

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA GESTION DE LA HONTE ET DES RUPTURES D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN
PSYCHOTHÉRAPIE AVEC LES HOMMES SUICIDAIRES

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

VALÉRIE BRIANÇON

MARS 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral 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.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier chaleureusement certaines personnes qui m'ont accompagné tout au long de mon parcours doctoral.

Tout d'abord, à mon directeur Marc-Simon Drouin ainsi qu'à ma codirectrice Janie Houle, je vous exprime toute ma gratitude. Merci à vous deux pour votre soutien, vos conseils judicieux et le partage de votre expertise qui m'ont permis de progresser au cours de mon doctorat. J'ai beaucoup appris auprès de vous et je vous remercie sincèrement pour votre générosité, votre patience et votre bienveillance à mon égard. Aussi, un merci particulier aux psychologues qui ont accepté de participer à cette recherche dans un contexte de pandémie où ils étaient particulièrement sollicités. Votre ouverture et votre authenticité furent pour moi une source de motivation à poursuivre ma démarche de recherche.

Je veux aussi souligner l'apport de mes deux superviseuses, Danielle Desjardins et Geneviève Paradis, qui m'ont soutenue avec rigueur et générosité dans le développement de mon identité professionnelle. Maintenant que j'arrive à la fin de ce long parcours, j'ai aussi une pensée pour Emmanuel Habimana et Sylvie Lapierre, professeurs à l'UQTR qui m'ont appuyée lors de mon retour aux études en 2013. Merci à vous deux qui m'avez permis de faire le premier pas vers la réalisation d'un rêve auquel j'aspirais depuis de nombreuses années. À mes amis et collègues de l'UQAM, un grand merci pour toutes ces années vécues ensemble. Annie, Béatrice, Élyse, Mélanie, Rock-André et Valérie, merci d'avoir été là, dans les moments de joie comme dans les moments difficiles et pour tous les conseils académiques, cliniques ou informatiques. Je termine ce projet avec le cœur rempli de souvenirs des bons moments passés à vos côtés.

En terminant, c'est avec une vive émotion que je remercie ma tribu Briançon Pinard. Mes enfants, Thomas, Delphine et Camille qui m'ont encouragée à chacune des étapes de mon doctorat. Je suis privilégiée d'être votre mère et de vous voir devenir des adultes. Je vous aime profondément. Charles, mon conjoint, qui m'a soutenu durant la dernière décennie afin que je puisse avoir accès à l'exercice de ce qu'il appelle « la plus belle profession du monde ». Merci d'avoir cru en moi dès le départ lorsque je t'ai parlé de mon projet de retour aux études sur une plage de la Virginie en

2012. Merci d'avoir fait tout ce qui était en ton pouvoir pour que je puisse me concentrer sur mes études doctorales et ainsi réaliser mon rêve de devenir psychologue. Je t'en serai toujours profondément reconnaissante. Tu es un modèle de loyauté, de générosité et d'intégrité. Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 RECENSION DES ÉCRITS	3
1.1 Problématique	3
1.2 Consultations thérapeutiques faites par les hommes en général.....	7
1.3 Spécificités des hommes présentant un risque suicidaire	9
1.4 Modalités d'interventions psychothérapeutiques auprès des hommes	11
1.5 Alliance thérapeutique	15
1.5.1 La honte, possible obstacle à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique	16
1.5.2 Les ruptures d'alliance thérapeutique pendant la psychothérapie	22
1.6 Questions de recherche	25
CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE	26
2.1 Paradigme et devis de recherche	26
2.2 Participants.....	26
2.3 Méthode de collectes de données	28
2.4 Structure et schéma d'entretien.....	28
2.5 Analyse et traitement des données	29
2.6 Considérations éthiques	30
CHAPITRE 3 RÉSULTATS.....	31
3.1 Alliance thérapeutique	31
3.1.1 Dimension affective	31
3.1.2 Techniques spécifiques pour développer et maintenir l'alliance thérapeutique	32
3.1.3 Ruptures de l'alliance thérapeutique.....	33
3.2 Présence de honte chez le client.....	38
3.2.1 Indicateurs de honte	40
3.2.2 Vécu émotionnel du psychologue face à la honte ressentie par le client.....	42
3.2.3 Interventions spécifiques à la gestion de la honte	43
3.3 Savoir-faire dans le travail auprès des hommes	45
3.3.1 Souffrance particulière des hommes	45
3.3.2 Expérience émotionnelle du psychologue.....	45
3.3.3 Interventions spécifiques face aux hommes.....	47

CHAPITRE 4 DISCUSSION.....	50
4.1 La peur ressentie par le psychologue face à un client suicidaire.....	50
4.2 Régulation par le psychologue de la honte perçue ou exprimée par le client.....	53
4.3 Les ruptures d’alliance thérapeutique de type confrontation vécues avec un client suicidaire	56
4.4 Forces et limites de la recherche	58
4.5 Pistes de recherches futures	59
CONCLUSION.....	61
ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	62
ANNEXE B SCHÉMA D’ENTRETIEN	67
BIBLIOGRAPHIE	69

RÉSUMÉ

Cette recherche qualitative traite de l'expérience des psychologues d'approche relationnelle qui travaillent avec des hommes suicidaires dans le cadre de leur pratique privée. Deux objectifs spécifiques ont été ciblés. Le premier concerne les stratégies que les psychologues utilisent pour intervenir lorsqu'il arrive des ruptures d'alliance thérapeutique de type confrontation avec les hommes suicidaires. Le deuxième objectif spécifique de cette recherche s'intéresse à la perception qu'ont les psychologues de l'impact de la honte sur l'alliance thérapeutique avec leurs clients qui pensent au suicide. Des entrevues semi-dirigées, via une application de visioconférence, ont été faites auprès de six psychologues ayant au moins 15 années d'expérience. L'analyse thématique a été utilisée afin d'analyser les résultats. Les psychologues rencontrés ont décrit les ruptures d'alliance thérapeutique qui se produisent dans le cadre de la psychothérapie auprès de la clientèle masculine qui pense au suicide. Les participants estiment que la honte a un impact sur l'alliance thérapeutique avec l'homme suicidaire et que la régulation de l'expérience émotionnelle du psychologue qui est confronté à cette émotion est exigeante. Il ressort que les psychologues qui œuvrent en pratique privée bénéficieraient de contenus de formation en lien avec les stratégies de régulation de la honte lorsqu'ils sont en interaction avec des clients suicidaires.

Mots-clés : psychothérapie, pratique privée, rupture d'alliance thérapeutique, gestion de la honte, hommes suicidaires

INTRODUCTION

Diverses études se sont intéressées aux programmes de prévention du suicide et aux interventions utilisées auprès des hommes présentant un risque suicidaire (Chagnon et al., 2008; Cleary, 2017; Mishara et Houle, 2003; Struszczyk et al., 2017). Cependant, peu de recherches se sont attardées aux processus actifs de la dyade thérapeutique entre le psychologue et le client suicidaire. Cet essai doctoral s'intéresse plus particulièrement à l'intervention auprès d'hommes suicidaires en psychothérapie et à la singularité du travail thérapeutique auprès d'eux. Il vise à documenter la nature particulière du travail des cliniciens intervenant auprès d'une clientèle masculine pouvant présenter un risque suicidaire en psychothérapie. La psychothérapie est une tâche exigeante pour les clients (Cusack et coll., 2004 ; Hanna, 2002). Elle peut l'être, dans une certaine mesure, tout autant pour le psychologue et particulièrement lorsque ce dernier travaille avec des hommes qui peuvent présenter un risque suicidaire (Cochran, 2005; Good et Robertson 2010; Jobes et Drozd, 2004). L'objectif de cette recherche est donc de s'intéresser, du point de vue du clinicien, aux particularités de la psychothérapie auprès d'hommes suicidaires afin de comprendre quelles sont les lignes directrices pouvant contribuer à l'efficacité d'une intervention thérapeutique auprès de cette clientèle. Plus spécifiquement, cet essai doctoral vise à documenter la gestion de la honte et des ruptures d'alliance thérapeutique avec les clients masculins qui sont suicidaires, puisque ces deux éléments semblent présenter des difficultés particulières pour le psychologue qui peut y être confronté dans sa pratique.

Cet essai est divisé en cinq chapitres. Nous commencerons dans le premier chapitre par décrire la problématique qui traite de l'épidémiologie du suicide chez les hommes et des difficultés inhérentes à la pratique de la psychothérapie auprès des hommes suicidaires. Ensuite, le deuxième chapitre consiste en une recension des écrits sur la spécificité du travail psychothérapeutique auprès des hommes présentant un risque suicidaire et se termine par les questions de recherche. Nous poursuivrons avec le troisième chapitre qui décrit la méthodologie utilisée dans cet essai ainsi que les considérations éthiques. Les résultats, obtenus à la suite de six entrevues effectuées auprès de psychologues d'approches relationnelles, seront explicités dans le quatrième chapitre. Ensuite, la discussion permettra de mettre en perspective nos résultats avec la littérature scientifique. Cette

partie nous permettra également d'évoquer les forces et les limites de cette étude et de proposer des pistes futures de recherche. Cet essai se terminera avec une brève conclusion.

CHAPITRE 1

RECENSION DES ÉCRITS

Dans cette section, nous allons présenter la problématique qui introduit notre question de recherche et nous allons examiner la littérature qui traite des différents aspects de notre recherche. Tout d'abord, nous aborderons les particularités des demandes de consultations faites par les hommes. Nous présenterons ensuite les caractéristiques des hommes suicidaires et les modalités d'interventions thérapeutiques proposées à cette clientèle. Nous présenterons la notion d'alliance thérapeutique, l'impact de l'expérience de la honte sur celle-ci et la gestion des ruptures d'alliance thérapeutique qui peuvent se produire en psychothérapie. Nous terminerons ce chapitre avec les questions de notre recherche.

1.1 Problématique

Ce projet de recherche est né de différentes préoccupations liées à l'intervention auprès des hommes pouvant présenter un risque suicidaire. Tout d'abord, le nombre d'hommes qui s'enlèvent la vie dans les pays industrialisés est particulièrement élevé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (2014), les taux de suicide chez les hommes (15 pour 100 000) sont significativement plus élevés que ceux des femmes (8 pour 100 000) dans la plupart des pays du monde. Trois fois plus d'hommes que de femmes s'enlèvent la vie dans les pays plus riches. En 2020, au Canada, 3839 personnes sont décédées par suicide dont 2874 hommes et 965 femmes (Statistique Canada, 2022). Selon une analyse de l'agence de santé publique du Canada (2016), près de 12% des Canadiens admettent avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie alors que 2,5% des personnes en ont eu au cours de l'année précédente. À partir des mêmes données, il ressort que 3,1% des personnes interrogées ont admis avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Au niveau provincial, les taux de suicide se maintiennent dans les mêmes proportions. En effet, au Québec en 2019, le taux de suicide chez les hommes a été trois fois plus élevé que celui des femmes. Plus spécifiquement, il y a eu 1128 suicides complétés au Québec, soit 872 par les hommes et 256 par les femmes (Levesque et coll., 2022). Les hommes âgés de 50 à 64 ans sont ceux qui décèdent le plus par suicide. Selon Levesque et ses collaborateurs (2022), les moyens utilisés pour mettre fin à ses jours diffèrent selon le genre. En effet, les hommes (55,2%) utilisent davantage la

pendaison, la strangulation ou la suffocation que les femmes (47,5%) pour mettre fin à leur vie. De plus, le recours aux armes à feu est plus fréquent chez les hommes (15,3%) que chez les femmes (2,0%). Il en va de même pour l'intoxication aux gaz et aux émanations. Ce moyen est utilisé par 5,1% des hommes qui complètent un suicide et par 2,8% des femmes qui posent le même geste. Ces données montrent la propension des hommes à utiliser des moyens plus létaux que les femmes lorsqu'ils font des tentatives de suicide.

En plus du nombre élevé de suicides chez les hommes, une autre observation préoccupante est que les hommes ont moins tendance à consulter que les femmes lorsqu'ils vivent des difficultés psychosociales ou relationnelles (Addis et Mahalik, 2003; Brooks et Good, 2001; Cochran, 2005; Cusack et al., 2004). Cette différence est observée en comparant les taux de consultation des femmes et des hommes lors de la présence de problèmes de santé mentale. Deux études canadiennes, faites à partir des données recueillies auprès de 35 256 personnes (Statistique Canada, enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale) se sont intéressées à cette comparaison. Tout d'abord, Drapeau et ses collaborateurs (2005) ont relevé que les femmes sont presque trois fois plus susceptibles d'avoir une consultation auprès d'un professionnel pour une difficulté liée à leur santé mentale. Ensuite, Vasiliadis et ses collaborateurs (2009) ont noté, à partir des mêmes données, que la probabilité que les femmes consultent un médecin de famille, un psychologue ou un autre professionnel est plus élevée que pour les hommes. De façon plus précise, certaines études montrent aussi que les hommes ont un rapport différent que celui des femmes face à la demande d'aide et que les services qui leur sont proposés ne répondent pas nécessairement à leurs attentes. En effet, il semble que les hommes apprécient être mis à contribution dans leur processus de traitement et souhaitent davantage trouver des solutions à leurs difficultés plutôt que d'en expliquer les causes (Good et Robertson, 2010; Roy, Tremblay et Houle, 2022 dans Deslauriers et coll., dir.). Ces constatations tendent à indiquer que des différences notables sont observables entre les demandes de consultations des femmes et des hommes. Puisque les hommes ont moins tendance à consulter pour des problématiques de santé mentale, nous pouvons supposer qu'il en va de même pour ceux qui pensent au suicide.

Malgré cette tendance à moins consulter lorsqu'ils vivent des difficultés, les hommes qui décident de le faire peuvent présenter des caractéristiques qui seront possiblement exigeantes à gérer pour le psychologue qui les recevra. Tout d'abord, on remarque la présence d'enjeux relationnels (Brooks, 2010; Deering et Gannon 2005; Parcel, 2010; Wexler, 2009) qui peuvent toucher les sphères conjugales et familiales. Ces enjeux relationnels peuvent être reliés à un malaise important ressenti par certains hommes lorsqu'ils ont l'impression d'être dans une situation de dépendance ou alors qu'ils surévaluent leur besoin d'autonomie dans leurs relations (Derring et Gannon, 2005). Dans le même ordre d'idées, nous savons aussi que des enjeux identitaires, tels que l'adhésion à des valeurs plus traditionnelles de la masculinité (Addis et Geoffrey, 2005, Addis et Mahalik, 2003) sont des particularités qui peuvent avoir un impact sur les résultats de la psychothérapie avec cette clientèle. En effet, il semble que le besoin d'autonomie face à la résolution de leurs difficultés que peuvent avoir intégrées certains des hommes, puisse entrer en compétition avec la nécessité de demander de l'aide pour résoudre leurs problèmes (Roy, Tremblay et Houle, 2022 dans Deslauriers et coll., dir.). De plus, les hommes auraient moins tendance à persister lorsqu'ils entreprennent une démarche d'aide (Houle, Poulin et Codaire, 2006; Wexler, 2009)

Nous serions portés à croire que ces enjeux relationnels et identitaires, déjà exigeants à traiter pour le psychologue, peuvent être amplifiés par une problématique suicidaire et ainsi augmenter la difficulté pour le psychologue d'établir et de maintenir une alliance thérapeutique avec son client. En effet, lorsqu'un client présente un risque suicidaire, la situation représente un défi thérapeutique beaucoup plus important pour les intervenants (Barzilay et coll., 2020; Ellis et coll. 2018; Jobes et Drozd, 2004). Par exemple, Bermans et ses collaborateurs (dans White, March et Morris, 2016) expliquent qu'il peut être difficile pour un intervenant de faire face à la suicidalité d'un client dépendamment de son propre système de valeurs et de croyances. Ce système peut entrer en conflit avec celui de la personne suicidaire et avoir un impact sur l'alliance thérapeutique (Bermans et coll., dans White, March et Morris, 2016). Aussi, l'expérience de l'intervention avec les personnes qui présentent des verbalisations suicidaires, qui font des tentatives de suicides ou qui complètent des suicides, représenterait un des événements les plus stressants vécus par les professionnels (Pope et Tabacnick, 1994). Il semble donc que la pratique de la psychothérapie auprès des hommes suicidaires puisse placer l'intervenant face à une confrontation à ses propres valeurs et dans un état

de stress significatif le rendant possiblement moins disponible l'établissement d'une alliance thérapeutique avec cette clientèle spécifique.

