décès par suicide), offert en soutien au travail des premiers répondants sur les lieux. D'ailleurs, il est important de souligner l'ampleur du problème de santé publique qu'est le suicide, qui engendre à l'échelle provinciale, des milliers de nouveaux endeuillés, chaque année (Thériault, Séguin et Drouin, 2012). Ainsi, cette recherche permet de démontrer les apports positifs de l'intervention psychosociale de première ligne auprès des endeuillés par le suicide, contribuer au corpus de connaissances en travail social, mobiliser les connaissances expérientielles des praticiens sur le terrain et positionner l'intervenant au cœur de l'analyse. Les résultats de la recherche permettent d'avoir une meilleure compréhension de la réalité professionnelle des intervenants psychosociaux de première ligne, travaillant auprès des endeuillés par le suicide, lors de la phase de choc. Nous avons également accès à leurs visions des « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne auprès de ce groupe, qui tendent vers des processus d'intervention généralisables, flexibles et adaptables au contexte et à la population ciblée.

***Mots-clés :** postvention du suicide, intervention de première ligne, meilleures pratiques, perspective écosystémique*

INTRODUCTION

À travers mon parcours personnel, professionnel et académique, mes intérêts de recherche se sont développés autour du suicide, du deuil et des pratiques d'intervention en travail social. D'abord, c'est en constatant l'ampleur de ce problème de santé publique, que le sujet du « suicide » s'est hissé dans mes principaux champs d'intérêt en recherche. Par ailleurs, j'ai toujours été intéressée par la notion du deuil, car il se manifeste dans la vie de chaque individu sous différentes formes (ex. séparations, décès, phases de la vie, etc.), puis il marque, transforme et change nos vies de manière définitive. Il est maintenant pertinent de mobiliser mes connaissances en travail social, afin d'analyser les pratiques d'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide. Il est important de noter que je ne suis pas directement concernée par le sujet, mais que les concepts abordés font tous partie de mes grands intérêts de recherche. Dans l'ensemble, les recherches et les politiques publiques s'attardent particulièrement à la prévention du suicide (Spiwak et al. 2018). Ainsi, je souhaite plutôt à travers ce mémoire de maîtrise en travail social, mettre la lumière sur l'importance de la postvention du suicide auprès des proches endeuillés. D'ailleurs, j'ai développé un intérêt dans les dernières années, concernant l'intervention psychosociale en contexte de crise et en soutien aux premiers répondants.

Ainsi, nous tenterons dans cette recherche d'explorer la pratique d'intervention psychosociale de première ligne auprès des endeuillés par le suicide, lors de la phase de choc. Plus particulièrement, nous souhaitons connaître les visions des intervenants sociaux concernant les « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des adultes endeuillés. D'abord, la problématique de recherche nous permettra de présenter l'état des connaissances à ce sujet dans la littérature scientifique. Ensuite, le cadre conceptuel concernant les « meilleures pratiques » et le cadre théorique portant sur l'approche écosystémique de Bronfenbrenner (1979), démontrent la perspective utilisée dans cette recherche. La méthodologie utilisée pour cette étude qualitative et exploratoire est ensuite présentée, afin de bien saisir comment les données ont pu être recueillies et analysées. Ensuite, nous exposerons nos résultats de recherche tout en mobilisant le cadre écosystémique. Nous concluons avec l'analyse des résultats les plus significatifs à travers le chapitre discussion, puis nous effectuerons un retour sur l'étude et

formulerons quelques pistes de réflexions pour des recherches ultérieures sur le sujet.

CHAPITRE I. PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Afin d'avoir une meilleure compréhension du contexte d'intervention, des groupes ciblés, des concepts et des théories mobilisées dans le cadre de cette recherche, il est pertinent de mettre en contexte plusieurs éléments en lien avec le sujet d'étude, tels que la situation actuelle du suicide, de la postvention au Québec, puis de l'intervention psychosociale de première ligne auprès des endeuillés par le suicide. Il est important de noter que cette étude sera particulièrement axée sur l'intervenant psychosocial, car il se retrouve à l'intersection des demandes institutionnelles et sociales et de celles des usagers (Bouchard, 1987). Afin de mieux comprendre les enjeux touchant au groupe auprès duquel les interventions sont réalisées, nous considérons important de présenter les principaux impacts du deuil après suicide. À la suite de cette mise en contexte, nous aborderons à travers le cadre d'analyse : la notion de « meilleures pratiques » bien implantée dans la perspective « *Evidence-Based Practice* », une conceptualisation différente de la notion proposée par le chercheur en éducation Lawrence W. Green (2001) qui serait plus adaptée au champ psychosocial, la perspective écosystémique comme cadre théorique, puis la pertinence de s'intéresser aux systèmes de l'intervenant, en situant celui-ci au cœur du microsystème.

1.1 Le contexte actuel du suicide au Québec

Actuellement, le suicide est un problème de santé publique majeur, qui engendre des milliers de nouveaux endeuillés, chaque année au Québec (Thériault, Séguin et Drouin, 2012). À l'échelle provinciale, c'est entre 1000 et 1200 personnes qui se suicident annuellement (INSPQ, 2020) et pour chaque suicide, on estime entre 6 et 28 personnes qui sont directement touchées et endeuillées par le décès (Thériault, Séguin et Drouin, 2012). Considérant ces données, il y aurait plus de 6000 nouveaux endeuillés par le suicide au Québec, au cours d'une seule année (Thériault, Séguin et Drouin, 2012). L'ampleur de cet enjeu public est telle que, pour l'Organisation mondiale de la santé (2014), le suicide devient une problématique prioritaire à travers le monde (Genest, Maltais et Gratton, 2018). Il est important de noter qu'aucune cause unique ne peut expliquer ou prédire un suicide, mais plutôt une combinaison de facteurs personnels, sociaux et culturels

(Gouvernement du Canada, 2016). Les recherches observent plusieurs facteurs de risque entourant le suicide telle qu'une tentative de suicide antérieure, un sentiment de désespoir ou de détresse, un mauvais usage de l'alcool et d'autres substances, un problème de santé physique à long terme, un traumatisme antérieur (ex. suicide d'un membre de la famille ou d'un ami), une perte importante (relationnelle, sociale, culturelle ou financière), un manque d'accès à des services en santé mentale, l'isolement social, les antécédents en matière de santé mentale et psychologique, et bien d'autres (Spiwak, et al. 2018 et Gouvernement du Canada, 2016). En plus des facteurs de risques, certains groupes doivent être reconnus : les individus de sexe et genre masculin (taux de suicide trois fois plus élevé), faire partie d'une population autochtone, les personnes homosexuelles, bisexuelles ou transsexuelles, les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes âgées de 65 ans et plus, et les personnes incarcérées (Suicide Action Montréal. 2020 et INSPQ. 2018).

1.2 L'état de la postvention du suicide au provincial et fédéral

Plusieurs chercheurs observent que les politiques actuelles et les recherches scientifiques en matière de suicide s'attardent davantage à la prévention qu'à la postvention du suicide (Spiwak, et al. 2018). En effet, les politiques peuvent être sous-divisées en deux domaines : « la prévention du suicide, qui a pour but de prévenir l'acte du suicide, et la postvention du suicide, qui a cette fois pour objectif de soutenir et d'assister les individus endeuillés par un suicide, notamment en essayant de limiter les répercussions néfastes d'un tel événement dans leur vie » (Spiwak et al. 2018). Dans la littérature scientifique, les chercheurs en postvention font référence au groupe des « endeuillés par le suicide » sans nécessairement faire de distinction concernant la nature de la relation avec le défunt (ex. conjoint, enfant, voisin, collègue, etc.) (Thériault, Séguin et Drouin. 2012). On fait donc référence au décès par suicide d'un être cher.

Au Québec, le plus récent programme de postvention du suicide, élaboré par Monique Séguin, Françoise Roy et Tania Boilar (2020), présente plusieurs objectifs de la postvention, soit de diminuer la souffrance individuelle, renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité, diminuer les risques d'effets d'entraînement (*aussi appelé*

contagion), augmenter le sentiment de sécurité du milieu et favoriser un retour au fonctionnement habituel pour le milieu touché (ex. école, travail, milieu de vie, communauté, etc.) (Séguin, Roy et Boilar. 2020). D'ailleurs, plusieurs auteurs qualifient le soutien aux personnes endeuillées à la suite d'un suicide comme étant une nouvelle problématique de santé publique, puis identifient ce groupe comme étant vulnérable sur le plan de la santé (Spiwak et al. 2018). Cependant, des chercheurs observent que les programmes qui ont trait à la postvention du suicide restent sous-développés, voire non développés, et ce, en raison du caractère toujours largement embryonnaire du développement de politiques en matière de suicide au Canada (Spiwak et al. 2018).

Sur le plan de la recherche scientifique, plusieurs auteurs constatent que la postvention a longtemps été et continue d'être le « parent pauvre » de la suicidologie (Castelli, Dolores et Séguin. 2008). Toutefois, c'est à partir des années 1980 que ce domaine d'étude a pris véritablement son essor avec la production de connaissances scientifiques (Castelli, Dolores et Séguin, 2008). À travers l'exploration bibliographique réalisée pour ce projet de recherche, il a été possible d'observer que la littérature sur le sujet provient majoritairement des domaines de la psychologie, ainsi que de la psychiatrie. Toutefois, plusieurs données pertinentes ont été trouvées parmi les recherches en criminologie, sciences infirmières et en travail social. Parmi les recherches sur le sujet, plusieurs présentent des données concernant les impacts d'être endeuillé par le suicide. En effet, chaque suicide a des conséquences profondes ressenties par la famille et l'ensemble des individus laissés dans le deuil (Spiwak et al., 2018). Alors que des études ont bien montré les particularités du deuil après suicide et le besoin de services pour les individus endeuillés par le suicide, plusieurs experts constatent que les politiques en santé publique sont restées, elles, très silencieuses sur ces enjeux (Spiwak et al., 2018).

1.3 Résumé des impacts du deuil après suicide

Considérant que l'intervenant psychosocial se retrouve à l'intersection des demandes institutionnelles et sociales et de celles des usagers (Bouchard, 1987), il semble pertinent d'aborder les impacts du deuil après suicide, afin d'avoir une meilleure idée du vécu de ce

groupe ciblé, auprès duquel les interventions sont réalisées. À travers la littérature, plusieurs termes sont utilisés pour qualifier la mort par suicide, tels que « mort violente », décès et deuil « traumatique », « violence auto-infligée », ainsi que « l'auto-agression ». En effet, plusieurs auteurs qualifient le deuil après suicide comme un « deuil traumatique », notamment dû à l'aspect violent du décès, les images traumatiques de l'événement et le caractère souvent inattendu du suicide (Hanus, 2008). Suite au décès, les personnes ayant été confrontées au suicide sont appelées « survivants » dans les pays anglophones, puis « endeuillés » dans les pays francophones (Castelli, Dolores et Séguin. 2008). Des auteurs rappellent une tendance par le passé de traiter les endeuillés par le suicide comme un groupe homogène. Or, les études les plus récentes montrent que cette approche n'est plus conseillée (Castelli, Dolores et Séguin. 2008). En regard des connaissances sur le sujet, Castelli, Dolores et Séguin (2008) rappellent qu'il est important d'adopter une approche nuancée qui évite les liens de cause à effet directs entre, d'une part, la nature du décès (ex. le suicide) et d'autre part, le type de conséquences sur les personnes concernées (ex. deuil pathologique, troubles de santé mentale et idées ou comportements suicidaires, etc.) (Castelli, Dolores et Séguin. 2008). Ainsi, chaque deuil est unique et le groupe que constitue les « endeuillés par le suicide » doit être considéré comme hétérogène (Castelli, Dolores et Séguin. 2008). Toutefois, plusieurs chercheurs ont constaté que la mort d'un proche par suicide mène à des risques psychosociaux, notamment en entraînant parfois des symptômes dépressifs, suicidaires et traumatiques. S'il est tout à fait vain de comparer la gravité des types de deuils, celui après un suicide est particulièrement lourd : « Le suicide ouvre un deuil traumatique, c'est une violence » (Hanus, 2008).

Les principales émotions ressenties par les endeuillés

Plusieurs chercheurs ont étudié les principales émotions ressenties par les endeuillés après le suicide d'un proche. Séguin, Kiely et Lesage (1994) expliquent que les principales émotions vécues par les endeuillés à la suite d'un suicide seraient : l'anxiété, la culpabilité, les regrets, l'impuissance, et la honte à l'égard du décès (Séguin, Kiely et Lesage. 1994). Plus récemment, Genest, Maltais et Gratton (2018) soulèvent les particularités de ce type de deuil sous les aspects de : culpabilité, colère, sentiment de rejet ou d'abandon,

stigmatisation, honte, ainsi que la recherche de sens. D'ailleurs, il est pertinent de rappeler l'ancienne connotation criminelle du suicide au Canada, auquel on accordait jusqu'en 1972, une peine criminelle passible de six mois d'emprisonnement, pour les tentatives de suicide (Spiwak, et al. 2018). Selon certains auteurs, cela contribue encore aujourd'hui au maintien de certains préjugés et à la stigmatisation des endeuillés par le suicide (Spiwak, et al. 2018).

Risque de développer un trouble de stress post-traumatique

En plus des émotions ressenties par les endeuillés, les recherches démontrent que le suicide augmente le risque, pour ceux-ci de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT). (Jehel, 2009) Le sociologue Axel Geeraerts (2009) explique que pour les témoins, ayant assisté au suicide, le risque est d'autant plus élevé, car ils ont été confrontés à des images traumatiques de la scène. Au Québec, le plus récent programme de postvention du suicide (2020) présente les symptômes permettant de repérer la présence d'un trouble de stress post-traumatique (Séguin, Roy et Boilar. 2020). Selon les critères diagnostiques du DSM-5, ces symptômes sont de quatre types : la reviviscence (ex. souvenirs répétitifs et cauchemars), l'évitement (ex. évitement des souvenirs et lieux liés à l'événement traumatique), les altérations cognitives et émotionnelles (ex. incapacité à se rappeler d'un aspect important de l'événement traumatique, tendance à se blâmer, restriction des émotions positives, etc.), ainsi que l'hyperactivation du système nerveux (ex. sursauts, difficultés de concentration/sommeil, irritabilité, hypervigilance, etc.) (Séguin, Roy et Boilar. 2020). D'ailleurs, il est important de rappeler que dans environ 50% des cas, le suicide se déroule au domicile et ce sont les proches (conjoint, parents ou enfants) qui découvrent le corps (Fauré, 2009). Ceux-ci sont donc beaucoup plus sujets que les autres endeuillés à l'apparition d'un TSPT (Fauré, 2009).

Risque de dépression

À travers ses travaux, le psychiatre français Jean-Jacques Chavagnat s'est intéressé aux risques de dépression chez les endeuillés par le suicide. Celui-ci affirme que dans 50 % des cas, la dépression apparaîtra à un moment ou à un autre, lors de la première année de deuil

(Chavagnat, 2005). Toutefois, ces dépressions peuvent se compliquer et devenir des dépressions graves, le plus souvent, lors d'un deuil qualifié de « traumatique », tel qu'à la suite d'un suicide (Chavagnat, 2005). En effet, Chavagnat (2005) affirme que les endeuillés par le suicide sont plus à risque de dépression grave. Certains éléments comme la solitude réelle ou ressentie, avec parfois la mise à l'écart de la communauté, les ruminations sur le scénario suicidaire avec une quête incessante de reconstituer le passage à l'acte suicidaire, puis une culpabilité envahissante sont les éléments principaux qui font le lit d'une « dépression grave ». (Chavagnat, 2005) Celui-ci affirme également que la dépression sera d'autant plus grave que l'effet de la perte de l'illusion d'immortalité, la honte et la culpabilité, qui seront plus durables. (Chavagnat, 2005) De plus, le psychiatre Louis Jehel (2009) explique qu'il existe plusieurs liens rapportés dans la littérature entre la « dépression » et le « trouble du stress post-traumatique ». En effet, celui-ci affirme qu'il est probable de retrouver une plus forte morbidité dépressive auprès des personnes les plus choquées de la confrontation à un suicide (Jehel, 2009). Il est à noter qu'une dépression grave peut survenir chez des personnes sans antécédent traumatique, ni trouble de la personnalité (Chavagnat, 2005). Une éventuelle fragilité pathologique antérieure ne joue qu'un rôle aggravant dans le pronostic (Chavagnat, 2005).

Risque suicidaire et l'effet d'entraînement

Séguin, Kiely et Lesage (1994) affirment dans leur recherche que les personnes qui vivent un deuil à la suite d'un suicide, forment elles-mêmes un groupe à risque suicidaire. En effet, la littérature rapporte que les endeuillés par suicide sont plus à risque de présenter des idées suicidaires et de réaliser des gestes suicidaires allant jusqu'au suicide complété (Genest, Maltais et Gratton, 2018). Des statistiques datant de 2005, rapportent que : « de façon approximative, le risque de mort par suicide est doublé en cas d'antécédent familial de suicide. Il est multiplié par un chiffre de 5 à 20 chez les endeuillés par le suicide » (Millet, 2005). D'ailleurs, les auteurs du plus récent programme de postvention du suicide au Québec (2020) abordent cette augmentation du risque suicidaire, comme un « effet d'entraînement », aussi appelé « contagion » (Séguin, Roy et Boilar. 2020). Ce programme de postvention (2020) aborde également les facteurs individuels et les mécanismes sociaux qui peuvent influencer le développement d'un effet d'entraînement. D'abord, sur le plan

individuel, les risques d'effet d'entraînement sont accrus chez les personnes qui présentent une vulnérabilité préalable à l'événement, celles qui s'identifient à la personne décédée ou qui pourraient être identifiées par des pairs comme étant responsables du suicide (Séguin, Roy et Boilar. 2020). Au niveau social, la couverture médiatique et les échanges numériques à haute teneur émotionnelle (ex. désinformation, banalisation, glorification) tendent à entretenir en retour le risque de « contagion suicidaire » (Séguin, Roy et Boilar. 2020).

Risque de complications dans le deuil

Thériault, Séguin, et Drouin (2012) présentent des résultats d'études qui révèlent que les personnes endeuillées par le suicide seraient plus nombreuses à avoir des préoccupations intenses et complexes liées au deuil. Toutefois, la nature du décès (ex. suicide) ne semble pas constituer une variable qui peut expliquer à elle seule la présence ou l'absence de complications lors du processus de deuil (Thériault, Séguin et Drouin. 2012). En effet, il est important de rappeler que le deuil, même à la suite d'un événement traumatique, peut évoluer de manière saine, car seulement 5 % à 7 % des personnes éprouveront un deuil compliqué ou prolongé (Séguin, Roy et Boilar. 2020).

1.4 L'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide

État des connaissances concernant ce contexte d'intervention

Le suicide est un événement de nature à occasionner une situation de stress aigu chez les endeuillés. L'étude de Castelli, Dolores et Séguin (2008) explique que les personnes concernées devraient pouvoir disposer de soutien de première ligne dès les premières heures qui suivent le suicide (phase de choc), en nommant la pertinence d'une présence soutenance découlant du sentiment de solidarité humaine, une gestion de l'information respectueuse, correcte et pertinente (Castelli, Dolores et Séguin, 2008). Les auteurs Genest, Maltais et Gratton (2018) présentent la « phase de choc » comme étant le moment de crise, vécue dès l'annonce ou le constat du décès. C'est dans ce contexte de choc, aussi appelé « cataclysme » par ces auteurs, que les interventions de première ligne auprès des

endeuillés par le suicide sont réalisées. Il est d'ailleurs important de comprendre ce que l'on veut dire par « première ligne » lorsqu'on parle d'intervention psychosociale. Selon le Comité de la santé mentale du Québec (1997) : « Les services de première ligne [...] correspondent généralement aux premiers services consultés lorsqu'une personne ou ses proches sollicitent de l'aide. [...] Les services de première ligne assument la responsabilité de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation » (Page, 2007). Par exemple, ce seront des services d'intervention en situation de crise, de psychothérapie, d'entraide aux personnes présentant de la détresse psychologique et dont la santé mentale est menacée (Page, 2007).

Des expériences pilotes menées dans certains pays (Canada, Suisse) montrent que la présence d'intervenants sensibilisés et formés aux enjeux du deuil après suicide est bien accueillie pendant la phase de choc et est perçue comme aidante par les endeuillés (Castelli, Dolores et Séguin, 2008). D'ailleurs, d'autres résultats d'études prouvent que l'intervention offerte au début du deuil, favorise la cohésion, le soutien mutuel des proches endeuillés et les efforts de conserver l'intégrité de la famille (Séguin, 2007). Ceux-ci sont des facteurs de protection clairs sur lesquels les professionnels peuvent avoir un effet (Séguin, 2007). Ainsi, les résultats montrent que le contact avec les premiers répondants/intervenants de première ligne, influence clairement l'ampleur du choc vécu au moment du suicide, ce qui teinte la suite du cheminement de deuil (Genest, Maltais, et Gratton. 2018). Par ailleurs, selon Murphy et al. (2003), l'intervention au début du deuil constituerait une protection, à court terme, contre le développement d'un trouble de stress post-traumatique (Séguin, 2007).

Toutefois, l'étude de Genest, Maltais et Gratton (2018) démontre que pour les familles dont le suicide est survenu au domicile familial, l'arrivée des premiers répondants était souvent perçue comme un envahissement/intrusion dans leur intimité (Genest, Maltais et Gratton. 2018). Certaines familles ont mentionné avoir été choquées par l'enquête policière qui les empêche de lire les lettres (*pièces à conviction*) laissées par l'enfant décédé, l'envoi rapide du corps au coroner pour l'autopsie, ainsi que le refus des premiers répondants de laisser les parents accompagner leur enfant décédé à l'hôpital (Genest, Maltais et Gratton. 2018). Ces situations ont fait en sorte de nourrir leur colère envers les institutions, ce qui a

influencé leur cheminement et leur demande d'aide (Genest, Maltais et Gratton. 2018). À l'inverse, pour certains participants, le fait que les policiers aient respecté leur rythme et leurs besoins a facilité leur tolérance au contexte d'enquête. Une participante (mère), dit s'être sentie comprise et entourée par un des policiers présents et son non-jugement a favorisé une diminution de son sentiment de culpabilité (Genest, Maltais et Gratton. 2018). D'ailleurs, compte tenu de la charge émotionnelle vécue lors de l'annonce du suicide, il n'est pas rare que les endeuillés se souviennent intégralement des paroles des premiers répondants, et ce, même plusieurs années après l'événement (Genest, Maltais et Gratton. 2018). D'où l'importance pour les professionnels d'avoir une attitude humaine. Ainsi, leur recherche révèle que certaines familles souhaiteraient être mieux soutenues et comprises dans ces moments de crise (Genest, Maltais et Gratton. 2018). En regard des données recueillies, il est évident que l'intervention de première ligne, réalisée par les premiers répondants et les intervenants sociaux, comporte plusieurs apports positifs pour les endeuillés par le suicide. Toutefois, il est important de prendre en considération les multiples enjeux liés à ce contexte d'intervention.

Présence de l'intervention psychosociale de première ligne au Québec

Au Québec, il existe de plus en plus de partenariats entre les intervenants des centres de prévention du suicide et les services policiers (Genest, Maltais et Gratton. 2018). À la suite de recherches et d'entrevues exploratoires, il a été possible de comprendre que l'organisation des services d'intervention de première ligne en postvention du suicide varie en fonction des régions du Québec. Au niveau provincial, ce sont généralement les centres de prévention du suicide et les équipes mobiles de crise d'Info-Social qui interviennent en première ligne auprès des endeuillés par le suicide. Cependant, certaines villes ont des organisations / programmes spécialisés en intervention psychosociale de première ligne. Ces organisations spécialisées vont très rarement offrir un suivi psychosocial à la suite de l'intervention, car ils réaliseront une référence à d'autres programmes en deuxième ligne. L'offre de services dépend donc du secteur au Québec (Gouvernement du Québec, 2020).

Dans d'autres pays, comme les États-Unis et l'Australie, des partenariats se sont développés, entre les services policiers, le coroner et les services sociaux (Spiwak et al., 2018). Par exemple, le programme « LOSS » aux États-Unis offre, au moment où le suicide est découvert, le soutien d'un professionnel en santé mentale et celui d'un bénévole qui s'est lui-même retrouvé endeuillé à la suite d'un suicide (Spiwak et al., 2018). Une approche similaire existe en Australie, où une unité mobile de réponse au suicide est disponible 24 heures sur 24. Elle offre ses services aux endeuillés dès que le suicide est découvert, et pendant les douze mois qui suivent le décès (Spiwak et al. 2018). Ces modèles actifs de postvention sont reconnus pour l'apport qu'ils offrent aux endeuillés traumatisés (Spiwak et al. 2018). En effet, offrir de l'aide psychosociale au moment où le suicide est découvert, prépare le terrain, afin de faciliter l'accès à un soutien social et pourraient s'avérer bénéfique autant pour les endeuillés que pour les premiers répondants qui doivent composer à répétition avec la souffrance humaine (Spiwak et al. 2018).

1.5 La pertinence de la recherche

Apports positifs de l'intervention psychosociale de première ligne

Le soutien aux personnes endeuillées à la suite d'un suicide est considéré par plusieurs chercheurs comme étant une nouvelle problématique de santé publique, puis ce groupe est identifié comme étant vulnérable sur le plan de la santé (Spiwak et al., 2018). L'ampleur de la situation au Québec et les milliers de nouveaux endeuillés annuellement ne doivent pas passer sous silence. Dès 1980, les recherches scientifiques ont pu prouver les multiples conséquences négatives et les impacts du suicide sur les proches endeuillés (ex. risques de développer un trouble de stress post-traumatique, une dépression, des idées suicidaires, un deuil complexe, et autres) (Castelli, Dolores et Séguin, 2008). D'ailleurs, le chercheur et médecin français Pascal Millet (2005) affirme qu'il existe un grand nombre de souffrances cachées liées au deuil après suicide, puis des conséquences sanitaires notables, notamment en matière de consommation d'alcool et de drogues, d'état dépressif, du risque suicidaire (Millet, 2005). Sur le plan de la santé physique, on constate aussi une augmentation de la morbidité dans l'année qui suit le deuil (ex. suicide inclus, mais aussi diabète, hypertension

artérielle, maladies cutanées, etc.) (Millet, 2005). Le chercheur soulève des explications « rationnelles » qui viennent à l'appui de ces résultats : « Une altération du système immunitaire a été trouvée dans le deuil et la dépression (une sur-mortalité a été également mise en évidence dans la dépression grave) » (Millet, 2005). Toutefois, il est important de rappeler que les risques sanitaires après le deuil sont multifactoriels et doivent être traités comme tels (Millet, 2005).

Cependant, alors que des études ont bien montré les particularités du deuil après suicide et le besoin de services pour les individus endeuillés par le suicide, plusieurs experts constatent que les politiques en santé publique sont restées, elles, très silencieuses sur ces enjeux (Spiwak et al., 2018). D'ailleurs, on constate peu de données dans la littérature concernant la contribution de l'intervention psychosociale de première ligne auprès des endeuillés par le suicide, c'est-à-dire dès les premières heures suivant le décès. Toutefois, les chercheurs qui s'intéressent à ce sujet relèvent plusieurs apports positifs de cette intervention de première ligne. En effet, l'intervention offerte au début du deuil peut favoriser la cohésion, le soutien mutuel des proches endeuillés et les efforts de conserver l'intégrité de la famille (Séguin, 2007), elle facilite l'accès à un soutien social (Spiwak et al. 2018), puis influence l'ampleur du choc vécu au moment du suicide, ce qui teinte la suite du cheminement de deuil (Genest, Maltais, et Gratton. 2018).

De plus, l'intervention au début du deuil constituerait une protection, à court terme, contre le développement d'un trouble de stress post-traumatique (Séguin, 2007). Il est important de rappeler que même si ces endeuillés ressentent la nécessité d'un soutien, ceux-ci vont plus rarement formuler une demande d'aide professionnelle (Castelli, Dolores et Séguin. 2008). Il est donc pertinent d'envisager des dispositifs d'aide proactifs, en allant vers ceux-ci (Castelli, Dolores et Séguin. 2008). Ainsi, il est évident que l'intervention de première ligne, réalisée par les premiers répondants et les intervenants sociaux, comporte plusieurs apports positifs pour les endeuillés par le suicide. Toutefois, il est important de prendre en considération les multiples enjeux liés au contexte de l'intervention (ex. le sentiment d'intrusion dans l'intimité pour les endeuillés, le contexte d'enquête policière, l'envoi parfois rapide du corps vers l'autopsie, la dimension traumatique de la situation, et bien

d'autres).

Contribuer au corpus systémique de connaissances en travail social

Lors de la réalisation d'un projet de recherche, il importe que le travail constitue un apport nouveau par rapport aux connaissances déjà acquises (Campenhoudt et al. 2017). À la suite de l'élaboration de la problématique de recherche, il est maintenant clair que s'intéresser aux pratiques d'intervention de première ligne en postvention du suicide est pertinent, afin de contribuer au corpus systémique de connaissances en travail social. En effet, le service social se retrouve au cœur d'un certain paradoxe en matière de suicide : « les travailleurs sociaux sont très présents sur le plan de l'intervention directe, mais très peu en matière de recherche sur le suicide » (Tremblay, 2012). Pourtant, il s'agit d'une profession qui a beaucoup à apporter. En effet, le service social a développé son propre corpus théorique qui comprend des connaissances en matière de savoir, de savoir-faire, de savoir-être et de savoir-dire, puis des valeurs qui lui sont chères (Tremblay, 2012). L'une de ses premières valeurs est sans aucun doute la justice sociale, puis en matière de suicide, cela signifie entre autres dénoncer le peu de place qu'occupe cette problématique dans notre société (Tremblay, 2012). Ainsi, le travail social a développé une expertise clinique qui demande à être davantage explicitée, et il offre un cadre d'analyse qui permet d'aller encore plus loin dans la compréhension du phénomène du suicide (Tremblay, 2012).

Inclure les connaissances expérientielles des praticiens dans la recherche

Dans le cadre de cette présente recherche, nous nous intéresserons particulièrement aux connaissances expérientielles des intervenants sociaux de première ligne, afin de connaître leurs visions des « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale auprès des endeuillés par le suicide. À ce sujet, Pietroni (1995) explique que la réflexion sur l'action et la réflexion dans l'action sont vitales pour faire avancer la pratique du travail social, même si les contextes sociaux et organisationnels actuels ne favorisent pas véritablement ce type de démarche (Gusew et Berteau, 2011). D'ailleurs, l'auteur Roy (2001) et Ruch (2005) considèrent que les savoirs pratiques sont un « creuset » de créativité et que

l'utilisation de l'analyse réflexive dans le domaine du travail social permet de mettre à contribution les connaissances des sources externes à la pratique, ainsi que de la pratique elle-même (Gusew et Berteau, 2011). Pour Dorais (2001), l'expérience professionnelle est tout autant porteuse d'apprentissages et de savoirs que la recherche (Gusew et Berteau, 2011). D'ailleurs, selon des chercheurs du domaine, bien que la formation initiale soit la première étape du développement professionnel (Donnay et Charlier, 2006), les étudiants inscrits dans des programmes de formation professionnelle en travail social, accordent une plus grande importance à la formation pratique qu'à celle offerte en salle de classe (Portelance, 2008). En général, les personnes formées dans la discipline du travail social attribuent une importance très grande aux savoirs issus de la pratique professionnelle (Berteau, 2003 ; Racine, 2000). Ainsi, les connaissances acquises d'un apprentissage expérientiel sont jugées centrales dans le développement d'une compétence professionnelle. (Gusew et Berteau, 2011). Nous considérons alors pertinent dans cette étude de mobiliser les connaissances expérientielles des intervenants psychosociaux de première ligne, concernant la pratique d'intervention auprès des endeuillés par le suicide.

Positionner l'intervenant au cœur de l'analyse

Pour ce projet de recherche, il se révèle pertinent de situer l'intervenant dans son propre environnement, afin d'analyser l'impact des différents systèmes sur les pratiques d'intervention psychosociale (Bouchard, 1987). Tel que Camil Bouchard (1987) l'explique, le choix de placer l'intervenant au centre de l'analyse peut être fondé sur les considérations suivantes : il se trouve à l'intersection des demandes institutionnelles et sociales et de celles des usagers ; il détient un rôle clé dans l'intervention auprès des usagers ; l'amélioration de ses performances et des contextes de son travail ont un impact direct sur la clientèle (Bouchard, 1987). De plus, ce choix permet que l'on définisse l'intervenant comme une personne en développement, un système à part entière (Bouchard, 1987). Ainsi, le choix de situer l'intervenant de première ligne au cœur du microsystème, afin d'analyser l'impact des différents systèmes sur les pratiques d'intervention psychosociale, considère l'intervenant comme un système à part entière, ayant inévitablement des implications diverses dans sa pratique professionnelle (Bouchard, 1987).