Un autre obstacle qui peut être observé dans le travail thérapeutique auprès des hommes suicidaires est la gestion de la honte dans le processus thérapeutique. Tout d'abord, la honte ressentie par le client peut activer celle du psychologue et causer ainsi des enjeux contre transférentiels qui auront un impact sur la capacité de détection de cette émotion par le psychologue (Jacobs, 2017). Ensuite, l'identification de honte par le psychothérapeute qui reçoit un homme suicidaire est complexifiée par les diverses manifestations de cette émotion qui peut être camouflée sous des émotions secondaires comme la colère et l'hostilité (Benau, 2022). De plus, la honte amène presque spontanément la personne à vouloir se retirer du regard de l'autre, ce qui nuit à la création de l'alliance. Ainsi, le psychothérapeute souhaite aller vers le client alors que celui-ci veut se soustraire au regard de l'autre.

Sachant qu'une forte alliance thérapeutique est une variable qui participe aux résultats positifs d'une psychothérapie (Norcross et Wampold, 2011; Safran et Muran, 2006; Swift et Greenberg, 2012; Wampold et Budge, 2012), les psychologues qui travaillent auprès des hommes suicidaires peuvent avoir à gérer cette composante avec leur clientèle. En effet, les hommes présentant des enjeux au niveau de la personnalité peuvent avoir tendance à provoquer des ruptures d'alliance thérapeutique plus fréquemment qu'un autre type de clientèle. Plus spécifiquement, il est documenté que lorsqu'un risque de suicide est présent, la relation thérapeutique peut se construire difficilement et demeurer fragile (Jobes et Ballard, 2011). Selon ces auteurs, la relation thérapeutique peut aussi se détériorer brutalement puisque les personnes suicidaires présentent des enjeux relationnels qui peuvent favoriser la présence de ruptures d'alliance thérapeutique au cours de la psychothérapie.

Notre recherche s'intéresse à l'expérience subjective des psychologues qui interviennent auprès d'hommes suicidaires, aux enjeux spécifiques auxquels ils sont confrontés et à ce qu'ils estiment utile comme compétences et attitudes face à cette clientèle, afin de développer, maintenir et gérer les fluctuations de l'alliance thérapeutique. Ce projet de recherche souhaite offrir un éclairage différent puisque les recherches qualitatives permettent d'élargir le champ des recherches dites plus traditionnelles en suicidologie (White et al., 2016). Par exemple, ce projet d'essai doctoral propose

l'exploration d'un contexte particulier en psychothérapie et la documentation des savoirs et de l'expérience que vivent les psychologues qui côtoient les hommes qui présentent un potentiel de passage à l'acte suicidaire.

1.2 Consultations thérapeutiques faites par les hommes en général

Les hommes qui décident de consulter présentent des caractéristiques sur lesquelles il nous apparaît pertinent de s'attarder. Un premier aspect intéressant concernant les hommes qui consultent c'est qu'ils le font généralement à cause d'un événement externe et non à cause d'une souffrance intrinsèque ou de la perception qu'ils ont de leurs difficultés (Sher 1990). À ce sujet, une étude de Cusack et ses collaborateurs (2004) porte sur les motivations des hommes à aller consulter. Cette recherche a été menée auprès de 73 hommes âgés de 21 à 69 ans qui avaient eu accès à deux séances ou plus de psychothérapie dans les 12 mois précédents l'étude. Il est notable que 96% des hommes aient déclaré qu'ils ont été influencés par un proche (par ex. : épouse, médecin de famille ou ami) et que sans cette influence ils ne se seraient pas présentés en consultation (Cusack et coll., 2004). Plus récemment, à partir de deux sondages menés en 2014 et 2018 auprès d'hommes ayant eu accès à des services de santé, Roy, Tremblay et Houle (2022, dans Deslauriers et coll., dir) font ressortir que le médecin de famille, la conjointe ou le conjoint demeurent des référents primordiaux quant aux services utilisés par les hommes.

En plus d'avoir une motivation externe lorsqu'ils se présentent en psychothérapie, il semble que certains hommes présenteraient des caractéristiques concernant le vécu émotionnel. En effet, Levant (2003) observe que certains hommes qui consultent un professionnel de la santé mentale présentent une alexithymie plus typiquement attribuée aux hommes. L'alexithymie correspond à la difficulté plus ou moins sévère d'identifier et de nommer soi-même les émotions ressenties (Wexler, 2009). Selon Wexler (2009), cette alexithymie aurait été observée de façon significative par les cliniciens et serait présente chez certains hommes, surtout ceux qui sont dépressifs.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, les hommes ont moins tendance à consulter que les femmes lorsqu'ils vivent des difficultés (Addis et Mahalik, 2003; Cusack et al., 2004; Good et Robertson, 2010). Certaines particularités pourraient expliquer cette tendance. Tout d'abord, il semble que les hommes qui adhèrent à une conception plus traditionnelle de la masculinité sont

moins enclins à demander du soutien et davantage à risque de développer des symptômes de dépression (Good et Robertson, 2010). Ce modèle plus traditionnel de la masculinité auquel adhèrent certains hommes réfère à une masculinité de type hégémonique (Connell, 2005). Ce type de masculinité se définit comme une construction sociale d'un genre masculin dominant orienté vers le pouvoir, la domination et l'autorité (Courtenay, 2000). La masculinité traditionnelle, telle qu'expliquée par Oliffe et ses collaborateurs (2012), est aussi caractérisée par l'indépendance, l'affirmation de soi, le leadership et la domination.

En plus d'avoir un impact négatif sur la demande d'aide des hommes, l'adhésion à cette masculinité traditionnelle semble aussi amener des croyances et des comportements décrits comme étant nuisibles à l'autogestion de la santé des hommes (Courtenay, 2000). Ces comportements réfèrent à la nécessité de démontrer sa force et sa robustesse, de maintenir un contrôle physique et émotionnel, de rejeter sa vulnérabilité et de nier le besoin de recevoir de l'aide (Courtenay, 2000). De plus, Chagnon et ses collaborateurs (2008) expliquent qu'il peut résulter de cette adhésion au rôle masculin traditionnel une certaine rigidité dans la gestion des difficultés : par exemple, l'homme peut vouloir s'en sortir tout seul, ne pas se montrer vulnérable et percevoir la demande d'aide comme une faiblesse. Dans le même ordre d'idées, Good et Robertson (2010) expliquent que formuler une demande d'aide ne correspondrait pas aux valeurs d'autonomie et d'indépendance dictées par la masculinité traditionnelle. Il est possible que les hommes adhérant à ce type de masculinité puissent présenter des caractéristiques qui nuisent à leur capacité à obtenir de l'aide lorsqu'ils traversent des difficultés relationnelles ou psychosociales.

O'Neil (1995, 2013) a développé le concept des conflits de rôle masculin (Men Gender Role Conflicts). Le conflit de rôle masculin se définit comme un état psychologique lié à l'adhésion d'un rôle masculin restrictif qui entraîne des conséquences négatives pour l'homme ou pour autrui. Par exemple, un conflit de rôle masculin se produit lorsque des comportements rigides, sexistes ou restrictifs amènent une dévaluation de soi ou des autres (O'Neil, 1995). Selon ce chercheur, les hommes qui ont des émotions, pensées ou comportements limités à cause d'une adhésion à un rôle masculin restrictif ont davantage de probabilité de développer des difficultés psychologiques et des problèmes relationnels. De plus, les hommes qui adhèrent davantage au rôle masculin traditionnel

présenteraient des résistances en psychothérapie qui seraient davantage orientées vers la prise de contrôle et l'évitement de l'expérience de la honte (Derring et Gannon, 2005).

De plus, une recherche faite auprès de 80 hommes de 20 à 59 ans montre qu'une adhésion rigide au rôle masculin traditionnel est associée à un risque plus élevé de tentative de suicide (Houle et coll., 2008). Plus précisément, ce risque serait plus élevé puisque l'adhésion au rôle masculin traditionnel priverait l'homme d'un accès à du soutien social et à la possibilité de demander de l'aide, deux éléments protecteurs face à un potentiel geste suicidaire (Houle et coll., 2008).

Au-delà des liens possibles entre certaines valeurs associées à une masculinité plus traditionnelle et la réticence à consulter, d'autres obstacles à la demande d'aide apparaissent chez certains hommes. Par exemple, selon Addis et Mahalik (2003), les hommes présentant des troubles mentaux sévères ou qui considèrent leurs problèmes comme anormaux auront moins tendance à consulter. De cette façon, des hommes peuvent avoir une perception où ils minimisent leur situation et la sévérité des problématiques qu'ils présentent. Ainsi, ils peuvent décider de ne pas consulter à cause de cette perception qui n'est pas ajustée. Pour ces hommes, la dimension cognitive de leur perception de leurs difficultés peut venir s'ajouter aux enjeux liés à leur conception de leur masculinité et ainsi complexifier l'établissement d'une relation avec un psychologue. Ces caractéristiques particulières contribuent à l'intérêt de ce projet de recherche qui est de documenter les pratiques à privilégier dans la psychothérapie avec cette clientèle.

1.3 Spécificités des hommes présentant un risque suicidaire

Pour débiter, il existe une multitude de données sur les personnes suicidaires dans la littérature scientifique. Les personnes qui présentent un risque suicidaire souffriraient fréquemment de troubles mentaux (par ex. : troubles de la personnalité, troubles d'abus de substance et/ou troubles de l'humeur). À ce sujet, une méta-analyse de Cavanagh (2003) faite à partir de 76 études montre que plus de 90% des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble mental. En effet, plusieurs études ont montré que la dépression serait le trouble de l'humeur le plus associé au suicide (Addis, 2008, Kim et al., 2003; Oliffe et al., 2012; Séguin et al., 2006). Par exemple, une étude faite au Nouveau-Brunswick par Séguin et ses collaborateurs (2006) note que, parmi les 102 décès (17 femmes et 85 hommes) survenus par suicide entre avril 2002 et mai 2003, 65% des personnes

décédées présentaient un trouble de l'humeur. La consommation abusive de drogues et d'alcool est également associée au décès par suicide (Chagnon et al., 2008; Dumais et al., 2005; Séguin, 2006; Struszczyk et al., 2017). Bertolote et ses collaborateurs (2004) ont effectué une revue des études rapportant la présence d'un diagnostic de trouble mental chez des personnes décédées par suicide. Ils ont noté que les troubles de l'humeur représentaient la plus forte proportion (30%) des diagnostics posés chez les personnes décédées par suicide, suivi par les troubles d'abus de substances (17,6%), la schizophrénie (14%) et les troubles de la personnalité (13%).

Concernant les données scientifiques spécifiques aux hommes suicidaires, il a été nommé plus tôt que les hommes se suicident en moyenne trois fois plus que les femmes (Statistique Canada, 2022). Dans une perspective plus régionale, il ressort d'une étude faite à partir d'un échantillon de 115 hommes de la région de Montréal décédés par suicide que près de 60% de ces hommes souffraient d'une dépression majeure ou d'un autre trouble de l'humeur (Kim, 2003). Cette étude appuie les données déjà connues concernant le lien entre le suicide et les troubles de l'humeur, mais cette fois, chez la population masculine.

Une autre caractéristique propre aux hommes suicidaires est que certains d'entre eux utiliseraient des mécanismes alternatifs, tels que la consommation de drogues ou d'alcool pour soulager leur souffrance plutôt que de consulter un professionnel afin d'obtenir de l'aide (Addis, 2008; Clearly, 2017; Oliffe et coll., 2012; Tousignant et coll., 2022). Oliffe et ses collaborateurs (2012) expliquent que les hommes, ayant intégré une masculinité plutôt traditionnelle, présentent des caractéristiques telles que l'indépendance, l'affirmation de soi, le leadership et la domination qui sont fortement corrélés avec les idées suicidaires chez cette population.

Il semble également que les difficultés relationnelles, particulièrement dans une relation conjugale, soient un facteur contributif aux tentatives de suicide faites par certains hommes. En effet, une étude qualitative dans laquelle les chercheurs ont interviewé 15 hommes âgés entre 20 et 76 ans qui ont été admis à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide s'est intéressée à cette situation (Knizek et Hjelmeland, 2019). Cette étude indique que la raison principale pour laquelle ces hommes ont posé un geste suicidaire était les difficultés relationnelles à l'intérieur de leur relation de couple.

En résumé, il semble que les hommes qui présentent un risque suicidaire sont aussi porteurs de caractéristiques qui complexifient l'intervention thérapeutique auprès d'eux. Par exemple, la présence de troubles mentaux tels que la dépression ou l'abus de substances, la probabilité plus élevée du risque de décéder à la suite d'un suicide comparativement aux femmes, l'adhésion à une masculinité plus traditionnelle ainsi que des difficultés relationnelles dans la relation de couple. Compte tenu de ces particularités propres aux hommes suicidaires qui peuvent être rencontrés par des psychologues en pratique privée, il nous semble maintenant pertinent de décrire les pratiques reconnues dans le cadre des psychothérapies menées auprès des hommes en général.

1.4 Modalités d'interventions psychothérapeutiques auprès des hommes

Nous allons aborder dans cette section la psychothérapie menée auprès des hommes sous deux angles. Tout d'abord, nous allons explorer le vécu émotionnel du client lors de la psychothérapie. Ensuite, nous aborderons les attitudes, les techniques ou les approches qui sont documentées comme étant efficaces auprès de la clientèle masculine.

Il est intéressant de s'attarder à la réalité singulière du vécu émotionnel particulier lorsqu'un homme se présente à son premier rendez-vous avec le psychothérapeute. D'après Osheron et Krugman (1990), et Scher (1990), certains hommes se présentent en thérapie avec des sentiments allant de la résistance à l'espoir. Selon Brooks (2010), la résistance importante fréquemment observée chez les hommes lors de la première rencontre pourrait être en lien avec la honte ressentie par les clients qui demandent de l'aide. Nous traitons plus tard de la honte et de ses impacts sur la démarche de la psychothérapie.

Bedi (2015) mentionne que certains hommes peuvent être si inconfortables dans le contexte de la psychothérapie qu'ils présenteront une hostilité manifeste envers le psychothérapeute. Selon Bedi (2015), cette hostilité prendrait source dans la démarche d'aide qui entre en conflit avec les valeurs d'indépendance et d'autonomie de ces hommes. Scher (1990) est d'avis que la présence de cette hostilité peut être un indicateur des difficultés vécues par les hommes dans leurs relations avec leur entourage. Brooks (2010) explique que cette hostilité pourrait être expliquée par le fait que certains hommes ont de la difficulté avec l'aspect du face à face proposé en psychothérapie. Comme ils ont une conception sexualisée de l'intimité, ces clients pourraient présenter des comportements

homophobes (par ex., : d'hostilité et de méfiance) avec les thérapeutes masculins et ils auraient tendance à adopter une attitude de séduction avec les thérapeutes femmes (Brooks 2010). Cette hostilité, qui peut rendre plus difficile la tolérance aux inconforts vécus en psychothérapie, vient complexifier l'expérience de l'homme qui consulte. À ce sujet, Wexler (2009) résume l'expérience de la psychothérapie pour certains hommes comme étant une démarche qui peut permettre aux clients de « s'approcher de ce qui est inapprochable » avec l'aide des psychothérapeutes qui les accompagnent.

En réponse à ces émotions vécues par les hommes en psychothérapie, il semble utile que le psychologue tienne compte des résistances ou des idées préconçues des hommes face à une démarche thérapeutique. Ces résistances ne semblent pas être anodines, mais plutôt représenter une façon de se protéger d'une expérience difficile pour le client. Il s'agit, en fait, de mécanismes de régulation pour tenter de maintenir l'équilibre narcissique, et ce, dès la première rencontre (Good et Robertson, 2010). Un des rôles du psychologue serait donc de prendre soin de la vulnérabilité du client et à la fois, de protéger sa dignité. Brooks (2010) spécifie que malgré toutes les compétences techniques d'un psychologue, il faut que « les barrières anti-thérapie » du client plus traditionnel soient gérées afin de favoriser l'adhésion à la démarche thérapeutique. Brooks (2010) ajoute que cette gestion est d'autant plus importante puisque certains hommes ne poursuivent pas leur démarche après une première rencontre, particulièrement lorsqu'ils se présentent avec des préjugés défavorables envers la psychothérapie.

Brooks (2001) explique qu'il est prioritaire de reconnaître et valider l'expérience singulière que présentent certains hommes en psychothérapie. Plus particulièrement, de reconnaître la frustration et les conflits qu'ils ressentent concernant le fait de faire une demande d'aide. Cela permettrait de favoriser l'établissement d'une relation de confiance entre le client et le psychologue. De la même façon, Cochran (2005) recommande aux cliniciens de valider l'inconfort des hommes à consulter. Par exemple, il serait plus approprié d'amplifier les forces et les qualités perçues chez le client plutôt que de lui nommer rapidement ses observations reliées à son inconfort ou à sa difficulté à exprimer ses émotions (Cochran, 2005). Cet auteur propose aussi aux cliniciens de mettre l'accent sur l'aspect positif de la décision de demander de l'aide. Ces attitudes d'acceptation des réticences ou des préjugés du client semblent particulièrement pertinentes dans le travail thérapeutique avec

les hommes. Elle va dans le même sens que les techniques d'intervention spécifiques aux hommes, telles que la reconnaissance de leurs compétences et l'expérimentation rapide d'une expérience de succès dans le cadre de la psychothérapie (Brooks, 1998; Richard & Bedi, 2015 ; Scher, 1990).

Par ailleurs, il semble que certaines techniques ou approches soient documentées comme étant plus efficaces avec les hommes en général (Brooks, 1998; Cherrier, 2013; Dulac, 2001; Good et Robertson, 2010; Richards et Bedi, 2015 ; Scher, 1990; Tremblay et L'Heureux, 2022 dans Tremblay et Coll (dir.); Wexler, 2009). Outre les services fréquemment proposés sous forme de rencontres de groupe pour les hommes en difficultés et qui visent à briser l'isolement, à agrandir le réseau de soutien et à favoriser une réflexion sur les expériences émotionnelles des membres du groupe (Cherrier, 2013; Tremblay et coll., 2011; Wexler, 2009), certaines techniques d'intervention individuelle sont également documentées.

Entre autres, Good et Robertson (2010) mentionnent qu'en plus de mettre l'accent sur la normalisation du vécu de l'homme, il est important d'établir une relation de collaboration et de chercher à comprendre profondément ce que vit le client en démontrant un intérêt soutenu pour ses expériences. Pour ce faire, ces auteurs proposent d'utiliser des entretiens de type motivationnel contenant des questions ouvertes, des affirmations, une écoute réflexive et des résumés. Selon Good et Robertson (2010), ces techniques font partie des bonnes pratiques à mettre de l'avant auprès de la population masculine.

Allant dans le même sens, Bavelas et coll. (2013) ont relevé certaines techniques efficaces découlant de l'approche orientée vers les solutions qui peuvent être utilisées avec la clientèle masculine. Par exemple, prescrire une tâche dont la réussite est quasi assurée afin de contrer la difficulté à vivre des échecs. Renforcer le lien thérapeutique en démontrant de l'intérêt pour les histoires de compétences et les forces du client est une autre technique qui est recommandée avec les hommes (Bavelas et coll., 2013). Selon ces auteurs, ces stratégies ont pour objectif de permettre au client de se présenter sous un meilleur jour en racontant en détail ses réussites. L'adoption de ce type d'intervention permettrait également de pallier le manque d'introspection de certains clients. Par exemple, en posant des questions orientées davantage vers la réaction ou l'effet qu'a eu une situation sur le client, plutôt que sur les sentiments engendrés par cette dernière (Bavelas et coll., 2013). Wexler (2009) suggère une série de stratégies qui indiqueront aux hommes qu'ils sont les

bienvenus en tant qu'homme tel qu'ils se présentent dans le bureau du psychologue. Par exemple : avoir des revues s'adressant aux hommes dans la salle d'attente et parler « façon homme » en utilisant l'humour, les métaphores et les images qui font appel à l'univers masculin. Ces stratégies permettront de normaliser l'expérience émotionnelle vécue en psychothérapie. Wexler (2009) propose aussi des techniques orientées vers la résolution de problèmes (par ex. : les devoirs entre les séances, la bibliothérapie et la vidéothérapie) qui sont des interventions plus structurées auxquelles les hommes répondraient mieux en général. D'un point de vue plus large, Kealy et ses collaborateurs (2021) émettent également des recommandations afin que la psychothérapie soit plus ajustée aux caractéristiques d'une clientèle masculine, par exemple, en normalisant la vulnérabilité que peuvent vivre les hommes, en favorisant l'expression de leurs émotions et en respectant leur rythme.

Au-delà des techniques à utiliser auprès de la clientèle masculine, Brooks (2010) a fait un exercice fort pertinent en documentant, pour plusieurs approches (par ex. : psychodynamique, existentielle-humaniste, cognitive-comportementale) les apports spécifiques de chacune d'entre elles face à la prise en compte de masculinité dans l'offre de services. Il est pertinent de noter que chacune des approches propose, à leur manière, des thérapies « male-friendly », c'est-à-dire, qui tiennent compte des particularités des hommes qui consultent. Par exemple, la psychothérapie d'orientation psychodynamique élabore, en partie, sa compréhension théorique du développement des hommes en lien avec l'inhibition du vécu émotionnel liés aux pertes et aux deuils. Cette conception développementale favorisait la prise en compte des enjeux singuliers d'expression des émotions pour les hommes. La thérapie cognitive comportementale ne propose pas d'exploration immédiate des émotions intenses ni de recherches des traumatismes au cours de l'enfance. Cette façon de travailler pourrait permettre un début de démarche moins menaçant pour le client. En psychothérapie humaniste, l'acceptation inconditionnelle mise de l'avant par cette approche, permet à l'homme de se présenter tel qu'il est plutôt que selon ce qu'il imagine qu'on attend de lui.

Il existe une abondante littérature à propos des diverses modalités de traitements des problématiques présentes pour les hommes, tels que la toxicomanie (Wexler 2009), la violence conjugale (Brooks, 2010), les troubles de la personnalité (Linehan, 1993, Cherrier, 2013) ou la dépression (Wexler, 2009, Houle et coll., 2013). À partir de ce constat, nous pouvons observer que

les approches ou les techniques sont largement documentées afin de soutenir les hommes qui vivent ces difficultés et ainsi mettre de l'avant les façons de faire qui sont reconnues comme étant efficaces. Cependant, il semble y avoir des lacunes dans les études s'intéressant aux hommes suicidaires. Par exemple, la qualité de l'alliance thérapeutique entre un client et son psychothérapeute, qui est pourtant un indicateur d'efficacité thérapeutique bien documenté (Colli et coll., 2019; Lambert 2014; Miller et al., 2001; Norcross et coll., 2006; Norcross et Wampold 2011), ne semble pas avoir été explorée dans le cadre de recherches auprès des clients suicidaires. C'est pourquoi cet essai doctoral souhaite avoir un apport au sujet de la gestion de l'alliance thérapeutique avec les clients suicidaires. En résumé, il semble qu'un des défis de la pratique de la psychothérapie auprès de la clientèle masculine consiste à tenir compte des diverses caractéristiques de celle-ci. Plus précisément, l'inconfort vécu par le client en présence du psychothérapeute, la reconnaissance de l'existence de préjugés, d'idées préconçues et de la honte ressentie par le client, le besoin d'être reconnu dans ses compétences et l'exploration de celles-ci de la part du psychothérapeute pourraient favoriser l'élaboration d'une relation de collaboration en psychothérapie. Cette relation de collaboration pourra servir à construire une bonne alliance thérapeutique.

1.5 Alliance thérapeutique

Pour commencer, il importe de définir le concept de relation thérapeutique dont l'alliance thérapeutique est l'une des dimensions. Divers auteurs (Bordin, 1979; Doran 2016; Gelso et Carter, 1994; Safran et Muran, 2006) s'entendent autour d'une définition commune de la relation thérapeutique. Celle-ci est composée de diverses dimensions telles que le transfert du client, le contretransfert du psychothérapeute, une relation véritable et l'alliance thérapeutique (Gelso et Carter, 1994). Voyons plus en détail la définition de chacune des dimensions de la relation thérapeutique. Selon Gelso et Carter (1994), le transfert du client peut être défini comme étant la répétition des conflits vécus auprès des personnes significatives faisant partie de la vie du client. Cette répétition de sentiments, comportements et attitudes est dirigée vers le psychothérapeute. D'après ces auteurs, le contretransfert du psychothérapeute correspond aux réactions émotionnelles de ce dernier face au contenu du transfert du client. Une relation véritable est un concept qui s'appuie principalement sur la reconnaissance que cette relation soit très peu teintée du transfert du client et du contretransfert du psychologue. En d'autres mots, c'est une relation qui n'est pas déformée par le matériel transférentiel qu'apporte le client et le psychologue dans leur relation

(Gelso et Carter, 1994). Ces diverses dimensions sont en constante interaction et exercent une influence les unes sur les autres.

La dernière composante de la relation thérapeutique est l'alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique est un concept multidimensionnel qui se compose d'un lien fiable et d'un accordage émotionnel ainsi que d'une entente sur les objectifs de la psychothérapie et sur les moyens utilisés pour les atteindre (Bordin, 1979; Safran et Muran, 2006). Selon Norcross (2011), cette alliance doit être installée tôt dans le cadre de la psychothérapie, afin de favoriser un processus de changement chez le client. Plus spécifiquement face aux hommes qui peuvent être réticents à consulter, Brooks (2010), mentionne également que pour obtenir leur engagement dans le processus thérapeutique, il est important d'établir rapidement une alliance thérapeutique solide. Ces éléments représentent un défi particulier pour les psychothérapeutes qui côtoient les hommes suicidaires puisqu'ils doivent non seulement établir rapidement une alliance thérapeutique, mais aussi gérer les fluctuations de cette alliance qui peuvent survenir à l'intérieur la psychothérapie.

À ce sujet, Bordin (1983) et Norcross (2011) considèrent que l'alliance thérapeutique se construit et fluctue dans le cours normal de la psychothérapie et que la construction et la réparation des ruptures au sein de cette alliance constituent l'une des tâches essentielles du travail d'un psychothérapeute. Il existe des obstacles à la création et au maintien de l'alliance thérapeutique. Dans le cadre de cet essai, nous accorderons une importance particulière à la honte ressentie par certains hommes en psychothérapie, car elle pourrait être liée aux fluctuations et aux ruptures de l'alliance thérapeutique.

1.5.1 La honte, possible obstacle à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique

En débutant, nous allons définir la honte. Nous présenterons ensuite un point de vue phénoménologique et développemental de cette émotion. Nous traiterons également de l'expérience de la honte vécue par les hommes. Pour terminer, nous explorerons les conséquences de l'expérience de la honte à l'intérieur de la psychothérapie.

Nous allons tout d'abord tenter de définir cette émotion. La honte fait partie des émotions biologiques primitives telles que l'excitation, l'allégresse, la rage, la terreur, le dégoût et le désespoir (Shore, 2008). En effet, la honte est décrite comme:

Une émotion fortement désagréable qui est perçue à travers un sentiment de déshonneur ou d'indignité face à sa conduite ou dans des circonstances particulières. Cette émotion complexe peut motiver le comportement d'évitement et l'expérience de la colère réprimée ou utilisée comme défense. De plus, la honte serait associée à plusieurs difficultés, telles que la dépression, l'anxiété, (...) et une faible estime de soi (APA, Dictionary of Psychology, 2019 p.975).¹

Selon Brown (2021), l'expérience douloureuse que ressent un être humain qui se croit indigne d'amour, d'appartenance à sa communauté et d'être en lien avec les personnes qui l'entourent est une façon de définir le vécu éprouvant de la honte. O'Neil (2013) ajoute que cette émotion complexe est liée à plusieurs enjeux comme la dépression, le suicide et la haine de soi que peut vivre un individu. Schore (2008) mentionne que la honte est également une émotion dont l'expression n'est pas encouragée et qui peut être envahissante pour la personne qui la ressent. Certaines autres émotions peuvent donc la camoufler, telles que la colère, le découragement et l'évitement. Il semble que la honte puisse être une émotion primaire qui est camouflée sous des émotions secondaires telles que la colère, la rage ou l'hostilité (Benau, 2022). Cette particularité rend la détection de cette émotion plus difficile pour le psychologue qui travaille avec des clients qui ressentent de la honte.

D'un point de vue phénoménologique et développemental, la honte est associée aux stades les plus précoces du développement infantile (Osherson et Krugman, 1990 ; Schore 2008). Les premières expériences de honte seraient vécues de façon précoce dans la vie de l'enfant, entre l'âge d'un et deux ans (Shore, 2008). Selon Ciccone et Ferrant (2010), la honte est une émotion qui est perçue et ressentie dans la relation intersubjective entre l'enfant et sa mère ou l'adulte soignant. Dans les premières années de sa vie, l'enfant émet des comportements et se régule à partir du signal

¹ Traduction libre de : n. a highly unpleasant self-conscious emotion arising from the sense of there being something dishonorable, immodest, or indecorous in one's own conduct or circumstances. «... » Shame may motivate not only avoidant behavior but also defensive, retaliative anger. Psychological research consistently reports a relationship between proneness to shame and a host of psychological symptoms, including depression, anxiety, eating disorders, subclinical sociopathy, and low self-esteem. « ... » APA Dictionary of Psychology (2015) p. 975.

émotionnel transmis par le parent. D'après ces auteurs, la honte se transmet à partir des composantes réactives de la référence sociale, ou autrement dit, de ce qui ne se fait pas selon le parent. Ces composantes réactives provoquent chez l'enfant le sentiment d'être seul et impuissant, sans le support du parent. En opposition, les composantes proactives de la référence sociale permettent à l'enfant de connaître les comportements qui sont acceptables. Les composantes proactives font émerger un sentiment de complicité et d'intérêt commun entre le parent et l'enfant (Ciccone et Ferrant, 2010).

De plus, l'expérience de la honte soutient le développement sain ou pathologique selon la fréquence et l'intensité à laquelle la personne y est soumise. Par exemple, lorsqu'une personne est exposée à la honte de façon non envahissante (ou à faible dose), cette émotion peut agir comme mécanisme social en soutenant la différenciation et en induisant chez l'adulte une réflexion sur sa façon d'être en relation avec l'entourage (Shore, 2008). Si la honte est vécue de façon trop fréquente, elle sera intériorisée par l'adulte qui la vit et elle induira des sentiments d'être inadéquat, d'indignité et d'isolation, sans possibilité de réintégration dans la communauté ou de réparation de soi (Shore, 2008). Paradoxalement, Jacobs (2017) explique que même l'expérience de honte la plus dévastatrice a le potentiel d'augmenter le regard bienveillant que l'on pose sur soi-même, lorsque cette expérience peut être entendue, reçue et accueillie. Selon cette auteure, il est pertinent de se rappeler que la qualité de l'accueil de la honte du client offerte par le psychothérapeute peut permettre à un client de retrouver sa dignité (Jacobs, 2017).

Ces fondements théoriques sur la genèse et la phénoménologie de la honte nous amènent à s'intéresser à l'expérience de la honte vécue spécifiquement par les hommes. Celle-ci pourrait possiblement interférer dans l'établissement et le maintien d'une bonne alliance thérapeutique. Certaines particularités ressortent de la littérature consultée. Tout d'abord, il semble que, dans le vécu de certains hommes, la honte soit liée à des enjeux d'attachement, d'autonomie et à des valeurs de la masculinité traditionnelle (Osherson et Krugman, 1990). En ce qui a trait à l'attachement, Derring et Gannon (2005) expliquent que certains hommes ont appris, par des défenses narcissiques, à compenser la perte d'un lien maternel qui favorisait le partage des émotions et la démonstration d'empathie envers eux lors de leur entrée dans le monde adulte masculin. Ces défenses sont principalement orientées vers le renforcement des frontières entre soi

et les autres, les conflits reliés à la dépendance dans les relations interpersonnelles et le surinvestissement face à l'importance d'être autonome (Derring et Gannon, 2005). L'utilisation de ces défenses peut faire émerger davantage de honte pour un homme qui se trouve dans une posture contradictoire à ses propres valeurs associées à la masculinité traditionnelle (par ex., l'autonomie) face à un psychologue (Osherson et Krugman, 1990).