En considérant l'ampleur de la situation du suicide au Québec, le manque de recherches et de programmes concernant la postvention du suicide et l'intervention psychosociale auprès des endeuillés par le suicide, les nombreux apports de l'intervention psychosociale de première ligne auprès de ce groupe, la pertinence des savoirs expérientiels en recherche, il semble maintenant nécessaire et pertinent d'approfondir les connaissances concernant les « meilleures pratiques » en intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide, en mobilisant les savoirs expérientiels et les visions subjectives des praticiens sur le terrain.

CHAPITRE II. CADRE CONCEPTUEL

La problématique élaborée précédemment nous a permis de prendre conscience de la complexité du contexte au sein duquel s'inscrit la pratique du travail social auprès des endeuillés par le suicide, en première ligne. À travers la question de recherche suivante : « *Quelles sont les propositions des intervenants sociaux concernant les « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide ?* », des concepts clés peuvent être identifiés tels que : « meilleures pratiques », « intervention psychosociale », « première ligne », ainsi que « endeuillés par le suicide ». Toutefois, la notion de « meilleures pratiques » est centrale dans la question de recherche énoncée. Le cadre conceptuel est donc dédié à ce concept, afin de permettre une meilleure compréhension de celui-ci, puis éviter les confusions à la lecture de ce mémoire de recherche.

2.1 Le concept de « meilleures pratiques »

2.1.1 Mouvement des « meilleures pratiques » et la perspective « Evidence-Based Practice »

Depuis 1997, une série de publications scientifiques et des décisions gouvernementales reflètent un changement de paradigme dans les pratiques en santé mentale, portant sur les « meilleures pratiques » (Lecomte, 2003). Au Canada, le Forum national sur la santé, publie en 1997 son rapport « La santé au Canada : un rapport à faire fructifier » concernant l'application systématique des meilleures données disponibles à l'évaluation des solutions envisagées et à la prise de décisions en contexte clinique, administratif et stratégique (Lecomte, 2003). La même année, le « *Health Systems Research Unit of the Clarke Institute of Psychiatry* » publie le rapport « Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale » (Lecomte, 2003). Ce document définit les « meilleures pratiques » comme : « tout programme ou activité conforme aux meilleures connaissances actuelles sur les démarches efficaces [...] elles devraient servir de lignes directrices lors de la planification des systèmes et de critères pour l'évaluation du

rendement » (Lecomte, 2003). Au début des années 2000, Lecomte (2003) affirme que le Québec vit une profonde transformation dans le milieu de la santé, qui se caractérise par quatre éléments : l'importance accordée à l'évaluation empirique, le financement de la recherche qui répond aux priorités gouvernementales, la volonté clairement manifestée des gouvernements de transformer radicalement les pratiques dans le champ de la santé et la nécessité de diffuser les résultats de recherches, afin de les transférer dans la pratique (Lecomte, 2003).

Tous ces éléments du mouvement « des meilleures pratiques » s'inscrivent dans la perspective des pratiques professionnelles fondées sur les résultats probants de la recherche, mieux connue sous le terme « *Evidence-Based Practice* » (EBP) : « *One of the simplest definitions of EBP is that it is : treatment based on the best available science [...] the best scientific evidence that is currently available. It also involves providing the client with appropriate information about the efficacy of different interventions and allowing the client to make the final decision* » (Aaron McNeece et Thyer, 2004). La perspective (EBP) est issue du domaine de la médecine, notamment grâce au travail du médecin Archibald Cochrane, qui était alors en quête de standardisation de pratiques médicales jugées trop éloignées des connaissances scientifiques et variables d'un praticien à l'autre (Couturier et al. 2013). Cette pratique se présente comme une solution pour rationaliser la gestion et l'usage des connaissances par des professionnels : « La perspective EBP propose aux praticiens [...] des répertoires de bonnes pratiques et des guides de pratique découlant d'une analyse systémique des résultats de recherche les plus probants sur des thématiques » (Couturier et al. 2013).

Bien que la perspective (EBP) soit principalement développée et mobilisée en médecine, elle est de plus en plus présente dans le domaine des soins en santé mentale et dans la pratique du travail social (Aaron McNeece et Thyer, 2004). En effet, certains auteurs, praticiens et chercheurs dans le domaine du travail social, souhaitent une intégration de la perspective (EBP) dans la pratique : « *We look forward to the augmented role of science within social work practice, used in collaboration with our well-established values and ethics* » (Aaron McNeece et Thyer, 2004). Toutefois, en service social, l'atteinte d'un

consensus face à l'intégration des données probantes de « *Evidence-Based Practice* » dans la pratique, ne s'est pas faite facilement. La réponse initiale de la discipline insistait sur le caractère non généralisable des savoirs faisant la particularité du travail social et proclamant le primat des savoirs d'expérience (Larose et al. 2011). La pratique du travail social demeure donc relativement ouverte, en ce sens qu'elle articule encore savoirs experts et savoirs d'expériences, selon des configurations extrêmement multiples (Couturier et al. 2013). Il faut d'ailleurs souligner que l'exercice du jugement clinique et la participation de l'utilisateur à l'orientation de l'intervention sont largement reconnus dans la littérature comme étant au cœur des meilleures pratiques (Couturier et al. 2013). Les auteurs Aaron McNeece et Thyer (2004), affirment que la mobilisation de la perspective (EBP) en travail social, permet l'utilisation d'une variété de sources scientifiques crédibles, tout en considérant les compétences cliniques du travailleur social et les préférences du client (Aaron McNeece et Thyer, 2004).

Par ailleurs, ce qui distingue la perspective (EBP) d'autres modèles d'intervention en travail social, c'est qu'elle considère le praticien comme ayant une responsabilité éthique, un devoir professionnel, d'utiliser les meilleures données de recherche disponibles, afin de les appliquer dans une situation d'un usager, selon ses valeurs, préférences, etc. (Aaron McNeece et Thyer, 2004). Les promoteurs de cette perspective en travail social reprennent à peu de mots près la définition utilisée en médecine : « *Evidence based social care is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions regarding the welfare of those in need of social services* » (Couturier et al. 2013). L'aspect central de l'EBP est donc la rationalisation des connaissances qui définit les meilleures pratiques comme des interventions basées sur des données probantes, c'est-à-dire basées sur les critères de la recherche empirique (Lecomte, 2003). La qualité est ainsi conçue comme le renforcement de l'efficacité. Dans cette perspective, la satisfaction de l'utilisateur est considérée comme un bon indicateur de qualité des services (Couturier et al. 2013).

Ainsi, le mouvement des meilleures pratiques s'implante aussi dans les programmes d'intervention psychosociale (Lecomte, 2003). Cependant, il semble très difficile d'uniformiser les guides de lignes directrices dans le champ psychosocial. En effet, le défi

principal est de faire face à l'hétérogénéité (ex. des milieux de pratique, des clientèles, etc.), dans les programmes/guides d'intervention (Lecomte, 2003). Contrairement à la médecine qui a l'avantage de l'homogénéité des échantillons biologiques sur lesquelles elle intervient, les programmes psychosociaux doivent s'ajuster aux organisations dans lesquelles ils sont implantés et aux diverses populations auxquelles ils sont destinés à cause de leur hétérogénéité (Lecomte, 2003).

2.1.2 Les limites et les critiques de la perspective EBP

Plusieurs limites, enjeux et critiques sont formulés dans la littérature concernant la perspective de « *l'Evidence-Based Practice* ». Les auteurs Couturier, Gagnon, Belzile et Aziz Gbaya (2013), constatent trois formes de réductionnisme produites par la perspective (EBP) : le « réductionnisme épistémologique », le « réductionnisme du sens de l'action » et un « réductionnisme culturel ». D'abord, le réductionnisme épistémologique est relatif à la marginalisation des autres formes de savoirs, méthodes et épistémologies (Couturier et al. 2013). En effet, la perspective hiérarchise les formes de savoirs et les recherches de manière à prioriser les méta-analyses, les revues systématiques de la documentation scientifique, les essais contrôlés randomisés, les études quasi-expérimentales, les études de cohorte et les études de cas-témoins (Larose et al. 2011). En ce qui concerne les études de nature qualitative, elles n'apparaissent pas encore de façon systématique dans les bases reconnues abritant des données probantes (Larose et al. 2011). La perspective considère donc moins crédibles, certaines formes de connaissances (ex. connaissances expérientielles), et formes de recherches scientifiques (ex. recherches qualitatives) (Couturier et al. 2013). L'auteur Lecomte (2003) parle d'une possibilité de biais créée par le fait de s'appuyer sur la seule documentation publiée, ainsi qu'une difficulté de généraliser les données avec le choix de méthodes épurées comme les études avec un groupe contrôle et échantillon aléatoire (les deux premiers standards) (Lecomte, 2003).

Ensuite, le « réductionnisme du sens de l'action » vient minimiser l'unicité de la relation : « d'un point de vue de systèmes, la partie la plus incertaine de tout processus d'intervention se situe précisément dans la rencontre singulière d'un professionnel et d'un usager » (Couturier et al. 2013). En ce sens, pour Webb, la perspective (EBP) participe à une

« culture de la performance » dont la finalité ultime consiste à contrôler la qualité, à optimiser l'efficacité et à réduire les risques des interventions sociosanitaires (Couturier et al. 2013). La perspective (EBP), privilégiera alors davantage la dimension publique, ou institutionnelle, qui caractérise les relations entre les individus et les systèmes, au détriment de la confiance privée, ou relationnelle, qui caractérise la rencontre singulière d'un praticien et d'un usager (Couturier et al. 2013). D'ailleurs, des chercheurs observent certaines résistances des praticiens du secteur public à implanter de « meilleures pratiques » (Lecomte, 2003). Des chercheurs abordent la possibilité que des praticiens résistent à changer leurs attitudes en fonction des nouvelles connaissances, afin de protester contre certains présupposés du mouvement des meilleures pratiques (ex. le positivisme, la recherche empirique comme solution à tous les problèmes, l'efficacité à tout prix, l'uniformisation, l'économisme, etc.) (Lecomte, 2003). Des auteurs se questionnent également sur la possibilité que les praticiens résistent, car le mouvement des meilleures pratiques dans le champ psychosocial n'a pas suffisamment intégré l'élément essentiel de toute intervention : la relation entre le praticien et l'utilisateur. Puis, le mouvement n'a pas su respecter les choix et les préférences du client (Lecomte, 2003). Il serait donc important de valoriser l'expérience clinique et les connaissances expérientielles : « *clinical expertise refers to our ability to use our education, interpersonal skills and past experience to assess client functioning, diagnose mental disorders and/or other relevant conditions, including environmental factors, and to understand client values and preferences* » (Aaron McNeece et Thyer, 2004).

Enfin, le « réductionnisme culturel » produit par la perspective (EBP) découle de l'exclusion *de facto* d'une majorité de travaux produits en d'autres langues et donc peu ou pas recensés dans les banques de données (Couturier et al. 2013). Lecomte (2003) aborde également ce type de réductionnisme en affirmant : « un autre danger des meilleures pratiques est le monopole culturel qu'il présuppose actuellement, autre facette de l'uniformisation. [...] Il y a un certain danger d'impérialisme culturel et des valeurs américaines dans ce mouvement » (Lecomte, 2003). Ainsi, le mouvement des meilleures pratiques favoriserait presque à sens unique les meilleures pratiques américaines au

détriment possible d'une créativité de pratiques novatrices reposant sur la culture québécoise, canadienne, puis au niveau international (Lecomte, 2003).

Finalement, les critiques à l'égard de la perspective (EBP) soulignent le caractère normatif de celle-ci. Lecomte (2003) parle du danger de l'uniformisation, représentant un risque d'orienter la pensée et l'action des chercheurs. Par exemple, il y a de plus en plus un préjugé favorable à l'épidémiologie et aux recherches quantitatives au détriment des recherches qualitatives et de cas uniques (Lecomte, 2003). Les guides de pratique induiraient une logique normative prescrivant plus ou moins directement au praticien ce qui doit être fait, même si le guide reconnaît la prérogative du clinicien en matière de jugement clinique (Couturier et al. 2013). Dans le même ordre d'idées, le chercheur Green (2001) rappelle que le terme « meilleures pratiques » représente une « norme » et un « idéal » qui devrait être atteint par les praticiens : « *“Best practices,” however, will retain their luster as the gold standard to which every practitioner should aspire* » (Green, 2001). Ainsi, il est difficile pour les chercheurs d'exprimer des idées nouvelles dans un milieu intellectuel où la normalisation et la standardisation sont privilégiées dans le développement de la connaissance (Couturier et al. 2013). Les enjeux autour de la perspective (EBP) sont donc principalement liés aux formes de réductionnisme et de standardisation : « Toutes les formes de réductionnismes provoquent un glissement du « locus de la vérité », vers un autre niveau de la réalité, celui de la science » (Couturier et al. 2013).

2.1.3 Changement épistémologique des « meilleures pratiques » selon Green (2001)

À la suite de l'exploration des définitions, des apports et des enjeux liés à cette perspective, il est maintenant important de présenter la vision des « meilleures pratiques » qui sera utilisée dans ce cadre d'analyse. D'abord, plusieurs auteurs affirment que la perspective « *Evidence-Based practice* » est utile pour la pratique du travail social, à travers les différents services, du micro au macro (Aaron McNeece et Thyer, 2004). Comme nous pouvons le constater, le mouvement des meilleures pratiques est un paradigme dans le champ de la santé qui vise : « à modifier profondément les manières de traiter et de répondre aux besoins des personnes en difficulté, que ce soit au plan des interventions, des

programmes psychosociaux ou des modèles organisationnels » (Lecomte, 2003). Ce mouvement semble perdurer et représenter une opportunité d'interroger les pratiques actuelles en intervention psychosociale. Toutefois, comme le soulignent de nombreux chercheurs et cliniciens, il ne faut pas adopter ce paradigme à l'aveugle. Ce mouvement fournit des outils très utiles et imaginatifs pour améliorer les pratiques, mais il comporte aussi de nombreux enjeux dans ses fondements, dont il faut tenir compte dans son utilisation (Lecomte, 2003).

Il est maintenant possible d'affirmer que nous rejoignons Green (2001) concernant sa vision des « meilleures pratiques ». Dès le début des années 2000, l'auteur suggère un changement épistémologique qui vise à modifier la conception des meilleures pratiques dans le champ psychosocial. En effet, l'auteur affirme qu'on ne peut plus s'attendre à ce que la recherche scientifique produise de meilleures pratiques comme des interventions au sens médical, c'est-à-dire des interventions vérifiées lors d'essais cliniques (Green, 2001). Il explique qu'il faut plutôt s'attendre à de meilleures pratiques définies comme des processus de planification d'interventions les plus appropriés pour le milieu et la population ciblée (Green, 2001). L'objectif devient d'obtenir un processus de planification généralisable : « Ce sont les projets d'intervention qui décrivent les manières d'évaluer les besoins et les particularités de la communauté [...], d'évaluer les ressources, planifier les programmes, harmoniser les besoins [...] et les particularités avec les interventions appropriées, qui seront les plus généralisables » (Lecomte, 2003). Ainsi, plusieurs auteurs, tels que Green, (2001) et Anthony (2003), soulèvent la nécessité d'un changement épistémologique, afin d'élargir la signification du concept de « meilleures pratiques » en incluant les variables organisationnelles et le fonder sur le processus, au lieu de le considérer comme une seule intervention basée sur des données probantes (Lecomte, 2003). L'auteur Green (2001) rappelle qu'il n'est plus possible d'être exemptés de la perspective « *Evidence-Based Practice* », qui est maintenant présente dans plusieurs disciplines de la santé. Toutefois, l'auteur explique que : « *Expectations that [...] health behavior research will produce "best practices" as interventions [...] must be replaced with something akin to : "best practices for the process of planning for most appropriate interventions for the setting and population* » (Green, 2001).

L'analyse de cette nouvelle vision des « meilleures pratiques », axée sur le processus, démontre que le développement ou l'implantation de meilleures pratiques exige une part d'innovation, afin de tenir compte des particularités du milieu (Lecomte, 2003). Ainsi, en considérant cette nouvelle conception des « meilleures pratiques », on vise plutôt un processus généralisable à une pratique, un milieu et une population, plutôt que des interventions précises, rigides et standardisées.

2.1.4 Tableau synthèse du cadre conceptuel

Concept de « <i>Meilleures pratiques</i> »!		
<u>Vision du concept par la perspective « <i>Evidence Based-Practice</i> » (EBP)</u>	<u>Limites et enjeux liés à la vision (EBP)</u>	<u>Nouvelle conceptualisation par Green (2001)</u>
- Utilisation des meilleures données de recherche, probantes et disponibles. - Priorisation des données de recherches quantitatives, des méta-analyses, essais contrôlés randomisés, etc. - Qualité est conçue comme le renforcement de l'efficacité. - Perspective issue du domaine de la médecine. - Quête de standardisation de pratiques médicales. - Production de guides de pratique / répertoires de bonnes pratiques. - Responsabilité éthique et devoir professionnel, d'utiliser les meilleures données de recherche disponibles. (Aaron McNeece et Thyer, 2008) (Couturier et al. 2013) (Lecomte, 2003)	- Réductionnisme épistémologique. - Réductionnisme du sens de l'action. - Réductionnisme culturel. - Standardisation / Aspect normatif. (Aaron McNeece et Thyer, 2008) (Couturier et al. 2013) (Green, 2001) (Larose et al. 2011) (Lecomte, 2003)	- Changement épistémologique du concept, adapté au champ psychosocial. - Définies comme des processus de planification d'interventions les plus appropriées pour le milieu et la population ciblée. - L'objectif devient d'obtenir un processus de planification généralisable. - Élargir la signification du concept de « meilleures pratiques » dans le champ psychosocial, en incluant les variables organisationnelles. - Considération de l'hétérogénéité du champ psychosocial dans le développement de « meilleures pratiques ». (Anthony, 2003) (Green, 2001) (Lecomte, 2003)

CHAPITRE III. CADRE THÉORIQUE

À travers ce chapitre, nous aborderons la pertinence de la perspective écosystémique pour l'exploration des « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne. De plus, nous présenterons comment ce cadre théorique est mobilisé à travers la recherche. D'ailleurs, une figure inspirée du modèle écosystémique du psychologue Urie Bronfenbrenner (1979) est présentée, afin d'illustrer cette mobilisation. Finalement, la question de recherche, les objectifs et les sous-questions de recherche sont énoncés en conclusion de ce chapitre.

3.1 Perspective écosystémique pour l'exploration des « meilleures pratiques »

Comme Lecomte (2003) l'affirme, l'implantation et le développement de meilleures pratiques exigent une part d'innovation, afin de tenir compte des particularités du milieu (Lecomte, 2003). Ce projet de recherche soulève l'importance de considérer les systèmes lorsqu'on souhaite explorer la vision des « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne. Ainsi, nous croyons qu'il sera intéressant et pertinent de mobiliser la théorie des systèmes et de l'environnement (Bronfenbrenner, 1979), en lien avec la vision des intervenants concernant les « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide. La perspective écosystémique semble donc considérer les enjeux soulevés par plusieurs auteurs dans la littérature concernant ce concept (ex. les formes de réductionnisme, la standardisation et le caractère normatif). Avec le changement épistémologique concernant les « meilleures pratiques » proposé par Green (2001), on met davantage l'accent sur un processus adapté, plutôt qu'une intervention standardisée et rigide, considérant l'hétérogénéité du champ psychosocial. D'ailleurs, les notions soulevées par l'auteur (ex. processus, adaptation de l'intervention aux différents facteurs, considération des variables organisationnelles et l'hétérogénéité du champ psychosocial) peuvent être mises en lien avec une perspective écosystémique de l'intervention. Il n'y a donc pas de recette miracle à suivre en intervention psychosociale, mais plutôt des processus généralisables à une situation sociale, un milieu et un groupe ciblé (Lecomte, 2003). Ainsi, ce cadre théorique soulève la

pertinence d'une analyse écosystémique, afin d'adapter les « meilleures pratiques » d'intervention, selon le milieu de pratique.

3.2 Mobilisation de la perspective écosystémique à travers cette recherche

Afin de mieux saisir le lien évoqué entre « meilleures pratiques » et la « perspective écosystémique », il est important d'aborder plus en profondeur les définitions de l'approche. D'abord, l'approche écosystémique considère l'individu à l'intérieur des divers systèmes qui l'entourent et en interactions continues avec eux. Cette perspective a été développée, à la base, sur le modèle écologique du psychologue Urie Bronfenbrenner (1979), qui précisait que pour bien comprendre les changements à entreprendre avec une personne, il faut considérer l'hétérogénéité du champ psychosocial, c'est-à-dire les attributs biologiques et psychologiques, les particularités physiques, sociales et culturelles et l'environnement immédiat et plus large, ainsi que l'impact du temps (Drolet, 2013). Ce cadre de référence spécifique nommera ainsi les diverses dimensions à analyser : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème, et le chronosystème (Drolet, 2013).

D'ailleurs, la perspective écosystémique resitue constamment l'individu dans son environnement, puis la problématique psychosociale dans son contexte (ex. les différentes formes de stigmatisation, oppression et de discrimination que vivent souvent un groupe) (Tremblay, 2012). Ensuite, Bronfenbrenner (1979), aborde la notion d'environnement dans l'approche écosystémique, en affirmant : « *most of the building blocks in the environmental aspect of the theory are familiar concepts in the behavioral and social sciences : molar activity, dyad, role, setting, social network, institution, subculture, culture* » (Bronfenbrenner, 1979). Selon l'auteur, ce qui est nouveau avec l'approche écosystémique, c'est la manière dont ces concepts sont liés les uns aux autres. C'est donc une théorie sur les interconnexions des environnements et de leurs impacts. Ainsi, Bronfenbrenner explique que les environnements sont des systèmes qu'il faut envisager dans leur complexité, et réduire ces systèmes à un seul de leur composant conduit à une mécompréhension de la théorie (Absil et Vandoorne, 2012). En effet, dans cette

perspective, on ne peut expliquer la cause d'une situation, en considérant uniquement la personne elle-même (ex. ontosystème). Par exemple, il faut aussi revoir les normes et les modèles sociaux qui font pression sur les personnes (Tremblay, 2012).

De manière plus détaillée, l'ontosystème réfère à l'individu en interaction avec lui-même et porteur de caractéristiques propres (ex. âge, genre, histoire, problème de santé, etc.) (Absil et Vandoorne, 2012). Ensuite, le microsystème est défini comme : « un *pattern* d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles vécu par la personne en développement dans un contexte qui possède des caractéristiques physiques et matérielles particulières » (Absil et Vandoorne, 2012). On pense ici aux milieux immédiats avec lesquels l'individu a des échanges directs, tels que la famille, les amis, les collègues, les clients au travail, etc. (Absil et Vandoorne, 2012). D'ailleurs, en lien avec la notion de « rôles », Bronfenbrenner exprime : « *Roles have a magiclike power to alter how a person is treated, how she acts, what she does, and thereby even what she thinks and feels* » (Bronfenbrenner, 1979). Ce concept est particulièrement important dans la compréhension de l'impact du microsystème dans la vie professionnelle d'un intervenant.

Le mésosystème est défini comme étant un groupe de microsystèmes en interrelation par l'entremise d'échanges et de communications (Absil et Vandoorne, 2012). La personne au cœur du microsystème n'est pas en relation directe avec le mésosystème, mais le mésosystème a des impacts sur celle-ci. Ensuite, la dimension de l'exosystème réfère aux milieux qui exercent une influence sur l'individu, mais où les acteurs des microsystèmes ne sont pas directement influents (Absil et Vandoorne, 2012). Ces exosystèmes influencent davantage par la définition de règles, de normes, ou par leurs effets sur la qualité de vie (ex. guides de pratique, structure organisationnelle, normes du travail, lois, etc.) (Drolet, 2013). Par la suite, le macrosystème englobe l'ensemble des autres systèmes. Il s'agit des « *patterns* » qui définissent les formes de la vie en société (Absil et Vandoorne, 2012). On peut l'assimiler à la culture définie comme une grammaire du social et « tout ce qui va de soi », qui donne une forme globale à l'ensemble des systèmes, mais qui va être actualisée et réinterprétée par chaque système (ex. valeurs de la société, contexte socio-historique, culture, etc.) (Drolet, 2013). Finalement, le chronosystème, évoqué par Bronfenbrenner,

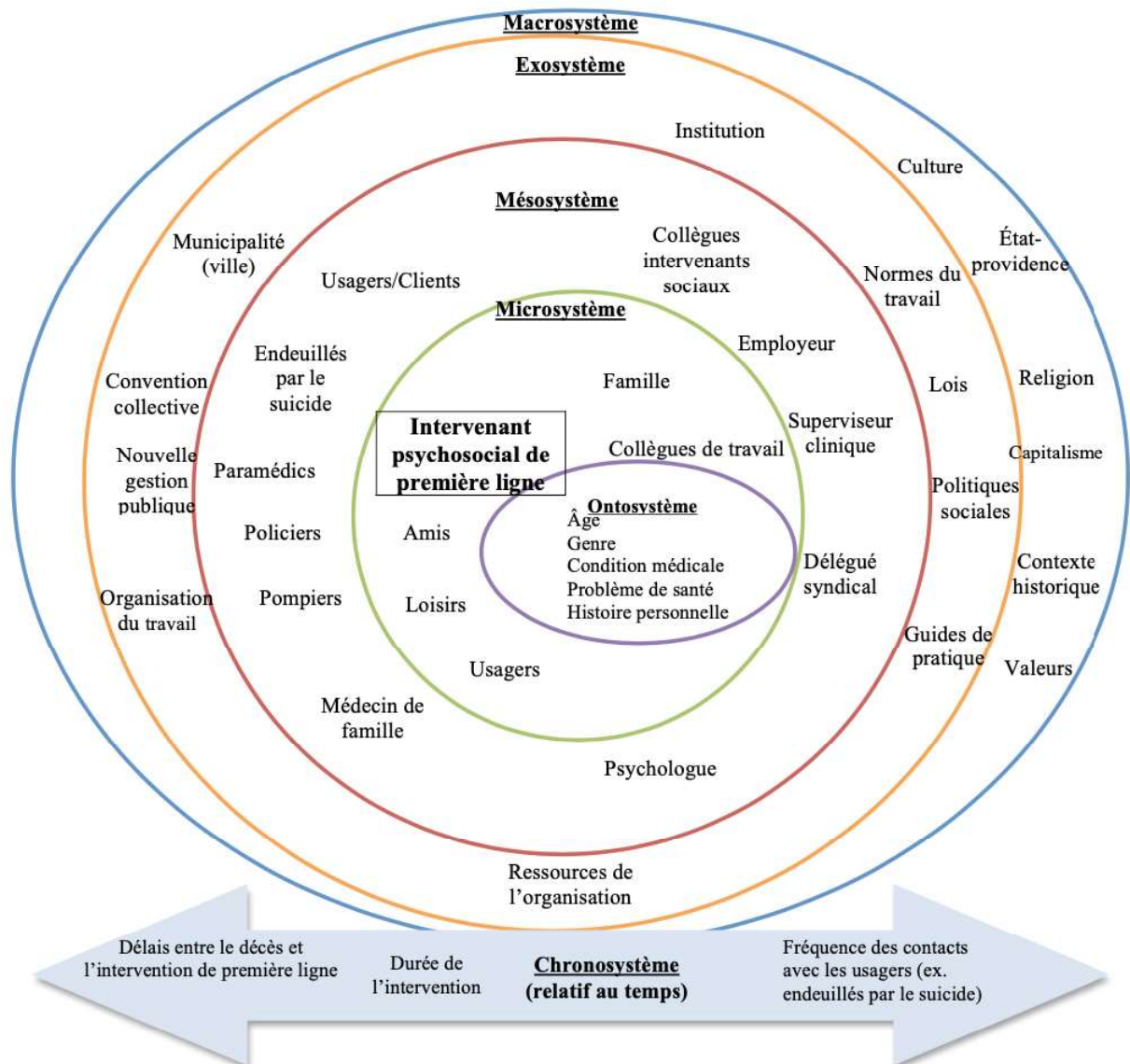
est relatif au temps. En effet, les chronosystèmes sont constitués des temporalités de la vie comme l'âge de l'individu, le temps biologique, de la famille, de l'histoire ou du temps perçu et reconstruit par la personne (Drolet, 2013).

Par ailleurs, les auteurs parlent d'une communication entre les systèmes, notamment à travers la définition du mésosystème d'Absil et Vandoorne (2012) : « un groupe de microsystèmes en interrelation par l'entremise d'échanges et de communications. Il peut s'agir d'interactions face à face, mais aussi d'échanges de courriers, de communications téléphoniques » (Absil et Vandoorne. 2012). En intervention, les effets du mésosystème sont améliorés par des communications en face à face et si les personnes présentes, issues de différents milieux, travaillent ensemble de manière intégrée. En effet, les échanges d'informations entre les systèmes ont un impact sur la réaction aux interventions (Absil et Vandoorne. 2012), puis agir sur un des éléments d'un système, interfèrera sur les autres parties de celui-ci (Drolet, 2013). Avec l'approche écosystémique, les personnes engagées dans la réflexion sur un projet d'intervention peuvent reclasser, redéfinir le cadre de leur projet, afin d'apporter un nouveau regard, puis opérer une décentration par rapport à leurs habitudes de travail (Absil et Vandoorne. 2012). Pour réaliser ce classement, nous devons choisir ce qui sera au cœur du microsystème, ce qui sera considéré comme mésosystème, etc. Ce travail de redéfinition implique une réappropriation du projet et la nécessité de considérer les milieux de vie des individus et la position qu'ils y occupent (Absil et Vandoorne, 2012). À travers ce projet de recherche, la perspective écosystémique sera mobilisée, afin d'apporter un nouveau regard sur un contexte d'intervention spécifique. Tel que mentionné, la personne « focale », au cœur du microsystème, à partir de laquelle se fera l'analyse, sera l'intervenant psychosocial de première ligne.

La notion d'implication permet particulièrement d'appréhender la place de l'intervenant dans le processus dans lequel il intervient, dans le champ total de l'institution et par conséquent dans le champ global de la société (Rougerie, 2015). L'auteur Lourau (1997) affirme que la vie quotidienne n'est pas dissociée de la vie intellectuelle : « la question de l'implication, c'est celle de la relation du chercheur à son objet, du praticien à son terrain, de l'homme à sa vie » (Paturel, 2008). L'implication est donc le nœud des rapports de

l'individu au monde dont il est issu et auquel il participe (Paturel, 2008). Cette notion permet aussi de concevoir la relation dynamique (ex. intervenant/endeuillé), puis l'implication possible de l'histoire personnelle, les caractéristiques individuelles, de l'intervenant (ex. ontologie), à travers sa pratique professionnelle (Paturel, 2008). Ainsi, les données qui seront recueillies à travers les entrevues avec les intervenants sociaux de première ligne pourront être resituées parmi les différents systèmes (Bouchard, 1987).

3.2.1 Figure inspirée du modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979)



(Absil et Vandoorne, 2012)
 (Bronfenbrenner, 1979)
 (Bouchard, 1987)
 (Drolet, 2013)
 (Tremblay, 2012)

3.3 Objectif, question de recherche et sous-questions

Ce projet pour la maîtrise en travail social permettra d'approfondir plusieurs aspects sur le sujet et de répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- Réaliser une exploration écosystémique de la pratique d'intervention psychosociale de première ligne auprès des endeuillés par le suicide.
- Produire des connaissances sur les visions des intervenants sociaux, concernant les « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide.

Nous pouvons maintenant formuler la question principale de cette recherche ainsi : « *Quelles sont les propositions des intervenants sociaux concernant les « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide ?* »

Finalement, certaines sous-questions sont posées à travers ce projet de recherche, telles que :

- 1- Quelles sont les visions des intervenants sociaux concernant l'utilisation du terme « meilleures pratiques » dans le champ psychosocial ?
- 2- Quelles sont les aspects écosystémiques les plus importants à considérer dans le développement de « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide ?

CHAPITRE IV. MÉTHODOLOGIE

À la suite de la problématisation, le cadre conceptuel et le cadre théorique, ce chapitre aborde l'approche méthodologique, l'échantillon, la collecte et l'analyse des données, les considérations éthiques, et ce, selon les objectifs de ce mémoire.