Il apparaît que la honte serait aussi liée à la socialisation masculine. En effet, la littérature suggère que l'intégration de l'image d'être un «vrai homme» passe principalement par le fait de ne pas démontrer d'attributs féminins, tels que l'expression des émotions et le besoin d'intimité relationnelle (Brooks, 2010, Wexler, 2009). Ces auteurs expliquent que la socialisation des garçons aurait tendance à induire des expériences d'exposition à la honte lorsque les comportements ou les attitudes observés ne seraient pas conformes à ceux qui sont attendus. De plus, Houle et ses collaborateurs (2008) émettent l'hypothèse que les hommes qui adhèrent de façon plus rigide à un rôle de genre traditionnel pourrait vivre davantage de honte lorsqu'ils affrontent un échec.

D'après Osherson et Krugman (1990) et Wexler (2009), les hommes auraient une vulnérabilité plus importante à l'expérience de la honte que les femmes et donc une tendance à éviter à tout prix d'être exposés à du contenu lié à la honte. Wexler (2009) décrit ce comportement comme une phobie de la honte ou « shame-o-phobia ». Cette phobie de la honte amènerait certains hommes à avoir des réactions agressives ou défensives dans des situations où ils ressentent cette émotion. La colère, la rage ou l'hostilité pourraient être des émotions secondaires qui servent à protéger le client du contact avec la honte. La honte, quant à elle, serait une émotion primaire qui est donc camouflée par les réactions agressives de celui qui la ressent (Benau, 2022). Selon Wexler (2009), la peur face au ressenti de la honte favoriserait, entre autres, des comportements comme l'impulsivité, l'agression, la projection du blâme sur l'autre, le retrait émotionnel et l'évitement des relations interpersonnelles afin de camoufler ou d'éteindre tout début d'expérience de la honte. À partir de ces observations, il nous apparaît pertinent de penser que ces situations puissent se produire lorsqu'un homme est exposé à la psychothérapie qui est fortement susceptible de faire émerger ce qu'il tente d'éviter comme expérience et donc de générer beaucoup de honte à laquelle il pourra réagir à l'aide des mécanismes mentionnés plus tôt. Ainsi, le psychologue sera celui sur qui le

client projette les comportements décrits par Wexler (2009) et celui à qui reviendra le rôle de gérer les conséquences découlant de ces comportements.

Concernant les conséquences de l'expérience de la honte dans le contexte plus spécifique de la psychothérapie, il semble qu'il y ait des impacts observables du côté expérientiel de la honte pour le client et sur la relation entre le client et son psychothérapeute. Comme expliqué plus tôt dans ce document, la honte est une émotion complexe dont l'expérience semble particulièrement éprouvante pour certains hommes (Wexler, 2009). Selon Jacobs (1996), l'expérience de la honte en psychothérapie est quasi inévitable à cause du contexte de la psychothérapie. Cette auteure cite diverses raisons qui font que la honte émerge à l'intérieur du processus thérapeutique. Il est pertinent de s'attarder à celles qui peuvent provoquer davantage de honte pour la clientèle visée par cet essai doctoral.

Premièrement, s'engager dans une psychothérapie signifie en général que quelque chose ne va pas bien et que le patient a davantage besoin du psychothérapeute que l'inverse (Jacobs, 1996). Ensuite, le dévoilement personnel ne se présente que du côté du patient et non de la part du psychothérapeute. Cette réalité peut induire une position d'inégalité entre le thérapeute et son client (Jacobs, 1996). Il est aussi documenté que certains clients qui consultent en psychothérapie présentent des émotions qui camouflent l'expression de la honte, telles la colère et l'agressivité (Deering et Gannon, 2005; Osherson et Krugman 1990; Shore, 2008). D'après Orange (2008), l'expérience de la colère et/ou de la rage chez un client qui consulte en psychothérapie camouflerait, presque systématiquement, la présence de la honte ressentie et permettrait au client de tenter de sauvegarder sa dignité et l'image qu'il a de lui-même. Jacobs (1996) explique qu'il arrive qu'un client qui se sent menacé par la honte qu'il ressent puisse attaquer l'autre pour lui faire ressentir de la honte à son tour.

En plus d'être quasi inévitable dans le cadre de la psychothérapie et potentiellement vécue à travers l'expression de la colère, il est possible que la honte ressentie en psychothérapie soit contournée par des stratégies d'évitement. Par exemple, Parcel (2010), décrit la honte de la vulnérabilité masculine (HVM) comme :

La honte ressentie dans divers contextes de déviance vis-à-vis des rôles de genre masculin, contextes perçus par certains hommes comme étant menaçants à l'égard de leur identité masculine, et qui les amènent à se percevoir fragiles et susceptibles d'être la cible de mépris ou d'humiliation de la part de leur entourage (Parcel R., Développement et validité initiale du questionnaire de la honte de la vulnérabilité masculine, 2010, p. 30).

D'après Parcel (2010), la présence de la HVM risque d'influer sur la capacité de certains hommes à aborder les contenus liés à ce sentiment à l'intérieur de la psychothérapie. Dans le même sens, Derring et Gannon (2005) expliquent que certains hommes présentent des résistances lors de la psychothérapie qui auraient comme objectifs la prise de contrôle dans la relation thérapeutique et l'évitement de l'expérience de la honte.

Puisque la honte aurait aussi comme effet d'altérer la conscience de sa propre expérience et de restreindre le contact avec l'autre (Jacobs, 1996), Wexler (2009) mentionne qu'il arrive que certains hommes qui sont exposés à la honte se retirent des relations interpersonnelles ou aient des comportements d'agression (par ex. : projeter le blâme sur une autre personne). L'expérience de la colère et de la honte vécue par un client en psychothérapie pourrait avoir pour conséquences la présence de ruptures au niveau relationnel (Jacobs, 1996). Pour une personne qui vit de la honte, ces ruptures relationnelles peuvent être présentes autant dans la sphère de ses relations sociales que dans le cadre de sa démarche thérapeutique (Jacobs 1996, 2017; Shore 2008).

Pour synthétiser les particularités associées à la honte, il est pertinent de retenir qu'il s'agit d'une émotion complexe à plusieurs niveaux. Tout d'abord, l'expérience de la honte est particulièrement souffrante pour celui qui la ressent. Il semble également que la honte vécue par les hommes puisse se camoufler derrière des émotions secondaires comme la colère et l'hostilité ce qui la rend considérablement plus difficile à identifier pour le psychologue. Comme nous pensons que la présence de la honte pourrait déclencher des fluctuations à l'intérieur de l'alliance thérapeutique, nous allons maintenant aborder les ruptures d'alliance thérapeutique.

1.5.2 Les ruptures d'alliance thérapeutique pendant la psychothérapie

Les ruptures relationnelles dont nous évoquions l'existence peuvent être comprises sous l'angle des ruptures d'alliance thérapeutique dans le cours d'une psychothérapie. Selon Doran (2016), une rupture d'alliance est la conséquence d'un désaccord entre le client et le thérapeute à propos des tâches ou objectifs de la thérapie et aussi des difficultés vécues au niveau du lien entre le client et le thérapeute. D'après Muran et Safran (2017), les ruptures d'alliance sont inévitables. Elles font partie du processus de la psychothérapie et se présentent sous deux formes : les ruptures de retrait et les ruptures de confrontation. L'expérience d'une rupture de retrait d'un client peut être perçue par le thérapeute sous la forme d'un désengagement émotif qui se manifeste par divers comportements : discours abstrait ou anecdotique, silences, réponses brèves, minimalisation, ou conformité complaisante aux demandes du thérapeute (Muran et Safran, 2017). Par ce type de rupture, le client indique qu'il s'éloigne du thérapeute afin de manifester son désaccord de façon indirecte avec celui-ci.

Selon Muran et Safran (2017), la seconde forme de rupture d'alliance, que l'on nomme la rupture de confrontation, est observable par l'émission de comportements d'hostilité et/ou de colère de la part du client afin d'exprimer son insatisfaction de façon directe au psychothérapeute. Bien que ces ruptures d'alliance thérapeutique soient particulièrement difficiles à gérer pour le psychologue, elles représentent une opportunité de travailler aux désaccords mutuels qui se présentent au cours de la psychothérapie (Doran, 2016). Il semble que d'aborder une rupture d'alliance avec le client et de s'y attarder afin d'en comprendre le sens favoriserait le processus de changement et les résultats positifs de la psychothérapie (Norcross et Wampold, 2011; Safran et Muran 2011, Muran et Safran, 2017).

Une des étapes importantes à la résolution des ruptures d'alliance est que le psychologue admette sa contribution à la rupture et conserve une attitude d'ouverture, d'exploration et de compréhension face à l'expérience du client afin de chercher un sens à cette rupture (Ackerman et Hilsenroth, 2003). Safran et Muran (2000) ont élaboré un modèle de résolution de rupture d'alliance thérapeutique.

Puisque les ruptures de confrontation sont plus représentatives du travail avec les hommes suicidaires (Ostlie et coll, 2018) et qu'elles apparaissent plus exigeantes à expérimenter pour les psychologues que les ruptures de retrait (Drouin 2014), nous allons davantage nous y attarder. Safran et Muran (2000, 2003, 2017) ont proposé des stratégies de résolution de rupture de confrontation en cinq étapes et dont un des aspects centraux serait de soutenir le client dans l'exploration de l'évitement de l'agressivité et/ou de l'évitement de la vulnérabilité ressentie dans le cadre de la psychothérapie. En d'autres mots, il s'agit d'aborder directement et d'explorer les émotions de colère et d'hostilité dirigées vers le psychologue. La colère, comme nous l'avons précédemment décrit, à titre d'émotion secondaire, peut servir d'écran et ainsi camoufler la présence d'une expérience de honte chez le client (Jacobs, 2017).

D'après Safran et Muran (2000), la résolution de la rupture de confrontation pourrait amener le client vers l'intégration d'une expérience émotionnelle difficile dans sa relation avec le psychothérapeute. Ces auteurs suggèrent au psychologue de débiter une première tâche de reconnaissance du marqueur de rupture de confrontation (par ex. : le client se plaint du thérapeute, de sa compétence, de l'utilité de la psychothérapie, etc.,). Par la suite, un travail de distanciation face à l'hostilité ou à l'agressivité du client pourra être fait. Cette étape permettra au psychologue de nommer sa réaction face à l'agressivité du client facilitant ainsi l'identification, par le psychologue, de sa contribution à cette interaction que Safran et Muran (2000) qualifient de bataille mutuelle. Par cette intervention, le psychologue pourra favoriser une reconnaissance par le client de son expérience émotionnelle négative dans la relation avec son thérapeute (Drouin, 2014). Les étapes suivantes permettront la conscientisation, soit de l'évitement de l'agressivité pour certains clients ou de l'évitement de la vulnérabilité pour d'autres. Selon Safran et Muran (2000), le travail effectué lors de ces dernières étapes de résolution de la rupture de confrontation va permettre au client, avec la présence empathique de son psychologue, de développer des mécanismes de régulation émotionnelle plus adaptés dans le cadre de ses relations significatives.

En ce qui concerne les ruptures d'alliance thérapeutique de retrait, malgré le fait qu'elles ne constituent pas un élément central de notre recherche, nous estimons pertinent de décrire leur résolution puisque les psychologues peuvent également y être confrontés avec des clients suicidaires. Le processus de réparation de la rupture de retrait est semblable à celui de la rupture

de confrontation (Safran et Muran, 2000). Une première étape servira à identifier les marqueurs de retrait (par ex. : le client présente une situation de façon exhaustive mais non nécessaire à la compréhension de la difficulté, parle des autres plutôt que de lui ou répond minimalement aux questions posées par son psychologue). Selon ces auteurs, les étapes subséquentes permettront au client de s'approcher doucement de sa capacité à affirmer son expérience émotionnelle négative face à son psychothérapeute, avec le support de celui-ci. Le client sera ainsi soutenu dans l'exploration de ce qu'il a tendance à éviter dans sa façon d'être en relation tout en favorisant sa propre affirmation de soi (Drouin, 2014; Safran et Muran, 2000).

Face à la clientèle masculine, il nous semble pertinent de s'attarder à cet aspect spécifique de la résolution des ruptures d'alliance thérapeutique puisque l'expression de la colère et la difficulté à se montrer vulnérable apparaissent être des émotions souvent présentes dans le cadre de l'expérience de la psychothérapie. Puisque les connaissances dans le domaine de la gestion des ruptures de confrontation au sein de l'alliance thérapeutique qui ont été explorées ne font pas nécessairement de différence entre les clients et les clientes (Bohart et Greenberg, 1999; Greenberg 1995; Safran et Muran, 2003), cet essai pourra contribuer, en partie, à combler cette lacune.

En plus de documenter ce que le psychologue peut faire pour gérer les ruptures d'alliance thérapeutique, il est aussi intéressant de s'attarder au regard que posent les clients sur les ruptures d'alliance thérapeutique. Richards et Bedi (2015) ont mené une étude qualitative sur des incidents survenus durant la psychothérapie. Ces chercheurs ont questionné les participants sur les incidents qui leur paraissaient préjudiciables à l'alliance thérapeutique. Soixante-seize hommes âgés de 19 à 63 ans ont participé à cette étude; 89,5% des participants étaient en psychothérapie individuelle au moment de l'étude, le reste des participants ayant terminé leurs suivis à l'intérieur du mois précédant le début de l'étude.

Cette étude nous renseigne sur ce que les hommes considèrent comme les situations les plus menaçantes à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique. Ces situations sont divisées en sept catégories : 1) ne pas avoir le bon ajustement ou la bonne approche, c'est-à-dire, la divergence entre ce que le client attend et ce que lui fournit le thérapeute, 2) le client a l'impression que le psychothérapeute fait pression sur lui, 3) le client perçoit que le psychothérapeute a des idées préconçues à son sujet, 4) le client est incertain ou a de la difficulté à faire confiance au

psychothérapeute, 5) le client ne sait pas à quoi s'attendre durant la séance de psychothérapie, 6) le client n'investit pas suffisamment d'effort dans la psychothérapie, 7) les problèmes de gestion du temps durant les séances (par ex : le client aurait besoin de plus de temps durant la séance) ou le manque de disponibilité du thérapeute entre les séances.

Considérant les résultats obtenus, Richards et Bedi (2015) ont pu émettre certaines recommandations pour l'établissement et le maintien d'une alliance thérapeutique avec les hommes. Entre autres, puisque les hommes recherchent rapidement un lien basé sur la ressemblance entre leurs caractéristiques personnelles et celles du psychothérapeute, il semble que l'auto dévoilement du thérapeute soit particulièrement important dans l'établissement de l'alliance thérapeutique avec les hommes. Il en va de même pour les approches mettant l'accent sur la collaboration et l'action qui permet aux hommes d'avoir le plus de contrôle possible. Accorder, de la part du thérapeute, une priorité à la résolution de problèmes et au renforcement des compétences du client, la psychoéducation sur la thérapie et le consentement éclairé et continu contribueraient également au maintien d'une alliance thérapeutique efficace (Richards et Bedi, 2015). En tenant compte de ces données sur la gestion des ruptures d'alliance du point de vue des hommes qui consultent en psychothérapie, cet essai doctoral tente en partie de pallier le manque de connaissances spécifiques à la gestion des ruptures d'alliance thérapeutique, du point de vue du psychothérapeute, avec les hommes qui pensent au suicide.

1.6 Questions de recherche

Notre question de recherche générale est la suivante : quelle est l'expérience des psychologues auprès des hommes suicidaires lors d'une psychothérapie? De plus, nous avons élaboré deux questions de recherche spécifique concernant les ruptures d'alliance thérapeutique et la gestion de la honte. Tout d'abord, nous nous demandons quelles sont les stratégies à mettre en place dans la psychothérapie pour gérer les ruptures d'alliance thérapeutique de type confrontation avec les clients masculins présentant un risque suicidaire. Et notre deuxième question se décrit comme suit : comment les psychologues perçoivent-ils que la honte a un impact sur la relation thérapeutique avec ces clients?