4.1 Recherche qualitative et exploratoire

Selon Deslauriers (2011) la recherche qualitative représente une méthodologie tout à fait adaptée pour saisir les subtiles adaptations dictées par les circonstances particulières de la pratique, dues notamment à l'hétérogénéité du champ psychosocial (Deslauriers, 2011). Dans ce présent projet de recherche, les entretiens semi-dirigés avec des intervenants sociaux de première ligne permettent d'intégrer à la notion de « meilleures pratiques » des connaissances issues d'un savoir expérientiel, de sens commun et résultant de la pratique (Larose et al. 2011). En effet, nous souhaitons avoir accès à leurs visions subjectives des « meilleures pratiques » d'intervention de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide. Les données recueillies nous ont permis de voir les récurrences, contradictions ou complémentarités à travers les multiples entrevues réalisées. À ce sujet, Mongeau (2011) soulève la pertinence d'une approche qualitative et l'utilisation de techniques ouvertes (ex. entrevue, observation de terrain, récit autobiographique, etc.), surtout lorsque l'objectif principal est la création de sens et la modélisation (Mongeau, 2011). De plus, étant donné qu'il existe peu de recherches scientifiques sur le sujet, cette étude se veut exploratoire. Selon Trudel, Simard et Vonarx (2007), la recherche exploratoire peut viser à produire des connaissances sur un sujet qui a été plus ou moins défini, ou même inconnu. Elle viserait à produire des connaissances, là où il y a un « vide » (Trudel, Simard et Vonarx. 2007).

4.2 Échantillon de la recherche

Afin de répondre à la question de recherche, il était nécessaire et pertinent d'aller à la rencontre d'intervenants sociaux de première ligne. D'ailleurs, Mongeau (2011) affirme que les études exploratoires et qualitatives ne requièrent pas de grands échantillons, car l'objectif n'est pas de rendre compte d'une population, mais de recueillir de l'information pertinente pour mieux comprendre un phénomène et en proposer une compréhension (ex.

meilleures pratiques d'intervention) à partir de perceptions existantes dans la population (ex. intervenants sociaux de première ligne) (Mongeau, 2011). Ainsi, l'échantillonnage est intentionnel et non aléatoire (Mongeau, 2011). D'ailleurs, certains critères d'inclusion ont été établis. D'abord, nous demandions que les participants soient intervenus en première ligne, minimalement deux fois, auprès de proches adultes endeuillés par le suicide, dans les cinq dernières années. Ainsi, nous souhaitions que les participants aient vécu au minimum deux expériences d'intervention de première ligne, récentes, auprès d'endeuillés par le suicide, afin d'explorer leurs visions de ce contexte d'intervention, puis permettre une comparaison des différentes expériences d'intervention auprès de ce groupe. En effet, avoir vécu seulement deux expériences ne mène pas directement à une compréhension globale de ce contexte d'intervention et des « meilleures pratiques », mais elles permettent d'explorer leurs visions et perceptions des pratiques, en fonction de leurs expériences récentes auprès de cette clientèle. Ensuite, nous demandions que les participants aient réalisé ces interventions psychosociales de première ligne dans la Région métropolitaine de Montréal (ex. Laval, Longueuil, Montréal et les couronnes nord et sud). En effet, nous avions connaissance que le contexte professionnel et d'intervention de première ligne était différent selon la région au Québec. Nous souhaitions donc concentrer notre collecte de données dans la Région métropolitaine de Montréal.

Il est important de noter que les principaux « endeuillés » rencontrés en première ligne dans ce contexte d'intervention de crise, sont souvent les proches du défunt (ex. conjoint(e), parent, fratrie, enfant) ou bien un témoin du suicide. Nous nous concentrons alors sur l'intervention auprès de ces proches (adultes) endeuillés par le suicide. Pour cette présente recherche, nous visions à réaliser sept entretiens individuels. Toutefois, nous avons eu l'opportunité de rencontrer huit intervenants sociaux de première ligne, qui correspondaient à nos critères d'inclusion. Ces huit entretiens nous ont donc permis d'agrandir l'échantillon de recherche, puis d'explorer et d'ouvrir un dialogue sur cette pratique d'intervention particulière.

Les huit participants rencontrés pour cette étude sont tous des intervenants sociaux de première ligne. Parmi ceux-ci, on compte 7 participantes de genre féminin et 1 participant

de genre masculin. Ceux-ci détiennent des diplômes collégiales et universitaires diversifiés (ex. travail social, criminologie, psychoéducation). Les intervenants rencontrés ont réalisé entre 3 et 60 interventions de première ligne, en face-à-face, auprès d'endeuillés par le suicide. Plus largement, ils ont entre 2 ans et 22 ans d'expérience en intervention de première ligne, en contexte de crise, auprès de multiples clientèles et problématiques psychosociales. De plus, il est important de rappeler que les écarts entre l'échantillon et la population relativement à certaines caractéristiques (ex. l'âge, le sexe, l'appartenance ethnoculturelle, etc.), ont été pris en considération au moment de l'analyse et de l'interprétation des résultats.

4.3 Collecte et analyse des données

À travers les démarches pour le recrutement des participants, un tableau a d'abord été réalisé, incluant toutes les informations relatives à l'avancement du recrutement pour la recherche (ex. les personnes sollicitées et le suivi des communications avec ceux-ci). Ensuite, une lettre explicative du projet de recherche a été rédigée. Celle-ci présentait les principaux aspects de l'étude, les critères d'inclusion, les possibles avantages et risques de la participation, les aspects de confidentialité et d'anonymat, puis l'importance de la participation volontaire.

La principale stratégie de recrutement a été de cibler deux programmes spécialisés en intervention psychosociale de première ligne dans la Région métropolitaine de Montréal, puis de contacter par téléphone les deux chefs de programme. Le premier programme est sous la direction d'un service de police, et l'autre fait partie du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). D'abord, la première discussion avec le chef de programme sous la direction d'un service de police, m'a rapidement menée à la réalisation de quatre entrevues au mois de janvier 2021, avec des intervenants de première ligne, intéressés à participer et qui correspondaient aux critères d'inclusion. Des rendez-vous ont été pris avec ceux-ci et un courriel leur a été envoyé avec les informations nécessaires à l'entretien de recherche (ex. le lien zoom pour la vidéoconférence, le formulaire de consentement à lire et signer avant l'entretien, puis la figure écosystémique pour illustrer le cadre théorique de l'étude). Ensuite, lors de ma discussion au mois de novembre avec l'autre chef de

programme du RSSS, celui-ci était enthousiaste à l'idée que les intervenants sociaux de première ligne participent à la recherche. Toutefois, une démarche d'approbation éthique, avec le comité éthique de l'institution a été nécessaire, avant de pouvoir entamer les démarches de recrutement pour les entretiens de recherche. À la suite de l'approbation éthique, le chef du programme a pu diffuser la lettre explicative du projet de recherche aux intervenants de première ligne, et ceux-ci devaient directement me contacter s'ils avaient de l'intérêt à participer. Quatre intervenants sociaux de première ligne m'ont contacté, afin de réaliser un entretien de recherche avec ceux-ci.

Ainsi, c'est à travers les chefs des programmes spécialisés en intervention psychosociale de première ligne que le recrutement de participants a pu se réaliser. Considérant le contexte de pandémie mondiale dû à la COVID19, tous les entretiens avec les intervenants sociaux ont été réalisés et enregistrés par vidéoconférence. Concernant la durée des entretiens, nous avons prévu 60 minutes par entrevue, mais nous avons pu rester disponibles plus longtemps en fonction des besoins, l'implication et la disponibilité des participants. D'ailleurs, le formulaire de consentement a été envoyé par courriel avant la réalisation de l'entretien, afin de réduire le temps alloué aux formalités au début des entretiens individuels. Les « questions-guides » des entretiens n'ont pas été transmises aux participants au préalable, afin de privilégier la spontanéité des réponses.

À la suite de la réalisation des entretiens, les données de recherche ont été gardées dans un serveur sécurisé de l'Université du Québec à Montréal, et nous avons porté attention à l'identification encodée des participants en attribuant un numéro à ceux-ci. Toutes les données permettant d'identifier le participant ont été anonymisées (ex. données relatives aux milieux de travail, collègues, ou endeuillés). À la suite des entretiens, nous avons réalisé un retour par courriel avec chacun des participants, de manière à les remercier pour leur participation, leur renvoyer le formulaire de consentement signé, et une invitation à nous contacter pour des questions ou commentaires liés à leur participation à la recherche.

À la suite de la retranscription du verbatim des entretiens, une analyse thématique (ou codage) des données a été réalisée. Mongeau (2011) explique que l'objectif de création de

sens et de modélisation d'une recherche qualitative justifie une analyse par découpage et organisation des unités de sens (ex. identification des récurrences, contradictions, liens de subordination, de complémentarité, etc.). Ainsi, nous avons synthétisé le contenu des extraits relatifs à chacun des thèmes de manière à faire ressortir l'essentiel des propos des participants, par rapport à la question de recherche (Mongeau, 2011). D'ailleurs, l'utilisation du logiciel de traitement des données « NVivo » nous a permis de bien structurer cette étape, de manière à réaliser « l'arbre thématique ». À travers l'analyse thématique des données, nous avons également utilisé un « journal de bord », nous permettant de noter nos questionnements, réflexions et de futures analyses intéressantes (ex. possibles liens, contradictions, complémentarités à travers les entrevues).

Limites méthodologiques

Sur le plan de la méthodologie, il aurait été intéressant de rencontrer les participants dans leur milieu de travail. Cela aurait pu avoir un impact sur la création du lien avec les participants, et aurait permis une collecte d'informations par l'observation du milieu professionnel. Toutefois, nous avons été limité par la réalité de la pandémie mondiale liée à la COVID19. Ainsi, les entrevues de recherche ont toutes été réalisées à distance, par vidéoconférence.

De plus, plusieurs autres aspects écosystémiques auraient pu être abordés à travers la recherche. Toutefois, les éléments écosystémiques sélectionnés pour le guide d'entretien ont été choisis à la suite de la revue de littérature réalisée lors de la construction de la problématique de recherche et à la suite de discussions avec divers acteurs du milieu professionnel. D'ailleurs, certains aspects écosystémiques ont été modifiés ou ajoutés au guide d'entretien, au cours des entrevues, afin d'approfondir de nouveaux éléments pertinents soulevés par les participants. Les entretiens semi-dirigés ont permis de cadrer le contenu recueilli en articulation avec le cadre théorique de la recherche, tout en laissant place aux imprévus et à la libre expression des participants rencontrés. À la suite des quatre premières entrevues de recherche, nous avons observé une certaine directivité dans les entretiens en lien avec le cadre théorique. Par exemple, nous avons décidé de présenter la figure écosystémique aux participants dès le début de l'entretien, afin de susciter des

réflexions chez ceux-ci. Toutefois, nous avons rapidement constaté que les réponses des participants étaient souvent liées aux aspects présentés dans la figure écosystémique. Ainsi, cela amenait un certain biais dans les réponses des intervenants. À la suite d'un processus réflexif, nous avons décidé de modifier le guide d'entretien pour les quatre dernières entrevues, en ne présentant pas la figure écosystémique, afin de ne pas influencer les réponses des participants, puis diminuer la directivité des entretiens.

4.4 Considérations éthiques de la recherche

Avant de débiter les démarches de recrutement, nous avons eu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ). Ceux-ci se sont assurés de valider que nous avons bien évalué les coûts et les bénéfices de la participation à la recherche, que nous informions suffisamment les participants quant aux modalités de la recherche qui peuvent influencer leur décision de participer (consentement libre et éclairé), puis que l'anonymat et la confidentialité soient deux notions que nous respectons rigoureusement. D'ailleurs, nous avons passé à travers un deuxième processus d'approbation éthique pour réaliser des entrevues avec des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), dans la Région métropolitaine de Montréal.

CHAPITRE V. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

5.1 Introduction des résultats

Ce chapitre vise la présentation des résultats de recherche. Nous souhaitons d'abord souligner la grande ouverture, dont les huit participants ont fait preuve, lors des entrevues de recherche. Ces intervenants sociaux de première ligne ont livré des témoignages pertinents et touchants concernant leur pratique auprès des endeuillés par le suicide. La rédaction de ce chapitre a été réalisée dans un souci de rendre justice à leur réalité professionnelle et à leurs visions de cette pratique d'intervention. Ainsi, plusieurs citations tirées des entrevues de recherche seront présentées dans les résultats. D'ailleurs, nous souhaitons souligner que le générique masculin est utilisé dans ce texte, uniquement dans le but d'en alléger la forme et d'en faciliter la lecture.

À travers ce chapitre, nous présenterons de nombreux résultats de recherche concernant différents aspects de la pratique, dû au caractère exploratoire de l'étude et à notre objectif de produire des connaissances sur le sujet. Afin d'illustrer le contexte d'intervention particulier auquel nous nous intéressons dans cette étude, un cas fictif de deuil par suicide, inspiré des données de recherche recueillies, est d'abord présenté aux lecteurs. Ce cas fictif permet d'exposer les multiples éléments écosystémiques du cadre théorique de Bronfenbrenner (1979), qui sont à considérer par les intervenants de première ligne dans ce contexte particulier. Ensuite, les résultats de recherche seront abordés à travers une exploration écosystémique de la pratique d'intervention. Des enjeux et recommandations soulevés par les participants de l'étude seront également présentés. Nous concluons ce chapitre avec l'exposition des visions des participants concernant les meilleures pratiques d'intervention psychosociale de première ligne auprès des endeuillés par le suicide.

5.1.1 Cas fictif – intervention de première ligne lors d’un décès par suicide

Une famille a immigré au Québec depuis maintenant deux ans. Elle est composée d’une mère de 38 ans, d’un père de 40 ans et de leurs deux enfants, un garçon de 8 ans et une fille de 6 ans.

Il est 16h en après-midi, la mère de famille finit sa journée de travail et elle va chercher les enfants à leur école primaire. À leur arrivée à la maison, la mère et les enfants constatent le décès par suicide du père de famille, par pendaison au sous-sol familial. Un appel au 911 est alors logé par la mère. Les policiers et les ambulanciers arrivent au domicile familial cinq minutes à la suite de cet appel.

Les ambulanciers se dirigent directement vers le corps du père, afin de tenter des manœuvres de réanimation, mais le décès est rapidement constaté. La mère de famille exprime sa souffrance par des cris et des pleurs, puis les enfants vont s’isoler dans la chambre du garçon de 8 ans. Les policiers décident de solliciter des intervenants sociaux de première ligne, afin de venir soutenir la famille endeuillée sur les lieux. Les policiers partagent plusieurs informations aux intervenants sociaux par téléphone, tels que : le contexte du décès, la présence du corps du défunt et son état actuel, le nombre et l’âge des endeuillés sur place, les témoins du décès par suicide, et la réaction des endeuillés.

Un duo d’intervenants sociaux arrive sur les lieux, puis va rencontrer les policiers sur place. Un complément d’informations est alors transmis aux intervenants par les policiers. Ils les informent que le décès par suicide est déjà confirmé et que les ambulanciers ont cessé les manœuvres de réanimation. Le défunt n’aurait laissé aucune lettre de suicide, il y aurait aucun antécédent d’intervention policière à l’adresse, aucun antécédent de problème de santé mentale connu et le décès du père est considéré comme soudain et imprévu par la conjointe. Il y a très peu de proches ou amis de la famille qui sont présents au Québec. Il y a seulement la sœur de la conjointe qui habite à trois heures de route, elle vient de partir et elle est en direction vers le domicile.

Une des intervenantes va rencontrer la mère endeuillée. Elle lui offre son soutien, reçoit et accueille sa charge émotive. Elle pose des questions de manière à évaluer le risque suicidaire chez celle-ci. Elle considère qu'il n'y a pas de risque imminent et qu'un transport de la mère vers l'hôpital n'est pas nécessaire actuellement. L'intervenante lui transmet également certaines informations concernant les procédures policières qui se déroulent actuellement dans le domicile et concernant l'autopsie qui sera réalisée, en lien avec l'enquête du coroner. L'intervenante propose à la mère de faire certains appels, afin d'établir un filet de sécurité autour d'elle et des enfants. La mère donne son consentement à l'intervenante.

L'intervenante peut alors débiter certaines démarches sur les lieux. Elle contacte d'abord la sœur qui est en route, afin de la rassurer, puis l'informer que la famille est bien entourée présentement. Elle contacte également le psychologue déjà au dossier de la mère, pour qu'il fasse un suivi avec elle dans les prochains jours, elle informe la direction de l'école des enfants de la situation et de l'absence de ceux-ci dans les prochains jours et elle prépare une référence pour la famille endeuillée, à un programme de postvention du suicide, pour un suivi à plus long terme.

Pendant ce temps, l'autre intervenant assure une présence auprès des enfants. Il tente de valider leur état émotif, puis leur offrir un espace pour verbaliser ce qu'ils ont vu et ce qu'ils ressentent face au décès de leur père. L'intervenant prépare des coupes de crème glacée pour les enfants et leur propose de dessiner avec eux, le temps que le travail des premiers répondants et des intervenants sur les lieux soit terminé.

Les policiers informent les intervenants que les préposés de la morgue arriveront dans 30 minutes pour venir chercher le corps du défunt. Une intervenante propose à la conjointe endeuillée de faire un dernier adieu au corps de son conjoint. La mère accepte et souhaite le faire avec ses enfants.

À l'arrivée de la morgue, une intervenante va demander aux préposés de la morgue s'il est possible d'arranger le corps du défunt, afin que la mère et les enfants puissent faire leur

dernier adieu. Les préposés de la morgue déposent une couverture jusqu'au cou de celui-ci, afin de cacher les marques laissées, puis placent celui-ci dans une position moins traumatique qu'à l'arrivée de la famille.

La mère et les enfants approchent du corps et viennent dire un dernier au revoir au père. Ils verbalisent leur amour pour lui, puis les enfants déposent leur dessin sur le corps de leur père. La mère souhaite faire brûler de la sauge pendant deux minutes autour du corps, car cela fait partie des rituels de deuil dans leur culture. À la suite de ce rituel et de l'adieu au corps, les préposés de la morgue quittent avec le défunt pour l'emmener à l'endroit désigné par le coroner. À ce moment, la mère et les enfants hurlent et pleurent leur douleur. Les premiers répondants et les intervenants restent à leur côté le temps que la situation se stabilise.

La sœur de la mère endeuillée arrive au domicile, afin d'offrir son soutien à la famille. Elle informe les intervenants sociaux et les premiers répondants qu'elle restera pour la semaine au domicile, afin d'aider sa sœur dans toutes les démarches funéraires. Elle réalisera également les appels à la famille dans leur pays d'origine, afin d'annoncer le décès du père.

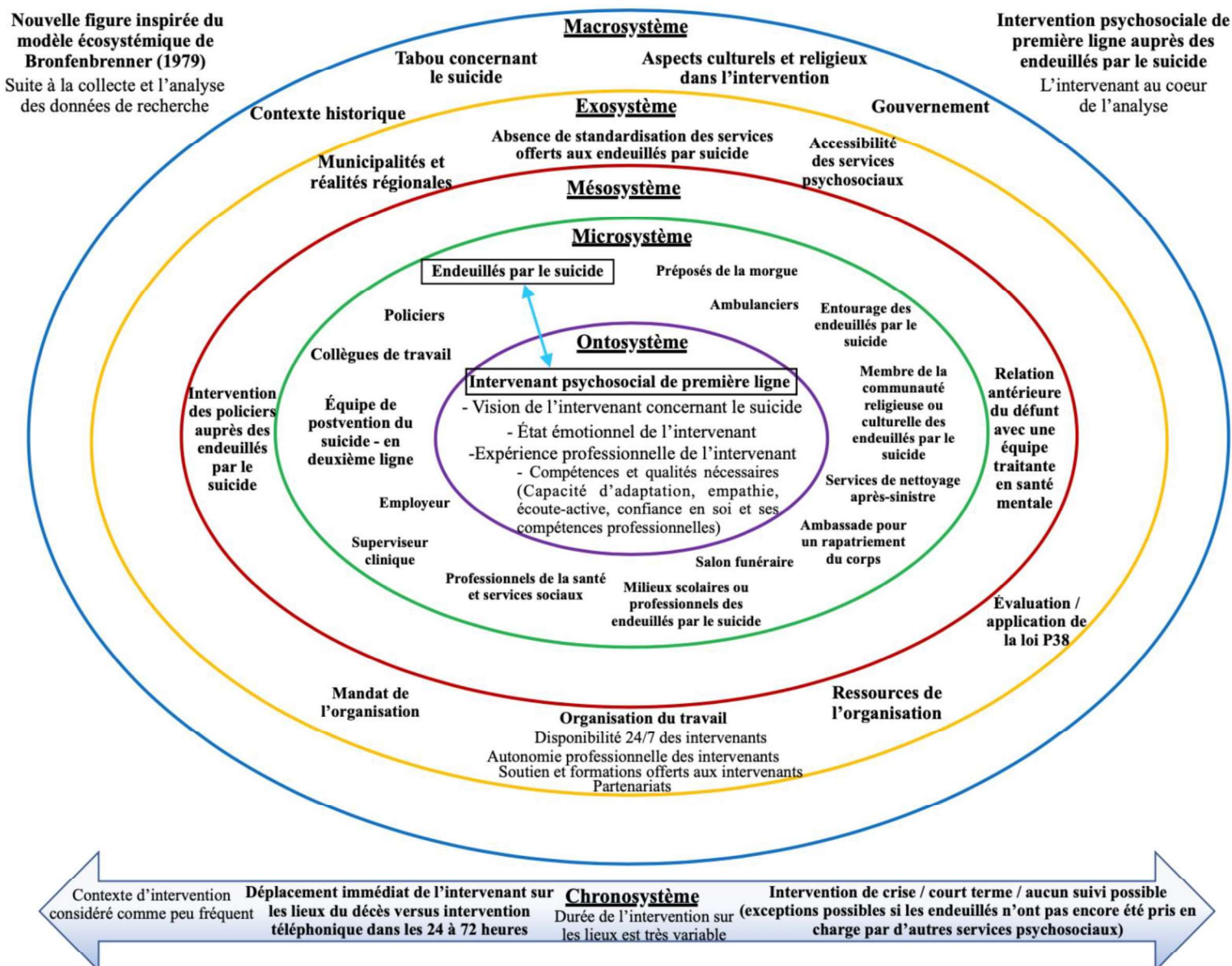
En fonction des faits observés par les policiers, ceux-ci n'identifient aucune cause criminelle liée aux circonstances du décès, le travail des premiers répondants est donc terminé et ceux-ci quittent le domicile. Les intervenants sociaux restent auprès des enfants, le temps que la conjointe endeuillée discute avec sa sœur.

Lorsque les intervenants considèrent que la situation est sous-contrôle et plus calme, ceux-ci remettent leurs coordonnées, des informations sur le salon funéraire le plus près de leur domicile, puis concernant les prochaines démarches prioritaires à la suite du décès. Les intervenants informent la mère qu'elle recevra un appel de la ressource spécialisée en postvention du suicide de leur secteur, pour un soutien à plus long terme. Puis, les intervenants de première ligne quittent les lieux. À leur arrivé au bureau, les intervenants sociaux contactent par téléphone la ressource spécialisée en postvention du suicide du secteur, afin de référer la famille endeuillée, puis leur expliquer le contexte du décès. La

ressource contactera la mère et prendra en charge la famille dès le lendemain. Quelques jours après avoir réalisé cette référence, les intervenants de première ligne réaliseront un suivi avec cette ressource spécialisée, afin de s'assurer que la famille a bien été prise en charge et qu'un suivi à plus long terme leur est offert. Une fois qu'ils ont la confirmation que la famille est prise en charge par l'équipe spécialisée en postvention du suicide, les intervenants sociaux de première ligne ferment le dossier et c'est la fin de leurs interventions auprès de cette famille endeuillée.

5.1.2 Présentation de la nouvelle figure écosystémique

À la suite de la collecte et l'analyse des données, une nouvelle figure écosystémique a été réalisée. Celle-ci permet d'illustrer concrètement les résultats de recherche, puis souligner l'impact des systèmes dans la pratique d'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide. En effet, l'intervenant psychosocial de première ligne est positionné au cœur du microsystème et de l'analyse. Celui-ci est relié aux endeuillés par le suicide (par une flèche bleue), car on souhaite plus particulièrement analyser l'impact des systèmes sur cette relation particulière. Ainsi, chacun des éléments écosystémiques ci-dessous figureront à travers les résultats, et bien plus.



EXPLORATION ÉCOSYSTÉMIQUE DE LA PRATIQUE

Cette exploration écosystémique permettra de présenter les résultats de la recherche en mobilisant la théorie des systèmes de Bronfenbrenner (1979). Les enjeux, les recommandations et les visions des meilleures pratiques soulevés par les participants de la recherche seront ensuite présentés.

5.2 Ontosystème

L'ontosystème réfère à l'individu en interaction avec lui-même et porteur de caractéristiques propres (ex. âge, genre, histoire, problème de santé, etc.) (Absil et Vandoorne, 2012). Ainsi, à travers cette section, nous aborderons les données recueillies relatives aux caractéristiques individuelles de l'intervenant de première ligne et les impacts de celles-ci sur la pratique d'intervention auprès des endeuillés par le suicide, tels que : la vision concernant le suicide, l'expérience professionnelle, l'état émotionnel, puis les compétences et qualités nécessaires de l'intervenant de première ligne.

5.2.1 Vision de l'intervenant concernant le suicide

La vision de l'intervenant concernant le sujet du suicide et plus largement concernant la mort, a été particulièrement souligné par les participants de l'étude comme étant important à considérer pour ce contexte d'intervention. En effet, tous les participants ont abordé l'importance de la vision de l'intervenant concernant le suicide et son aisance avec le sujet : « Ben je pense que ça prend... avant toute chose une forme d'aisance avec le sujet, de la mort, du suicide. [...] l'aisance avec le corps qui est encore sur place » (Participant 8). Ce contexte d'intervention implique de faire face à des images traumatiques et il n'est pas toujours possible de prédire la réaction de l'intervenant face à celles-ci : « On ne sait pas comment une personne va réagir la première fois qu'elle va voir un corps mutilé » (Participant 5). Ainsi, la présence d'une grande charge émotionnelle et d'images traumatiques nécessiterait des intervenants sociaux à l'aise avec ce contexte particulier.

D'ailleurs, certains participants mentionnent observer un malaise chez des intervenants avec le sujet du suicide : « juste dans les formations quand on parle de suicide, un intervenant sur deux n'est pas à l'aise de nommer ce mot là... c'est quelque chose qui est tabou encore, qui est très malaisant d'aller approfondir » (Participant 1). Le participant 6 observe la même chose : « ce que je vois chez les intervenants, souvent il y a quand même un malaise avec le suicide, même chez les intervenants ». D'ailleurs, le malaise des intervenants sociaux peut avoir un impact auprès des endeuillés par le suicide : « si c'est un intervenant qui tremble comme une feuille en rentrant parce qu'il sait qu'il y a un suicide, puis que le corps est encore dans le salon ou dans la cage d'escalier, il peut y avoir un certain manque de crédibilité face à l'endeuillé » (Participant 3). D'ailleurs, un évitement de ce contexte d'intervention est parfois observé par certains intervenants : « pour les deuils, c'est vraiment le moment où ça va arriver que y'a une personne des deux équipes qui ne se sent pas à l'aise, donc ça va être l'autre équipe automatiquement » (Participant 7). À l'inverse, certains intervenants se disent à l'aise avec ce contexte d'intervention : « moi je vais me porter volontaire tout de suite à y aller, même si techniquement ce n'est pas mon tour de sortir en intervention, parce que j'aime beaucoup ces interventions-là » (Participant 8).

5.2.2 Expérience professionnelle de l'intervenant

Tous les participants de l'étude ont mentionné comme étant important l'expérience professionnelle de l'intervenant psychosocial pour ce contexte d'intervention particulier : « D'arriver avec des endeuillés par le suicide, c'est une immense charge émotionnelle [...] admettons que tu m'aurais mis au début de mon année d'expérience, à 20 ans, là-dedans, je n'aurais peut-être pas eu le recul que j'ai maintenant, donc c'est sûr que l'âge ça joue » (Participant 1). L'expérience professionnelle peut également avoir un impact sur le sentiment de compétence et l'aisance de l'intervenant dans ce contexte d'intervention particulier : « Pour ma part, l'âge m'aide beaucoup, en fait mon expérience. Au départ, quand je commençais à travailler, ça m'angoissait, avec le temps, je suis plus à l'aise dans mes interventions, je pense que ça joue beaucoup pour comment gérer ces interventions-là » (Participant 4). Toutefois, malgré une grande expérience professionnelle, certains

participants mentionnent que le malaise ressenti face au contexte de deuil par suicide peut demeurer, car ce type d'intervention n'est pas assez fréquent dans leur pratique pour que l'intervenant se sente toujours en confiance : « pour ma part, je ne suis jamais en confiance quand je vais sur des interventions comme ça, c'est toujours à recommencer. C'est sûr qu'avec le temps on a une expérience, on est à l'aise davantage qu'au début, mais ça reste que c'est toujours à recommencer » (Participant 4).

Toutefois, le jeune âge de l'intervenant peut amener d'autres éléments pertinents dans la création du lien avec l'endeuillé par le suicide. Par exemple, plusieurs participants soulèvent la notion « d'identification » de l'endeuillé à l'intervenant : « je pense que l'usager a un meilleur lien quand il se retrouve dans une tranche d'âge où il s'identifie à l'intervenant » (Participant 5).

« dans mes duos, on va porter attention à ça, qui est la personne à qui on fait face, son âge aussi, c'est sûr que si je travaille avec un partenaire qui est beaucoup plus jeune, bien de garder en tête que la personne en face de nous va peut-être s'identifier davantage à un collègue plus jeune ». (Participant 8)

5.2.3 État émotionnel de l'intervenant

Plusieurs participants ont mentionné l'importance d'être bien avec soi-même, afin d'être prêt à recevoir cette charge émotive que comporte l'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide : « si ta vie est plus fragile, tu t'en vas dans un champ où est-ce qu'il y a beaucoup d'émotions comme ça, déjà ton intervention va être un petit peu plus teintée, tu vas te mettre une barrière au niveau des émotions, tu vas être moins dans l'exploration à mon avis, avec un pied de recul » (Participant 1). La charge émotive de ce contexte d'intervention peut donc avoir un impact sur l'intervenant qui vit déjà des difficultés personnelles.

« Parce que si tu as des problèmes dans la famille, des problèmes de couple, y'a des affaires que tu vis qui vont te déranger, c'est sûr que c'est plus difficile de recevoir toute cette charge émotive là en plus [...] je pense qu'il faut juste se sentir assez solide pour pouvoir, voir cette charge émotive là, sans se laisser atteindre ». (Participant 7)

De plus, le participant 8 explique que l'intervenant peut être particulièrement affecté émotionnellement lorsqu'il s'identifie à la personne endeuillée ou décédée par le suicide, dû à diverses caractéristiques telles que : l'âge, la profession, le milieu de vie, la famille, etc. À ce sujet, le participant 5 affirme : « on peut s'identifier aux personnes avec qui on intervient, facilement, donc quand la situation est récente et similaire à ce qu'on peut avoir vécu, ça peut devenir plus difficile ». D'ailleurs, plusieurs intervenants semblent faire preuve de compréhension à l'égard des collègues qui vivent des difficultés personnelles : « on n'imposera pas systématiquement une intervention deuil à des gens qui sont moins à l'aise ou qui sont dans une période de leur vie où ils sont plus fragiles » (Participant 6).

5.2.4 Compétences et qualités nécessaires pour ce contexte d'intervention

Plusieurs compétences, qualités et caractéristiques individuelles considérées comme nécessaires chez les intervenants sociaux de première ligne ont été nommées par les participants de l'étude. Plus particulièrement concernant la capacité d'adaptation, l'empathie, l'écoute-active, puis la confiance en soi et ses compétences professionnelles.

D'abord, les intervenants sociaux expliquent que ce contexte d'intervention en situation de crise, est marqué d'une grande imprévisibilité : « tu ne sais pas sur quoi tu t'en vas, tu ne sais pas de quoi la personne à l'air, puis chaque situation est complètement différente, la réaction est complètement différente, l'entourage est différent » (Participant 5). La majorité des participants ont mentionné qu'un intervenant de première ligne qui travaille auprès d'endeuillés par le suicide, doit faire preuve d'une grande capacité d'adaptation.

De plus, les participants ont mentionné comme étant primordial de faire preuve d'empathie et d'écoute-active auprès des endeuillés par le suicide : « je le répète à mes stagiaires, c'est des « *chaudières* » d'empathie, c'est vraiment ça, c'est de l'écoute. Il n'y a rien d'autre à faire que ça » (Participant 3). Pour le participant 6, l'écoute-active en intervention nécessite de porter attention aux communications verbales et non-verbales : « écouter autant ce qui se dit, que les non-dits, pour être capable de s'adapter à la situation, il y a beaucoup de

silences dans une intervention deuil aussi, donc faut être à l'aise aussi avec ça, pour pas toujours tout combler non plus ».

Finalement, plusieurs participants ont mentionné l'importance d'avoir confiance en soi et ses compétences professionnelles comme intervenant de première ligne.

« je pense que ça prend du caractère, on gère pas juste des gens, on gère aussi des partenaires [...] il faut que tu sois articulé, il faut que tu sois capable d'argumenter [...] ça prend une certaine confiance, faut être sûr de ce que tu fais, de tes capacités, parce que sinon ça peut être extrêmement déstabilisant ». (Participant 6)

D'ailleurs, les participants 7 et 8 soulèvent la pression qui est parfois ressentie par certains intervenants, par le fait d'être appelé en « renfort » aux premiers répondants : « tu es là en renfort de tout ce déploiement-là, donc on a tendance à croire qu'on va s'attendre de nous qu'on sache tout » (Participant 8).