CHAPITRE 2

MÉTHODOLOGIE

2.1 Paradigme et devis de recherche

Le paradigme sur lequel s'appuie cette recherche est constructiviste/interprétatif (Tracy, 2013). Il s'agit d'un paradigme qui considère que la connaissance est construite socialement à travers le langage et l'interaction humaine et qui favorise la compréhension d'un phénomène à travers les yeux d'un participant de la recherche (Tracy, 2013). Le choix de ce paradigme soutiendra la compréhension ainsi que la description des bonnes pratiques reconnues par les psychologues qui travaillent auprès des hommes suicidaires et il est demeuré important pour nous de tenir compte de nos propres expériences et présupposés. Comme nous souhaitons donner une voix aux psychologues qui travaillent avec les hommes qui pensent au suicide afin de connaître de quelle façon ils utilisent leur savoir-faire et leur savoir-être dans la relation avec ces clients, nous mènerons une étude qualitative descriptive et transversale. Ce type de devis permet d'explorer en profondeur un phénomène avec les participants. Selon Paillé et Mucchielli (2012), « l'analyse qualitative est une activité de l'esprit humain tentant de faire du sens face à un monde qu'il souhaite comprendre et interpréter, voire transformer » (p.11). De façon plus précise et en lien avec notre sujet de recherche, la posture tenue par l'étudiante chercheuse dans le cadre des entretiens avec les participants correspondait à une posture favorisant l'approche compréhensive telle que décrite par Paillé et Mucchielli (2012). En effet, elle s'est intéressée de façon authentique au vécu des participants en favorisant l'élaboration de leurs expériences. L'adoption de cette posture a nécessité, entre autres, de suspendre le plus possible ses propres expériences afin de s'intéresser avec le plus d'ouverture possible au phénomène étudié via l'élaboration des participants au cours des entretiens.

2.2 Participants

Dans le cadre de cet essai, six psychologues (trois hommes et trois femmes) ont été recrutés pour participer à un entretien individuel. Les critères d'inclusion pour participer à notre recherche étaient les suivants : être psychologue membre de l'OPQ en pratique privée; pratiquer une approche qui priorise la dimension relationnelle avec le client, c'est-à-dire que le travail du psychothérapeute se centre sur la compréhension de l'unicité et de la singularité du client qui le consulte (Cooper et MacLeod, 2011) et sur l'importance la relation crée entre le psychothérapeute et son client. Par

exemple, la thérapie intersubjective, la Gestalt-Thérapie et la thérapie centrée sur les émotions; avoir au moins 15 années d'expérience en psychothérapie avec des hommes suicidaires.

Nos critères d'inclusion à ce projet de recherche visaient à s'assurer que nous puissions avoir accès à des contenus plus spécifiques en lien avec nos questions de recherche. En premier lieu et face aux problématiques suicidaires, le fait de pratiquer la psychothérapie en pratique privée pouvait impliquer un isolement et une responsabilité professionnelle vécu différemment que par des psychologues qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux. Aussi, le critère concernant la pratique priorisant l'approche relationnelle nous est apparu pertinent en lien avec l'exploration que nous souhaitions faire de l'expérience subjective des participants dans la gestion des ruptures d'alliance et de leurs réparations possibles. De même, comme les hommes ont tendance à moins consultés que les femmes, nous avons l'hypothèse que des psychologues pratiquant depuis au moins 15 ans pouvaient avoir été davantage en contact avec des hommes suicidaires que les psychologues ayant moins d'expérience. Dans le même sens, les psychologues possédant davantage d'années de pratique présentaient possiblement, une capacité plus importante d'élaboration de leurs expériences cliniques.

Afin de recruter des psychologues pour participer à notre recherche, nous avons annoncé notre projet dans divers regroupements touchant la problématique du suicide (par ex. : infolettre du CRISE de l'UQAM) et les regroupements qui travaillent avec les hommes (par ex. : ROHIM). Nous avons ciblé plus particulièrement les psychologues d'approche relationnelle en envoyant une invitation de participation à notre recherche aux associations qui les regroupent (par ex. : RADAR-PSY, Association des psychologues du Québec, Groupe d'étude sur l'intersubjectivité, Centre d'Intégration Gestaltiste). Nous avons fait des invitations personnalisées aux psychologues qui correspondaient à nos critères de recrutement via le bottin des membres sur le site web de l'Ordre des psychologues du Québec. Nous avons également proposé une compensation financière aux psychologues qui ont accepté de participer à notre recherche à titre de dédommagement pour le temps qu'ils ont consacré à notre projet. Ce protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM en date du 4 juin 2020.

2.3 Méthode de collectes de données

À la suite de la signature du formulaire de consentement qui a été développé en tenant compte des exigences éthiques de l'UQAM (voir annexe A), la collecte des données a été faite dans le cadre d'une entrevue semi-structurée d'une durée de 60 à 90 minutes auprès de six participants via une application de visioconférence (par ex. : Zoom). Ce type d'entrevue permet d'avoir accès au vécu du participant d'une façon qu'il est difficile d'obtenir autrement (Tracy, 2013). Lorsque nécessaire durant l'entretien, l'utilisation de reflets, de reformulations et de questions ouvertes nous a permis un approfondissement de la compréhension du discours du participant. Un premier contact téléphonique a été fait avec le participant, afin de lui demander d'identifier et de se remémorer un suivi qu'il avait eu avec un homme suicidaire avant de procéder à l'entrevue. Lors de l'entrevue, nous avons utilisé un schéma d'entretien (voir annexe B) contenant quatre questions avec la possibilité de les adapter et de permettre, si nécessaire, un approfondissement du contenu livré par le participant. Avant de procéder aux entrevues, nous avons prévu mener une entrevue « pilote » afin de nous assurer que le canevas d'entrevue permettait d'aller chercher les données nécessaires à l'atteinte de nos objectifs. À la suite de cette première entrevue pilote et à la lecture de son verbatim, nous avons décidé de la conserver comme matériel de recherche, car le contenu nous permettait d'obtenir des données utiles pour répondre à nos questions de recherche. Nous avons procédé à cinq entrevues supplémentaires et elles ont été retranscrites intégralement. Un journal de bord a été utilisé pour y noter diverses réflexions après chacune des entrevues et au cours de l'étape de l'analyse des données.

2.4 Structure et schéma d'entretien

Le schéma d'entretien (voir annexe B) que nous avons utilisé est d'approche semi-structurée, afin de favoriser un discours plus spontané (Tracy, 2013). L'entrevue débutait par une question d'amorce assez générale et se poursuivait avec des questions qui permettaient d'élaborer davantage sur l'expérience singulière que nous voulions explorer. Par exemple, pour encourager l'émergence de contenus liés à des histoires de cas de clients suicidaires, à la façon dont le participant a réagi face à la gestion des ruptures d'alliance thérapeutique et à la présence de la honte vécue par un client. L'entrevue s'est terminée sur une question plus générale permettant au participant d'apporter de nouveaux éléments qu'il jugeait importants. Cette question permettait également de

terminer l'entrevue en offrant la possibilité au participant de compléter certains contenus, s'il n'avait pas eu le temps de le faire en cours d'entrevue.

S'il était arrivé qu'un participant vive de l'inconfort durant l'entrevue, nous avons prévu l'encourager à discuter avec un collègue ou à utiliser les services d'un psychologue/superviseur s'il en ressentait le besoin à la suite de l'entrevue. Cela ne s'est pas produit.

2.5 Analyse et traitement des données

L'analyse des données a été effectuée sous la modalité d'analyse thématique telle que proposée par Paillé et Mucchielli (2012). Ce type d'analyse permet de synthétiser le propos des personnes interviewées et d'en dégager des thèmes qui ont permis de documenter ou d'interpréter les données recueillies (Paillé et Mucchielli, 2012). De plus, cette forme d'analyse, qui se caractérise, entre autres, par sa flexibilité (Paillé et Mucchielli, 2012), a répondu de façon adéquate au besoin de notre étude de demeurer le plus proche possible de l'unicité du point de vue et de l'expérience de chaque participant, dépendamment de son expérience professionnelle, de son approche et de son expertise auprès d'une clientèle masculine.

Chaque entretien a été d'abord retranscrit sous forme de verbatim. Ensuite, les verbatims ont été importés dans le logiciel NVivo, afin de pouvoir débiter la thématisation des propos des participants. Comme le décrivent Paillé et Mucchielli (2012), la première fonction de l'analyse thématique vise à faire ressortir les thèmes pertinents aux objectifs de recherche. Puisque nous avons fait un petit nombre d'entrevues, nous avons donc procédé à une thématisation de façon continue (Paillé et Mucchielli, 2012). Ce type de regroupement des contenus permet de construire simultanément l'arbre thématique qui permet de documenter l'expérience des psychologues qui ont participé à notre étude. L'arbre thématique répond à la deuxième fonction de l'analyse thématique qui consiste à regrouper les thèmes par les caractéristiques qui les rassemblent ou à faire ressortir les éléments opposants les différents thèmes (Paillé et Mucchielli, 2012). À partir de l'arbre thématique, nous avons alimenté une analyse plus fine des thèmes qui seront mis de l'avant dans le chapitre résultats de l'essai doctoral. Des stratégies ont été utilisées afin d'assurer une rigueur au processus d'analyse des données. En effet, des rencontres ont eu lieu régulièrement avec les membres de la direction du projet de recherche, afin de débattre des thèmes choisis et d'en

arriver à un consensus dans la codification des données. De plus, l'usage d'un journal de bord a permis à l'étudiante chercheuse de s'assurer de protéger les données recueillies lors des entretiens avec les participants. Le temps pris à inscrire les réflexions et les pensées à la suite des entretiens nous a permis de prendre conscience de nos propres présupposés pour ainsi éviter une contamination possible par ceux-ci au cours de l'étape de l'analyse des données de cette recherche.

2.6 Considérations éthiques

Une première considération éthique concernait le consentement libre et éclairé à participer à cette recherche. En effet, un formulaire de consentement fut lu et signé par chacun des participants ainsi que par l'étudiante chercheuse. Comme indiqué dans le formulaire de consentement, le participant pouvait décider de se retirer à tout moment de la démarche de recherche. D'autre part, nous avons prévu d'attribuer un pseudonyme à chacune des personnes interviewées ainsi que pour les personnes nommées dans l'entrevue lorsque cette situation était applicable. Cette procédure a permis d'assurer la confidentialité des propos des participants. De plus, une dépersonnalisation des données liées aux histoires de cas a été faite lorsque nécessaire. Un mot de passe a été attribué à chacun des documents contenant les verbatims des entrevues et un mot de passe était également nécessaire pour avoir accès à l'ordinateur qui les contenait.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

Trois thèmes principaux sont ressortis des entrevues faites auprès des six psychologues qui ont participé à la recherche. Il s'agit de l'importance de l'alliance thérapeutique, de la présence de honte chez le client et du savoir-faire dans le travail auprès des hommes. Dans cette section, nous allons les décrire, nommer les sous-thèmes qui ont été identifiés et les illustrer avec des citations extraites des verbatims.

3.1 Alliance thérapeutique

L'importance de l'alliance thérapeutique semble être un thème central dans le travail exercé par les psychologues auprès des hommes suicidaires, tel que rapporté par les participants à cette étude. Le concept d'alliance thérapeutique comporterait différentes dimensions, telles que la dimension affective, qui correspond à un lien affectif fiable et à un accordage émotif ainsi que l'entente sur les objectifs et l'entente sur les moyens pour les atteindre. Les participants ont également abordé les techniques spécifiques qui permettent le développement et le maintien de l'alliance thérapeutique. Ils ont aussi décrit les ruptures de confrontation et de retrait qui peuvent survenir au cours de la psychothérapie.

3.1.1 Dimension affective

Dans un premier temps, les participants ont décrit la dimension du lien affectif de l'alliance thérapeutique en donnant des exemples d'attitudes (telles que la sincérité, l'honnêteté et l'authenticité) qu'ils estiment être nécessaires de démontrer auprès des clients masculins afin de favoriser le développement et le maintien de l'alliance thérapeutique.

Par exemple, il serait nécessaire que le client sente que la psychologue est sensible à la véracité de ses émotions. Nommer sa propre réaction affective face aux paroles du client serait une autre stratégie utile afin de miser sur le lien affectif de l'alliance thérapeutique. Une autre attitude qui pourrait être favorable à la construction du lien affectif serait que, lorsque le psychologue commet des erreurs avec certains clients, il se montre honnête en admettant qu'il lui arrive d'en faire.

...la base c'est qu'ils se sentent écoutés...puis qu'ils disent vrai, qu'ils souffrent et qu'ils sont vraiment découragés (...), qu'ils sentent qu'on est avec eux puis qu'on ne les lâchera pas... (Adeline)

...ça m'est arrivé de dire ça me touche d'entendre ce que vous me dites là... je pense ça peut faire du bien puis aider à l'alliance (...), ma souffrance touche mon thérapeute, il n'est pas insensible à ...(Bernard)

...on va finir par faire des erreurs (...), les oublier, faire du double-booking (...), je n'hésite pas (...), à être celui qui ne peut pas faire d'erreur... je me permets d'être vulnérable... (Christophe)

3.1.2 Techniques spécifiques pour développer et maintenir l'alliance thérapeutique

Certaines interventions spécifiques favoriseraient également le développement de l'alliance thérapeutique auprès des hommes. Entre autres, utiliser une approche collaborative où le psychologue implique activement le client dans le travail thérapeutique en posant des questions ouvertes et en ayant une écoute réflexive. Ou encore, doser adéquatement l'usage de la chaleur en demeurant cohérent avec ce que l'on vit comme psychologue dans la relation avec le client dès les premiers rendez-vous permettrait de développer le lien affectif avec celui-ci. Nommer de manière explicite son appréciation de la relation peut aussi être une façon de démontrer une attitude chaleureuse.

...dans l'alliance (...), c'est la collaboration (...), si je constate que je travaille toute seule (...), je vais peut-être le dire... (Béatrice)

...je vais être plus chaleureux (...), je pense que c'est de rester soi-même (...), pas complètement, on ne peut pas livrer tout au client... (Christophe)

...dès qu'ils m'apprennent quelque chose, je les remercie (...), c'est sincère... merci, tu m'as permis d'entrer dans ton monde...(Béatrice)

D'autres interventions spécifiques ont été utilisées pour favoriser le maintien de l'alliance thérapeutique. Favoriser le sentiment de contrôle, en utilisant une intervention qui permet au client d'avoir une impression d'agir et d'avoir du contrôle dans la psychothérapie. Par exemple, en transmettant des outils au client ou en lui proposant de reprendre son pouvoir dans une expérience intersubjective.

...les gars n'aiment pas mariner dans leur silence (...), eux, ils veulent des trucs... donc, en début de suivi, j'essaie de leur donner le plus de trucs possible... (Albert)

...je me suis aperçu que ça n'a été pas facile pour lui (...) de laisser du bien arriver en lui et puis d'accepter de remonter, de ne pas disparaître dans la soumission... (Christophe)

Il est aussi possible d'augmenter le sentiment de contrôle d'un client en l'impliquant dans la poursuite du suivi tout en démontrant une flexibilité au niveau du cadre des rencontres, par exemple, en abordant la fréquence des séances avec son client. Ce type d'intervention peut être un exemple de deux dimensions qui composent l'alliance thérapeutique soit l'entente sur les objectifs et l'entente sur les moyens afin de les atteindre ainsi que l'investissement dans lien affectif. De plus, l'usage d'interventions psycho-éducatives, telles que donner accès à la compréhension clinique qu'a le psychologue de la situation de son client, favorisait également le sentiment de contrôle vécu par le client.

...souvent je le sais qu'ils veulent qu'on se voie l'autre semaine... mais à la fin de la rencontre, je vais leur dire comment tu vois ça pour la suite des choses (...), qu'est-ce qui te conviendrait... (Albert)

...je pense que de saisir la problématique, autour de la compréhension clinique (...), puis de pouvoir l'expliquer sommairement au client, qu'il puisse métaboliser et comprendre... (Christophe)

3.1.3 Ruptures de l'alliance thérapeutique

Les participants ont décrit les ruptures d'alliance thérapeutique qui peuvent survenir dans le cours d'une psychothérapie auprès des clients suicidaires et les émotions qu'ils ont vécues face à ces ruptures. Ils ont aussi abordé de quelle manière ils ont géré et proposé une réparation des ruptures d'alliance thérapeutique.