5.3 Microsystème

Le microsystème est défini comme : « un pattern d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles vécu par la personne en développement dans un contexte qui possède des caractéristiques physiques et matérielles particulières » (Absil et Vandoorne, 2012). On pense ici aux milieux immédiats avec lesquels l'individu a des échanges directs, tels que la famille, les amis, les collègues, les clients au travail, etc. (Absil et Vandoorne, 2012). À travers cette section, nous aborderons les données recueillies concernant les acteurs importants du microsystème, pour ce contexte d'intervention spécifique. Plus particulièrement, nous aborderons les interactions de l'intervenant de première ligne avec : les endeuillés par le suicide, les collègues de travail, les policiers, puis les équipes d'intervenants en postvention du suicide.

5.3.1 Endeuillés par le suicide

5.3.1.1 Émotions et réactions constatées chez les endeuillés par le suicide dans la phase de choc

Diverses émotions et réactions sont observées chez les endeuillés par le suicide, pendant la phase de choc, par les intervenants sociaux de première ligne : « Il y en a qui vont être beaucoup en colère à cause d'un suicide, alors que l'autre est dans la peine » (Participant 6). Certains intervenants observent également de la culpabilité et de la honte chez les endeuillés par le suicide : « les gens craignent de se faire questionner sur... ben *tsé*, tu n'as pas vu ça venir, sûrement qu'il avait laissé des indices... » (Participant 8). Un sentiment d'irréalité est également mentionné fréquemment chez les endeuillés par le suicide dans la phase de choc : « souvent les gens vont me dire je suis pas dans une réalité, je suis comme dans un rêve » (Participant 4). De plus, tous les participants de l'étude sont sensibilisés au risque suicidaire chez les endeuillés par le suicide et il arrive que les intervenants de première ligne identifient un risque important dès la phase de choc. Ensuite, le participant 6 explique que la recherche de sens est souvent présente chez les endeuillés par le suicide : « Il y a deux questions chez les endeuillés qui reviennent toujours, c'est « *pourquoi ?* » [...] et « *qu'est-ce que j'aurais pu faire d'autre pour l'aider ?* », donc c'est comme les deux questions qui reviennent systématiquement ». Les participants de l'étude expliquent que les réactions des endeuillés par le suicide dans la phase de choc demeurent très différentes. Certains seront dans l'effondrement et dans une grande expressivité des émotions, puis d'autres auront une réaction davantage stoïque.

5.3.1.2 Pertinence de l'intervention psychosociale sur les lieux du décès

Les intervenants sociaux rencontrés soulèvent plusieurs éléments pertinents dans l'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide, réalisée en face-à-face, pendant la phase de choc. D'abord, cette intervention de première ligne, permet d'offrir un espace aux endeuillés par le suicide dans lequel ils peuvent ventiler et verbaliser les émotions vécues : « nous on est là vraiment pour soutenir la personne et accueillir toute

cette décharge-là émotive, que ce soit dans les cris, les pleurs, essayer de mettre des mots sur ce qu'ils ne sont pas capables de transmettre... et elle a son sens juste pour ça » (Participant 8). Les intervenants sociaux de première ligne pourront également offrir de l'information concernant les procédures policières sur les lieux et les démarches à la suite du décès.

« on est un facilitant quand on intervient auprès des familles [...] on est capable déjà d'aviser comment ça va se passer un peu [...] avec toute l'expérience qu'on a, autant dans le cas d'homicides que les suicides, ça permet déjà de prédisposer les proches à faire la première déclaration avec les enquêteurs ». (Participant 2)

L'intervention psychosociale dans ce contexte permet également de prédisposer les endeuillés à des services en postvention du suicide, offerts à plus long terme : « qu'il y ait un premier contact avec un intervenant psychosocial qui est positif, pour les prédisposer à obtenir des services à plus long terme après, c'est ça mon objectif » (Participant 2).

Il sera également possible à travers cette intervention de première ligne, d'élaborer un filet de sécurité autour des endeuillés. Ce filet de sécurité est d'abord composé des intervenants sociaux de première ligne sur les lieux : « on peut rester plus longtemps pour justement écouter, accueillir, mettre des choses en place, s'assurer qu'un proche soit là » (Participant 7). Les intervenants sociaux de première ligne tenteront par la suite de solliciter d'autres personnes capables de soutenir les endeuillés par le suicide à plus long terme, afin de s'assurer qu'ils ne seront pas tout seuls dans leur processus de deuil. L'intervention auprès des endeuillés par le suicide, sur les lieux du décès, permet également d'évaluer rapidement le risque suicidaire chez les endeuillés : « au niveau du risque suicidaire, déjà ça s'évalue la journée même, au moment du choc » (Participant 5).

La présence d'intervenants sociaux de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide, permet également un arrimage et une médiation avec divers professionnels pertinents : « faire des liens avec les médecins, les familles, on devient un peu un « maillon de la chaîne » » (Participant 3). Certains intervenants sociaux considèrent pertinent d'être sur les lieux du décès, auprès des endeuillés par le suicide, afin d'encadrer le dernier adieu au corps du défunt : « on devient vraiment une référence sur comment procéder pour que l'adieu au

corps se passe bien... pour que ça ne soit pas trop envahissant » (Participant 5). Pour les participants de l'étude, le déplacement des intervenants sociaux sur les lieux du décès permet également une évaluation et une adaptation aux besoins immédiats des endeuillés par le suicide : « faire une évaluation des besoins la journée même, je pense que c'est très pertinent, même nécessaire » (Participant 5).

5.3.1.3 Motifs de déplacements des intervenants vers les endeuillés

Les intervenants sociaux de première ligne rencontrés considèrent important d'aller à la rencontre des endeuillés par le suicide, au moment de la phase de choc, pour plusieurs motifs, enjeux et considérations. D'abord, les intervenants sociaux se déplaceront dans la phase de choc, à la demande d'un policier qui a évalué comme pertinente la présence d'un intervenant : « actuellement quand les policiers ont besoin, ils nous appellent, et là on prend nos *« cliques et nos claques »*, puis on va se déplacer » (Participant 2).

De plus, les intervenants sociaux de première ligne évaluent pertinent de se déplacer à la rencontre des endeuillés par le suicide, lorsqu'ils identifient l'absence d'un réseau de soutien, donc l'isolement de l'endeuillé. D'ailleurs, les intervenants de première ligne seront souvent appelés à se déplacer sur les lieux du décès lorsqu'une désorganisation et une grande crise sont identifiées chez les endeuillés par le suicide, par les policiers : « quand il y a une personne qui semble en crise suite à l'annonce du décès ou minimalement un état qui leur apparaît pas normal, un support qui n'est pas présent aussi [...] c'est pas mal les situations où ils vont nous appeler systématiquement » (Participant 5).

Les intervenants se déplaceront également sur les lieux du décès par suicide, afin de réaliser une évaluation du risque suicidaire chez les endeuillés : « les risques en fait que cette personne-là ait elle même envie d'aller rejoindre son proche sont quand même élevés, donc on porte attention à l'estimation du risque suicidaire » (Participant 8). La présence d'enjeux et de vulnérabilités connus chez les endeuillés peut également mener les intervenants à se déplacer sur les lieux (ex. problème de santé mentale, perte d'autonomie, dynamique familiale tendue ou problématique, etc.) : « On a eu un suicide [...] d'un monsieur qui vit

avec ses parents âgés, puis les deux sont en perte d'autonomie à cause de problèmes de santé majeurs. Ben c'est sûr qu'on fait une intervention proactive avec ces gens-là » (Participant 2).

5.3.1.4 Motifs de non-déplacement des intervenants vers les endeuillés

Lors d'un deuil par suicide, certains intervenants ne se déplaceront pas sur les lieux du décès, ou bien ne resteront pas longtemps, pour plusieurs motifs et considérations. D'abord, il est possible qu'ils ne considèrent pas pertinent de se déplacer sur les lieux s'il y a déjà la présence d'un bon réseau de soutien pour les endeuillés par le suicide : « des fois le réseau se referme, ils ont déjà tout ce dont ils ont besoin, ils n'ont pas nécessairement besoin de parler à des intervenants » (Participant 8). De plus, certains endeuillés auront déjà des ressources et des équipes traitantes à leur dossier : « des fois on arrive et la famille est déjà super soudée, ils ont déjà des ressources, donc ça va arriver qu'on arrive, les gens n'ont pas besoin de nous, puis on s'en va » (Participant 7).

De plus, il est possible que les intervenants sociaux n'aient pas été sollicités par les policiers, dans le cas où la famille est bien entourée de ses proches et que le décès par suicide n'est pas considéré comme soudain et imprévu par les endeuillés. Par ailleurs, il peut arriver que les intervenants sociaux de première ligne ne soient pas sollicités par les policiers, lorsqu'il n'y a pas de crise ou de désorganisation apparente chez les endeuillés par le suicide. Puis, les intervenants sociaux ne se déplaceront pas, ou bien quitteront rapidement les lieux, lorsqu'il y a une fermeture des endeuillés par le suicide à recevoir un soutien psychosocial de première ligne : « on peut être super bien accueillis, comme de l'autre côté, on peut être tout autant *revirés du revers de la main*, parce qu'ils ne veulent pas qu'on s'imisce dans leurs affaires personnelles » (Participant 3).

Dans le cas où le déplacement sur les lieux n'est pas considéré comme nécessaire par les intervenants sociaux de première ligne, certains vont plutôt offrir une intervention téléphonique aux endeuillés par le suicide : « Le premier contact se fait dans les 72 heures par téléphone, est-ce qu'on a un retour d'appel, ben là ça dépend des gens. [...] on va avoir

laissé toutes nos coordonnées au premier appel, on veut pas être intrusifs, c'est tout l'enjeu aussi » (Participant 2).

« souvent, on va dire prenez du recul, allez dans votre famille, puis appelez-moi en tout temps si jamais vous avez besoin de nous voir, on va se déplacer, sinon ça va être par téléphone. [...] habituellement c'est ça, on gère la plupart par téléphone ». (Participant 4)

D'ailleurs, trois participants ont exprimé leur opinion personnelle, concernant la pertinence du déplacement des intervenants sur les lieux du décès, en affirmant qu'eux-mêmes ne souhaiteraient pas avoir la présence d'intervenant à leur domicile, dans le cas où un décès par suicide survient dans leur réseau personnel : « souvent on se dit nous-mêmes au bureau... si moi il se passe quelque chose chez nous, je veux pas voir une TS (travailleuse sociale) arriver chez nous, je vais vivre ça, puis après je vais faire une demande de services » (Participant 3). Le participant 4 ajoute : « si ça arrive dans ma famille, j'ai pas le goût qu'une intervenante débarque chez nous, puis qu'elle vienne s'asseoir dans mon salon, puis qu'elle me scrute ».

5.3.2 Collègues de travail - intervenants sociaux de première ligne

Pour les participants de l'étude, les collègues de travail (c.-à-d. les autres intervenants sociaux de première ligne), sont considérés comme un élément important du microsystème. Les intervenants sociaux de première ligne travaillent souvent en duo et se déplaceront sur les lieux, accompagnés d'un collègue. D'ailleurs, la co-intervention, la division des tâches et le soutien émotionnel entre intervenants sociaux, ont particulièrement été abordés par les participants lors des entrevues de recherche.

5.3.2.1 Co-intervention et division des tâches

Les participants expliquent que le travail à deux permet de mieux adapter l'intervention à la famille endeuillée : « on est capable de prendre chacun une part [...] se compléter, puis de pouvoir analyser pendant que l'autre parle » (Participant 1). D'ailleurs, les participants considèrent particulièrement important de travailler en duo lorsqu'il y a plusieurs

endeuillés sur les lieux : « l'avantage du duo [...] c'est faire une intervention qui est plus adaptée aux besoins [...] souvent dans les cas de suicides, c'est qu'il va y avoir plusieurs personnes avec qui intervenir » (Participant 2).

À travers l'intervention en duo, une division des tâches se fait souvent entre le soutien émotif offert aux endeuillés et le soutien organisationnel, davantage axé sur les démarches : « il y en a qui sont plus à l'aise de gérer l'émotif de la clientèle, des endeuillés, puis les autres gérer le contour je dirais, gérer les policiers, les procédures, les choses comme ça » (Participant 6). Le participant 8 ajoute à ce sujet : « c'est sûr qu'être deux, ça permet qu'un corridor thérapeutique soit vraiment établi entre un intervenant et la personne endeuillée, et que l'autre peut gérer toute autre tâche connexe autour ». La co-intervention permet également aux intervenants de respecter leurs limites émotionnelles et de se sentir soutenus à travers l'intervention : « on peut interchanger à des moments clés de l'intervention, un peut aller un peu respirer, l'autre prend le relais, donc ça, ça aide aussi à s'écouter soi, puis de respecter nos limites là-dedans » (Participant 8). Puis, le travail à deux permet également un support clinique dans la prise de décisions : « Avec l'autre, tu as deux perceptions [...] puis une décision n'est pas remise juste sur les épaules d'une personne » (Participant 4).

5.3.2.2 Soutien entre intervenants sociaux

Dû à la grande charge émotive des interventions, les collègues (intervenants sociaux de première ligne) représentent un soutien émotionnel important au quotidien : « moi la première chose que je pense si j'ai un dossier avec un endeuillé par le suicide, j'implique des collègues, je vais chercher l'appui et le support de mes collègues de travail » (Participant 4). Pour certains intervenants, c'est ce qui fait qu'ils sont capables de continuer leur travail à travers les années : « On voit plus souvent notre « *gang* » de travail, que notre propre famille dans une année [...] fait qu'on est *tissé serré* [...] c'est comme ça qu'on est capable de passer à travers » (Participant 3).

« C'est très important, le dialogue, le « *débriefing* » après, de ventiler sur ce qu'on a vécu [...] avec chaque collègue, on revenait pas nécessairement au bureau directement après, on arrêtais prendre un café, se « *parker* » plus loin, puis on

prend un souffle, du recul [...] on dit tout, on revient vraiment sur notre intervention complète ». (Participant 3)

D'ailleurs, certains intervenants ont des réunions quotidiennes, afin de discuter de leurs interventions, les difficultés rencontrées et les émotions vécues : « on débute avec un « *fall-in* » comme les policiers [...] quand il y a des intervenants qui ont vécu des gros appels de garde, des interventions plus difficiles, c'est notre moment de partage, de soutien » (Participant 2).

5.3.3 Policiers

Lors d'une intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide, les policiers seront très souvent rencontrés sur les lieux : « nous, notre partenaire principal, c'est vraiment les policiers sur place » (Participant 3). Ceux-ci vont souvent solliciter l'aide des intervenants sociaux de première ligne lors d'un décès par suicide, afin de soutenir les proches endeuillés. Les policiers leur partageront de l'information sur la situation et les personnes impliquées. Par ailleurs, les participants de l'étude ont également abordé la complémentarité des rôles du policier et de l'intervenant, puis le soutien émotionnel qui est parfois offert aux policiers sur les lieux.

5.3.3.1 Partage d'information entre les intervenants de première ligne et les policiers

L'implication des intervenants sociaux de première ligne en contexte de deuil par suicide commence généralement par un appel des policiers à venir les rejoindre sur leur intervention. Avant l'arrivée des intervenants sociaux sur les lieux, il y a souvent un premier partage d'information téléphonique entre les policiers et les intervenants sociaux de première ligne concernant le contexte du décès par suicide. Les policiers pourront informer les intervenants sociaux concernant l'appel qui a été fait au 911, les informations nominatives des personnes impliquées (ex. nom, date de naissance, adresse), les circonstances du décès par suicide (ex. pendaison, arme à feu, chute, etc.), l'état du défunt, les réactions des endeuillés sur les lieux, la présence ou non de lettres laissées par le défunt, les témoins du suicide, les antécédents d'intervention policière à l'adresse, et bien d'autres

éléments : « rien ne vaut le contact visuel ou par téléphone avec l'agent qui capable de nous expliquer de manière très détaillée [...] on a quand même un bon portrait d'ensemble quand on a un contact direct, c'est vraiment l'échange verbal, c'est primordial » (Participant 3).

D'ailleurs, ce premier partage d'information téléphonique, permettra aux intervenants sociaux de première ligne d'évaluer la situation et la pertinence de leur déplacement sur les lieux : « ben, c'est eux autres qui nous permettent de déterminer est-ce qu'il faut que je me déplace là » (Participant 2). Lorsqu'ils trouvent pertinent de se déplacer sur les lieux, un deuxième partage d'information entre les intervenants sociaux et les policiers est souvent réalisé en face-à-face, avant d'aller à la rencontre des endeuillés par le suicide : « on va poser plus de questions rendus sur place, est-ce que le corps est encore là, il est dans quel état, est-ce que la personne la vue, ou l'a trouvé » (Participant 5). Ce partage d'information avec les policiers permet également aux endeuillés de ne pas répéter les mêmes informations : « tout ce qu'ils vont nous transmettre va nous permettre d'accrocher ces endeuillés-là à des services par la suite, avec la bonne information [...] sans qu'ils aient besoin les endeuillés, de répéter toute l'information » (Participant 3).

Cet échange verbal avec les policiers permet également aux intervenants sociaux de première ligne de se préparer au contexte d'intervention sur les lieux : « j'irai pas de l'avant sans savoir exactement ce qui s'est passé, dans quel état ils sont actuellement » (Participant 1). Dans certains cas, les intervenants sociaux partageront également certaines informations et des conseils cliniques aux policiers : « dans certains cas de suicide, on va pas se déplacer, on va leur donner des conseils cliniques, leur dire que ça vaut pas la peine nécessairement avec ce qu'ils me donnent, de se déplacer, parce qu'il y a déjà la famille qui se soutient, c'est positif, etc. » (Participant 2). Le participant 5 souligne également l'importance d'expliquer les interventions et sa vision clinique aux policiers, afin qu'il y ait une cohérence à travers les interventions de tous les professionnels sur les lieux : « il faut continuer cette collaboration-là, parce que les policiers vont rester, et qu'ils comprennent ce qu'on fait et ce qu'on veut faire [...] faut qu'on se soit enligné tout le monde ensemble sur ce qui va se passer ».

5.3.3.2 Complémentarité des rôles des intervenants de première ligne et des policiers

La complémentarité des intervenants sociaux et des policiers sur les lieux a été soulignée par de nombreux participants : « on est chanceux d'avoir ce partenariat avec les policiers [...] on se complète énormément » (Participant 1). L'expertise légale des policiers, ainsi que l'expertise psychosociale des intervenants, sont vues par les participants comme étant complémentaires dans l'intervention auprès des endeuillés par le suicide : « ils font du mieux qu'ils peuvent humainement, mais ils ne sont pas formés pour ça, c'est pas leur travail, donc voilà on va se compléter à ce niveau-là... ça va être plus eux les « technicalités », moi je vais être plus dans le psychosocial » (Participant 1).

« Tu peux pas leur demander de porter six chapeaux en même temps, y'a une enquête, une enquête de coroner, il y a des procédures policières, il y a des manières de faire, puis entre-temps il faudrait qu'ils jouent au travailleur social, ça n'a pas de bon sens ». (Participant 6)

Ainsi, les intervenants sociaux vont souvent être sollicités par les policiers, afin d'assurer une présence auprès de la famille endeuillée : « La collaboration elle est extrêmement facile [...] eux ont des attentes face à nous et c'est souvent de gérer la famille, parce qu'ils ont beaucoup de gestion « autre » à faire » (Participant 6). Ou bien, pour référer la famille endeuillée à des ressources pertinentes : « les mettre en relation avec les bonnes ressources [...] ça c'est des choses que les policiers ou bien les premiers répondants sur place c'est pas leur boulot, c'est pas leur mandat, et c'est correct qu'on soit appelé pour ça » (Participant 8). Les policiers solliciteront également les intervenants, afin qu'ils réalisent une évaluation du risque relative à l'application de la Loi P38¹.

D'ailleurs, les participants 1 et 8 observent une différence dans l'ouverture des endeuillés par le suicide à parler de leur situation, en fonction du professionnel à qui ils s'adressent :

¹ Loi P38 : « portant sur la garde par un établissement de santé et de services sociaux des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et sur l'évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité d'une telle garde ». (Site internet Légis Québec, 2021).

« D'emblée, quand on arrive [...] les gens s'effondrent, en partant, là ils ne parlent plus aux policiers où ils doivent se tenir un peu, ils parlent à une intervenante, donc automatiquement il n'y a plus de barrières, ils s'effondrent, ils parlent » (Participant 1). À ce sujet, le participant 8 ajoute : « Juste de sentir que y'a des gens en civil qui sont là, parce que policiers, ambulanciers, pompiers, sont tous en uniforme, déjà ça amène une touche d'humanité à quelque chose qui se passe de gros ».

La présence d'intervenants sociaux de première ligne sur les lieux du décès par suicide, permet également une courroie de communication entre les endeuillés et les policiers : « on est souvent la courroie de discussion entre les policiers et la famille [...] on est beaucoup dans les explications de qu'est-ce qui se passe, quelle est la prochaine étape, qu'est-ce qu'ils auront à faire par la suite » (Participant 6).

5.3.3.3 Soutien des intervenants de première ligne offert aux policiers

Plusieurs participants ont mentionné considérer l'état émotionnel des policiers à travers l'intervention : « on essaye de les supporter, on n'est pas là pour eux, mais par la bande on est là aussi pour eux, parce que c'est pas rare que ce soit les policiers qui les décrochent, tout ça, donc on essaie d'être très à l'écoute des policiers » (Participant 4).

« Je pense qu'on a une sensibilité à avoir comme intervenant, on s'en parle de plus en plus, nous l'équipe, mais on va prendre le temps de voir comment qu'ils vont [...] les policiers de gendarmerie, les duos de patrouille [...] on a de l'attention à leur donner à eux autres, c'est peut-être leur premier suicide... donc on a juste à les aider à redescendre un peu, les soutenir un peu ». (Participant 2)

Parfois, certains participants observent que la sollicitation des intervenants sociaux à venir les aider sur les lieux de l'intervention, est davantage pour les premiers répondants, que pour les endeuillés par le suicide : « des fois les gens endeuillés n'ont pas nécessairement besoin de nous, mais les policiers sont plus capables de gérer le débordement émotif et là ils nous appellent parce qu'eux sont plus capables de gérer ça » (Participant 8). Les intervenants voient tout de même une pertinence à se déplacer pour offrir leur soutien aux policiers sur les lieux : « des fois les policiers eux autres, je pense qu'ils veulent ventiler,

ils veulent en parler de ce qu'ils ont vécu, et c'est là que notre présence est utile pour les policiers » (Participant 4). Toutefois, ce soutien offert aux policiers n'est pas formellement mentionné : « c'est « informel », on fait pas de la thérapie, c'est sûr qu'on a la conscience qu'il faut les supporter parce qu'ils ont vécu quelque chose de beaucoup plus dur que nous, parce qu'ils ont vu des choses que nous on n'a pas vu » (Participant 4).

5.3.4 Équipe en postvention du suicide – services psychosociaux de deuxième ligne

Dans la majorité des cas, les intervenants sociaux de première ligne référeront les endeuillés rencontrés, à l'équipe de postvention du suicide de leur secteur. Les équipes de postvention du suicide offrent des services psychosociaux de deuxième ligne aux endeuillés par le suicide, donc un suivi à plus long terme.

5.3.4.1 Partage d'information entre les intervenants de première et deuxième ligne

Les intervenants de première ligne entreront en contact avec l'équipe spécialisée en postvention du suicide de leur secteur, afin de référer les endeuillés rencontrés : « notre travail, c'est beaucoup d'offrir la ressource de postvention » (Participant 4). Un partage d'information sera souvent réalisé à travers cette référence. Toutefois, les partenariats et les liens entretenus entre les organisations de première et de deuxième ligne varient selon les régions du Québec. Certains auront des communications et discussions cliniques quotidiennement : « malgré qu'on est dans deux systèmes différents [...] c'est comme si on était la même équipe dans ces interventions-là, on se passe les dossiers comme si on était dans la même équipe de travail » (Participant 2). D'autres organisations de première ligne enverront uniquement une référence électronique au service de deuxième ligne en postvention du suicide, en envoyant les informations nominatives et relatives au contexte du décès par suicide.

5.3.4.2 Complémentarité des services psychosociaux de première et deuxième ligne

Les participants de l'étude expliquent que les équipes en postvention du suicide sont complémentaires à leurs services, car ils peuvent prendre en charge plusieurs aspects et besoins des endeuillés par le suicide, à plus long terme.

« ils prennent en charge tellement toutes les sphères autour de ces personnes endeuillées là, exemple ça serait d'aller dans les écoles parce que c'est un jeune qui s'est suicidé, donc ils vont se rendre à des endroits, au travail, ils vont toucher à toutes les sphères autour de cette personne-là ». (Participant 1)

Plusieurs participants soulignent l'importance d'avoir accès à une équipe spécialisée en postvention du suicide, afin de référer les endeuillés par le suicide rencontrés en première ligne. Pour le participant 1, l'équipe de postvention du suicide est le meilleur allié des intervenants sociaux de première ligne : « la postvention, c'est sûr que ça a un gros impact dans la prise en charge des endeuillés » (Participant 1). L'accès à une ressource de deuxième ligne en postvention du suicide est perçu comme un outil important pour ce contexte d'intervention : « on a un très haut taux d'arrimage [...] les gens y vont, les gens vont aux groupes d'endeuillés [...] je pense que c'est notre meilleur outil qu'on a en intervention deuil » (Participant 6).

Certains intervenants de première ligne solliciteront l'aide des intervenants de deuxième ligne de leur secteur, spécialisés en postvention du suicide, pour un soutien dans l'intervention de crise, lors de situations exceptionnelles : « j'ai déjà fait des interventions conjointes avec la ressource spécialisée en postvention [...] même si on n'est pas habitué de travailler régulièrement ensemble, ça allait très bien » (Participant 2). Par exemple, les intervenants de première ligne ont déjà fait appel à eux dans un contexte où il y avait plusieurs enfants sur les lieux du décès par suicide : « on y va avec le CLSC, l'équipe dédiée, pour vraiment se supporter [...] on s'est retrouvé 3 intervenantes pour genre 30 personnes, à faire l'annonce à des enfants » (Participant 3). De plus, certains participants expliquent faire appel aux intervenants de deuxième ligne, en postvention du suicide, afin d'avoir des conseils cliniques : « moi comme équipe d'intervention de première ligne, ben

j'ai besoin du monde qui font de la postvention de façon régulière pour un soutien clinique quand je me sens un peu déstabilisé par rapport à certaines choses » (Participant 2).

5.3.5 Autres acteurs du microsysteme

Chaque situation de deuil par suicide est unique. Plusieurs individus et professionnels peuvent être rencontrés ou appelés dans ce contexte d'intervention, selon le contexte et les besoins ciblés chez les endeuillés. Voici les autres acteurs du microsysteme les plus souvent nommés à travers les entrevues de recherche.

5.3.5.1 Acteurs présents lors d'une intervention sur les lieux du décès

D'abord, les ambulanciers seront souvent rencontrés sur les lieux, lors d'une intervention en contexte de deuil par suicide. Un partage d'information avec eux est possible : « Si les ambulanciers arrivent par la suite, on va leur expliquer la situation et vice versa [...] ils vont être acquittés, s'il y'a personne qui est transporté (à l'hôpital) quand le décès est constaté » (Participant 7). Les ambulanciers sont souvent rencontrés dans un contexte d'évaluation et d'application de la Loi P38 : « vu qu'on applique tout ce qui est intervention en santé mentale, qu'on est décisionnel pour l'application de la P38, on fait souvent affaire avec les paramédics » (Participant 2). Les intervenants sociaux de première ligne rencontrent également les préposés de la morgue, qui ont comme rôle de venir chercher le corps du défunt sur les lieux.

« C'est vraiment les personnes qui amènent le corps, ils sont toujours deux, sauf que leur collaboration est nécessaire, parce que c'est eux qui préparent le corps pour qu'il soit présentable à la famille. [...] j'ai vu des gens doux, patients, qui prenaient le temps, qui collaboraient avec nous, qui essayaient de voir où on était rendu dans l'intervention, puis ça fait toute la différence pour la famille ». (Participant 5)

De plus, les proches des endeuillés par le suicide seront souvent appelés et rencontrés sur les lieux du décès par suicide : « ça va être des proches que je vais contacter, pour leur demander mettons s'ils peuvent se déplacer ou si la personne endeuillée pourrait se rendre chez eux momentanément, on peut les accompagner » (Participant 8). Dans le cas où la

religion est importante pour la famille endeuillée, il est aussi possible de faire appel à une autorité religieuse, qui pourra venir offrir un soutien à la famille sur les lieux, puis les accompagner dans les rites et traditions liés au deuil.

5.3.5.2 Acteurs sollicités à travers les démarches pour les endeuillés par le suicide

Selon les besoins ciblés chez les endeuillés par le suicide, plusieurs acteurs externes et professionnels seront contactés, afin de réaliser des démarches pour ceux-ci. Par exemple, plusieurs intervenants sociaux rencontrés ont mentionné qu'ils contactent souvent des professionnels de la santé et des services sociaux, afin de leur transmettre des informations sur la situation : « tout professionnel auquel vous pouvez penser dans le système de la santé peut être appelé suite à un décès par suicide [...] tout le monde qui est un réseau pour cette personne-là » (Participant 5). Par exemple, les intervenants pourront contacter un professionnel au dossier de la personne endeuillée : « si par exemple la personne a un médecin de famille, elle est connue pour la dépression, bien on peut dire, nous on va l'appeler ton médecin de famille, demain il va faire un suivi » (Participant 5). Puis, ils pourront également contacter un professionnel au dossier du défunt : « on devient un peu la « courroie de communication » entre la famille et l'équipe traitante, où on va juste leur transmettre des informations goutte-à-goutte, sans briser de confidentialité, mais toujours dans le but de les informer que leur patient est décédé » (Participant 3).

Ensuite, plusieurs participants ont expliqué qu'ils contactaient souvent les milieux scolaires et professionnels des endeuillés. Par exemple, l'intervenant de première ligne pourra appeler l'employeur de la personne endeuillée, afin de l'informer de son absence au travail pour les prochains jours. La direction de l'école des enfants sera également contactée pour les mêmes raisons, et une bonne collaboration avec les milieux scolaires est observée : « pour s'assurer que la journée que le petit va vouloir aller à l'école [...] que l'école soit prête à son arrivée [...] que ce soit les bons services qui soient mis en place par la direction » (Participant 6).

Les intervenants pourront également faire plusieurs appels liés aux démarches à la suite d'un décès. Le participant 3 affirme : « Ça m'est arrivé d'appeler au presbytère pour un terrain [...] juste cet appel-là a fait que Madame a été prise en charge par le salon funéraire, le presbytère ». Par ailleurs, les intervenants pourront également contacter une ambassade pour organiser le rapatriement du corps dans un autre pays : « On a toutes des histoires de rapatriement de corps, faire affaire avec l'ambassade et aider dans ces démarches-là » (Participant 6).

5.4 Méso-système

Le méso-système est défini comme étant un groupe de micro-systèmes en interrelation par l'entremise d'échanges et de communications (Absil et Vandoorne, 2012). La personne au cœur du micro-système n'est pas en relation directe avec le méso-système, mais le méso-système a des impacts sur celle-ci. Ainsi, le méso-système comprend les relations externes à l'intervenant psychosocial de première ligne, mais qui ont un impact sur celui-ci. Deux relations externes à l'intervenant ont particulièrement été abordées par les participants de l'étude : l'intervention des policiers auprès des endeuillés par le suicide, ainsi que la relation antérieure du défunt avec une équipe traitante en santé mentale.

5.4.1 Intervention des policiers auprès des endeuillés par le suicide

Dans la majorité des situations, l'interaction entre l'endeuillé par le suicide et un policier est préalable à l'intervention psychosociale de première ligne. En effet, selon l'évaluation et le jugement clinique du policier, celui-ci sollicitera parfois l'aide d'intervenants psychosociaux de première ligne. Cette interaction entre le policier et l'endeuillé est donc à la base de la décision de solliciter l'aide d'un intervenant social de première ligne.