Tout d'abord, il semble que l'observation de comportements, tel que de quitter la rencontre, et l'expression d'émotions, comme la colère ou la frustration chez le client, puissent être des indicateurs de rupture d'alliance thérapeutique de type confrontation. Les verbalisations indirectes

en ce qui a trait à une demande de clarification des objectifs de la psychothérapie seraient considérées comme un autre indice d'une rupture d'alliance thérapeutique.

...il était très émotif... je l'avais confronté sur quelque chose (...), ça a fait une fêlure dans la relation et puis il voulait s'en aller... (Adeline)

...je lui avais parlé que les objectifs n'étaient pas clairs puis que j'avais besoin qu'on en établisse pour la psychothérapie... ça l'avait insulté (...), il disait que lui, ce n'était pas de ça qu'il avait besoin... (Bernard)

Le comportement du client et l'expression de la colère pourraient être des signes d'un désaccord entre lui et son psychologue à propos des objectifs et des tâches de la psychothérapie et ainsi démontrer les difficultés vécues au niveau du lien entre les deux. Les reproches faits par le client et la présence d'une humeur rébarbative semblent être deux autres indicateurs d'une possible rupture d'alliance thérapeutique de type confrontation. Ce type de rupture peut se manifester par des comportements d'hostilité et/ou de colère de la part du client.

...il s'est fâché d'aplomb (...), il m'a dit que je ne le comprenais pas (...), il s'est levé et il a dit, je vais m'en aller, je suis trop en tabarnak... (Bernard)

...il me l'avait reproché... toi, il me semblait que tu étais supposé être mon allié (...), à la fin de la rencontre, il est parti plus vite que prévu et il n'était pas de bonne humeur... (Clara)

Un autre type de rupture d'alliance thérapeutique peut se produire dans le cadre de la psychothérapie. Il s'agirait d'une rupture de type retrait. Ce type de rupture est observé lorsque le client manifeste un désinvestissement dans sa démarche. Par exemple, en voulant cesser sa psychothérapie, en annulant les rendez-vous ou en démontrant de la complaisance dans la relation avec son psychologue.

...il m'avait nommé qu'il n'était pas sûr de continuer parce qu'il voyait que je pensais que c'était une personne qui avait des comportements sexuels déviants... (Christophe)

Au sujet du vécu expérientiel du psychologue face à une rupture d'alliance thérapeutique dans un suivi avec un client, diverses expériences sont ressorties telles que, la frustration ressentie par le psychologue et son désir de cesser la psychothérapie avec un client. La colère et l'ambivalence face au comportement d'un client qui ne s'est pas présenté à son rendez-vous sont d'autres manifestations émotionnelles vécues par la psychologue. L'incompétence est une émotion qui peut aussi être ressentie par la psychologue lors d'une rupture d'alliance thérapeutique.

...parfois, j'ai le goût, sincèrement (...), je me dis j'ai hâte qu'il arrête... je suis tanné... (Bernard)

...j'étais fâchée... mais, je suis ambivalente... je ne veux pas le blâmer, mais j'étais fâchée... (Béatrice)

...je me sentais comme une crotte de nez ... vraiment, ce n'était pas fort mon truc... (Béatrice)

L'importance de la régulation affective du psychologue apparaît centrale dans l'interaction avec un client. Il semble que l'expression des émotions non régulées ou du contre-transfert du psychologue puisse parfois contribuer à une rupture d'alliance thérapeutique, en activant une réponse semblable de la part du client.

...quand c'est une rupture où tu es dysrégulé toi-même (...), parce qu'il y a quelque chose en nous qui a été une courroie de transmission à l'expression de la dysrégulation du patient... (Christophe)

Diverses interventions spécifiques à la gestion de ces ruptures ont été explicitées. Dans un premier temps, dévoiler au client son ressenti face à un événement arrivé dans la psychothérapie semble être aidant pour faire un retour sur une possible rupture d'alliance thérapeutique. En effet, le dévoilement de son expérience face à une rupture d'alliance thérapeutique peut être efficace et servir de tentative d'accordage empathique avec son client. Nommer son inquiétude à son client qui ne s'est pas présenté lors de son dernier rendez-vous semble être un autre exemple d'une intervention qui pourrait favoriser une réparation de la rupture d'alliance thérapeutique.

...je me suis demandé comment ça été pour vous..., il me semble que ça été tendu et qu'on a eu de la misère à être ensemble... (Bernard)

...j'étais très inquiète (...), à moment donné, il retentit, je lui dis : tu es vivant, je suis vraiment contente, mais j'ai eu très peur... (Béatrice)

Un second type d'intervention qui soutient la gestion des ruptures d'alliance consisterait à réfléchir à la dynamique relationnelle du client et à lui partager cette observation. Plus précisément, il s'agirait d'expliquer au client des éléments de sa façon d'être en relation avec autrui. Il semble que de refléter à son client le lien entre sa rigidité et la conséquence de cette caractéristique sur l'expérience immédiate en rencontre puisse être un moyen efficace de gérer les ruptures d'alliance thérapeutique.

...j'ai l'impression que si quelqu'un qui était à côté de nous, il pourrait penser qu'on est en train de s'obstiner... vous en pensez quoi (...), il était en furie parce qu'il pensait qu'on avait une discussion...(Bernard)

Refléter au client ce qui se rejoue à l'intérieur de la relation avec sa psychologue s'avèrerait aidant face à une rupture d'alliance thérapeutique. Il semble aussi que ce type d'intervention pourrait parfois être vécue difficilement par le client et avoir un impact sur la perception qu'à ce dernier de sa valeur personnelle.

...on dirait qu'on a rejoué quelque chose que tu connais... puis là, il était capable de faire des liens, puis d'ouvrir... (Béatrice)

...moi, ce que je voudrais, c'est qu'il fasse un élagage de la surdramatisation qui n'est pas nécessaire pour nous faire comprendre quelque chose... il le comprend comme s'il ne valait rien... (Christophe)

D'autres participants choisissent d'aborder directement la rupture d'alliance avec le client qui les consulte, en nommant une situation précise qui s'est produite au cours d'une rencontre. Décrire une rupture d'alliance thérapeutique de type retrait où le client évite de venir à ses rendez-vous pourrait permettre de favoriser une tentative d'accordage empathique. Cet accordage est relié à la capacité du psychologue de saisir l'expérience émotionnelle du client et de lui refléter.

...on s'est rencontré la semaine dernière, après vous avez voulu déplacer la rencontre (...), je me demande s'il s'est passé quelque chose entre nous, vous en pensez quoi... (Bernard)

Expliquer le comportement du client en lien avec une émotion comme la honte serait une intervention encourageant l'identification d'une rupture d'alliance thérapeutique. Il semble que de nommer les agissements des clients en spécifiant qu'ils le font dans un contexte relationnel serait favorable comme intervention face à une rupture d'alliance thérapeutique.

...je sais que tu as tendance à ne pas revenir quand tu sens que c'est honteux ou pas gentil ce que tu as fait (...), j'essaie d'être transparente... (Béatrice)

... ils quittent parce que... les assurances (...), il ne faut pas hésiter à nommer qu'ils sont en train de faire des choses dans un rapport, dans un lien... (Christophe)

Une autre intervention liée à la gestion des ruptures d'alliance vise à offrir une expérience réparatrice au client à l'intérieur de sa relation avec son psychologue. Pour ce faire, le psychologue proposerait au client de revenir sur une situation difficile arrivée en rencontre afin de solidifier l'alliance thérapeutique. Plus spécifiquement, nommer la distance perçue par le psychologue dans la relation favoriserait le partage de la perception du client et supporterait ce dernier dans l'identification de son expérience émotionnelle. Un autre exemple de proposition d'expérience réparatrice serait de présenter la description des comportements de son client afin de lui donner l'opportunité de reparler d'une situation. Finalement, soutenir le client dans un moment où il a pu se sentir vulnérable en décrivant une situation liée à la rupture d'alliance thérapeutique serait à privilégier pour permettre une expérience réparatrice

... je vais parler de la distance qu'il y avait dans la relation (...), je lui donne la chance de s'exprimer ... s'il n'y a rien, je vais amener un petit morceau (...), parfois on dénoue quelque chose... (Bernard)

... je lui ai dit, moi, je n'arrête pas de penser à notre rencontre de l'autre jour puis je me demandais comment tu as vécu ça... tu es parti quand même un peu sec... (Clara)

...je vais le nommer, à tel moment, je me suis demandé si tu n'étais pas en train de penser que je te laissais tomber... (Clara)

Il apparaît qu'un des avantages d'offrir une expérience réparatrice en travaillant avec le client les ruptures d'alliance thérapeutique serait de permettre le développement d'une complicité significative au niveau de la relation entre la psychologue et son client.

...avec lui, on travaillait les ruptures d'alliance, ça devenait notre complicité, c'était chouette... parce qu'il a le droit d'être fâché contre moi puis on sait qu'on va s'aimer pareil... (Béatrice)

3.2 Présence de honte chez le client

Le dernier aspect qui a été abordé concerne les interventions spécifiques utilisées par les psychologues pour gérer la honte présente dans la psychothérapie avec les hommes qui pensent au suicide.

Une première intervention est décrite comme une invitation faite au client à s'arrêter sur l'expérience immédiate qu'il vit. Cette expérience immédiate peut se définir comme étant les représentations que se fait le client de la situation, de son psychologue et/ou de lui-même. Une autre intervention est l'utilisation de la microgradation, qui implique une progression dans l'utilisation des mots pour décrire l'expérience de la honte. Il s'agit d'utiliser des termes qui décrivent une émotion plus simple à identifier que la honte ou de décrire l'effet de la honte sur le client. Il s'avèrerait judicieux d'illustrer la honte par l'adoption d'une image qui correspond à l'expérience émotionnelle du client plutôt que de la nommer directement.

...j'ai demandé, simplement pour accéder au moment présent, comment il se sentait... (Christophe)

...au début, je vais parler de gêne ou de malaise (...), puis, je vais dire quand ça vous arrive vous auriez envie de ne pas être là, de vous cacher ... (Bernard)

...moi, je pense qu'il y a une délicatesse qui peut exister (...) ou une pudeur qui fait qu'on le sait que c'est de ça dont on parle... on peut utiliser une image...(Clara)

Une autre intervention favorable serait d'utiliser la normalisation qui permet au client de vivre l'expérience de la honte tout en reconnaissant sa légitimité et les comportements qui s'y rattachent. La normalisation de l'émotion semble aussi pouvoir être utilisée différemment. Il s'agirait de mettre de l'avant que le client et sa psychologue forme une équipe face à la gestion cette émotion.

... c'est être avec lui dans sa honte, de lui permettre d'être honteux... et de ne pas valider qu'il a raison d'être honteux, mais de ne pas l'invalider non plus... (Béatrice)

...je ne vais pas valider que tu as raison d'avoir honte... on va trouver une façon que tu ailles mieux (...), puis là-dedans, on peut être une équipe... (Clara)

Demeurer présent auprès du client afin de favoriser l'intégration émotionnelle de la honte pourrait être bénéfique comme intervention. Il s'avèrerait également pertinent de valider le client dans l'expérience de la honte. Plus précisément, de refléter la honte ressentie par le client afin de favoriser la reconnaissance et l'intégration de cette expérience dans la dignité.

...il faut rester avec lui, pour digérer cette honte... pour qu'il soit moins seul avec la honte... (Béatrice)

...ça va plus loin que d'être entendu... c'est accepter dans notre écoute qu'on fait de lui... on accepte que ce qu'il nous dit soit véritable... (Adeline)

L'utilisation des expériences contre-transférentielles vécues par le psychologue s'avère être une autre intervention spécifique à la gestion de la honte. D'une part, une intervention recommandée consisterait à donner accès à l'expérience vécue par le psychologue dans sa relation avec le client afin d'explorer davantage la situation liée à la honte. Ainsi, il sera possible de démontrer que le lien thérapeutique peut survivre à cet événement et que l'expérience du psychologue est plus complexe que ce que le client imagine.

...je lui avais dévoilé que ça m'avait fait quelque chose qu'il m'ait menti (...), j'ai osé me mouiller (...), ça a permis de creuser... (Christophe)

D'autre part, il arrive que l'utilisation de cette intervention ait un impact négatif sur l'expérience émotionnelle du client. Décider de donner accès à une expérience contre-transférentielle peut

parfois faire émerger un sentiment de honte chez un client qui rencontrerait des difficultés à tolérer ce dévoilement de la part de son psychologue.

...j'ai pris le risque et j'en paye le prix puisque ça fait six mois qu'on est avec ça... c'est beaucoup de honte qu'il ressent par rapport à ça... (Christophe)

3.2.1 Indicateurs de honte

Tout d'abord, débutons avec les indicateurs qui permettent aux psychologues de détecter la honte ressentie par le client. D'une part, il semble que certaines attitudes non verbales, qui sont des manifestations comportementales d'une expérience de honte chez le client, soient un premier type d'indicateurs. Le faible niveau d'expressivité de la part d'un client est une autre indication de la présence de la honte chez ce dernier qui pourrait découler de la difficulté à faire face à sa vulnérabilité.

...je le voyais qu'il se sentait honteux dans son corps, comme un petit gars qui a fait quelque chose de pas correct alors qu'il ne le savait pas... (Béatrice)

...les hommes, ils sont souvent peu expressifs... et ils ont beaucoup de difficulté à entrer dans la vulnérabilité, la honte... (Christophe)

L'observation des émotions du client apparaît comme un deuxième indicateur de la présence d'un vécu lié à l'expérience de la honte. Par exemple, le client pourrait se sentir inadéquat d'éprouver de la honte parce que son psychologue semble y réagir d'une façon qui ne lui convient pas. Pour un autre client, il peut s'agir de la colère et de la rage qu'il vit face à une situation qui semble être la source de l'expérience sa honte.

...il y a toute la honte qui sort, je crois, d'être inadéquat (...), et de comment moi, comme psychologue, je vais réagir à ça... (Adeline)

...il était honteux (...), il était en colère et enragé aussi d'avoir vécu ce congédiement... (Bernard)

Un autre indice de la présence de honte serait les verbalisations ou les paroles émises par le client. Ces verbalisations peuvent être manifestes. Par exemple, un client pourrait avouer qu'il a menti et ressenti de la honte face à un comportement qu'il a eu dans sa relation avec son psychologue.

...il a abordé la rencontre en me disant, c'est la première fois que j'ai menti à mon psychologue (...), je me sentais trop honteux de te le dire que j'avais le goût de voir cet ami-là... (Christophe)

Des verbalisations indirectes ou sous-entendues de la part du client peuvent aussi survenir. La présence d'un discours dévalorisant émis par le client à propos de lui-même en est un premier exemple. Le manque d'espoir face à son avenir ainsi que l'utilisation de l'évitement par le client en énonçant des réponses vagues lorsque des questions ouvertes lui sont posées semblent être d'autres exemples de verbalisations indirectes.

...il a dit qu'il était un moins que rien (...) ce qu'il verbalisait, c'est qu'il ne vaut pas grand-chose... donc, il a honte de ce qu'il est... (Adeline)

...il ne disait pas j'ai honte (...), il disait, je ne me retrouverais jamais rien à l'âge que je suis rendu... il y avait un élément de désespoir aussi... (Bernard)

...comment tu as décidé de venir aujourd'hui... à quoi tu t'attends... je ne sais pas, je ne sais pas ... c'est souvent je ne sais pas (...) je pense que ce sont des indicateurs de honte...(Clara)

Dénigrer l'utilisation des comportements suicidaires, afin d'éviter l'émergence de la honte face à ses propres idées suicidaires, serait un autre exemple de verbalisation indirecte. Au même titre, l'usage de la violence verbale peut aussi être un exemple d'une verbalisation indirecte de la présence de la honte.

... une espèce de mépris (...), il disait je ne suis pas le genre de gars qui va me crisser une balle dans la tête (...) j'ai pensé qu'il avait des idées suicidaires importantes et qu'il était honteux... (Bernard)

...c'était comme un jappement (...), et il m'avait sorti un argumentaire (...), on peut supposer que le monsieur avait honte derrière sa violence... (Christophe)

3.2.2 Vécu émotionnel du psychologue face à la honte ressentie par le client

Le vécu émotionnel du psychologue ressort comme un sous-thème de la présence de la honte chez le client. En effet, diverses émotions peuvent avoir été ressenties face à un client honteux. La tristesse et l'ambivalence ressentie face au désir de se rapprocher du client en sont des exemples. L'inquiétude et l'empathie face à son client peuvent aussi être ressenties. Cette empathie semble découler, entre autres, de l'expérience émotionnelle de honte du psychologue.

...triste, ça me rejoignait comme ça... il y a une envie de se rapprocher, puis, en même temps, tu sens qu'il te tient loin... (Bernard)

...quand je le voyais, ce monsieur-là (...), honteux, puis enragé (...), j'avais un mélange d'inquiétude et d'empathie, je dirais... (Bernard)

...je suis pleine d'empathie pour les gens qui ont honte, parce que moi-même j'ai souvent expérimenté la honte dans ma vie... (Clara)

La peur pourrait être aussi éprouvée comme conséquence de la honte ressentie par certains clients. Par exemple, la peur de ne pas avoir été suffisamment présent à cette expérience du client ou au contraire, d'avoir manqué de délicatesse à cet égard. La peur pourrait également être induite par l'idée de sombrer dans la honte avec un client.

...j'avais peur de ne pas avoir été là ou d'avoir été un peu trop loin dans la honte... (Béatrice)

...je sentais que c'était comme un sable mouvant... comme si j'allais me noyer avec lui dans la honte... (Béatrice)

Cet extrait pourrait correspondre à un exemple d'identification introjective. Ce type de mécanisme de défense se produit lorsque l'expérience de la honte de la psychologue est réactivée par l'expérience de la même émotion par le client.

...moi ça vient me chercher dans ma honte... ma honte à moi, elle m'amène, entre autres, dans de la colère... (Clara)

Outre les émotions ressenties par le psychologue, il apparaît que la capacité à réguler la charge émotionnelle induite par la honte que vit le client varie d'un clinicien à l'autre. La variabilité de cette capacité s'exprime, par exemple, à travers une difficulté à tolérer que le client vive l'expérience de la honte. Ou encore, par l'aptitude à faire « l'aller-retour » entre ressentir les affects du client et demeurer disponible afin de le soutenir dans le travail thérapeutique.

...j'avais de la misère à voir qu'il avait raison ou à le valider (...), j'avais de la misère à ce qu'il reste longtemps avec ça... (Béatrice)

...d'arriver à être capable de ressentir et de se retirer pour ensuite aider le client (...), il faut être capable de faire l'aller-retour... (Adeline)

3.2.3 Interventions spécifiques à la gestion de la honte

Le dernier aspect qui a été abordé concerne les interventions spécifiques utilisées par les psychologues pour gérer la honte présente dans la psychothérapie avec les hommes qui pensent au suicide.

Une première intervention est décrite comme une invitation faite au client à s'arrêter sur l'expérience immédiate qu'il vit. Cette expérience immédiate peut se définir comme étant les représentations que se fait le client de la situation, de son psychologue et/ou de lui-même. Une autre intervention est l'utilisation de la microgradation, qui implique une progression dans l'utilisation des mots pour décrire l'expérience de la honte. Il s'agit d'utiliser des termes qui décrivent une émotion plus simple à identifier que la honte ou de décrire l'effet de la honte sur le client. Il s'avèrerait judicieux d'illustrer la honte par l'adoption d'une image qui correspond à l'expérience émotionnelle du client plutôt que de la nommer directement.

...j'ai demandé, simplement pour accéder au moment présent, comment il se sentait... (Christophe)

...au début, je vais parler de gêne ou de malaise (...), puis, je vais dire quand ça vous arrive vous auriez envie de ne pas être là, de vous cacher ... (Bernard)

...moi, je pense qu'il y a une délicatesse qui peut exister (...) ou une pudeur qui fait qu'on le sait que c'est de ça dont on parle... on peut utiliser une image...(Clara)

Une autre intervention favorable serait d'utiliser la normalisation qui permet au client de vivre l'expérience de la honte tout en reconnaissant sa légitimité et les comportements qui s'y rattachent. La normalisation de l'émotion semble aussi pouvoir être utilisée différemment. Il s'agirait de mettre de l'avant que le client et sa psychologue forme une équipe face à la gestion cette émotion.

... c'est être avec lui dans sa honte, de lui permettre d'être honteux... et de ne pas valider qu'il a raison d'être honteux, mais de ne pas l'invalider non plus... (Béatrice)

...je ne vais pas valider que tu as raison d'avoir honte... on va trouver une façon que tu ailles mieux (...), puis là-dedans, on peut être une équipe... (Clara)

Demeurer présent auprès du client afin de favoriser l'intégration émotionnelle de la honte pourrait être bénéfique comme intervention. Il s'avèrerait également pertinent de valider le client dans l'expérience de la honte. Plus précisément, de refléter la honte ressentie par le client afin de favoriser la reconnaissance et l'intégration de cette expérience dans la dignité.

...il faut rester avec lui, pour digérer cette honte... pour qu'il soit moins seul avec la honte... (Béatrice)

...ça va plus loin que d'être entendu... c'est accepter dans notre écoute qu'on fait de lui... on accepte que ce qu'il nous dit soit véritable... (Adeline)

L'utilisation des expériences contre-transférentielles vécues par le psychologue s'avère être une autre intervention spécifique à la gestion de la honte. D'une part, une intervention recommandée consisterait à donner accès à l'expérience vécue par le psychologue dans sa relation avec le client afin d'explorer davantage la situation liée à la honte. Ainsi, il sera possible de démontrer que le lien thérapeutique peut survivre à cet événement et que l'expérience du psychologue est plus complexe que ce que le client imagine.

...je lui avais dévoilé que ça m'avait fait quelque chose qu'il m'ait menti (...), j'ai osé me mouiller (...), ça a permis de creuser... (Christophe)

D'autre part, il arrive que l'utilisation de cette intervention ait un impact négatif sur l'expérience émotionnelle du client. Décider de donner accès à une expérience contre-transférentielle peut parfois faire émerger un sentiment de honte chez un client qui rencontrerait des difficultés à tolérer ce dévoilement de la part de son psychologue.

...j'ai pris le risque et j'en paye le prix puisque ça fait six mois qu'on est avec ça... c'est beaucoup de honte qu'il ressent par rapport à ça... (Christophe)

3.3 Savoir-faire dans le travail auprès des hommes

Un troisième thème qui a été abordé dans l'entrevue concerne le savoir-faire dans le travail auprès des hommes. Les participants ont traité de la souffrance particulière de cette clientèle, de leur propre expérience émotionnelle et des interventions spécifiques qu'ils utilisent lorsqu'ils pratiquent la psychothérapie avec les hommes suicidaires.

3.3.1 Souffrance particulière des hommes

Tout d'abord, il semble que la souffrance vécue lorsqu'il y a présence d'idées suicidaires comporterait certaines particularités en lien avec la masculinité, telles que le rejet de sa vulnérabilité et du besoin de recevoir de l'aide. Il serait approprié d'être attentif à cette spécificité afin de soutenir les clients dans l'expression de cette souffrance.

...ils ont besoin d'en parler de cette souffrance-là (...), mais d'un autre côté, il y a tellement d'enjeux et de tabous masculins par rapport à ça... (Bernard)

3.3.2 Expérience émotionnelle du psychologue

L'expérience émotionnelle du psychologue qui réfère au ressenti vécu par le psychologue face aux hommes suicidaires a été décrite à maintes reprises. Ce vécu particulier se manifeste par diverses émotions. Tout d'abord, il semble que de ressentir un sentiment d'urgence et de vouloir demeurer calme soit une réaction émotionnelle qui peut se produire face à un client qui pense au suicide. L'inquiétude que son client se tue fait aussi partie des émotions que le psychologue pourrait ressentir. La perception du danger pour la vie du client pourrait être plus importante chez le psychologue que la vision que le client a de sa propre situation.

...on est plus en état d'urgence qu'avec un autre type de clientèle (...) le suicide, ça nous met en état d'urgence automatiquement..., donc il faut se calmer... (Adeline)

...on dirait que c'est moi qui suis le plus inquiet pour ta vie... il m'avait dit, je pense que oui (...), il ne valorisait pas tellement sa vie... alors que moi, j'étais plus préoccupé que lui... (Albert)

Il semble aussi que cette inquiétude puisse amener un malaise dans l'investigation des intentions suicidaires de son client. Il a été exprimé que cette inquiétude puisse évoluer vers un sentiment de peur qui semble être plus prenant. La peur ressentie s'avère parfois liée à l'état potentiel de crise ou au risque d'une tentative de suicide.

...quand on pratique avec des hommes c'est toujours plus inquiétant (...), au début, quand j'ai commencé en pratique privée, j'avais un certain malaise à questionner mes clients là-dessus... (Bernard)

... ça reste très épouvantable (...), d'ouvrir cette porte-là et de porter cette inquiétude (...), tu ne sais pas ce qui va y avoir l'autre bord... (Bernard)

... est-ce qu'il est en train de se tuer... est-ce qu'il est en crise et il n'a personne à appeler... j'avais peur de ça... (Clara)

Le sentiment de solitude est également décrit comme faisant partie de l'expérience du travail avec les hommes suicidaires. Le psychologue peut aussi être habité par la responsabilité qu'il porte seul au moment où il reçoit les confidences de son client.

...ce qui me revient quand j'y pense c'est l'élément de solitude... ma solitude... (Clara)

...ça prend tout pour qu'ils le partagent avec toi... et à partir du moment où ils l'ont partagé avec toi, c'est toi puis personne d'autre... (Clara)

Au cours d'une psychothérapie, la vulnérabilité de certains clients semble toucher le psychologue et le mettre en contact avec sa propre vulnérabilité. Certains sont habités, à l'extérieur des rencontres de psychothérapie, par des pensées liées au client qui est en suivi.

...ceux qui vont me toucher le plus, ce sont les gens que je sens les plus connectés sur leur vulnérabilité (...), probablement que ça crée un écho avec ma vulnérabilité... (Albert)

...ça m'habite davantage (...), ce n'est pas très envahissant (...), mais certainement que dans mes temps libres, ils passent plus de temps dans ma tête que ce qu'ils pourraient penser... (Albert)

En plus des émotions variées vécues par le psychologue, l'usage de la minimisation face aux verbalisations suicidaires d'un client est nommé comme étant une possible voie de contournement. Plutôt que de réguler les émotions ressenties face à un client qui entrevoit la possibilité de se tuer, le psychologue peut décider d'éviter de s'attarder à questionner ouvertement les verbalisations suicidaires de son client.

...ce n'est pas facile de parler de ça (...), ça serait tentant d'être dans une espèce de confluence et de dire, ça nous arrive à tout le monde (...), d'embarquer dans des blagues puis de laisser tomber... (Bernard)

3.3.3 Interventions spécifiques face aux hommes

Concernant les interventions spécifiques utilisées par les psychologues dans le travail auprès des hommes, une première intervention utile serait d'adapter son langage aux hommes. Par exemple, en s'appropriant les mots ou les expressions que le client utilise pour décrire ce qu'il vit. Entre autres, cette stratégie pourrait favoriser le développement d'un lien de confiance. Lorsque le psychologue est un homme, l'adaptation du langage permettrait de favoriser l'apprivoisement de l'intimité entre hommes. Cette intimité peut parfois être inconfortable pour certains clients.

...être capable de lui parler avec ses mots (...), s'il sent que vous êtes sur une autre planète, il ne pourra pas vous faire confiance parce qu'il va penser que vous ne connaissez pas son monde... (Adeline)

...les hommes ne sont pas habitués de parler l'un de l'autre (...), se retrouver dans l'intimité (...), ce n'est pas dans leur palette... je vais me permettre d'incarner ce volet avec eux... (Albert)

Il semble que d'utiliser un langage qui met de l'avant l'aspect de partenariat serait une intervention judicieuse, afin de favoriser la perception de former une équipe avec le client dans le travail thérapeutique.

...dans le langage, ça va être nous autres, on est des « partners » (...) on partage ça... avec les hommes, c'est vraiment important... (Clara)

Doser adéquatement la concrétude et/ou l'abstraction dans la communication avec un client ressort comme une autre intervention à privilégier. Par exemple, utiliser des images qui réfèrent à des objets pourrait être opportun afin de favoriser une adhésion au changement.

...il y a des gens qui sont plus concrets... d'autres qui sont plus à l'aise dans l'abstraction... il y a des hommes qui sont plus capables de parler émotivement que d'autres... (Bernard)

...l'image du fer forgé je la trouve intéressante parce plier du fer froid, ça casse... pour réussir à lui donner une forme, il faut le chauffer... (Albert)

Le dévoilement de soi a été répertorié comme une intervention à favoriser. Il semble que le partage par le psychologue de sa réaction affective à la suite à une situation dévoilée par son client puisse être une forme de confrontation bienveillante. Utiliser le dévoilement de soi pourrait également être approprié afin de soutenir le client dans l'identification des situations d'abus qu'il pourrait vivre. Il serait également utile d'utiliser le dévoilement de soi pour encourager le client à faire de même. Cette intervention pourrait, par exemple, permettre au client de tolérer davantage une posture de vulnérabilité s'il a vu son psychologue dans cette situation.

...moi, souvent, j'ai tendance à être assez ouvert (...), sur l'impact affectif que ça peut avoir sur moi... (Bernard)

...tu me racontes ça (...), et moi, il faudrait que je dise, ah, c'est dur et que je ne fasse rien alors que tu te fais violenter... je ne suis pas bien dans ce rôle de témoin complice... (Béatrice)

...de trouver un élément sincère qui s'est produit... où tu t'es senti en dessous de lui (...), ça amène le goût à l'autre de se dévoiler... (Christophe)

La dernière intervention documentée traite de la sensibilité à la masculinité et à la culture du client. Il apparaît avisé pour le psychologue d'être attentif aux considérations culturelles (par ex. : rôle de l'homme dans sa culture d'origine) ou liées à la masculinité (par ex. : niveau de flexibilité dans l'adhésion au rôle masculin traditionnel). Prendre en considération les particularités du milieu professionnel dans lequel le client évolue pourrait être utile. Par exemple, tenir compte des valeurs qui sont associées à certains milieux de travail, comme la loyauté ou l'esprit d'équipe, auxquelles le client pourrait adhérer. Enfin, être sensible aux enjeux de performance serait une intervention ajustée lorsque le client sentirait son estime de soi menacée.

... quand il y a une culture masculine traditionnelle, je vais leur dire (...), merci d'essayer avec moi... parce que dans votre culture, ce n'est pas évident de se confier à une femme ... (Béatrice)

...des personnes qui sont axées sur la performance, quand ils sont vulnérables (...), ils ne sont pas juste déprimés, ils ne se sentent plus compétents... (Albert)

CHAPITRE 4

DISCUSSION

Cette partie de l'essai doctoral permet de discuter des résultats obtenus en les mettant en relation avec les connaissances existantes sur le travail thérapeutique singulier auprès des hommes qui présentent un risque suicidaire. Nous allons donc documenter les contributions théoriques avec des études menées précédemment et proposer diverses implications cliniques qui découlent de nos résultats.

4.1 La peur ressentie par le psychologue face à un client suicidaire

En analysant davantage l'expérience émotionnelle des participants face à leurs clients suicidaires, la peur ressentie par les psychologues qui pratiquent la psychothérapie auprès des hommes suicidaires ressort. Selon nos résultats, l'inquiétude est l'une des émotions qui est évoquée face à un client suicidaire. D'autres participants ont décrit la peur associée à l'investigation que le psychologue doit faire face à une situation où le client lui semble suicidaire. L'inquiétude et la peur que le client commette un suicide apparaissent être une préoccupation lourde à porter pour les cliniciens qui côtoient cette clientèle.