« On est une offre de service que les policiers peuvent utiliser, donc c'est pas une obligation, ils vont utiliser leur jugement en fonction de l'état de la personne à qui c'est annoncé [...] c'est les policiers, au moment où on s'en va annoncer à la famille qu'il y a telle personne qui s'est jetée devant le métro, et bien suite à la réaction, ils vont nous appeler ». (Participant 5)

Selon le participant 3, l'interaction entre les policiers et les endeuillés, peut avoir un impact sur la réceptivité des endeuillés à l'intervention psychosociale de première ligne : « les premiers répondants vont avoir un effet direct sur tout ce qui va suivre par la suite, si le contact est vraiment pas bon avec le premier policier qui se ramène chez vous, puis que ça dégénère, ben ça va jouer sur la qualité des interventions que même nous on va pouvoir faire auprès d'eux, parce qu'ils vont rester accrochés à la première figure qu'ils ont vue ». À ce sujet, le participant 4 ajoute : « mettons que les policiers ont été un peu plus « cavaliers », bien la famille peut être un peu plus sous le choc déjà là, de comment ils ont reçu la nouvelle, donc c'est sûr que le travail des policiers a un impact sur mon intervention, comment la famille va être disposée par la suite à mon intervention ». D'ailleurs, les intervenants sociaux de première ligne vont tenter de rétablir un lien avec les endeuillés, dans le cas où les interactions avec les policiers n'ont pas été perçues positivement par ceux-ci : « c'est eux qui vont avoir créé la première approche, la première communication avec ces endeuillés-là, donc c'est primordial quand on arrive après ça, on va rattraper si ça n'a pas bien été, mais généralement ils font vraiment très bien ça, donc ça permet qu'on fait juste une continuité » (Participant 1).

5.4.2 Relation antérieure du défunt avec une équipe traitante en santé mentale

Une autre relation du mésosystème a été abordée lors des entrevues de recherche, particulièrement par les participants 3, 4 et 5, concernant la relation antérieure du défunt avec une équipe traitante en santé mentale : « si la personne suicidée, décédée, était suivie par une clinique externe, une équipe spécialisée, un suivi étroit, un suivi intensif, ça peut avoir une influence sur notre pratique » (Participant 3). Cette relation antérieure peut avoir un impact sur l'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide, notamment à travers la colère exprimée par les endeuillés. Le participant 5 explique : « elle a amené sa fille de force à l'hôpital, la fille a obtenu son congé d'hôpital la journée même, puis elle est allée se suicider [...] des fois ils la vivent la colère [...] on n'empêche pas ce sentiment-là, on n'essaye pas de contrer ça ».

« le monsieur il s'était rendu à l'hôpital, on lui avait donné un rendez-vous en disant on prendra pas un lit pour ça, rentre à la maison, on va te rappeler, puis finalement

il s'est suicidé, donc c'est sûr que la conjointe, elle vit des frustrations envers le système de la santé [...] c'est sûr qu'on gère beaucoup de frustration de la famille ». (Participant 4)

Le participant 3 observe que cette relation antérieure du défunt avec une équipe traitante, peut avoir un impact sur l'ouverture des endeuillés par le suicide à recevoir eux-mêmes de l'aide psychosociale : « t'as des familles qui sont tellement enragées que tu leur proposes des services, puis ils veulent plus rien savoir, parce qu'ils se disent « bien le réseau n'a pas été capable de le sauver, parce qu'il était déjà suivi, pourquoi moi j'accepterais les services ? » la colère est tellement intense au début ». Par ailleurs, les participants ont souligné que la communication de l'intervenant de première ligne avec l'équipe traitante du défunt peut donner lieu à un partage d'informations pertinentes, car ces professionnels connaissent parfois l'historique familial : « souvent ils peuvent nous aider par rapport à la famille au contraire, ils vont nous dire « va voir cette personne-là, elle va être fragile, l'autre va être super aidante », ils connaissent déjà l'historique familial, les intervenants autour » (Participant 3).

5.5 Exosystème

L'exosystème réfère aux milieux qui ont une influence sur l'individu, mais où les acteurs des microsystèmes ne sont pas directement influents (Absil et Vandoorne, 2012). Ces exosystèmes influencent davantage par la définition de règles, de normes, ou par leurs effets sur la qualité de vie (ex. guides de pratique, structure organisationnelle, normes du travail, lois, etc.) (Drolet, 2013). Plusieurs aspects pertinents de l'exosystème ont été abordés par les participants concernant le mandat de l'organisation, l'évaluation de l'application de la Loi P38, l'organisation du travail, puis la structure et l'accessibilité des services offerts aux endeuillés par le suicide.

5.5.1 Mandat de l'organisation

Malgré la variété des milieux de travail des participants de l'étude, ceux-ci ont tous le même mandat dans le cadre de leur travail. En effet, les intervenants sociaux de première

ligne rencontrés doivent tous travailler en contexte de crise, auprès de différentes clientèles et concernant de multiples problématiques psychosociales.

« On a un mandat qui est large, on intervient dans les évictions, l'itinérance, tout ce qui est l'évacuation en cas d'incendie, d'inondation sur le territoire, on est tous dans les procédures de sécurité civile, on a toute aussi la violence intrafamiliale, décès par suicide, homicide, noyade, etc. On s'occupe de la maltraitance, il y a un de nos gros mandats qui est la santé mentale [...] on est vraiment plus concentré sur les opérations policières ». (Participant 2)

Ces intervenants de première ligne répondent à la demande d'aide de plusieurs acteurs : « Toutes les demandes provenant des policiers, soit des paramédics, des réseaux communautaires ou du réseau de la santé » (Participant 5). À la suite d'une demande pour leurs services d'intervention psychosociale de première ligne, une certaine trajectoire de services est suivie : « On prend l'information au téléphone, on arrive sur les lieux, on confirme cette information-là, on prend la nouvelle information, on intervient, on s'assure de l'arrimage, puis on fait les suivis nécessaires en lien avec l'arrimage, on fait aussi la collaboration avec les différents partenaires » (Participant 5). Ce mandat de première ligne s'inscrit dans un soutien psychosocial à court terme : « on est une équipe surspécialisée en crise, et en estimation du risque de dangerosité [...] nous notre service c'est vraiment sur le coup » (Participant 7).

Pour le participant 2, l'objectif de l'intervention psychosociale de première ligne est de prédisposer les personnes rencontrées à des suivis psychosociaux, en deuxième ligne. Le but de ce type d'intervention est donc de référer à des ressources pertinentes à plus long terme : « On est un « tampon » [...] ultimement on n'est pas un suivi, donc notre but c'est de référer, mais si y'a rien ou personne entre les deux, on va pas abandonner la personne, donc y'a pas de règles » (Participant 5).

5.5.1.1 Intervenants de première ligne désignés pour l'application de la loi P-38

Les intervenants sociaux de première ligne sont souvent appelés à évaluer l'application de la loi P38, c'est-à-dire la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un

danger pour elles-mêmes ou pour autrui : « portant sur la garde par un établissement de santé et de services sociaux des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et sur l'évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité d'une telle garde » (Site internet Légis Québec, 2021).

« les policiers vont nous appeler pour évaluer, pour être sûrs qu'il y a l'application [...] À partir du moment où il y a des tiers qui sont inquiets pour quelqu'un, que ce soit des équipes traitantes, des proches ou un policier [...] on va à domicile pour évaluer, donc on est désigné nous autres pour l'application de la P38 ». (Participant 2)

Ainsi, lorsqu'il y a un risque pour la sécurité des endeuillés par le suicide (ex. un risque suicidaire élevé), pendant la phase de choc, des intervenants sociaux de première ligne peuvent rapidement évaluer si un transport à l'hôpital est nécessaire : « Y'a des gens qui vont tellement être en choc qui va falloir les transporter à l'hôpital » (Participant 7). Dans le cas où l'intervenant évalue que ce transport est nécessaire, mais que l'endeuillé ne donne pas son consentement, la Loi P38 pourra être appliquée et forcera le transport de la personne vers l'hôpital : « On est là pour évaluer il y a tu des enjeux avec les endeuillés par le suicide [...] c'est déjà arrivé qu'on transporte des gens à l'hôpital, parce que le choc était trop important et qu'il y avait un risque suicidaire, il était trop élevé » (Participant 2). Pour le participant 8, l'application de la Loi P38 en contexte de deuil par suicide se veut souvent déchirante.

« la personne vient de perdre un proche par suicide [...] elle ne veut pas aller à l'hôpital, mais nous on force le transport, donc c'est déchirant pour l'intervenant [...] c'est vraiment une barrière de protection qu'on fait pour cette personne-là en la laissant pas seule, puis en l'amenant à l'hôpital ». (Participant 8)

5.5.2 Organisation du travail

Au quotidien, deux éléments dans l'organisation du travail semblent particulièrement importants pour les participants de cette étude, et propres à ce milieu, soit la disponibilité, ainsi que l'autonomie professionnelle des intervenants sociaux de première ligne.

5.5.2.1 Impacts de la disponibilité et l'autonomie des intervenants de première ligne

D'abord, il est important de souligner que la durée de l'intervention auprès des endeuillés par le suicide varie en fonction de plusieurs éléments (ex. le contexte, les demandes des endeuillés, les besoins identifiés sur les lieux, etc.) : « surtout pour le deuil, aucune durée d'intervention précise, c'est en fonction du besoin de la famille, c'est à peu près la seule [...] on n'en a pas de cadre pour le deuil, c'est vraiment en fonction de la demande, puis ça fait partie de comment on intervient » (Participant 5).

Le participant 4 apprécie le fait qu'il n'y a aucune restriction de temps offert à la famille endeuillée sur les lieux : « même si ça génère du temps supplémentaire, on n'a pas de restrictions à ce niveau-là, ils vont nous laisser aller jusqu'à où il faut aller [...] ça c'est sûr que ça peut être aidant aussi ». Pour le participant 2, la disponibilité 24/7 des intervenants sociaux de première ligne facilite l'adaptation aux besoins des endeuillés par le suicide et contribue au filet de sécurité qui leur est offert.

De plus, l'autonomie professionnelle et la liberté d'action des intervenants sociaux ont été soulevées par de nombreux participants : « on s'est souvent dit « des libres penseurs », on est très autonome, on fait ce qu'on peut avec ce qu'on a, c'est un peu la culture qu'on a [...] on n'a pas de limites, puis on a quand même la confiance de nos autorités en haut de nous autres, pour tout ce qu'on fait » (Participant 3). L'autonomie des intervenants de première ligne est donc appréciée des participants : « on est vraiment très très bien et très très choyé à ce niveau-là, on a une autonomie professionnelle pleine et entière [...] donc de la part de l'employeur, ça prend une belle et grande confiance en les employés qui sont sur le terrain » (Participant 8). Ainsi, selon les participants de l'étude, la confiance de l'employeur envers les intervenants de première ligne est nécessaire et importante.

« Si pour X raison, ce jour-là on va pas bien, on n'est pas capable d'aller faire une intervention deuil [...] je sens que j'ai toute la latitude pour nommer que je ne suis pas à ce rendez-vous là, je suis brûlée, je suis pas dans les bonnes dispositions psychologiques, mentales, et on n'en nous tient pas rigueur ». (Participant 8)

5.5.3 Structure et accessibilité des services offerts aux endeuillés par le suicide

Tel que soulevé par les intervenants sociaux rencontrés, les services psychosociaux de première et de deuxième ligne, offerts aux endeuillés par le suicide, vont varier selon la région au Québec. En effet, ceux-ci varieront en fonction des régions, des villes et parfois même selon les secteurs et quartiers.

Services d'intervention psychosociale de première ligne

L'offre de service en intervention psychosociale de première ligne, en contexte de crise, varie énormément : « je sais qu'il y a des villes qui n'auront pas nécessairement d'intervenants d'urgence qui vont se déplacer, même l'évaluation du risque suicidaire... il y a des villes qui ont de la misère, y a les centres de crise qui sont là, mais ce n'est pas nécessairement... ils se déplacent pas toujours » (Participant 4).

Le fonctionnement des services de première ligne variera selon les différentes organisations et régions. Par exemple, certaines organisations de première ligne pourront offrir leurs services à la demande de n'importe quel acteur, dont le citoyen : « on est disponible 24/7, le citoyen appelle [...] il demande de parler à un de nos intervenants, puis on est « *pagé* » (pagette) à 2h du matin » (Participant 2). À l'inverse, certains offriront seulement leurs services de première ligne à la demande d'un autre professionnel de la santé et des services sociaux, ou bien des premiers répondants : « nous les citoyens ne peuvent pas nous appeler directement [...] on vient en soutien à des professionnels, donc ça va être des travailleurs sociaux, qui vont nous appeler, ça va être les ambulanciers, ça va être des policiers, etc. » (Participant 7).

D'ailleurs, les intervenants sociaux de première ligne au Québec, peuvent travailler à l'intérieur de plusieurs types d'organisations. Plusieurs travaillent en milieu institutionnel (ex. programmes de crise d'un CISSS, en CLSC, pour Info-Social, ou autre), en milieu communautaire (ex. centre de crise), ou bien au sein d'un service de police : « ça va dépendre des équipes qui sont à déploiement rapide dans chacun des secteurs [...] c'est

souvent des intervenants du CISSS qui sont prêtés au service de police, ou ils sont juste une intervenante au sein du service de police [...] mais ça peut vraiment varier » (Participant 3). Ainsi, l'offre de service, la structure et l'accessibilité des services de première ligne au Québec varient énormément, en fonction de la région, ville et même du secteur.

Services d'intervention psychosociale de deuxième ligne – postvention du suicide

La structure et l'accessibilité des services de deuxième ligne, spécialisés en postvention du suicide, varient également en fonction des organisations. Les suivis offerts à plus long terme, spécialisés en postvention du suicide, seront d'abord offerts aux endeuillés en milieu institutionnel, par le réseau de la santé (ex. équipe spécialisée en postvention du suicide d'un CISSS). Le participant 5 explique la variabilité de l'offre de services en CLSC pour les endeuillés par le suicide : « c'est difficile un peu, y'a pas de standardisation des services en CLSC pour les endeuillés par suicide et les endeuillés de manière générale en deuil traumatique [...] y'a vraiment des CLSC où c'est bien intégré, d'autres où tu leur parles de ça, puis tu as l'impression que tu sors de nulle part... donc faut appeler ». Pour sa part, le participant 8 trouve pertinent de référer les endeuillés au CLSC lorsqu'il y a d'autres besoins et problématiques ciblées : « quand on estime qu'au-delà du deuil, il y a d'autres problématiques [...] par exemple si la personne qui s'est enlevé la vie c'était un proche aidant, bien ça se peut que la personne qui reste ait des besoins autres » (Participant 8).

Les suivis en postvention du suicide peuvent être également offerts aux endeuillés dans certains organismes communautaires. Par exemple, dans la région du Grand-Montréal, la ressource Suicide Action Montréal (SAM) offre des services en postvention du suicide aux endeuillés : « y'a pas mal toujours « Suicide Action Montréal » qui offre un suivi pour les endeuillés par suicide [...] il est facilement accessible, je pense que ça c'est bien » (Participant 5). De plus, certains centres de crise et de prévention du suicide au Québec offriront des services aux endeuillés par le suicide pendant la phase de choc : « chaque centre de crise a son fonctionnement un peu spécial, mais nous, généralement, ils sont très aidants avec les endeuillés » (Participant 7).

« Le centre de crise peut offrir ce dépannage-là de quelques jours [...] c'est sans frais, ils peuvent aller se déposer, être entourés d'intervenants, quand c'est trop gros pour eux, des gens surtout isolés, donc le centre de crise reste, mais c'est sûr que ce n'est pas spécialisé en deuil traumatique, mais ça dépanne ». (Participant 8)

Ainsi, nous constatons que la structure et l'accessibilité des services psychosociaux de deuxième ligne, spécialisés en postvention du suicide au Québec variera énormément, en fonction de la région et de l'organisme dédié.

5.6 Macrosystème

Le macrosystème englobe l'ensemble des autres systèmes. Il s'agit des « patterns » qui définissent les formes de la vie en société (Absil et Vandoorne, 2012). On peut l'assimiler à la culture définie comme une grammaire du social et « tout ce qui va de soi », qui donne une forme globale à l'ensemble des systèmes, mais qui va être actualisé et réinterprété par chaque système (ex. valeurs de la société, contexte socio-historique, culture, etc.) (Drolet, 2013). Parmi les données recueillies pour cette étude, deux éléments du macrosystème ont particulièrement été abordés par les participants, soit le tabou concernant le suicide, puis la considération des aspects culturels et religieux dans l'intervention de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide.

5.6.1 Tabou concernant le suicide

Plusieurs intervenants de première ligne constatent un tabou concernant le suicide chez les endeuillés : « on le voit encore régulièrement dans l'intervention de deuil, les jugements de la société : « comment je vais le dire au monde ? je pourrais pas dire qui s'est suicidé, ça n'a pas d'allure... », puis y a énormément encore aujourd'hui de stigma qui va avec le suicide » (Participant 6). Le participant 3 ajoute à ce sujet : « même dans les secteurs où les gens sont très très très aisés, il ne faut pas que ça se sache... c'est très honteux... qu'est-ce que ça va avoir l'air.... qu'est-ce qu'on va dire de nous autres, ça, ça peut devenir lourd aussi ».

Le participant 6 mentionne la façon dont il adresse ce tabou auprès des endeuillés par le suicide : « une phrase que je dis régulièrement c'est : si votre frère par exemple était mort d'un cancer, qu'est-ce que vous diriez ? « Ben qu'il est mort d'un cancer ! », bien votre frère avait des problèmes de santé mentale et la maladie a eu le meilleur de lui-même [...] c'est ça le suicide en bout de ligne, c'est de mourir de la douleur qui est trop forte ». Pour sa part, le participant 8 constate que ce tabou a des impacts sur l'isolement, la honte et la culpabilité chez les endeuillés.

« Comme le suicide est quelque chose de tabou encore [...] ce qui ressort de mes interventions deuil, c'est que les personnes vont être hésitantes à vouloir contacter un proche ou impliquer le réseau. [...] il y a une part de honte là-dedans, il y a une part de culpabilité qui fait que les gens craignent de se faire questionner sur... Ben tu n'as pas vu ça venir, sûrement qu'il avait laissé des indices... ». (Participant 8)

D'ailleurs, tel que mentionné dans la section concernant l'ontosystème, certains participants constatent que le tabou relié au suicide est également présent chez les intervenants sociaux de première ligne : « ce que je vois chez les intervenants, souvent il y a quand même un malaise avec le suicide, même chez les intervenants » (Participant 6).

5.6.2 Aspects culturels et religieux en intervention de première ligne

Plusieurs participants de l'étude ont soulevé l'importance de considérer les aspects culturels et religieux dans l'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide. Le participant 4 aborde l'impact de l'aspect religieux sur l'ouverture des endeuillés envers les intervenants sociaux de première ligne. En effet, certains préféreront recevoir le soutien d'une autorité religieuse : « tout dépendamment de quelle religion, il y en a pour qui c'est impensable qu'une intervenante vienne se mêler de leur vie » (Participant 4). L'aspect religieux peut également avoir un impact sur la vision du suicide chez les endeuillés : « c'est pas admis au niveau de certaines religions, donc je pense qu'il ne faut pas négliger non plus cet aspect-là » (Participant 1). À ce sujet, le participant 6 ajoute : « Comme si... du moment qu'on rentre dans une famille qui est un peu religieuse et n'importe quelle religion, n'importe quelle, c'est problématique le suicide, on s'en va en enfer là... c'est tabou » (Participant 6).

De plus, la vision de la mort peut être différente pour l'endeuillé et l'intervenant de première ligne, amenant certains enjeux dans l'intervention de première ligne.

« des fois c'est difficile aussi de parler de la mort avec des gens qui n'ont pas la même vision. J'ai déjà eu une Madame que son enfant est mort, et sa famille était comme un peu... « *reviens en, ton enfant il est juste parti, il est avec Dieu, tu vas le revoir* », fait que là moi je veux pas brusquer ça, mais d'un côté tu veux supporter, mais tu ne veux pas rentrer dans ce discours-là, donc des fois il faut s'adapter ». (Participant 4)

D'ailleurs, certains intervenants de première ligne nomment que l'aspect culturel peut avoir un impact au niveau des réactions des endeuillés face au décès.

« Je dirais que chaque culture a un peu des façons différentes de vivre le deuil, puis on les connaît pas tous, puis il faut s'adapter un peu parce que des fois [...] les gens vont extérioriser, et théâtralement le deuil en criant, en hurlant [...] faut s'adapter un peu à chaque pratique, chaque culture ». (Participant 7)

D'ailleurs, certains endeuillés souhaiteront parfois réaliser des rites liés à leur appartenance culturelle ou religieuse : « on va accueillir cette personne-là dans le rite que les gens veulent faire, s'ils veulent prier, s'ils veulent allumer des bougies, faire brûler de la sauge, on fait face à toutes sortes de trucs, qu'on ne verrait pas dans nos propres milieux culturels, mais faut s'adapter » (Participant 8). Ainsi, la différence culturelle peut confronter à la fois l'intervenant et l'endeuillé.

« Quand ils sont 32 personnes, parce que c'est culturel que quand quelqu'un meurt, tout le monde vient, dans un petit appartement trois et demi [...] comme intervenant, ça peut être envahissant, puis sincèrement c'était envahissant, mais c'était un besoin culturel d'être entouré de l'ensemble de ce qui existe comme famille au Québec ». (Participant 5)

De l'autre côté, les endeuillés peuvent être également confrontés par certains éléments, tels que les procédures funéraires et légales du Québec : « quand tu as une famille musulmane, puis que tu es supposé les enterrer en trois jours, puis que tu leur annonces qu'il va y avoir une autopsie... c'est problématique » (Participant 6). De plus, l'aspect culturel et religieux mènera les intervenants sociaux de première ligne à faire plusieurs démarches. Par exemple, ils invitent parfois un membre de l'autorité religieuse à venir soutenir les

endeuillés sur les lieux du décès. Les intervenants aideront également les endeuillés concernant les procédures funéraires et légales à la suite du décès (ex. salon funéraire, ambassade pour le rapatriement du corps, et autres).

5.7 Chronosystème

Le chronosystème, évoqué par Bronfenbrenner (1979), est relatif au temps. En effet, les chronosystèmes sont constitués des temporalités de la vie comme l'âge de l'individu, le temps biologique, de la famille, de l'histoire ou du temps perçu et reconstruit par la personne (Drolet, 2013). Plusieurs données relatives au chronosystème ont pu être abordées jusqu'à présent, à travers les sections de ce chapitre. Afin de souligner l'importance du chronosystème relatif à notre cadre théorique, nous souhaitons soulever à nouveau certains éléments de ce système.

5.7.1 Fréquence des interventions de première ligne auprès des endeuillés par le suicide

Ce contexte d'intervention particulier est considéré comme peu fréquent par tous les participants de l'étude. En effet, le déplacement des intervenants sur les lieux du décès, afin d'aller à la rencontre des endeuillés par le suicide est occasionnel : « au fil des années, on dit qu'il y en a beaucoup, mais en fait il n'y en a pas beaucoup, c'est juste qu'on s'en souvient » (Participant 3). Le participant 6 explique : « c'est environ six intervention deuil, une aux deux mois, par suicide [...] c'est à peu près six par année ». Ainsi, malgré que les participants travaillent dans différents milieux de travail, tous considèrent peu fréquent les interventions de première ligne, nécessitant un déplacement vers les endeuillés par le suicide.

5.7.2 Délais avant l'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide

Le délai avant l'intervention de première ligne variera en fonction de l'évaluation de la pertinence du déplacement sur les lieux du décès. S'il y a un déplacement de l'intervenant, l'intervention sera immédiate, pendant la phase de choc : « nous notre service c'est vraiment sur le coup, pas au moment du décès, la personne peut être décédée depuis une

semaine, mais c'est quand les gens le trouvent ou bien l'apprennent, nous on intervient dans cette phase-là » (Participant 7). Dans le cas où des intervenants de première ligne évaluent leur déplacement sur les lieux du décès comme non pertinent, certains intervenants de première ligne offriront un contact téléphonique avec les endeuillés par le suicide, dans les 24 à 72 heures suivant le décès.

5.7.3 Durée de l'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide

Tous les participants ont mentionné qu'il n'y avait pas une durée fixe pour l'intervention de première ligne, particulièrement lors d'un décès par suicide : « ça peut aller de 15, 20 minutes, à une demi-heure, à plusieurs heures » (Participant 7). Le participant 1 affirme attendre que la charge émotive soit descendue avant de quitter les lieux : « je vais généralement partir quand la personne va être prête à quitter, ou va être très calme, donc les policiers auront plus à gérer la charge émotive ». Pour sa part, le participant 6 explique quitter les lieux lorsque l'adieu au corps a pu être fait, certaines informations sur le deuil après suicide ont pu être données, puis l'endeuillé est entouré par d'autres personnes soutenant (ex. membres de la famille, intervenants, professionnels, etc.).

5.7.4 Impact du moment et de l'heure de l'intervention auprès des endeuillés par le suicide

Certains intervenants soulignent l'impact du moment et de l'heure à laquelle l'intervention auprès des endeuillés par le suicide est réalisée. En effet, ils expliquent que les services et les professionnels sont moins accessibles dans l'immédiat, lorsque l'intervention se déroule pendant la nuit : « de nuit nous on est limité parce que les services sont fermés » (Participant 8). Cela peut également avoir un impact sur la durée de l'intervention sur les lieux : « des fois y'a des deuils qui vont durer genre sept heures, parce que c'est la nuit, parce qu'on attend que la morgue arrive, on laisse pas la famille toute seule avec le cadavre » (Participant 7). Le participant 8 constate que le manque d'accessibilité aux services et aux professionnels pendant la nuit, peut avoir un impact sur leur charge de travail en première ligne : « ils n'ont pas le personnel à l'hôpital pour gérer ce genre de situation là de nuit [...] ça arrive même qu'on est appelé à intervenir de nuit à faire des interventions dans les hôpitaux, alors que nous on a aucune juridiction pour intervenir ».

5.7.5 Fréquence des contacts avec les endeuillés par le suicide

Bien que le mandat des intervenants de première ligne soit d'intervenir en situation de crise, dans la phase de choc, certains participants de l'étude mentionnent pouvoir faire certaines relances téléphoniques auprès des endeuillés par le suicide. Les intervenants de première ligne peuvent rester en contact avec les endeuillés par le suicide, le temps que ceux-ci soient pris en charge par d'autres ressources et que certaines démarches à court terme soient réalisées : « Il faut qu'il y ait un objectif, et là c'est le temps des relances de cet objectif-là, par exemple, si je veux savoir comment envoyer un corps en Inde [...] ça peut me prendre deux semaines, mais tout était basé sur ma démarche qui était juste de s'assurer que le corps allait être envoyé en Inde » (Participant 5).

5.8 Enjeux soulevés par les intervenants

À travers l'exploration écosystémique de cette pratique d'intervention spécifique, plusieurs enjeux ont pu être soulevés par les participants de l'étude, tels que : l'accumulation de la charge émotionnelle des intervenants et l'intervention en solo, l'absence de standardisation des services en postvention du suicide, puis la possibilité d'une absence de soutien psychosocial offert aux endeuillés par le suicide.

5.8.1 Accumulation de la charge émotionnelle des intervenants et l'intervention en solo

Les intervenants sociaux de première ligne qui interviennent auprès d'endeuillés par le suicide sont sujets à une accumulation de la charge émotionnelle, associée à ce contexte d'intervention. Le participant 7 aborde les impacts de cette charge émotionnelle et des images traumatiques, sur la capacité de l'intervenant à se garder apte à la tâche.

« c'est quand même pas facile, surtout quand le corps est présent [...] comme intervenant ça arrive souvent que tu vas rêver au cadavre dans les prochains jours, c'est quand même des images qui sont pas faciles [...] donc je ne sais pas comme intervenant si on pourrait en faire à chaque semaine, ou plusieurs par semaine ». (Participant 7)

Face à cette grande charge émotive, le participant 8 aborde l'absence de « débriefing » offert aux intervenants de première ligne dans son milieu de travail : « les intervenants sont souvent laissés à eux-mêmes [...] souvent on quitte notre *shift* arrivé à 7-8 heures le matin avec notre petit bagage d'images et de charge émotive lourde, sans être *débriefé*, sans qu'on puisse revenir un peu sur ces événements-là ». De plus, le participant 8 explique que ce contexte d'intervention, chargé émotionnellement, peut avoir un impact sur la présence des intervenants de première ligne au travail.

« le lendemain j'ai pas été capable d'aller travailler. [...] si on n'est pas *débriefé*, ben c'est difficile après de se garder actif et apte à la tâche si on cumule plusieurs interventions qui nous ont troublé, qui fait qu'à un moment donné on pourrait ne plus être en mesure d'en faire pendant un certain temps ». (Participant 8)

Considérant ces enjeux au niveau émotif pour les intervenants de première ligne, plusieurs participants mentionnent qu'il est primordial d'être accompagné d'un collègue sur les lieux : « moi la première chose que je pense si j'ai un dossier avec un endeuillé par le suicide, j'implique des collègues » (Participant 4). D'ailleurs, les participants 1, 3 et 6 soulignent la difficulté de réaliser en solo, une intervention psychosociale en contexte de deuil par suicide : « je pense pas qu'un intervenant peut assumer ça tout seul sur ses épaules, c'est impossible [...] c'est trop lourd sinon pour un intervenant » (Participant 1). Toutefois, il arrive que des intervenants doivent se déplacer seuls, en contexte de deuil par suicide, sans l'aide et le soutien d'un collègue sur les lieux.

« c'est déjà arrivé que t'as pas le choix, t'es *pogné* à le faire en solo [...] pour avoir ressorti un des dossiers, j'ai remarqué, je me suis dit « *il me semble que ça avait pas été évident celui-là* », ben j'étais en solo, mais avec six personnes, avec des besoins particuliers, chacun. Donc... il aurait fallu qu'on puisse se séparer à ce moment-là, disloquer des groupes, pour permettre une intervention qui était plus appropriée ». (Participant 2)

Ainsi, les intervenants sociaux de première ligne qui interviennent en contexte de deuil par suicide sont confrontés à des images traumatiques et ils sont sujets à une accumulation de la charge émotive. Cela peut avoir un impact sur la capacité des intervenants à rester apte au travail. Cet enjeu soulève également l'importance d'être accompagné d'un collègue sur les lieux de l'intervention.

5.8.2 Absence de standardisation des services en postvention du suicide

Telle que présenté, les participants constatent une grande variation dans l'offre et l'accessibilité des services offerts aux endeuillés par le suicide. D'abord, le participant 2 souligne un manque d'accessibilité aux services psychosociaux de première ligne : « il y a tout un souhait que l'État donne des services, qu'ils soient disponibles, pis écoute, le gouvernement il se vante de ça [...] dans les faits la capacité de réponse n'est pas là, à l'autre bout ». En effet, il a été possible de constater une absence de standardisation des services en postvention du suicide au Québec, à la fois pour les services de première et de deuxième ligne. D'abord, le participant 2 souligne cet enjeu du côté des services d'intervention de première ligne en contexte de crise.

« sérieusement la Montérégie, jusqu'à l'année passée, tu avais zéro couverture là... [...] Les policiers *pognaient* un cas de santé mentale, il n'y avait même pas de numéro où appeler là, c'est eux qui décidaient l'application de la P38 [...] C'est pour une affaire de base de même qui est juste l'évaluation du risque... on n'est pas rendu à donner des services sur place à des endeuillés par le suicide là... ». (Participant 2)

Pour sa part, le participant 8 souligne la difficulté d'accès à certaines ressources dans l'immédiat. En effet, celui-ci explique qu'à la suite d'un décès par suicide, le nettoyage des lieux sera réalisé par la famille endeuillée ou bien par une compagnie de nettoyage après sinistre. Toutefois, l'accès aux services de nettoyage après sinistre est parfois plus difficile pendant la nuit. Le manque d'accessibilité à certaines ressources peut donc mener les intervenants sociaux à dépasser leur mandat, afin de combler certains besoins dans l'immédiat : « des fois nous comme intervenant, on se retrouve à faire des tâches qu'on ne devrait pas faire... *mopper* un plancher, ramasser un peu de restes humains, c'est des choses... que ça ne s'inscrit pas dans mon mandat, mais ça arrive que pour le mieux-être de la personne, on va sortir de notre cadre comme ça » (Participant 8).

D'ailleurs, une partie importante du travail des intervenants de première ligne auprès des endeuillés par le suicide, est de pouvoir référer ceux-ci à des services psychosociaux de deuxième ligne, offerts à plus long terme. Tel que présenté, il a été possible de constater à

travers les entrevues de recherche, que l'offre de services de deuxième ligne varie également selon la région au Québec. D'ailleurs, le participant 7 souligne que les services de deuxième ligne en postvention du suicide ne sont pas toujours connus et faciles d'accès.

« je dirais qu'il manque peut-être de services justement dans le soutien à plus long terme [...] je sens qu'il y a beaucoup de gens démunis qui vont nous appeler, mettons suite à un décès par suicide [...] pour nous demander de faire des groupes, alors que c'est comme pas un service qu'on offre, mais on voit toujours que trouver la personne qui va le faire ça peut toujours être un peu difficile, compliqué, personne ne veut vraiment le faire, le monde se *lance la balle* ». (Participant 7)

5.8.3 Possible absence de soutien psychosocial offert aux endeuillés par le suicide

À travers les entrevues de recherche, les participants ont soulevé deux situations particulières pouvant mener à l'absence d'un soutien psychosocial offert aux endeuillés par le suicide. D'abord, lorsque le corps du défunt est transporté rapidement à l'hôpital, les proches endeuillés se présenteront sur les lieux du centre hospitalier. Certains participants de l'étude ont soulevé la possibilité que la famille endeuillée ne soit pas prise en charge à l'hôpital : « essaye de trouver un intervenant du CISSS peu importe la ville, en pleine nuit, bonne chance, c'est rare... Il n'y a pas de travailleurs sociaux la nuit dans les hôpitaux, si une famille est endeuillée, il n'y a personne » (Participant 3).

« on ne fait pas de contact avec les victimes dans ce temps-là, je m'attends à ce que le réseau hospitalier le fasse, mais dans les faits, ils ne le font pas tout le temps. [...] ils n'ont pas de travailleurs sociaux de garde, fait que, t'arrives avec un suicide un dimanche soir, t'as pas de services là... ». (Participant 2)

Tel que présenté, certains intervenants sociaux de première ligne seront amenés à intervenir à l'intérieur des hôpitaux pour pallier au manque de personnel : « on a aucune juridiction pour intervenir dans les hôpitaux [...] mais ils sont tellement démunis » (Participant 8). De plus, certains participants soulèvent la possibilité d'une absence de référence des policiers vers les intervenants de première ligne. Cela peut d'abord découler du choix personnel et du jugement clinique du policier face à la situation : « ils ne nous utilisent pas tous également, il y a des choix individuels [...] des fois les policiers ne nous appellent pas,

parce que y'a pas de crise » (Participant 5). Certains policiers peuvent également oublier de référer les endeuillés à des intervenants sociaux de première ligne : « c'est arrivé [...] qu'on sait qu'il a une famille qui a eu un suicide, mais qu'on n'a pas été appelé sur le coup [...] c'est sûr que les gens, ils peuvent avoir l'impression qu'ils ont été laissés tombés par le système en fait, c'est arrivé ça » (Participant 4). De plus, des participants ont soulevé la méconnaissance de certains policiers concernant les services d'intervention de première ligne, offerts en contexte de deuil par suicide : « ce n'est pas non plus un service très publicisé de notre part, il y a beaucoup de policiers qui ne savent pas nécessairement qu'on offre ça » (Participant 7).

5.9 Recommandations des intervenants

À travers les entrevues de recherche réalisées, certaines recommandations ont été formulées par les participants concernant l'importance d'offrir du soutien et de la formation continue aux intervenants, puis d'établir la trajectoire de services de première ligne offerts aux endeuillés par le suicide.

5.9.1 Offrir du soutien et de la formation continue aux intervenants de première ligne

Plusieurs participants considèrent primordial d'offrir un soutien et de la formation continue aux intervenants de première ligne : « c'est des interventions uniques, c'est des interventions exceptionnelles, mais ça prend aussi du personnel pour encadrer ce personnel-là qui vit ça » (Participant 8). Ce soutien peut être offert de différentes manières. Par exemple, le participant 2 souligne l'importance d'avoir un superviseur clinique disponible et compétent.

« ça prend des personnes qui ont des compétences en supervision clinique en lien avec l'intervention auprès des endeuillés, qui vont soutenir les équipes de première ligne, qui ont à faire l'intervention. [...] c'est la personne la plus compétente qui doit le faire, puis c'est à nous autres de le trouver dans notre réseau de services, dans la façon qu'il est organisé ». (Participant 2)

Le participant 8 soulève l'importance d'avoir accès à un soutien rapide pour les intervenants de première ligne qui sont intervenus dans un contexte traumatique, tel que le deuil par suicide : « pour nous, ben une cellule de crise, du *débriefing*, la postvention pas juste pour ces gens-là, mais pour les intervenants qui sont appelés sur le terrain à vivre ça [...] moi j'ai besoin dans ces moments-là que le téléphone vienne à moi ». Ensuite, plusieurs participants ont nommé la pertinence d'avoir davantage de formations offertes par leur milieu de travail : « plus il y a des formations, plus on se sent outillés » (Participant 4). Le participant 7 et 8 abordent l'impact de la formation sur l'aisance et la compétence des intervenants de première ligne en contexte de deuil traumatique : « plus de formations aux intervenants pour qu'ils se sentent à l'aise d'offrir ce genre de service-là, ça pourrait être pertinent [...] quelque chose qui m'a aidé à être vraiment plus à l'aise dans ma pratique, c'est une formation [...] spécialisée dans le post-trauma, deuil traumatique » (Participant 7).

« le deuil par suicide qui amène souvent une dimension de violence, ben c'est aussi un type d'intervention très pointu, donc je pense pas qu'on devrait imposer ce genre d'intervention là à n'importe quel travailleur qui n'est pas à l'aise avec ça, donc améliorer la formation ». (Participant 8)

À travers cette formation continue, le participant 6 propose d'aller à la rencontre des endeuillés pendant leur suivi en postvention du suicide.

« faire un groupe avec des endeuillés, accompagner un psychologue, faire de l'observation avec un groupe pour entendre ce qu'il se dit par la suite, ce qui les a tant heurté [...] Je pense que c'est eux qui peuvent le plus leur apprendre aux intervenants, ce qui les a dérangé dans tout ça, ce qui a été heurtant, c'est souvent là, en postvention, qu'ils vont ventiler ». (Participant 6)

5.9.2 Établir la trajectoire de services de première ligne offerts aux endeuillés

Sans nécessairement établir une standardisation rigide des services offerts aux endeuillés par le suicide, les participants 2 et 4 estiment qu'une trajectoire de services pourrait être établie au Québec, afin de guider les différents acteurs et partenaires : « C'est de s'assurer qu'il y a un fil conducteur, puis que la personne va avoir des services, puis qu'elle ne se

retrouvera pas entre deux chaises où elle-même appelle au 811², en disant « j'ai besoin d'aide » (Participant 4).

« Je pense qu'il y a une trajectoire à standardiser, c'est qui est responsable au moins du contact téléphonique ? comment qu'on transfère l'information ? c'est qui qui est responsable du suivi de postvention ? mais qu'on se donne une souplesse à l'intérieur de cette trajectoire-là, puis qu'on favorise les contacts entre les équipes qui donnent ces différents services ». (Participant 2)

Selon plusieurs participants, il serait d'abord important que les policiers réfèrent systématiquement les endeuillés par le suicide, aux intervenants de première ligne de leur secteur : « c'est de s'assurer qu'il y'a pas le « oups » entre l'intervention policière et la référence à notre niveau. Si les policiers nous informent systématiquement de ces interventions-là, on va être capable de prendre contact avec l'endeuillé pour voir ce qu'il veut » (Participant 4). De plus, le participant 2 souligne l'importance de faciliter le partage d'information entre les policiers et les intervenants sociaux de première ligne : « il faut trouver un moyen dans tout ce système-là, pour que les services policiers puissent nous transférer l'information nominative ». Le participant 2 soulève également l'importance de désigner les responsables de l'intervention psychosociale de première ligne auprès des endeuillés par le suicide : « puis, peut-être des intervenants désignés que c'est leur *job* de faire un premier contact avec ces familles-là ». Ainsi, ces intervenants désignés pourront rapidement prendre contact avec les endeuillés par le suicide, que ce soit par téléphone ou en face-à-face.

Ensuite, les participants trouvent pertinent de désigner les responsables des services de deuxième ligne, spécialisés en postvention du suicide, à travers les différentes régions du Québec. Ainsi, les intervenants de première ligne pourront rapidement référer les endeuillés par le suicide à ces services spécialisés. D'ailleurs, le participant 5 estime qu'il serait aidant de standardiser les services de deuxième ligne, offerts aux endeuillés, en

² 811 « Info-Social » : service de consultation téléphonique avec un professionnel en intervention psychosociale, en cas de problème psychosocial. (Gouvernement du Québec, 2022)

postvention du suicide : « par exemple, au moins cinq séances de suivi en postvention, en urgence dans les semaines suivantes, pour tous les deuils traumatiques ». D'ailleurs, le participant 2 souligne l'importance que les équipes de deuxième ligne, spécialisées en postvention du suicide puissent offrir un soutien clinique aux intervenants de première ligne : « peu importe comment on l'articule, les personnes qui sont compétentes en intervention, auprès des endeuillés, doivent soutenir cliniquement les équipes de terrain ». Par exemple, ce soutien clinique peut s'articuler à travers des conseils, de l'information, et du soutien dans l'intervention de première ligne lors de situations exceptionnelles.

Toutefois, le participant 2 souligne l'importance que la trajectoire de services permette une flexibilité et une adaptation aux besoins des endeuillés : « S'il y a des pratiques à être développées [...] ça va être des guides de pratique, des grandes lignes, mais pas de camper ça dans des structures, des directives rigides, parce que chaque situation est différente ». De plus, la trajectoire de services de première ligne offerts aux endeuillés par le suicide, doit permettre une adaptation aux différentes réalités régionales (ex. structure du réseau de la santé, offre de services, etc.). Ainsi, pour ces participants, plusieurs mesures peuvent être prises, afin de clarifier la trajectoire des services offerts en première ligne aux endeuillés par le suicide, tels que :

- Désigner les responsables de l'intervention psychosociale de première ligne auprès des endeuillés par le suicide.
- Demander aux policiers de référer systématiquement les endeuillés par le suicide aux intervenants sociaux de première ligne désignés.
- Faciliter le partage d'information entre les policiers et les intervenants de première ligne.
- Désigner les responsables du suivi psychosocial de deuxième ligne (équipe spécialisée en postvention du suicide).
- Demander aux intervenants de première ligne de référer systématiquement les endeuillés par le suicide à l'équipe de postvention du suicide du secteur.

5.10 Visions des intervenants sociaux concernant les « meilleures pratiques »

À travers cette section, nous présenterons différentes visions des participants concernant l'utilisation du terme « meilleures pratiques » en intervention psychosociale de première ligne. Ensuite, nous exposerons les éléments considérés par les participants de l'étude comme étant les « meilleures pratiques » dans ce contexte d'intervention.

5.10.1 Visions du terme « meilleures pratiques » en intervention psychosociale

Certains participants voient l'utilisation du terme « meilleures pratiques » en intervention psychosociale de première ligne, comme une constante amélioration et mise à jour des pratiques : « même les intervenants que ça fait 25 ans qu'ils sont là, je pense qu'il faut toujours se tenir à jour, donc c'est sûr que les « meilleures pratiques » ça va changer, puis il va avoir des tendances d'interventions inévitablement, mais je crois qu'on peut toujours se bonifier » (Participant 1). Concernant la notion de « meilleures pratiques », le participant 4 exprime : « J'aime mieux qu'on dise « comment est-ce qu'on pourrait s'améliorer » [...] mais oui je pense que dans le milieu de la santé, des services sociaux, y'a tout le temps moyen de s'améliorer, on a parfois des vieilles pratiques ».

Toutefois, plusieurs participants soulèvent les difficultés liées à la standardisation des pratiques en intervention de première ligne : « On essaie de standardiser, je te dirais que ça fait des années qu'on travaille sur notre mandat, sur nos valeurs, sur vraiment un plan d'intervention précis qu'on essaie de séparer pour chaque problématique, mais on n'est pas capable d'y arriver » (Participant 3). Le participant 4 ajoute à ce sujet : « au bout de la ligne, je me rends compte qu'il n'y a pas de formule [...] dans le cadre de notre travail, ce qui fait le succès c'est justement qu'on n'est pas rigide ». Ainsi, les participants se disent intéressés à l'amélioration des pratiques d'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide. Toutefois, la majorité d'entre eux soulève la difficulté à standardiser des pratiques d'intervention en première ligne, considérant les multiples contextes et problématiques psychosociales rencontrés.

5.10.2 Adaptation aux besoins des endeuillés par le suicide

Le thème le plus abordé par les participants à travers les entrevues est l'importance de s'adapter aux besoins des endeuillés par le suicide lors de l'intervention de première ligne, tels que les besoins immédiats, des besoins émotionnels, organisationnels, ou même culturels : « évaluer les besoins et répondre à ces besoins-là, ne pas imaginer ou créer des besoins à la personne qui n'est pas rendue là, aller au rythme de l'usager, je pense que c'est vraiment ça la meilleure pratique, parce qu'ils ne sont pas tous à la même place » (Participant 5). Il y a d'abord l'évaluation et l'adaptation aux besoins immédiats qui sont nommés par les endeuillés sur les lieux : « des fois c'est aussi *bête* que d'aviser un propriétaire que la personne souhaite ne plus rester dans son logement, changer une auto de bord de rue parce que la personne craint que son auto soit remorquée... c'est vraiment de la gestion immédiate » (Participant 8). Par exemple, d'autres participants ont expliqué avoir annoncé le décès à un membre de la famille avant qu'il ne l'apprenne par les réseaux sociaux, aider à fermer le compte *Facebook* d'un défunt, accompagner une mère à porter plainte contre un psychiatre qui a donné le congé d'hôpital à sa fille, juste avant son décès par suicide, et bien d'autres.

« Ça nous est arrivé dans de très grandes familles par exemple, on s'est retrouvé à faire des sandwiches sur le bord du comptoir, parce qu'il y avait des enfants sur place [...] parce que les adultes, la famille sont tellement envahis par les émotions, souvent on va essayer d'aider de toutes sortes de façons ». (Participant 3)

Les intervenants de première ligne s'adapteront également à des besoins émotionnels : « objectivement sur les lieux, à la base, tout ce que les gens ont besoin c'est une épaule, quelqu'un à qui parler, à qui ventiler, tout ce qu'ils sont en train de vivre » (Participant 3). Les participants 7 et 4 soulignent l'importance de respecter le rythme des endeuillés dans la verbalisation de leurs émotions : « C'est d'être prêt à accueillir justement une certaine souffrance, de tolérer les moments de silence, sans vouloir nécessairement trouver des solutions à chaque problème » (Participant 7). À ce sujet, le participant 4 ajoute : « la chose la plus importante, c'est ça, c'est de prendre leur charge, puis de respecter cette charge-là, sans vouloir trop intervenir, trop parler, trop essayer de régler le problème ». L'intervenant

répond donc à certains besoins émotionnels, particulièrement à travers son soutien, une écoute active, la validation des émotions et le respect des silences. Certains intervenants offriront également un soutien émotionnel aux endeuillés dans l'annonce du décès aux enfants : « il faut comme devenir le « contenant », le cadre pour cette famille-là » (Participant 5).

Plusieurs autres besoins au niveau organisationnel et liés aux démarches sont identifiés chez les endeuillés par le suicide. Par exemple, les participants 2, 3 et 5 expliquent avoir déjà contacté un professionnel traitant au dossier de l'endeuillé, afin de l'informer de la situation, conduit une personne endeuillée chez un proche et lui amener des effets personnels où elle est hébergée, puis aider des endeuillés dans les démarches funéraires et légales à la suite du décès (ex. appeler le salon funéraire, planifier le rapatriement du corps dans un autre pays, etc.), et bien d'autres. Les intervenants sociaux de première ligne pourront également s'adapter à des besoins culturels. Par exemple, le participant 6 explique parfois inclure un membre de la communauté culturelle ou religieuse dans l'intervention de première ligne. Pour sa part, le participant 8 souligne l'importance d'accueillir les endeuillés dans leurs rites et traditions liés au deuil : « on fait face à toutes sortes de trucs qu'on ne verrait pas dans nos propres milieux culturels, mais faut s'adapter ».

5.10.3 Développer des partenariats et la co-intervention

La majorité des participants ont soulevé parmi les « meilleures pratiques », la co-intervention, donc le travail en duo des intervenants sociaux de première ligne : « ce qui fait qu'actuellement c'est plus facile pour nous d'intervenir dans ces contextes-là, premièrement, c'est mes collègues de travail, parce que je sais que si jamais ça a l'air trop difficile [...] je vais avoir du soutien » (Participant 2).

« Je pense que pour réussir une bonne intervention, à deux c'est toujours préférable [...] c'est la chose la plus importante, moi je suis encore ici malgré tout, à cause de mes collègues, à cause du travail à deux. Ça peut être très lourd au quotidien les interventions qu'on a « *dealer* » avec, donc si je n'avais pas le support, l'approbation, ça ne sert à rien ». (Participant 4)

Ensuite, avoir de bons partenariats est aussi considéré comme primordial dans ce contexte d'intervention. D'abord, avec les équipes de suivi en postvention, qui offriront les services de deuxième ligne aux endeuillés par le suicide : « Ce qui fait que ça marche, c'est vraiment le contact quotidien qu'on a avec la ressource suicide » (Participant 2). Le participant 1 exprime : « C'est nos meilleurs alliés, puis en toute honnêteté pour ces citoyens-là, c'est la meilleure ressource qui ont jamais créé pour eux [...] je sais que c'est des partenaires dont on ne pourrait pas se passer ici ».

Ensuite, les participants nomment l'importance d'avoir un bon partenariat avec les milieux policiers : « les intervenants psychosociaux de première ligne qui ont à faire cette intervention-là, faut qu'ils soient entourés, premièrement qu'ils soient connus des milieux policiers, puis que les milieux policiers leur donnent de la crédibilité » (Participant 2). Le participant 8 souligne l'importance de la communication entre les divers partenaires du milieu : « le partenariat avec nos partenaires immédiats, policiers, pompiers, paramédics, qu'il y ait une excellente communication entre ces partenaires-là et qu'on ne cherche pas à cacher de l'information ».

5.10.4 Adopter une approche proactive auprès des endeuillés par le suicide

Tous les participants de l'étude soulèvent l'importance d'avoir une approche proactive auprès des endeuillés par le suicide, c'est-à-dire d'aller vers eux, sans attendre de recevoir une demande d'aide de leur part : « Faut aller vers eux. Surtout pour ça, définitivement, ça c'est de l'intervention proactive, on n'attend pas les appels » (Participant 2).

« Nous autres, on travaille pas avec le volontariat, on va se mettre les pieds dans la porte, puis c'est surprenant, on nous dit « les gens ils veulent pas de services », mais nous autres on cogne à la porte, puis en dedans de 45 secondes, on est assis à la table de cuisine... fait que c'est faisable d'aller vers les gens ». (Participant 3)

Toutefois, le participant 5 rappelle l'importance de respecter le consentement des endeuillés à recevoir leur soutien psychosocial : « je pense que c'est vraiment important de

ne pas imposer une intervention cette journée-là, mais de faire une évaluation des besoins la journée même, je pense que c'est très pertinent, même nécessaire ».

5.10.4.1 Débat concernant la pertinence de se déplacer sur les lieux du décès

Un débat existe actuellement parmi les intervenants sociaux de première ligne concernant la pertinence de leur déplacement sur les lieux du décès, afin d'aller à la rencontre des endeuillés par le suicide, lors de la phase choc. D'abord, les participants 1, 5, 6, 7 et 8 trouvent pertinent de se déplacer systématiquement lors d'un décès par suicide.

« Il y a beaucoup de sujets de débats là-dedans même sur notre propre équipe, moi je suis plus d'avis que c'est pertinent qu'on se déplace, puis qu'on soit là, que ça soit juste pour absorber cette charge-là, c'est pertinent [...] c'est qu'on va être capable d'aller chercher plus d'informations, puis de faire la référence ».
(Participant 1)

Ceux-ci expliquent que le déplacement systématique des intervenants sociaux de première ligne sur les lieux du décès, est pertinent, car il permet de recevoir la charge émotive des endeuillés, réaliser une évaluation du risque suicidaire et des besoins immédiats, développer un filet de sécurité autour des endeuillés, réaliser des références plus adaptées aux besoins identifiés, puis démontre la complémentarité des expertises légales des policiers et psychosociales des intervenants sociaux.

« le nombre de fois qu'on est allé en se disant, bien on va juste aller assurer une présence, puis que ça finit par être une super belle intervention, ça m'indique que, quand les policiers demandent aux endeuillés « aimeriez-vous voir des intervenants ? » [...] ils disent non, puis finalement quand on y va, ils sont rassurés, ils nous remercient vraiment beaucoup, on voit que ça a servi à quelque chose ».
(Participant 8)

À l'inverse, les participants 2, 3 et 4 considèrent qu'il n'est pas toujours pertinent de se déplacer sur les lieux du décès pour aller à la rencontre des endeuillés par le suicide, dans la phase de choc. Ceux-ci considèrent important de faire une évaluation de la pertinence du déplacement au préalable.

« qu'on commence à se déplacer de façon systématique, sur tous les suicides... je ne suis pas sûr que ça serait une plus-value, même pour la famille, les endeuillés. On a à évaluer, je pense qu'ils ont besoin de soutien, il faut qu'ils sentent que y'a du monde alentour, mais est-ce qu'on peut leur donner 24 heures pour vivre la crise, puis être plus réceptif à de l'aide, oui! ». (Participant 2)

Ainsi, certains intervenants réaliseront cette évaluation par téléphone avec les policiers et les endeuillés qui sont sur les lieux. À travers cette évaluation, ils poseront plusieurs questions concernant : la présence d'un réseau de soutien pour les endeuillés, les ressources et les professionnels traitants déjà à leur dossier, le caractère soudain ou imprévu du décès par suicide pour les endeuillés, la présence ou l'absence d'une crise / désorganisation apparente chez les endeuillés, et l'ouverture des endeuillés par le suicide à recevoir de l'aide psychosociale. Dans le cas où le déplacement sur les lieux n'est pas considéré comme nécessaire et aidant pour les endeuillés, certains intervenants sociaux de première ligne vont plutôt offrir une intervention téléphonique dans les 24 à 72 heures suivant le décès, afin de proposer à ceux-ci une référence à des services psychosociaux de deuxième ligne, spécialisés en postvention du suicide.

5.10.5 Établir un filet de sécurité pour les endeuillés par le suicide

Un autre élément considéré comme une « meilleure pratique » dans ce contexte d'intervention, est la mise en place d'un filet de sécurité autour des endeuillés par le suicide : « pour pas qu'ils se retrouvent seuls ou qu'il y ait un autre passage à l'acte » (Participant 1). Le filet de sécurité est composé de plusieurs éléments. D'abord, les intervenants de première ligne et leur disponibilité contribue à celui-ci : « le temps que les services embarquent, on est le filet de sécurité que les personnes endeuillées par le suicide peuvent contacter 24/7 » (Participant 2). De plus, afin de s'assurer de la sécurité des endeuillés par le suicide, les intervenants de première ligne réaliseront très souvent une évaluation du risque suicidaire chez ceux-ci. Dans le cas où le risque suicidaire est trop élevé, un transport de l'endeuillé vers l'hôpital sera parfois réalisé : « c'est vraiment une barrière de protection qu'on fait pour cette personne-là, en la laissant pas seule, puis en l'amenant à l'hôpital » (Participant 8).

De plus, les intervenants de première ligne solliciteront et mobiliseront l'entourage des endeuillés par le suicide, afin que ceux-ci puissent offrir leur soutien à plus long terme : « on va valider est-ce qu'il y a quelqu'un de confiance que ce soit un membre de la famille, un ami, quelqu'un auquel ils peuvent se référer » (Participant 1). En plus des membres de l'entourage, les intervenants de première ligne référeront les endeuillés par le suicide à des professionnels de la santé et des services sociaux pour un suivi à plus long terme : « C'est aussi de s'assurer que les gens ne seront pas tout seuls pour vivre ça dans le futur. Puis trouver un soutien, réseau de soutien, s'ils n'en ont pas, on va les arrimer [...] on va leur trouver des intervenants » (Participant 7). Ainsi, l'établissement d'un filet de sécurité est considéré comme très important par tous les participants, afin que les endeuillés par le suicide soient bien entourés dans leur processus de deuil.

5.10.6 Encadrer l'adieu au corps sur les lieux du décès par suicide

Quatre participants de l'étude ont abordé « l'adieu au corps » comme une pratique importante et qu'ils réalisent couramment dans ce contexte d'intervention : « c'est vraiment déterminant dans le travail de deuil » (Participant 8).

« On va souvent prioriser de faire l'adieu au corps, donc de préparer le corps pour que les gens soient là, qu'ils aient une dernière image qui soit un peu plus paisible que disons de voir la personne pendue ou la façon trouvée [...] avant l'arrivée de la morgue, que la personne puisse dire un dernier mot, le toucher aux besoins, dépendant des cultures, chacun à un rituel un peu différent ». (Participant 7)

Lorsque les endeuillés le souhaite, cet adieu au corps leur permettra d'accéder au corps du défunt pour une dernière fois : « des fois ils vont crier après, des fois ils vont vouloir leur donner un bisou, leur toucher la main, exprimer des choses, laisser une lettre sur le corps au moment où ils vont quitter avec, c'est toutes des choses qui sont aidantes et qui aident la personne à mentaliser que c'est vrai, la personne elle est décédée » (Participant 8). Pour ces intervenants, cette pratique de « l'adieu au corps » est considérée comme pertinente pour plusieurs raisons. D'abord, elle permet d'adoucir l'image traumatique et violente liée au suicide : « Ça va laisser à la famille une autre image que ce qu'ils ont eu quand ils sont arrivés [...] c'est sûr que c'est moins pire si on met la tête du bon côté, puis qu'on nettoie le

visage, puis essayer de défaire cette espèce d'image traumatique-là qui reste » (Participant 6). De plus, cette pratique permet de rendre réel et concret le décès pour les proches endeuillés : « ça permet à la personne de visualiser, de voir de ses yeux vus, que c'est vraiment ça qui s'est passé, de matérialiser la chose, de pouvoir toucher au corps » (Participant 8). Selon le participant 8, l'adieu au corps facilite également l'expression et la verbalisation des émotions chez les endeuillés.

« Des fois, ils sont peu loquaces, ils parlent peu, et là quand on présente le corps, ils vont se permettre « pourquoi tu m'as fait ça, on s'était dit ça, on devait aller en vacances, si t'étais pas heureux pourquoi tu me l'as pas dit » [...] ton travail de deuil commence avec tout ça ». (Participant 8)

Selon le participant 8, prendre le temps d'encadrer un dernier adieu au corps, permet aux endeuillés de sentir qu'ils ont été présents pour leur proche jusqu'au dernier moment : « c'est ses derniers moments avec son proche dans un milieu de vie connu, avec des repères, et non pas dans la froideur d'une salle d'autopsie, de salon funéraire » (Participant 8). Toutefois, l'encadrement de cette pratique « d'adieu au corps » est réalisé uniquement avec le consentement des endeuillés et en fonction de leur état émotionnel.

« On accompagne les gens s'ils le veulent, c'est jamais quelque chose de forcé, et dans certaines situations on ne l'offrira même pas, quand la personne est vraiment trop trop trop désorganisée, pas capable de se contenir, qu'elle se frappe, on n'ira pas jusqu'à l'offrir, mais faut qu'elle soit loin dans sa désorganisation, moi personnellement, pour pas que j'offre cette possibilité-là ». (Participant 8)

De plus, certains intervenants n'offriront pas « l'adieu au corps » lorsqu'il n'est pas possible d'adoucir l'image traumatique du décès : « nous on va voir le corps avant pour se faire une tête sur est-ce que c'est assez présentable ou pas [...] mettons que ce soit une mort par arme à feu, puis que la tête soit tout éclatée, bien là, on ne fera pas l'adieu au corps » (Participant 8). D'ailleurs, il est important de souligner que les intervenants sociaux qui encadrent « l'adieu au corps » ont soulevé la présence d'une différence de vision clinique avec les policiers concernant cette pratique : « c'est important de bien avoir expliqué aux policiers la raison de pourquoi on fait ça » (Participant 5).

« c'est une zone d'ombre importante entre nous et les policiers [...] pour eux ils comprennent pas... déjà que la personne vit un choc, de l'exposer au corps du défunt... alors que nous on fait beaucoup de *coaching*, on fait beaucoup de sensibilisation aux policiers sur l'importance justement pour la personne, surtout par suicide ». (Participant 8)

5.11 Limites de l'étude

À la suite de la présentation des résultats, il est important d'exposer certaines limites de l'étude. D'abord, la taille de l'échantillon ne permet pas une généralisation de nos résultats. En effet, nous avons rencontré huit intervenants sociaux de première ligne qui travaillent tous dans la Région métropolitaine de Montréal. Les intervenants rencontrés travaillent dans deux organisations différentes et l'échantillon comporte 7 femmes et 1 homme. Tous les participants appartiennent au groupe ethnoculturel majoritaire du Québec. Afin de permettre des réflexions interculturelles, il aurait également été intéressant de rencontrer des intervenants appartenant à différents groupes ethnoculturels ou travaillant dans les régions éloignées du Québec (ex. Côte-Nord, Nunavik, Gaspésie, etc.). L'échantillon est donc limité pour ce mémoire de recherche. En ce sens, il existe des limites sur le plan de la représentativité. En effet, les résultats ne permettront pas d'illustrer l'ensemble des visions des intervenants de première ligne au Québec, qui interviennent auprès des endeuillés par le suicide, lors de la phase de choc. D'ailleurs, certains enjeux au niveau de la confidentialité peuvent être soulevés. Considérant le peu d'organisations qui ont un mandat spécifique d'intervention psychosociale de première ligne, nous avons été limités dans l'inclusion de certaines informations pouvant potentiellement identifier les participants de l'étude et leur milieu de travail. Par exemple, il aurait été intéressant d'aborder davantage la trajectoire de vie et l'histoire personnelle des participants, ou bien fournir des informations précises concernant le poste que le participant occupe dans l'organisation, et bien d'autres éléments. Cela n'a pas été possible dû au peu d'organisations qui ont ce mandat, puis à notre responsabilité de protéger la confidentialité et l'anonymat des participants.

CHAPITRE VI. DISCUSSION

À la suite de la présentation des résultats, il est maintenant temps d'interpréter ceux-ci, en établissant des liens entre les résultats présentés, la problématique de recherche et le cadre théorique de l'étude. D'ailleurs, seuls les résultats les plus significatifs de la recherche ont été choisis, afin d'approfondir l'analyse de ceux-ci. À travers ce chapitre, nous exposerons la pertinence du cadre écosystémique pour cette étude, nous établirons des liens entre les visions des participants concernant les « meilleures pratiques » et la vision de l'auteur Green (2001), puis nous mettrons en lien les enjeux et les recommandations formulés par les participants. Finalement, nous aborderons le raisonnement clinique derrière l'évaluation de la pertinence du déplacement des intervenants sur les lieux du décès par suicide. En conclusion, nous exposerons un bilan de notre travail, réaliserons un retour sur nos objectifs de recherche et nous soulèverons des pistes de réflexion pour les recherches ultérieures sur le sujet.

6.1 Pertinence du cadre écosystémique dans cette étude

Nous considérons important de rappeler la pertinence du cadre écosystémique pour cette étude, car il permet une analyse globale de la pratique d'intervention. En effet, l'approche écosystémique permet de considérer l'intervenant psychosocial à l'intérieur des divers systèmes qui l'entourent et en interactions continues avec ceux-ci (Drolet, 2013). Cette perspective a été développée à la base par Bronfenbrenner (1979), qui précisait que pour bien comprendre les changements à entreprendre avec une personne, il faut considérer l'hétérogénéité du champ psychosocial, c'est-à-dire les attributs biologiques et psychologiques, les particularités physiques, sociales et culturelles et l'environnement immédiat et plus large, ainsi que l'impact du temps (Drolet, 2013). Pour l'auteur Pluymaekers (2002), l'utilisation d'une lecture systémique multiplie les possibles et montre comment il existe plusieurs façons adéquates de réagir et que les possibilités d'action se situent au niveau de tous les acteurs. La question sera alors de choisir stratégiquement une intervention, avec comme critère la dimension opératoire (Pluymaekers, 2002). Ainsi, une exploration écosystémique de la pratique a été réalisée

avec les participants au début des entretiens de recherche, afin d'avoir une meilleure compréhension de leur réalité professionnelle, puis s'assurer que ceux-ci soient prêts à identifier leurs visions des « meilleures pratiques » en intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide.

6.2 Des « meilleures pratiques » d'intervention généralisables, flexibles et adaptables

Il est pertinent de rappeler la première sous-question formulée dans cette recherche, soit : « Quelles sont les visions des intervenants sociaux concernant l'utilisation du terme « meilleures pratiques » dans le champ psychosocial ? ». À travers les entrevues de recherche, plusieurs participants ont mentionné qu'il est contre-productif d'avoir une approche rigide en intervention psychosociale de première ligne. En effet, à plusieurs reprises, les participants ont soulevé qu'il n'y a pas de formule ou de recette particulière dans leur domaine, qui leur permette de réussir une intervention, mais plutôt une adaptation de l'intervenant à chacune des situations. Ainsi, les participants présentent plutôt des « meilleures pratiques » qui tendent vers des processus généralisables, flexibles et adaptables au milieu et à la population ciblée. En analysant les pratiques soulevées par les participants de l'étude, on constate que celles-ci peuvent être mises en lien avec la vision de Green (2001) concernant l'utilisation de ce terme dans le champ psychosocial. Tel que présenté dans le cadre conceptuel, le chercheur Green suggère en 2001 un changement épistémologique qui vise à modifier la conception des « meilleures pratiques », particulièrement pour le champ psychosocial. Celui-ci affirme qu'on ne peut plus s'attendre à ce que la recherche scientifique produise des « meilleures pratiques » comme des interventions au sens médical, c'est-à-dire des interventions vérifiées lors d'essais cliniques (Green, 2001). Il explique qu'il faut plutôt s'attendre à des pratiques définies comme : des processus de planification d'interventions les plus appropriées pour le milieu et la population ciblée (Green, 2001). L'objectif devient alors d'obtenir un processus de planification généralisable.

D'ailleurs, la majorité des participants de notre étude perçoivent l'utilisation du terme « meilleures pratiques » en intervention psychosociale de première ligne, comme une constante amélioration et une mise à jour des pratiques. Toutefois, plusieurs participants

soulèvent les difficultés liées à la standardisation des pratiques en intervention de première ligne, considérant les multiples problématiques psychosociales, clientèles et contextes, propres à chacune des interventions réalisées. Ainsi, les pratiques présentées par les participants de l'étude ne révèlent pas des interventions rigides, mais elles tendent davantage vers une adaptation à l'hétérogénéité du champ psychosocial (ex. différents contextes, besoins des endeuillés, problématiques psychosociales, milieu de travail, réalités régionales, etc.). Par exemple, le thème le plus abordé et considéré comme le plus important par les participants à travers les entrevues de recherche est l'importance de s'adapter aux besoins des endeuillés par le suicide lors de l'intervention de première ligne, tels que les besoins immédiats, émotionnels, organisationnels, ou même culturels. En lien avec la vision de Green (2001), s'adapter aux besoins des endeuillés par le suicide, se veut une pratique flexible, généralisable, et non une intervention rigide et standardisée.

De plus, les meilleures pratiques sont également vues par les participants comme le développement de partenariats et la co-intervention dans leur travail auprès des endeuillés par le suicide. Ces partenariats peuvent être autant développés avec les milieux policiers, les équipes de postvention du suicide, les services immédiats nécessaires (ex. services de nettoyage après-sinistre), les milieux hospitaliers lorsqu'ils reçoivent des endeuillés par le suicide sur les lieux, et bien d'autres. Ces partenariats favorisent le partage d'information et la collaboration, afin de s'assurer que les endeuillés reçoivent des services rapides et adaptés à leurs besoins. Ainsi, il est possible de développer plusieurs types de partenariats en fonction des différentes réalités régionales et des structures de services en santé et services sociaux.

Ensuite, adopter une approche proactive auprès des endeuillés par le suicide est également considéré comme primordial dans ce contexte d'intervention. D'ailleurs, il peut y avoir une flexibilité dans la manière par laquelle cette proactivité s'exprime, selon le fonctionnement et la vision des intervenants de l'organisation (ex. un déplacement rapide des intervenants vers les endeuillés, une intervention téléphonique dans les 24 à 72 heures, une référence automatique dans un programme de deuxième ligne, spécialisé en postvention du suicide, et bien d'autres.). Ainsi, les visions des intervenants sociaux concernant les meilleures

pratiques d'intervention psychosociale de première ligne auprès de ce groupe, rejoignent l'auteur Green (2001) concernant l'utilisation du terme « meilleures pratiques » dans le champ psychosocial.

6.3 Au cœur des enjeux et recommandations formulés

La deuxième sous-question de cette recherche est : « Quelles sont les aspects écosystémiques les plus importants à considérer dans le développement de « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide ? ». À la suite de l'exploration écosystémique réalisée, nous constatons que tous les enjeux et les recommandations soulevés par les participants de l'étude peuvent être mis en lien avec l'exosystème. Ces exosystèmes influencent davantage par la définition de règles, de normes, ou par leurs effets sur la qualité de vie (ex. guides de pratique, structure organisationnelle, normes du travail, lois, etc.) (Drolet, 2013). À travers cette section, il sera possible de démontrer comment les enjeux et les recommandations formulés par les participants sont tous interreliés, et prouvent l'impact de l'exosystème sur cette pratique d'intervention particulière.

Enjeu : Accumulation de la charge émotionnelle des intervenants et l'intervention en solo
Recommandation : Offrir du soutien et de la formation continue aux intervenants

Selon plusieurs participants de notre étude, l'accumulation de la charge émotionnelle liée à ce contexte d'intervention particulier, peut avoir un impact sur la présence des intervenants sociaux au travail, puis leur capacité à se garder apte à la tâche. D'ailleurs, Maltais, Bolduc, V. Gauthier et S. Gauthier (2015) présentent des résultats de chercheurs qui soulèvent diverses réactions (ex. psychologiques, émotionnelles, physiques, cognitives et comportementales) constatées chez les intervenants sociaux pendant et après une situation d'urgence. Ces auteurs présentent des résultats qui démontrent que l'intervention en situation de crise serait à l'origine de prises de congé de maladie, de symptômes du stress traumatique secondaire, de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant auprès

d'un certain nombre d'intervenants (Maltais et al. 2015). Le travail en situation de crise serait donc difficile émotionnellement, puisqu'il faut composer avec des émotions intenses générées par la souffrance humaine (Maltais et al. 2015).

Ces auteurs soulèvent la possibilité que ceux qui interviennent auprès de clients traumatisés vivent des symptômes semblables tels que le désespoir, la rage, le sentiment d'être dépassé par la situation, des cauchemars et des préoccupations concernant leur sécurité personnelle (Maltais et al. 2015). De plus, Maltais, Bolduc, V. Gauthier et S. Gauthier (2015) citent Figley (1995), concernant la manifestation des symptômes de la « traumatisation vicariante », aussi appelé stress post-traumatique secondaire : « par l'écoute répétée des détails des histoires traumatiques confiées par les clients, les intervenants deviennent des témoins de réalités traumatiques. Cette écoute répétée peut affecter, entre autres, leur fonctionnement psychologique »³. Tel que nommé, il leur arrive également de vivre de la fatigue de compassion, soit le stress qui résulte de l'action d'aider ou de projeter d'aider une personne traumatisée ou souffrante (Maltais et al. 2015).

Considérant ces possibles répercussions en lien avec l'accumulation de la charge émotive, certains participants de notre étude, ont soulevé l'absence de « débriefing » dans leur milieu de travail, qui leur permettrait de ventiler sur ce qu'ils ont vécu. Les rencontres de ventilation et les séances de « débriefing » représentent un soutien professionnel protégeant les professionnels de la relation d'aide : « Ces séances visent la libération de certaines émotions, telles que la tristesse, la colère et la culpabilité, par leur expression, afin d'éviter ou de mettre fin aux répercussions négatives. Cette ventilation des émotions s'effectue individuellement ou en groupe auprès d'un superviseur ou auprès d'un collègue de travail » (Fortin, 2014). La personne vers qui l'intervenant se tourne doit posséder certaines qualités pour offrir une rencontre satisfaisante : le calme, l'ouverture d'esprit, le non-jugement, l'écoute et la disponibilité (Fortin, 2014). Les résultats obtenus par Fortin (2014) soulignent aussi l'importance que cette rencontre ne soit pas réalisée dans un but de recherche de

³ Figley. (1995). « *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* », Levittown, PA : Brunner / Mazel.

solutions : « les intervenants souhaitent être écoutés et compris, et ce, sans obtenir de recommandations, ni que des démarches de changements soient entamées par le confident suite à la discussion » (Fortin, 2014).

De plus, considérant les enjeux liés à l'accumulation de la charge émotionnelle, tous les participants mentionnent qu'il est primordial d'être accompagné d'un collègue sur les lieux, et travailler en duo d'intervenants. Toutefois, il arrive encore que des intervenants doivent se déplacer seuls, en contexte de deuil par suicide, sans l'aide et le soutien d'un collègue sur les lieux. D'ailleurs, les chercheurs Loock, Calvé, Beaulieu, Garon (2015) soulèvent des forces majeures de la pratique en duo, lors d'une intervention psychosociale, telles-que : L'addition et la complémentarité des compétences de chacun des intervenants impliqués (ex. intérêts, connaissances, expériences personnelles et professionnelles, langues parlées, etc.) qui a pour effet de bonifier et de faciliter les interventions ; Le partage des tâches au sein d'un duo permet une intervention plus efficace et plus rapide ; La complicité entre les membres du duo augmente l'aisance des personnes et la confiance envers les intervenants, ce qui rend l'intervention fluide ; La transmission d'informations est facilitée et les membres du duo peuvent attirer l'attention de l'autre sur une situation problématique (Loock et al. 2015).

Avec cette possible accumulation de la charge émotionnelle des intervenants, plusieurs participants de notre étude recommandent d'offrir davantage de soutien et une formation continue aux intervenants de première ligne. Ce soutien peut prendre différentes formes. Par exemple, en plus de favoriser le travail en duo d'intervenant, un participant souligne la pertinence d'avoir accès à un superviseur clinique disponible et compétent.

« La supervision professionnelle met de l'avant l'objectif de comprendre des impasses thérapeutiques. En plus de mieux comprendre une situation affectant un client ou encore des difficultés organisationnelles, une supervision de qualité permet aux intervenants de se sentir plus compétents, plus assurés et soutenus dans leurs interventions ». (Fortin, 2014)

D'autres participants soulèvent l'importance d'offrir un soutien et des rencontres de « débriefing » aux intervenants de première ligne qui ont eu à intervenir dans un contexte

traumatique, tel que le deuil par suicide. En effet, la présence de soutien professionnel s'avère être un facteur de protection particulièrement important pour les intervenants en relation d'aide (Fortin, 2014). Ce soutien se retrouve principalement dans la supervision professionnelle et dans les rencontres de ventilation, qu'on appelle aussi « débriefing » (Fortin, 2014). De plus, plusieurs participants de notre étude ont nommé la pertinence d'avoir davantage de formations offertes par le milieu de travail, car elles ont un impact sur les compétences et l'aisance des intervenants de première ligne à intervenir en contexte de deuil traumatique. Il importe donc de mettre en place, dans les organisations qui offrent des services d'intervention psychosociale de première ligne, des mesures permanentes de planification, d'intervention, de formation et de rétablissement des intervenants risquant d'être affectés par le travail exercé dans un contexte inhabituel, stressant ou traumatisant (Maltais et al. 2015).

Ainsi, les résultats de notre étude, ainsi que la littérature à ce sujet, soulèvent l'impact de l'accumulation de la charge émotionnelle, sur la présence et le bien-être des intervenants psychosociaux au travail. Nous arrivons donc à la même conclusion que l'étude de Maltais, Bolduc, V. Gauthier et S. Gauthier (2015) : « les gestionnaires des diverses équipes qui encadrent les intervenants sociaux doivent être en mesure de soutenir leurs propres intervenants et de leur offrir une formation leur permettant de composer avec les différents stress qu'ils devront affronter » (Maltais et al. 2015). Nous considérons que la tenue régulière de rencontres de soutien est primordiale et les intervenants sociaux doivent être informés des répercussions possibles sur ceux-ci, à la suite d'une intervention de première ligne en contexte de crise (Maltais et al. 2015).

Enjeu : Absence de standardisation des services en postvention du suicide

Enjeu : Possibilité d'une absence de soutien psychosocial offert aux endeuillés

Recommandation : Établir la trajectoire de services offerts aux endeuillés par le suicide

Les participants de l'étude constatent une grande variation dans l'offre et l'accessibilité des services offerts aux endeuillés par le suicide au Québec. En effet, les données recueillies à

travers les entrevues de recherche soulèvent l'absence de standardisation des services en postvention du suicide, à la fois pour les services de première et deuxième ligne. Par ailleurs, un participant souligne la difficulté d'accès à certaines ressources nécessaires dans l'immédiat en contexte d'un décès par suicide, tel que les services de nettoyage après sinistre. Ce manque d'accessibilité à certaines ressources dans l'immédiat peut mener les intervenants sociaux à dépasser leur mandat initial, afin de combler certains besoins. Par exemple, certains participants ont mentionné avoir déjà aidé à nettoyer les lieux à la suite d'un décès par suicide, afin de préserver les endeuillés de certaines images traumatiques.

Découlant d'une absence de standardisation des services, les participants abordent également la possibilité que les endeuillés par le suicide ne reçoivent aucun soutien psychosocial. Par exemple, lorsque le corps du défunt est transporté dans un centre hospitalier et que la famille endeuillée se présente sur les lieux, il est possible que celle-ci ne soit pas prise en charge à l'hôpital, au niveau psychosocial, dû au manque de personnel. De plus, certains participants soulèvent la possibilité d'une absence de référence des policiers vers les intervenants de première ligne. Cela peut autant émaner du choix personnel et du jugement clinique du policier face à la situation, que d'un oubli ou bien d'une méconnaissance des services d'intervention de première ligne, offerts en contexte de deuil par suicide.

En lien avec ces enjeux, des participants de l'étude recommandent qu'une trajectoire de services soit établie. En effet, sans nécessairement établir une standardisation rigide des services, ceux-ci recommandent de standardiser une trajectoire de services offerts en première ligne auprès des endeuillés par le suicide, afin de guider les différents acteurs et partenaires, puis de s'assurer que les endeuillés recevront un soutien psychosocial. D'ailleurs, Bourque (2009) cite un extrait du Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004), qui élabore le principe de la standardisation des pratiques et des processus :

« Les centres de santé et de services sociaux (CSSS), pour assurer une qualité de services et une hiérarchisation appropriée de l'accès aux services, doivent mettre en place des mesures découlant de la standardisation des pratiques, des stratégies et des processus. [...] La standardisation vise l'alignement des

pratiques avec des normes et des standards reconnus et applicables aux contextes locaux. [...] La standardisation s'applique par le biais de l'adhésion à des protocoles ou lignes directrices fondés sur les données probantes ou les meilleures pratiques selon les consensus d'experts »⁴.

Toutefois, plusieurs chercheurs soulèvent des limites concernant ce principe de standardisation, qui constituerait une certaine menace pour les pratiques d'intervention sociale dont l'accent est mis sur le contact humain et chaleureux (approche globale, prévention, etc.) qui fait justement la qualité (Bourque, 2009).

Au Québec, le programme de postvention « *Être prêt à agir à la suite d'un suicide* » a été publié en 2020 par les auteurs Monique Séguin, Françoise Roy et Tania Boilar. Ce programme s'adresse aux institutions qui offrent des services de postvention ou qui sont appelées à intervenir à la suite d'un suicide. Il est principalement destiné aux établissements de milieux scolaires, de travail ou de vie (ex. centre jeunesse, communauté, etc.) qui souhaitent se préparer, agir adéquatement et limiter les impacts lorsqu'un suicide survient dans leur milieu (Séguin, Roy et Boilar. 2020). Ce programme propose une planification séquentielle d'interventions permettant d'agir sur les impacts du suicide et ayant une répercussion à la fois sur les individus et sur le milieu (Séguin, Roy et Boilar. 2020). Les auteurs rappellent qu'aucun programme ne peut établir avec exactitude les interventions à réaliser, puis les moments auxquels les interventions devront se réaliser. Les équipes responsables des activités doivent se coordonner, afin que les ressources nécessaires soient disponibles et s'adaptent selon le moment (Séguin, Roy et Boilar. 2020). Ceux-ci soulignent qu'il est nécessaire d'évaluer les interventions constamment et de les ajuster aux besoins du milieu. Ainsi, il est essentiel de faire une analyse de l'événement, avant de déterminer les actions / interventions à mettre en place. Régulièrement, les personnes responsables devront faire des bilans, coordonner les activités et assurer une flexibilité dans les types et les lieux d'intervention (Séguin, Roy et Boilar. 2020).

⁴ MSSS. (2004). « *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* », Document principal, Octobre, 75 pages.

D'ailleurs, ces auteurs rappellent que les divers milieux ne devraient pas prendre en charge seuls toutes les démarches d'un programme et il est pertinent d'établir des protocoles d'entente avec des organismes sur le plan local, régional ou national, lesquels devront également soutenir le milieu touché par le suicide et proposer des interventions, à court et long terme (Séguin, Roy et Boilar. 2020). Ainsi, une approche séquentielle d'intervention est recommandée par ces auteurs, afin d'apaiser le stress dans le milieu, de diminuer la souffrance individuelle, de soutenir les personnes les plus vulnérables de façon proactive sur le long terme et de réduire les risques d'effet d'entraînement (Séguin, Roy et Boilar. 2020). Le programme de Séguin, Roy et Boilar (2020) est donc axé sur une planification séquentielle d'interventions à la suite d'un suicide, à court, moyen et long terme. Notre étude porte particulièrement sur les interventions ciblées à court terme, suivant le décès par suicide (phase de choc), et ce auprès des proches endeuillés par le suicide. La trajectoire de services recommandée par les participants de notre étude vise une trajectoire d'intervention claire pour les différents partenaires impliqués en première ligne, dans le contexte de crise (ex. policiers, intervenants sociaux, équipe de postvention du suicide, services après-sinistre, ou autre), afin d'assurer que les endeuillés par le suicide se voient offrir des services psychosociaux.

Par exemple, pour les participants de notre étude, plusieurs éléments seraient pertinents à clarifier dans la trajectoire de services offerts aux endeuillés par le suicide, dans chacune des régions du Québec. Selon les participants, les aspects à clarifier dans cette éventuelle trajectoire de services concernent : les responsables de l'intervention psychosociale de première ligne (*ex. qui vont intervenir en première ligne en contexte de crise auprès des endeuillés par le suicide?*), la référence systématique des policiers vers les intervenants sociaux de première ligne désignés (*ex. comment les policiers peuvent-ils référer systématiquement les endeuillés par le suicide aux intervenants de première ligne désignés?*), la facilitation du partage d'information entre les policiers et les intervenants de première ligne (*ex. comment pouvons-nous faciliter le partage d'information entre les policiers et les intervenants sociaux de première ligne?*), les responsables du suivi psychosocial de deuxième ligne en postvention du suicide et les services offerts (*ex. qui*

pourra offrir des services en postvention du suicide à plus long terme aux endeuillés par le suicide? et quelle est l'offre de services exacte pour cette clientèle ?), puis la référence systématique des intervenants de première ligne vers l'équipe de postvention du suicide du secteur (ex. comment les intervenants de première ligne peuvent-ils référer systématiquement les endeuillés par le suicide aux intervenants de deuxième ligne désignés?).



Toutefois, selon ces participants, cette trajectoire de services doit permettre une flexibilité et une adaptation aux différents contextes d'interventions, puis aux différentes réalités régionales du Québec (ex. structure du réseau de la santé, organismes communautaires de la région, etc.). D'ailleurs, cette trajectoire de services s'inscrit dans une approche séquentielle d'intervention, recommandée par Séguin, Roy et Boilar (2020) dans leur programme de postvention du suicide. Ainsi, tel que présenté dans le cadre théorique, tous les acteurs d'un microsystème ont un rôle à jouer (Bronfenbrenner, 1979). En effet, tous les professionnels impliqués dans ce contexte d'intervention (ex. intervenants, policiers, ambulanciers, équipe de postvention, etc.) détiennent un rôle particulier en lien avec leurs activités professionnelles spécifiques et la place particulière qu'ils occupent de manière générale dans la société. Ainsi, cette trajectoire de services permettrait d'établir le rôle et les actions à poser pour chacun des partenaires impliqués en première ligne, auprès des endeuillés par le suicide. De plus, elle permettrait d'agir sur les enjeux reliés à l'absence de standardisation des services en postvention du suicide et la possibilité d'une absence de soutien psychosocial offert aux endeuillés par le suicide au Québec.

À la suite de l'analyse des enjeux et des recommandations soulevés, il est possible de constater que ceux-ci sont tous interreliés. De plus, selon les résultats de notre étude, l'amélioration des pratiques d'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide semble directement liée à l'exosystème (ex. trajectoire de services, structure organisationnelle, accessibilité des services psychosociaux, l'encadrement, la formation et le soutien offerts aux intervenants de première ligne, et bien d'autres éléments). Ainsi, les enjeux et les recommandations soulevés par les participants, soulignent l'impact que peut avoir l'exosystème sur les intervenants sociaux de première ligne et leur pratique professionnelle auprès des endeuillés par le suicide.

6.4 Le raisonnement clinique derrière l'évaluation de la pertinence du déplacement de l'intervenant sur les lieux du décès

Tel que présenté dans les résultats, un débat existe actuellement parmi les intervenants sociaux de première ligne concernant la pertinence de leur déplacement systématique sur les lieux du décès par suicide, afin d'aller à la rencontre des endeuillés, lors de la phase de choc. En effet, cinq participants de l'étude ont mentionné trouver pertinent de se déplacer systématiquement lors d'un décès par suicide, pour plusieurs raisons telles que : recevoir la charge émotive des endeuillés, réaliser une évaluation du risque suicidaire et des besoins immédiats, développer un filet de sécurité autour des endeuillés et réaliser des références plus adaptées aux besoins identifiés.

Puis, les trois autres participants de l'étude sont d'avis qu'il n'est pas toujours pertinent de se déplacer sur les lieux du décès. Ceux-ci considèrent plutôt important de faire une évaluation de la pertinence du déplacement au préalable, en explorant plusieurs facteurs (ex. la présence d'un réseau de soutien et les proches des endeuillés sur les lieux, les ressources et les professionnels traitants déjà à leur dossier, le caractère soudain ou imprévu du décès par suicide pour les endeuillés, la présence ou l'absence d'une crise / désorganisation apparente chez les endeuillés, et l'ouverture des endeuillés par le suicide à recevoir leur aide psychosociale). Ainsi, certains intervenants ne se déplaceront pas toujours sur les lieux, notamment lorsqu'ils constatent que les endeuillés sont déjà bien entourés (réseau familial et ressources professionnelles), ou bien qu'ils soient fermés à

recevoir leur aide psychosociale dans l'immédiat. Toutefois, tous les participants de l'étude trouvent pertinent de se déplacer dans le cas où l'endeuillé par le suicide est isolé (absence d'un réseau de soutien), ou lorsqu'une désorganisation et une grande crise sont identifiées chez les endeuillés par le suicide. Cela peut mener à une évaluation du risque suicidaire chez ceux-ci. Puis, les participants trouvent pertinent de se déplacer lorsqu'il y a la présence d'enjeux et de vulnérabilités connus chez les endeuillés (ex. problème de santé mentale, perte d'autonomie, dynamique familiale tendue ou problématique, etc.)

D'ailleurs, les intervenants de première ligne réaliseront différents types de raisonnement clinique, afin de décider s'ils se déplaceront ou non sur les lieux. Dans son texte, Richard (2008) cite Nendaz et al. (2005) concernant les fondements du raisonnement clinique.

« On nomme raisonnement clinique les processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème [...] Il peut être considéré comme l'activité intellectuelle par laquelle le clinicien synthétise l'information obtenue dans une situation clinique, l'intègre avec les connaissances et les expériences antérieures et les utilise pour prendre des décisions »⁵.

Selon Richard (2008), le raisonnement clinique prépare un travailleur social à agir d'une manière plutôt que d'une autre. Chaque travailleur social devrait ainsi pouvoir démontrer et justifier sa conduite, puis être en mesure de répondre à la question suivante : pourquoi agir de la sorte ? (Richard, 2008). Lorsqu'un professionnel vit un dilemme et l'incertitude, il cherche des balises claires pour tenter de dénouer ce qu'il convient de faire (Richard, 2008). Il s'inscrit alors dans un effort de raisonnement qui reçoit, traite, conserve et utilise toutes les informations disponibles, dans le but d'acquérir des connaissances, puis porter un jugement éclairé sur la situation, afin d'intervenir avec efficacité, dans l'intérêt des individus impliqués dans le dilemme éthique (Richard, 2008).

⁵ Nendaz, M., et al. (2005). « *Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement* », dans Pédagogie médicale, novembre, Vol. 6, No.4, Revue internationale francophone d'éducation médicale.

Richard (2008) présente trois types de raisonnement clinique (instinctuel, normatif et éthique) que peuvent emprunter les intervenants sociaux pour dénouer les situations d'intervention difficiles rencontrées dans leurs activités professionnelles. Concernant le raisonnement instinctuel, l'auteur soulève que de nombreux professionnels n'ont pas suffisamment de temps, de connaissances, de ressources, d'expérience ou de soutien pour faire face à des contextes d'intervention complexes, nécessitant des décisions difficiles. Ainsi, ils utilisent souvent leur « instinct ». À ce sujet, l'auteur rappelle que l'humain n'est pas un être uniquement doté de raison, il est aussi doté d'impulsion et d'affectivité (émotions), qui peuvent moduler ses attitudes et comportements, ses façons d'agir au quotidien (Richard, 2008).

« Il peut arriver que les choix d'actions des professionnels prennent source à partir d'un cadre intuitif ou expérientiel, en fonction de ce qu'ils perçoivent être « le gros bon sens ». Ce même gros bon sens qui, décortiqué et analysé, se rapporte souvent à des valeurs, à des opinions et à des attitudes très personnelles ». (OPTSQ, 2006, p. 31)

En effet, sous l'influence de l'instinct, d'une émotion, voire d'un simple sentiment, l'humain peut raisonner assez promptement et arriver à une conclusion, à un choix d'action à privilégier (Richard, 2008). Il est donc impératif comme intervenant social de garder un œil attentif sur ce qui se joue (en soi), notre implication comme individu, lorsqu'on cherche à éclairer la conduite professionnelle ou à résoudre un dilemme éthique au travail (Richard, 2008). Ainsi, la notion d'implication telle que présentée dans le cadre théorique selon les auteurs Rougerie (2015), Loureau (1997) et Paturel (2008), peut être mise en lien avec la prise en considération de l'ontosystème de l'intervenant social dans son raisonnement instinctuel et sa prise de décision. Cette notion permet donc de concevoir la relation dynamique de l'intervenant de première ligne avec l'endeuillé par le suicide, puis l'implication possible de l'histoire personnelle et les caractéristiques individuelles de l'intervenant, à travers sa pratique professionnelle (Paturel, 2008).

Dans le contexte de deuil par suicide, des participants de l'étude ont soulevé certains motifs de non-déplacement des intervenants de première ligne qui peuvent relever d'un raisonnement instinctuel. Par exemple, les trois participants de l'étude qui jugent non-

pertinent de se déplacer systématiquement sur les lieux du décès par suicide, sont les mêmes qui ont verbalisé leur opinion personnelle reflétée à leur propre situation : « souvent on se dit nous-mêmes au bureau : si moi il se passe quelque chose chez nous, je ne veux pas voir une TS (travailleuse sociale) arriver chez nous, je vais vivre ça, puis après je vais faire une demande de services » (Participant 3). D'autres participants ont également mentionné observer un évitement de ce contexte d'intervention de la part d'intervenants de première ligne, dû à un certain malaise, manque d'aisance et tabou face au sujet du suicide et de la mort. Cela peut avoir un impact dans le raisonnement clinique de l'intervenant qui doit décider de se déplacer ou non à la rencontre des endeuillés par le suicide. À l'inverse, d'autres intervenants expliquent se déplacer systématiquement sur les lieux, dû à des expériences positives antérieures auprès d'endeuillés par le suicide. En effet, avec des expériences positives d'intervention en contexte de deuil par suicide, l'intervenant de première ligne peut assumer que sa présence sera nécessairement aidante sur les lieux auprès des endeuillés. Ainsi, l'intervenant de première ligne peut avoir recours au raisonnement instinctuel, afin de déterminer s'il se déplacera ou non sur les lieux du décès par suicide.

Ensuite, Richard (2008) explique que devant les situations qui génèrent l'incertitude et l'inconfort face à ce qui doit ou non être fait, nombreux sont les professionnels qui, par conformisme, automatisme ou peur de la sanction, peuvent avoir recours à d'autres registres qu'à leur instinct ou leurs expériences. Avec le raisonnement normatif (déontologique), ils cherchent ultimement à identifier la meilleure façon d'agir en conformité avec les devoirs et règlements (ex. norme, protocole, lois, code de déontologie, etc.), soit des éléments relatifs à l'exosystème (Richard, 2008). Le raisonnement normatif est donc lié au devoir à l'égard de l'autre et plusieurs questions seront posées par les professionnels à travers ce raisonnement : Ce que je veux faire est-il conforme aux normes déontologiques, à mes devoirs et responsabilités professionnels, à la mission, aux règlements administratifs de l'organisation ? Est-il juste ou non d'intervenir dans cette perspective ? Est-ce que je peux récolter une sanction, un blâme disciplinaire si j'agis de cette façon ? (Richard, 2008). Par exemple, les intervenants de première ligne vont parfois se déplacer sur les lieux du décès par suicide, à la suite d'une demande externe (ex. policier,

gestionnaire, superviseur) qui a évalué comme nécessaire et pertinente leur présence sur les lieux. Cette décision de se déplacer ou non peut donc être prise en fonction de procédures établies, ou d'un partenariat avec les policiers par exemple. Richard (2008) rappelle que tout n'est pas noir ou blanc en contexte d'intervention difficile, et il se peut qu'il n'y ait pas de normes ou de règles pouvant répondre avec précision au dilemme qui se présente au professionnel.

Puis, même si une règle nous indique ce qui convient de faire ou de ne pas faire, on peut chercher à interpréter la norme et remettre en question le sens de la décision envisagée et de l'action qui en découle (Richard, 2008). C'est à ce moment précis qu'on entre dans le raisonnement éthique : « dans ces situations, la résolution du dilemme exige de passer à l'analyse et au choix des valeurs qui donnent sens à la meilleure décision possible dans les circonstances, ce qui ouvre la voie au raisonnement éthique »⁶.

« L'éthique concerne nos actions, nos façons d'agir et la manière de régler notre vie, tant individuelle que sociale [...] Plus précisément, l'éthique concerne l'évaluation ou l'appréciation de nos actions, de notre conduite et de nos règles de vie, selon le registre du bien ou du mal, du juste ou de l'injuste, etc. »⁷.

Ainsi, en terrain éthique, on s'interroge sur le bien-fondé de la norme et on cherche à comprendre pourquoi il faut adhérer à telle règle. Le raisonnement éthique pousse l'individu à élargir le discours centré uniquement sur les normativités et permet aux professionnels de transformer leurs interprétations des obligations, des normes, des valeurs, des droits et lois dans une situation d'intervention difficile (Richard, 2008). Par exemple, lorsque des intervenants de première ligne sont sollicités par les policiers, afin d'intervenir auprès des endeuillés par le suicide pendant la phase de choc, certains intervenants prendront le temps d'évaluer la pertinence et l'impact de leur présence sur les

⁶ Boisvert et collab. (2003). « *Petit manuel d'éthique appliquée à la gestion publique* », Montréal, Éditions Liber.

(Cité par Richard. 2008).

⁷ Duhamel, Mouelhi et S. Charles. (2001). « *Éthique, Histoire, Politique* », Québec, Éditions Gaëtan Morin. (Cité par Richard. 2008).

lieux, selon certains motifs (ex. la présence d'un bon réseau de soutien pour les endeuillés sur les lieux et des ressources professionnelles déjà à leur dossier) : « dans certains cas de suicide, on va pas se déplacer, on va leur donner des conseils cliniques, leur dire que ça vaut pas la peine nécessairement avec ce qu'ils me donnent de se déplacer, parce qu'il y a déjà la famille qui se soutien, c'est positif, etc. » (Participant 2).

D'ailleurs, il est important de rappeler la présence d'enjeux face à la présence des premiers répondants et des intervenants sociaux sur les lieux du décès par suicide. Tel que présenté à travers la problématique de cette recherche, l'étude de Genest, Maltais et Gratton (2018) démontrent que pour les familles dont le suicide est survenu au domicile familial, l'arrivée des premiers répondants, était souvent perçue comme un envahissement et une intrusion dans leur intimité (Genest, Maltais et Gratton. 2018). De plus, certaines familles ont mentionné avoir été choquées par divers éléments, tels que l'enquête policière qui les empêche de lire les lettres (*pièces à conviction*) laissées par le défunt, ou bien l'envoi rapide du corps au coroner pour l'autopsie (Genest, Maltais et Gratton. 2018). Ainsi, leur recherche révèle que certaines familles souhaiteraient être mieux soutenues et comprises dans ces moments de crise (Genest, Maltais et Gratton. 2018). En regard des données recueillies, il est évident que l'intervention psychosociale de première ligne comporte plusieurs apports positifs pour les endeuillés par le suicide. Toutefois, il est pertinent, voir nécessaire comme intervenant de première ligne, de prendre en considération les multiples enjeux liés à ce contexte particulier à travers son raisonnement clinique et le choix des interventions à réaliser.

Faire face à un dilemme éthique provenant de l'accompagnement d'individus vulnérabilisés socialement peut créer un bouleversement, des remises en question et des prises de conscience lourdes de sens chez les professionnels (Richard, 2008). Ainsi, les intervenants de première ligne auront recours à différents types de raisonnement clinique (ex. instinctuel, normatif et éthique) dans leur prise de décision, notamment dans le choix de se déplacer ou non sur les lieux d'un décès par suicide.

À travers ce chapitre, nous avons pu approfondir l'analyse des résultats les plus significatifs de la recherche, en établissant des liens avec la problématique de recherche et le cadre théorique de l'étude. Ainsi, nous avons pu exposer la pertinence du cadre écosystémique pour cette étude, établir des liens entre les visions des participants concernant les « meilleures pratiques » et la vision de l'auteur Green (2001), puis mettre en lien les enjeux et les recommandations formulés par les participants, tous reliés à l'exosystème. Finalement, nous avons pu aborder le raisonnement clinique derrière l'évaluation de la pertinence du déplacement des intervenants sur les lieux du décès par suicide, qui reste un débat pertinent à poursuivre.

CONCLUSION

Ce projet pour la maîtrise en travail social nous a d'abord permis de réaliser une exploration écosystémique de la pratique d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide. Nous avons également pu produire des connaissances sur les visions des intervenants sociaux, concernant les « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne, auprès de ce groupe. Ainsi, nous considérons que cette étude a pu démontrer plusieurs aspects de la pratique, notamment concernant l'impact de l'ontologie de l'intervenant dans sa pratique professionnelle, la pertinence de ce contexte d'intervention et les apports positifs de celui-ci, la complémentarité des rôles parmi les professionnels impliqués dans cette pratique d'intervention, l'impact de l'exosystème dans la pratique, à travers les enjeux et les recommandations formulées, et la grande variation de l'offre et l'accessibilité des services d'intervention psychosociale en postvention du suicide au Québec. De plus, il a été possible de constater que les visions des intervenants sociaux de première ligne concernant les « meilleures pratiques » auprès des endeuillés par le suicide rejoignent l'auteur Green (2001), en proposant des processus généralisables et adaptables au milieu et à la population ciblée. Finalement, nous avons pu explorer les différents types de raisonnement clinique qui peuvent être utilisés à travers l'évaluation de la pertinence du déplacement des intervenants, sur les lieux du décès par suicide. Toutefois, un débat reste présent parmi les intervenants sociaux de première ligne concernant la pertinence et l'impact de leur présence sur les lieux du décès, pendant la phase de choc.

Nous considérons que les résultats d'études présentés soulèvent la pertinence de considérer la théorie des systèmes et de l'environnement (Bronfenbrenner, 1979), lorsqu'on souhaite explorer une pratique particulière en intervention psychosociale et la vision des « meilleures pratiques » d'intervention en première ligne. Lors de futures recherches, il serait intéressant d'aller à la rencontre des endeuillés par le suicide, afin de les positionner au cœur du microsystème et de l'analyse. Cela permettrait d'avoir accès à leurs visions de l'intervention psychosociale de première ligne qu'ils ont vécu pendant la phase de choc, sur les lieux du décès. Par ailleurs, il serait pertinent d'explorer les visions des différents partenaires impliqués dans l'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le

suicide, concernant l'établissement d'une trajectoire de services (ex. les intervenants sociaux de première ligne, les milieux policiers, les équipes spécialisées en postvention, les milieux hospitaliers, centre de crise, etc.). Cela permettrait d'avoir accès à leurs opinions, leurs idées, les enjeux et recommandations propres à chaque partenaire et à leur réalité professionnelle.

De plus, considérant les risques sur le plan émotif et psychologique d'intervenir en contexte de crise, il est important de réfléchir aux manières de soutenir au quotidien les intervenants sociaux de première ligne. D'ailleurs, il serait intéressant de réaliser des entretiens de recherche auprès de ceux-ci, spécifiquement axés sur leurs besoins en termes de soutien, afin de diminuer les risques de ce contexte professionnel. Ainsi, nous croyons qu'il est possible d'innover, en s'inspirant de modèles proactifs d'intervention à l'international (ex. États-Unis et l'Australie), permettant une constante amélioration des services offerts aux endeuillés par le suicide. Selon nous, l'intervention psychosociale de première ligne a clairement de nombreux apports positifs et nous avons intérêt à investir les ressources nécessaires, afin d'accroître l'accessibilité et la constante amélioration des pratiques auprès des endeuillés par le suicide.

ANNEXE A

GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction

- ☐ Entretien en vidéoconférence dû au contexte de pandémie mondiale COVID19
- ☐ Valider l'emplacement confidentiel du participant
- ☐ Présentation de l'étudiante-chercheuse
- ☐ Résumé des objectifs de l'étude
- ☐ Résumé du cadre théorique et la mobilisation de la perspective écosystémique

Rappels :

- ☐ Participation volontaire et droit d'arrêter sa participation à l'étude à tout moment / confidentialité de l'entretien / questions concernant le formulaire de consentement

Présentation du participant

- ☐ Pouvez-vous résumer brièvement vos expériences de travail en intervention psychosociale (ex. postes, nombre d'années, clientèles) ?
- ☐ Vous estimez à combien le nombre d'interventions que vous avez réalisés dans votre carrière, en première ligne en face à face, auprès d'endeuillés par le suicide ?
- ☐ Est-ce que ce sont des interventions qui sont fréquentes dans votre milieu de travail ? (chronosystème)

Section 1

Ontosystème (Caractéristiques individuelles de l'intervenant de première ligne)

- ☐ Quelles sont les compétences, qualités, et caractéristiques individuelles que les intervenants de première ligne devraient avoir pour cette pratique d'intervention spécifique ?
- ☐ Selon vous, quel est l'impact des caractéristiques individuelles de l'intervenant de première ligne (ex. genre, âge, expérience professionnelle, ethnicité, histoire personnelle, etc.) sur sa pratique auprès des endeuillés par le suicide ?

Section 2

Microsystème (Interactions de l'intervenant avec les autres acteurs)

- ☐ **Endeuillés par le suicide :**
 1. Selon vous, quelle est la pertinence de l'intervention de première ligne face-à-face, pendant la phase choc, auprès des endeuillés par le suicide ?
 2. Êtes-vous toujours appelé en cas de suicide sur votre territoire ? Quel est la trajectoire pour avoir accès à vos services d'intervention psychosociale de première ligne ?
 3. De manière générale, trouvez-vous que les endeuillés par le suicide sont réceptifs à recevoir votre aide dans la phase choc de deuil ?
 4. Y a-t-il un programme de deuxième ligne, en postvention du suicide, auquel vous référez les endeuillés ?

- **Premiers répondants :** Quelle est l'importance de la collaboration avec les premiers répondants sur place, lors des interventions psychosociales de première ligne auprès des endeuillés par le suicide ?
- **Collègues de travail :** Quelle est l'importance de vos collègues de travail (ex. intervenants de première ligne) dans votre pratique d'intervention auprès des endeuillés par le suicide ? (*Ex. travailler en solo versus en duo*).
- **Autres partenaires et professionnels externes :** Avec quels autres partenaires externes et professionnels allez-vous être en contact lors de vos interventions en contexte de deuil après suicide ?

Section 3

Mésosystème (Relations externes à l'intervenant)

- **Premiers répondants - endeuillés :** Comment le travail des premiers répondants auprès des endeuillés par le suicide peut affecter votre intervention psychosociale de première ligne auprès des endeuillés ?
- **Enquête policière :** Est-ce que le contexte d'enquête policière (lorsqu'il y en a une), a un impact sur vos interventions auprès des endeuillés par le suicide ? Si oui, comment ?
- **Équipe traitante du défunt :** Dans le cas où la personne décédée par suicide avait un suivi avec une équipe traitante en santé mentale, avant son décès : Est-ce que vous considérez que cela peut avoir un impact sur vos interventions auprès de la famille endeuillée ? Si oui, comment ?
- **Prise en charge de l'hôpital :** Est-ce qu'il peut arriver que ce soit l'hôpital qui prend en charge la famille endeuillée au niveau psychosocial ? (*Ex. lorsque le corps du défunt a été transféré rapidement à l'hôpital*)

Section 4

Exosystème (Éléments qui guident le travail et la pratique de l'intervenant)

- **Organisation du travail :** De manière assez large, pouvez-vous me parler de l'organisation du travail dans votre milieu ? (*Ex. syndicat, protocoles ou lignes directrices, utilisation de guides de pratique, trajectoire de services, standardisation des pratiques d'intervention – durée, nombre d'intervention, statistiques, notes évolutives, etc.*)
- **Support clinique disponible :** Quelles sont les formations, réunions, supervisions cliniques auxquelles vous avez accès ?
- **Accessibilité des services :** Considérez-vous que les services d'intervention psychosociale de première ligne soient suffisamment accessibles pour les endeuillés par le suicide ?
- **Municipalité / Région :** Comment pensez-vous que ce contexte d'intervention peut changer, selon la municipalité / région du Québec, dans laquelle les interventions auprès des endeuillés par le suicide sont réalisées ?

- **L'application de la Loi P38 :** Dans quel contexte allez-vous recommander l'application de la loi P38 auprès d'endeuillés par le suicide, lors de la phase de choc ?
- **Lois et politiques sociales :** Pensez-vous à d'autres lois ou politiques sociales qui ont un impact dans votre travail au quotidien ?

Section 5

Macrosystème (Aspects de la société qui ont un impact sur le travail de l'intervenant)

- **Culture / Religion :** Constatez-vous à travers vos interventions des différences culturelles dans la vision du suicide et de la mort ? Si oui, comment adaptez-vous vos interventions ?
- **Tabou du suicide :** Constatez-vous un tabou chez les endeuillés, en lien avec le suicide ? Si oui, comment cela s'exprime ?
- **Gouvernement / État-Providence :** Selon vous, comment le gouvernement peut avoir un impact sur les pratiques d'interventions et les services offerts aux endeuillés par le suicide ?
- **Contexte historique :** Comment le contexte historique (l'époque) peut avoir un impact sur vos pratiques d'intervention de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide ?

Si la question est trop large, voici des pistes de réflexions : changements dans le réseau de la santé, contexte de pandémie mondiale COVID19, médiatisation des problèmes de santé mentale « Bell cause », avancement de la technologie et réseaux sociaux, etc.).

Section 6

Chronosystème (Éléments relatifs au temps)

- Selon vous, quelle est l'importance du délai entre le moment du décès et l'intervention psychosociale de première ligne auprès des endeuillés par le suicide ?
- Selon vous, une fois l'intervenant de première ligne sur les lieux, y a-t-il une durée idéale de l'intervention auprès des endeuillés par le suicide ?
- À quelle fréquence avez-vous des contacts avec les endeuillés par le suicide que vous rencontrez ? (Ex. seulement une fois lors de l'intervention de crise ? ou bien des relances sont possibles ?).

Section 7

Vision précise des « meilleures pratiques » auprès des endeuillés par le suicide

- **Visions des meilleures pratiques :** Comment décririez-vous les « meilleures pratiques » d'intervention de première ligne auprès des endeuillés par le suicide ?
- **Recommandations :** Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans cette pratique d'intervention ou bien les services offerts aux endeuillés par le suicide, afin d'atteindre **votre** vision des meilleures pratiques.

- **Vision du terme « meilleures pratiques » :** Quelle est votre vision concernant l'utilisation du terme « *meilleures pratiques* » dans le champ psychosocial ?

Clôture de l'entrevue

- Est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez ajouter sur le sujet ?
- Avez-vous un intérêt à recevoir un résumé des résultats de l'étude ?
- Remerciements.
- Retour sur la signature du participant et l'envoi du formulaire de consentement.
- Rappel des coordonnées de l'étudiante-chercheuse pour toutes questions.

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Vous êtes invité à participer à une entrevue individuelle visant l'exploration des : « *Visions des intervenants sociaux concernant les meilleures pratiques d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide : exploration écosystémique* »

Étudiante-Chercheure

Stéphanie Généreux-Soares

genereux-soares.stephanie@courrier.uqam.ca

Candidate à la maîtrise en travail social à l'Université du Québec à Montréal

Direction de recherche

Shawn-Renee Hordyk

hordyk.shawn-renee@uqam.ca / (514) 987-3000 poste 2051

Professeure à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal

Préambule

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Description du projet et de ses objectifs

À travers ce projet de recherche, la perspective systémique sera mobilisée de manière à situer l'intervenant psychosocial de première ligne au cœur de l'étude. Les données qui seront recueillies à travers les entrevues avec les intervenants sociaux de première ligne, concernant divers aspects (ex. collaboration avec les premiers répondants, guides de pratiques, supervisions cliniques, etc.) pourront être resituées parmi les différents systèmes. Il sera donc possible d'analyser l'impact des systèmes à travers leurs visions des « meilleures pratiques » d'intervention dans ce contexte particulier. À travers l'entrevue individuelle, le participant pourra s'exprimer sur sa vision de l'utilisation du terme « meilleures pratiques » dans le champ psychosocial, les éléments qui sont importants à prendre en considération dans ce contexte d'intervention particulier, les points à améliorer pour le développement de meilleures pratiques, et bien d'autres. L'objectif de la recherche est donc de : « *produire des connaissances sur les visions des intervenants sociaux, concernant les « meilleures pratiques » d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide* ».

Nature et durée de votre participation

- ☐ Prévoir 1 heure pour la durée de l'entrevue individuelle.
- ☐ L'entrevue sera enregistrée par vidéoconférence
- ☐ Être disponible pour l'entrevue individuelle entre les mois de novembre 2020 et mai 2021.

Avantages liés à la participation

- Possibilité de s'exprimer librement et anonymement sur la réalité du « terrain ».
- Contribuer à l'avancement des connaissances et de la recherche sur le sujet.
- Participer à l'amélioration de la pratique professionnelle.

Risques liés à la participation

- Possibilité de revivre des émotions difficiles liées à un événement passé.
- Possibilité de ressentir un inconfort à aborder des éléments de nature plus personnelle.

Confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seule l'étudiante et la directrice de recherche auront accès à l'identité du participant, l'enregistrement et au contenu de sa transcription. Les entrevues transcrites seront numérotées et seuls les chercheurs auront la liste des participants et du numéro qui leur aura été attribué. Votre accord à participer implique que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche les renseignements recueillis, à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement. Le matériel de recherche (enregistrement et transcription), ainsi que votre formulaire de consentement seront sécurisés et conservés par l'étudiante pour la durée totale de la recherche. Le matériel de recherche sera détruit 5 ans après les dernières publications.

Participation volontaire et retrait

Votre participation à ce projet est libre et volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Vous pouvez retirer votre participation sans devoir justifier votre décision, puis toutes les données vous concernant seront détruites. Si désiré, les questions du guide d'entretien peuvent vous être montré avant l'entrevue, puis un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme de la démarche.

Des questions sur le projet ?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Stéphanie Généreux-Soares (étudiante-chercheure) et Shawn-Renee Hordyk, (directrice de recherche et professeure à l'École de travail social de l'UQAM). [*Voir les coordonnées ci-haut*]

Des questions sur vos droits ?

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines impliquant des êtres humains (CERPÉ FSH) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ FSH : cerpe.fsh@uqam.ca ou 514-987-3000, poste 3642.

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Communication ultérieure avec l'étudiante-chercheure

Acceptez-vous que l'on communique avec vous, afin de réaliser un suivi ou une clarification des données de recherche ? (Ex. possibilité d'une 2^e entrevue)

☐ Oui ☐ Non

Consentement du participant

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction. Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom et Nom du participant

Coordonnées du participant

Signature du participant

Date

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

ANNEXE C

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:	Visions des intervenants sociaux concernant les meilleures pratiques d'intervention psychosociale de première ligne, auprès des endeuillés par le suicide : exploration écosystemique
Nom de l'étudiant:	Stéphanie GÉNÉREUX-SOARES
Programme d'études:	Maîtrise en travail social (profil avec mémoire)
Direction de recherche:	Shawn-Renée HORDYK

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.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

Aaron McNeece, C. Thyer, B. (2004). « *Evidence-Based Practice and Social Work* », Journal of Evidence-Based Social Work, Volume 1, pages 7-25. [Internet]: https://www.researchgate.net/publication/252066711_EvidenceBased_Practice_and_Social_Work

Absil, Gaëtan. Vandoorne, C. Demarteau, M. (2012). « *Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. Réflexion et action pour la Promotion de la santé* », École de Santé Publique, Belgique. [Internet] : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/114839/1/ELE%20MET-CONC%20A-243.pdf>

Allard, Micheline. Bouchard, Stéphane. (2011). « *La recherche et l'éthique* », dans le livre « *Recherche psychosociale ; pour harmoniser recherche et pratique* » par Stéphane Bouchard et Caroline Cyr, 2^e édition, Chapitre 12, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Anadón et Guillemette. (2007). « *La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive?* ». Recherches qualitatives – Hors-Série – numéro 5 – pages 26-37 [Internet] : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/anadon.pdf

Anthony, William A. (2003). « *Studying Evidence-Based Processes, Not Practices* », Revue Psychiatric Services, Volume 54, page 7-7. [Internet] : <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.1.7>

Bacqué, Marie-Frédérique. (2008). « *L'annonce de la mort* », Revue Études sur la mort, Numéro 134, pages 99 à 104. [Internet] : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2008-2-page-99.htm>

Berteau, G. (2003). Perception des facteurs de mise en œuvre d'habiletés spécifiques à l'intervention de groupe chez des intervenants sociaux, thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal.

Bouchard, Camil. (1987). « *Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante* », Revue Service social, Volume 36, Numéro 2-3, pages 454-477. [Internet] : <https://doi.org/10.7202/706373ar>

Bouchard, Stéphane. Cyr, Caroline. (2011). Livre « *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique* », 2^e édition, Québec, Presses de l'Université du Québec, 634 pages.

Boulanger. (2014). « *L'écosystémie sous l'angle des discours. Mise en perspective de l'approche de Bronfenbrenner* », Revue Nouvelles pratiques sociales. Volume 27, Numéro 1, Automne 2014, pages 189–210.[Internet]:<https://www.erudit.org/fr/revues/nps/2014-v27-n1nps02130/1033626ar/>

Bournival, Chantal. Séguin, Monique. Drouin, Marc-Simon. (2011). « *Étude des facteurs d'ajustement au deuil après un suicide et après un décès soudain non intentionnel* », Revue Frontières, Volume 24. Numéro 1-2 [Internet] :<https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2011-v24-n1-2-fr0357/1013085ar/>

Bourque. (2009). « *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec* », Communication dans le cadre du colloque européen (CEFUTS), Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires, Université Toulouse. [Internet] : <http://w4.uqo.ca/croc/Fichiers/cahiers/0907Final.pdf>

Bronfenbrenner, Urie. (1979). « *Purpose and Perspective* », dans le livre « *The Ecology of Human Development* » Harvard University Press. 329 pages. [Internet] : https://books.google.ca/books?id=8cf0FYm0jW0C&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbgbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Campenhoudt, Luc Van. Marquet, Jacques. Quivy, Raymond. (2017). « *Manuel de recherche en sciences sociales* », 5 édition, France, Dunod. 375 pages.

Castelli Dransart, Dolores Angela, et Monique Séguin. (2008). « *Besoins des personnes confrontées à un suicide et modalités de soutien disponibles : quelles interfaces ?* », Perspectives Psy, Volume 47, Numéro 4, pages 365-374. [Internet] : <https://www-cairn-info.proxy.bibliotheques.uqam.ca/revue-perspectives-psy-2008-4-page-365.htm>

Chavagnat, Jean-Jacques. (2005). « *Les risques de dépression grave lors du deuil après suicide* », Revue Études sur la mort, Numéro 127, pages 59 à 67. [Internet] : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2005-1-page-59.htm>

Couturier, Yves. Gagnon, Dominique. Belzile, Louise. Aziz Gbaya, Abdoul. (2013). « *Pratiques professionnelles fondées sur les résultats probants de la recherche et travail social* », dans le livre « *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques* », par Elizabeth Harper et Henri Dorvil. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Debout, Michel. (2005). « *Perdre un proche de suicide* », Revue Études sur la mort, Numéro 127, pages 45 à 48. [Internet] : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2005-1-page-45.htm>

Deslauriers, Jean-Pierre. (2011). « *La recherche qualitative* », dans le livre « *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique* » par Stéphane Bouchard et Caroline Cyr, 2^e édition, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Donnay, J. et Charlier, E. (2006). « Apprendre par l'analyse de pratiques. Initiation au compagnonnage réflexif », Namur, Presses Universitaires de Namur.

Dorais, Michel. (2001). « *Les travailleurs sociaux sont tous des chercheurs... Y compris ceux et celles qui l'ignorent* », Revue Intervention, Numéro 114, Pages 86-95. [Internet] : https://www.researchgate.net/publication/280087845_Les_travailleurs_sociaux_sont_tous_des_chercheurs_y_compris_ceux_et_celles_qui_lignorent

Drolet, Marie. (2013). « *L'intervention individuelle en travail social et son processus* » dans le livre « *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques* », par Elizabeth Harper et Henri Dorvil. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Faucher-Paré, Arnaud. (2019). « *Info-Social (8-1-1) : description d'un service provincial d'intervention psychosociale téléphonique de première ligne* », Revue intervention, Numéro 149, Pages 49-56. [Internet]: https://revueintervention.org/wpcontent/uploads/2019/05/ri_149_2019.1_faucher-pare.pdf

Fauré, Christophe. (2007). « *Après le suicide d'un proche. Vivre le deuil et se reconstruire* », France, Éditions Albin Michel. 239 pages.

Fauré, Christophe. (2009). « *Particularités des deuils après suicide* », dans le rapport : « *Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien* », Fédération Française de Psychiatrie. Résumé de l'Audition Publique, France. [Internet] : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/textesexperts/cd.pdf>

Fortin. (2014). « *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant* ». Mémoire de recherche pour la maîtrise en travail social, Université du Québec à Chicoutimi. [Internet] : <https://constellation.uqac.ca/2771/1/030621766.pdf>

Geeraerts, Axel. (2009). « *L'impact du suicide sur l'entourage. Quelles conséquences sur la vie sociale et professionnelle ?* », dans le rapport : « *Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien* », Fédération Française de Psychiatrie. Résumé de l'Audition Publique, France. [Internet] : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/textesexperts/cd.pdf>

Genest, Christine. Maltais, Nathalie. Gratton, Francine. (2018). « *Le rôle et l'impact des premiers répondants dans le processus de résilience familiale à la suite du suicide d'un adolescent* ». Revue Criminologie, Volume 51, Numéro 2, pages 244-263. [Internet]: <https://www.erudit.org/fr/revues/crimino/2018-v51-n2-crimino03961/1054242ar.pdf>

Gouvernement du Canada. (2016). « *Suicide : risques et prévention* », Site internet du Gouvernement du Canada. [Internet] : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/prevention-suicide/suicide-risques-et-prevention.html> (Consulté en juin 2020)

Gouvernement du Québec. (2020). « *Services de santé et services sociaux de première ligne* », Site internet du Gouvernement du Québec. [Internet] : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/services-de-sante-et-services-sociaux-de-premiere-ligne/> (Consulté en juin 2020)

Green W., Lawrence. (2001). « *From Research to « Best Practices » in Other Settings and Populations* ». American journal of health behavior, Volume 25, Numéro 3, pages 165-78. [Internet] :https://www.researchgate.net/publication/12012808_From_Research_to_Best_Practices_in_Other_Settings_and_Populations

Gusew, Annie. Berteau, Ginette. (2011). « *Le développement professionnel d'intervenants sociaux assignés à des services d'accueil ou de court terme en contexte d'urgence ou de crise* », Rapport de recherche, École de travail social, Université du Québec à Montréal. [Internet] : https://archipel.uqam.ca/4385/1/version_finale_avril_2011_Rapport_de_rech_G.B_A.G._coll.pdf

Hanus, Michel. (2008). « *Complexités et défis des deuils après suicide* », Revue Frontières, Volume 21, Numéro 1. Pages 10-14. [Internet] : <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2008-v21-n1-fr3400/037869ar/>

Harper, Elizabeth. Dorvil, Henri. (2013). « *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques* », Collection Problèmes sociaux et interventions sociales, Québec, Presses de l'Université du Québec. 426 pages.

INSPQ. (2018). « *Prévention du suicide : Les facteurs de risque et de protection au niveau sociétal et les actions préventives* », Site internet de l'Institut National de Santé Publique du Québec. [Internet] : <https://inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-auto-infligee-le-suicide-et-les-tentatives-de-suicide/prevention> (Consulté en juin 2020)

INSPQ. (2020). « *Rapport : Le suicide au Québec : 1987 à 2017* », Production du BIESP. Site internet de l'Institut National de Santé Publique du Québec. [En ligne] : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2642_suicide-quebec_2020.pdf (Consulté en juin 2020)

Jehel, Louis. (2009). « *Le deuil, le stress post-traumatique, la dépression, le suicide, à la suite du suicide d'un proche* », dans le rapport : « *Effets et conséquences du suicide sur l'entourage : modalités d'aide et de soutien* », Fédération Française de Psychiatrie. Résumé de l'Audition Publique, France. [Internet]:http://psydocfr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/endeuilles/texte_sexperts/cd.pdf

Larose, François. Couturier, Yves. Bédard, Johanne. Charette, Sylvie. (2011). « *Entre discipline et profession : la question des bonnes pratiques guidées par les résultats probants de la recherche (evidence based practice) en formation à l'enseignement.* »,

Revue Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, Volume 44, Numéro 2, Pages 31-48. [Internet] : doi:10.3917/lse.44.2.0031.

Lecomte, Yves. (2003). « *Développer de meilleures pratiques* », Revue Santé mentale au Québec, Volume 28, Numéro 1, Pages 9–36. [Internet] : <https://doi.org/10.7202/006979ar>

LégisQuébec. (2021). « *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* ». Site internet du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la solidarité sociale, Publications Québec [Internet] : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/p-38.001> (Consulté en septembre et octobre 2021)

Loock, Calvé, Beaulieu, Garon. (2015). « *La pratique en duo intersectoriel policier / intervenant psychosocial pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées : études de cas dans trois contextes dans le nord-est de Montréal* », Rapport de documentation, analyse et suivi de pratique. [Internet] https://maltraitancedesaines.com/wpcontent/uploads/2019/11/Arrimage_Rapport_de_recherche.pdf

Lutgen, Véronique. (2005). « *Le deuil après suicide. L'accompagnement individuel* », Revue Empan, Numéro 59, Pages 194 à 202 [Internet] : <https://www.cairn.info/revue-empan-2005-3-page-194.htm?contenu=resume>

Maltais, Bolduc, V. Gauthier et S. Gauthier. (2015). « *Les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre sur la vie professionnelle et personnelle des intervenants sociaux des CSSS du Québec* », Revue Intervention, Numéro 142, pages 51 à 64. [Internet] : https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2015/07/intervention_142_6_les-retombees-de-l-intervention.pdf

Millet, Pascal. (2005). « *Épidémiologie du deuil après suicide* », Revue Études sur la mort, Numéro 127, Pages 9-43. [Internet] : <https://www-cairn-info.proxy.bibliotheques.uqam.ca/revue-etudes-sur-la-mort-2005-1-page-9.htm>

Mongeau, Pierre. (2011). « *Réaliser son mémoire ou sa thèse. Côté Jeans & Côté Tenue de soirée* », Presses de L'Université du Québec. 136 pages.

OPTSQ. (2006). « *L'éthique et les travailleurs sociaux : éléments de réflexion et guide de délibération* », Montréal, Québec. [Internet] : <https://www.erudit.org/en/journals/ref/1900-v1-n1-ref2312/018861ar/abstract/>

Page, Claire. (2007). « *Modèle d'intervention d'une équipe de première ligne en santé mentale: une étude de cas* », Thèse de doctorat, Département de psychiatrie, Faculté de médecine. Université de Montréal. [Internet] papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/15422/Page_Claire_2007_these.pdf?sequence=1

Parser, Marilou. Séguin, Monique. (2010). « *Participation à une recherche en situation de deuil. Satisfaction et considérations éthiques* », Revue Frontières, Volume 22, numéro 1-2, Pages 50-57. [Internet] : <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2009-v22-n1-2-fr3943/045027ar.pdf>

Paturel, Dominique. (2008). « *L'implication au cœur d'un processus de recherche* », Revue Pensée plurielle, Numéro 19, pages 51 à 61. [Internet]: <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2008-3-page-51.htm>

Pietroni, M. (1995). « *The Nature and Aims of Professional Education for Social Workers. A Postmodern Perspective* », dans le livre « *Learning and Teaching in Social Work. Towards Reflective Practice* » par M. Yelloly et M. Henkel, Pennsylvania, Jessica Kingsley Publishers, Pages 34-50.

Pluymaekers. (2002). « *L'approche systémique, son originalité et sa méthode dans le travail psychosocial* », Les Cahiers de l'Actif, Numéro 308/309 [Internet] <http://www.meddconsultants.com/v2/wpcontent/uploads/2015/06/lapprochesystemiquedansletravailpsychosocialjacquespluymaekers.pdf>

Portelance, L.(2008). « L'apport attendu des enseignants associés à la formation des stagiaires », dans M. Boutet et J. Pharand (sous la direction de), L'accompagnement concerté des stagiaires en enseignement, Québec, PUQ, 53-71.

Racine, G. (2000). « La production de savoirs d'expérience chez les intervenants sociaux. Le rapport entre l'expérience individuelle et collective », Paris, L'Harmattan.

Richard. (2008). « *La délibération éthique chez les travailleuses et travailleurs sociaux en contexte d'intervention difficile : quand le recours au « gros bon sens » et au raisonnement normatif est insuffisant pour interpréter la règle ou remettre en question la décision envisagée et l'action qui en découle.* », Revue Reflets, Volume 14, Numéro 1. Pages 200–217. [Internet] : <https://www.erudit.org/fr/revues/ref/2008-v14-n1-ref2312/018861ar/>

Romano, Hélène. (2010). « *La mort en face : réactions immédiates des enfants et adolescents confrontés à la mort d'un proche* », Revue Études sur la mort, Numéro 138, Pages 89-103 [Internet] : <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2010-2-page-89.htm>

Rougerie, Corinne. (2015). Thèse de doctorat « *L'accueil : Un analyseur des implications professionnelles dans le travail social* », École Doctorale Droit et sciences humaines, Université de Cergy-Pontoise, France. [Internet] : <https://www.theses.fr/2015CERG0833/abes>

Roy, G. (2001). « *Le praticien réflexif : un pied dans la marge* », Revue Intervention, no 114, 82-85.

Ruch, Gillian. (2005). « *Relationship-based practice and reflective practice : holistic approaches to contemporary child care social work* », Child and Family Social Work, Volume 10, Numéro 2, Pages 111-123. [Internet] : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2005.00359.x>

Séguin, Guylaine. (2007). « *Deuil traumatique et support en situation aiguë* », Québec, Congrès du Réseau des soins palliatifs du Québec. [Internet] : https://palliscience.com/sites/default/files/B_7_Deuil_traumatique_0.pdf

Séguin, Monique. Kiely, C., Margaret. Lesage, Alain. (1994). « *L'après-suicide, une expérience unique de deuil?* », Revue Santé mentale au Québec, Volume 19, Numéro 2. Pages 63-82. [Internet] : <https://www.erudit.org/en/journals/smq/1994-v19-n2-smq1823/032313ar/abstract/>

Séguin, Monique. Roy, Françoise. Boilar, Tania. (2020). « *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide.* », Québec, Association québécoise de prévention du suicide. [Internet] : https://www.aqps.info/postvention/pdf/Programme_Postvention_FR_2020_AQPS.pdf

Spiwak, Rae. Elias, Brenda. Sareen, Jitender. Chartier, Mariette et M. Bolton, James. (2018). « *Un nouvel enjeu de santé publique au Canada. L'accompagnement des personnes endeuillées à la suite d'un suicide* », Revue Criminologie, Volume 51, Numéro 2, Pages 136-166. [Internet]: <https://www.erudit.org/fr/revues/crimino/2018-v51-n2-crimino03961/1054238ar/>

Suicide Action Montréal. (2020). « *Le suicide : Facteurs de risque* », Site internet de Suicide Action Montréal. [Internet] : <https://suicideactionmontreal.org/suicide-facteurs-de-risque/> (Consulté en juin 2020)

Thériault, Hélène. Séguin, Monique. Drouin, Marc-Simon. (2012). « *L'influence des circonstances du décès sur l'ajustement au deuil* », Revue Frontières, Volume 24, Numéro 1-2, Pages 45-54. [Internet] : <https://doi.org/10.7202/1013084ar>

Tremblay, Gilles. (2012). « *Service social : une longue tradition d'intervention lors d'une crise suicidaire* », Revue Santé mentale au Québec. Volume 37, Numéro 2, Pages 209 à 221. [Internet] : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2012-v37-n2-smq0513/1014952ar/>

Trudel, Louis. Simard, Claudine. Vonarx, Nicolas. (2007). « *La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ?* », Recherches qualitatives – Hors série, Numéro 5, Pages 38-45. [Internet] : http://www.recherchequalitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/trudel.pdf