Pour débiter, nous pouvons examiner cette peur en fonction du niveau d'expertise du psychothérapeute face à la clientèle qui présente un risque suicidaire. Il semble que plus le clinicien perçoit que sa formation face à la suicidalité est adéquate (par ex. : facteurs de risques et de protection) et que sa vision de ses compétences est élevée, moins la peur qu'il ressent face à la perte d'un client par suicide sera significative (Jahn, Quinnett et Ries, 2016). Dans le cadre de notre recherche, deux des six participants ont nommé ressentir de la peur. Ces deux psychologues possèdent une expérience et une expertise spécifique concernant la problématique du suicide. Nos résultats peuvent donc amener un éclairage différent en lien avec la littérature qui explique que plus les psychologues ont de la formation, moins la peur ressentie de perdre un client devrait être présente.

D'un point de vue plus large, il est documenté que les émotions vécues face aux clients suicidaires peuvent être variées et inclure de l'anxiété, de la colère, un sentiment d'incompétence qui peut être accompagné de découragement, de tristesse ou de culpabilité (Ellis, Schartz et Rufino, 2018). En considérant nos résultats, nous pensons qu'il est possible que la peur ressentie par le psychologue face à un client suicidaire puisse porter atteinte à l'image qu'il se fait de sa compétence professionnelle. Quelques observations peuvent être faites en lien avec cette possibilité.

Tout d'abord, il semble que certains participants n'aient pas renoncé à un idéal thérapeutique qui leur permettrait d'envisager qu'ils ne sont pas « tout puissants » dans leur rapport avec un client qui pense au suicide. La littérature nous indique que de renoncer à cet idéal thérapeutique peut être un moment de croissance. En effet, selon Skovholt et Ronnestad (1992), les psychologues plus âgés auront appris, avec l'expérience, à intégrer une posture d'humilité et des attentes plus réalistes face à leur rôle dans la pratique de la psychothérapie. Ils auront donc une vision plus ajustée de ce que représente leur idéal thérapeutique. Puisque le développement professionnel du psychothérapeute passe effectivement par différents stades (Skovholt et Ronnestad, 1992), il nous apparaît intéressant d'examiner nos résultats dans cette optique. Nos participants, qui ont au moins 15 ans d'expérience dans la pratique de la psychothérapie, seraient, selon ces auteurs, arrivés au stade d'individuation. Ce stade est principalement caractérisé par l'intégration de plus en plus manifeste du soi professionnel et du soi personnel et par un vécu émotionnel variant de la satisfaction à l'ennui. Cependant, nos résultats indiquent que les psychologues ressentent de la peur face aux verbalisations suicidaires d'un client. Nous pouvons penser qu'ils pourraient présenter une forme de régression dans leur stade de développement professionnel puisque d'après Skovolt et Ronnestad (1992), les émotions d'anxiété (et possiblement de peur) seraient davantage observées chez les psychothérapeutes moins expérimentés, ayant atteint le stade professionnel d'exploration. Ce stade de développement est observé dans les deux à cinq premières années d'expérience de pratique chez les psychothérapeutes.

Face à la perte d'un client par suicide, Henry (2006) soutient que les psychologues qui vivent plus aisément l'expérience du décès d'un client par suicide sont ceux qui s'attendent à perdre quelqu'un et qui ont donc revisité leur idéal thérapeutique en acceptant que ce type de perte fasse partie de leur pratique. Selon Skovolt et Ronnestad (1992), les émotions liées à l'acceptation se présentent

d'avantage au stade d'intégrité, qui est vécu par les psychologues qui pratiquent depuis 25 à 35 ans et qui sont pour ainsi dire, proche de la retraite puisque 90% de leur vie active au travail est maintenant derrière eux. Bordeleau (2013) avance également que les psychologues qui vivent l'expérience d'un geste suicidaire ou la perte d'un client par suicide ont tendance, avec le temps qui passe, à intégrer cette expérience comme une opportunité de croissance dans leur pratique professionnelle. En ce sens, nos résultats complètent cet aspect de la littérature face au vécu émotionnel du travail du psychothérapeute puisque nous pouvons supposer que les psychologues que nous avons interviewés pourraient arriver, avec davantage d'expérience, à un ajustement de leur idéal thérapeutique et à un vécu émotionnel moins prenant que ce qu'ils vivent actuellement.

Un autre aspect à considérer est celui qui traite de la perception des professionnels de la santé mentale qui pourraient perdre un client par suicide. Leenaars (2011) est d'avis que les psychologues doivent être sensibilisés au fait que le travail auprès des clients suicidaires comporte un risque accru d'être exposé au décès d'un client. À ce sujet, Henry et ses collaborateurs (2008) décrivent que 22% à 39% des psychologues vont perdre un client par suicide au cours de leur carrière. Paradoxalement, en consultant la littérature au sujet du vécu de la perte d'un client par suicide au Québec, il semble qu'il est complexe pour les professionnels d'aborder ce type de perte dans leur milieu de travail respectif. En effet, il existerait un certain tabou lié à la possibilité d'exprimer son vécu face à la perte d'un client par suicide, à tout le moins dans les milieux psychiatriques (Henry, 2006). Il est aussi étonnant de constater que dans d'autres milieux qui sont exposés aux clients suicidaires, tels que les centres de prévention du suicide, il existe divers protocoles afin que les équipes de travail soient informées des réactions possibles et du type de soutien à offrir lorsqu'un client se suicide (Séguin, Roy, et Boilar, 2020; Suicide Action Montréal, 2005). Nous envisageons que des recommandations semblables pourraient être développées pour les psychologues qui travaillent en pratique privée. Ces recommandations pourraient soutenir et normaliser l'expérience des psychologues qui perdent un client par suicide en permettant la verbalisation des émotions associées à ce type d'événement et également briser l'isolement face à cette expérience.

En plus de la conscience limitée des psychologues sur la réalité des décès par suicide pouvant survenir dans le cadre d'une psychothérapie, la peur de perdre un client par suicide pourrait être teintée des attentes existantes envers les professionnels de la santé mentale. Ces attentes pourraient,

en partie, expliquer la peur ressentie par certains psychologues qui travaillent avec les hommes suicidaires. En effet, il semble que la société puisse présenter un double standard pour les cliniciens qui œuvrent en santé mentale. Selon Jobes et Ballard (2011), ces professionnels seraient perçus comme possédant des pouvoirs surnaturels de contrôle et d'influence qui n'existe pas dans la réalité objective. Selon, ces auteurs, les attentes envers les professionnels en soins physiques seraient plus réalistes face aux décès qui peuvent se produire dans un contexte hospitalier. Il est plausible de penser que cet aspect des attentes sociales juxtaposé au renoncement de l'idéal thérapeutique qui ne semble pas être intégré pour certains de nos participants ait un impact sur les émotions qu'ils ressentent face à un client suicidaire.

4.2 Régulation par le psychologue de la honte perçue ou exprimée par le client

Nos participants ont confirmé que la honte est une émotion exigeante et complexe à gérer dans le cadre de la psychothérapie avec un client suicidaire. D'une part, la réaction émotionnelle du psychologue face à la honte exprimée par le client ou à celle qu'il pense percevoir est teintée de la complexité propre à cette émotion. Par exemple, dans un premier temps, il apparaît que la honte vécue par le client active celle du psychologue. Ensuite, la perception du psychologue de la honte vécue par le client peut amener le psychologue à craindre les répercussions de l'exploration de cette émotion sur son client. D'autre part, le psychologue semble avoir davantage de facilité à être empathique face à un client qui vit de la honte que face à un client qui est en colère. Nous élaborerons davantage au sujet de cette dernière observation dans la partie concernant les ruptures d'alliance de type confrontation. Un autre aspect intéressant de nos résultats est que nos participants ont identifié assez facilement les indicateurs qui leur démontreraient qu'un client peut vivre de la honte, tels que des manifestations physiques ou un manque d'expressivité. Ils ont aussi cité les émotions perçues chez le client qui pouvaient indiquer la présence de la honte comme la colère et la rage ou le sentiment de se sentir inadéquat. Cependant, aucun d'entre eux n'a explicité le ressenti de sa propre honte comme une indication potentielle d'un vécu semblable chez le client. Il s'agit d'une observation qui nous apparaît pertinente et qui vient renforcer notre recommandation de favoriser le développement des habilités des psychologues à identifier spécifiquement leur vécu contre-transférentiel de la honte dans le cadre de leur formation.

Tout d'abord, un élément central dans la gestion de la honte est l'importance des fonctions de la régulation affective du psychologue. Ciccone et Ferrant (2010), indiquent que pour que le psychologue puisse reconnaître et réguler sa propre honte, il doit être suffisamment en contact avec son émotion sans en être envahi (Ciccone et Ferrant, 2010). Cependant, et comme nous l'avons exprimé plus tôt, la honte ressentie par un client au cours d'une rencontre de psychothérapie peut faire écho à celle ressentie par le psychologue dans sa propre histoire relationnelle. Selon Ciccone et Ferrant (2010), le psychologue présente alors un risque de se retrouver dans une expérience émotionnelle où il pourrait être submergé par son affect. Ce débordement de l'affect vécu par le psychologue peut complexifier le repérage de la honte dans le contre-transfert. Il semble donc que la séquence en boucle de la gestion de la honte du client parallèlement à celle pouvant être ressentie par le psychologue soit une tâche particulièrement délicate et exigeante dans le cadre de la pratique de la psychothérapie. Cette observation clinique semble se confirmer dans nos résultats puisqu'une psychologue a nommé percevoir que la honte vécue par leur client pouvait trouver un écho dans sa propre honte.

Une seconde dimension qui s'ajoute à la gestion de la honte pour le psychologue est en lien avec l'expérience émotionnelle singulière de cette émotion. Jacob (1996) explique que la honte inhibe la conscience de l'autre et handicape sévèrement la capacité de demeurer en contact pour la personne qui la ressent. Brown (2021) abonde dans le même sens en décrivant que lorsqu'une personne ressent de la honte, il devient plus difficile pour elle d'offrir son empathie à une autre personne. La honte amènerait une perception envahissante de l'état interne du psychologue et l'empêcherait d'être en contact avec l'expérience de son client. Selon nos résultats, il semble pertinent de raffiner la formation du psychologue en lui enseignant à reconnaître et à réguler la honte, afin de redevenir disponible à son client qui ressent cette émotion. D'autant plus que les événements pouvant mener à une expérience de honte pour le client se présenteraient plus souvent avec les psychologues qui sont davantage centrés sur leur propre perspective et moins proches de l'expérience du client (Jacobs, 1996). Dans ce cas de figure, le psychologue aurait donc, tout comme son client, une propension spontanée à vouloir se dégager de la honte ou de se retirer du regard de l'autre lorsque la honte émerge. Cette perspective confirme l'importance d'une régulation affective adéquate pour le psychologue au cours de l'interaction avec son client.

Un autre niveau de difficulté face à la honte est qu'elle est parfois camouflée par d'autres émotions comme la colère ou l'hostilité (Benau, 2022). Le psychologue doit donc apprendre à les reconnaître afin que ses interventions demeurent efficaces. Ce constat est ressorti dans nos résultats puisque les participants ont nommé que ces émotions pouvaient être des indications de la présence de la honte vécue par le client. Cela dit, nos résultats semblent aussi suggérer que les psychologues ont tendance à aller « sur la voie d'accotement » plutôt que de tenter de gérer l'émotion secondaire (possiblement la honte) qui est camouflée sous la colère et l'agressivité. La difficulté qui ressort au niveau des habiletés liées à la gestion de la honte pourrait être l'exploration de la honte via la colère et/ou l'hostilité émise par le client face à son psychologue. Par exemple, le psychologue qui souhaite travailler la honte qu'il observe chez son client va manifestement, par un processus d'exploration, mettre cette émotion à l'avant et cette situation pourrait faire vivre davantage de honte au client. Tel que le décrit Jacobs (2017), le client peut devenir davantage honteux devant son psychologue qui le voit vivre de la honte. Il est possible d'illustrer cette réalité clinique comme un processus circulaire qui nécessitent des habiletés particulières de la part du psychologue.

Nous pouvons également supposer que le travail de la honte soulève des enjeux semblables au travail des résistances en psychothérapie. Une première étape dans la gestion de la honte en psychothérapie est que le psychologue reconnaisse qu'il contribue à la honte que ressent le client devant lui, par sa seule présence et en étant témoin de la réalité du client. Nous pouvons faire le même parallèle dans le travail thérapeutique face à des résistances émises par un client dans le cadre de la psychothérapie. En effet, un psychologue peut considérer l'attitude négative d'un client face à certaines de ses interventions comme une indication d'une attitude de non-collaboration. D'un autre point de vue, cette résistance pourrait être un signe d'un « désaccordage » entre le psychologue et son client (Buirski et Haglund, 2001). Il s'agit donc, là aussi, de reconnaître la contribution du psychologue à cette résistance.

Selon Messer (2002), les résistances peuvent être perçues comme une façon pour le client de reconnaître son expérience émotionnelle, ses motivations ou sa façon d'être en relation avec le monde. Les résistances peuvent aussi exprimer les émotions que ressent le client envers son psychothérapeute et la peur des impacts sur la relation s'il les exprime ouvertement. Cet auteur propose au psychothérapeute de permettre au client d'exprimer librement ce qu'il ressent envers

lui dans l'objectif de travailler avec les résistances plutôt que contre. Tout comme dans le travail avec la honte, cette posture clinique pourrait permettre au psychologue d'offrir une présence thérapeutique optimale et une expérience émotionnelle réparatrice dans ces circonstances. Plus précisément, il s'agira pour le psychologue de valider la pertinence de la honte tout en identifiant les conséquences fâcheuses du vécu expérientiel lié à cette émotion.

En résumé, il apparaît important pour les psychologues d'être formés à dépister la honte et à reconnaître les émotions primaires et secondaires liées à cette émotion. De plus, comme l'expérience de la honte de son client peut être un élément dérégulant pour le psychologue, il nous semble adéquat de favoriser le développement de compétences en lien avec un dosage optimal d'exploration et de soutien dans la gestion délicate de cette émotion qui peut être envahissante, à la fois pour le client et pour son psychologue.

4.3 Les ruptures d'alliance thérapeutique de type confrontation vécues avec un client suicidaire

Les psychologues qui ont participé à notre étude ont décrit efficacement certains indicateurs de rupture d'alliance thérapeutique de confrontation. En effet, ils ont rapporté percevoir la présence d'une rupture d'alliance thérapeutique en étant attentifs aux émotions exprimées par le client, comme la colère et l'hostilité, ou par l'observation de comportements, tels que le fait de quitter la rencontre. Un autre aspect de nos résultats sur lequel nous souhaitons nous attarder concerne le niveau du vécu expérientiel du psychologue. La colère ressentie par les participants est décrite comme faisant partie de leur expérience lorsqu'un client manifeste une rupture de confrontation durant une rencontre de psychothérapie. La sensation d'incompétence fait aussi partie de la réaction émotionnelle vécue par le psychologue ainsi que le désir de cesser la psychothérapie avec le client. Puisque nos participants ont par ailleurs démontré une habileté dans l'identification des facteurs qui leur permettent d'observer la présence d'une rupture d'alliance de type confrontation, la difficulté semble être davantage au niveau de la régulation de la colère vécue par le psychologue. Nous remarquons aussi que la presque totalité des psychologues n'identifie pas les ruptures d'alliance thérapeutique comme une opportunité de travail thérapeutique, sauf dans le cas d'une psychologue qui exprime que de travailler les ruptures d'alliance fut une opportunité de renforcer la complicité qu'elle avait avec son client. Ces observations confirment que le travail de réparation

des ruptures d'alliance thérapeutique demeure une habileté à développer et à consolider pour les psychologues qui travaillent avec les hommes suicidaires.

La psychothérapie à moyen et à long terme est un facteur de protection pour les personnes qui présentent un risque suicidaire (Leenaars, 2011). Selon Leenaars (2011), l'alliance thérapeutique formée auprès des personnes suicidaires peut être l'une des clés qui permettent d'abaisser le niveau de dangerosité d'un passage à l'acte des clients qui pensent au suicide. En considérant ces deux aspects, il devient donc encore plus important de saisir les opportunités de réparer les manifestations des ruptures d'alliance avec les clients suicidaires.

Concernant les ruptures d'alliance thérapeutique vécues dans le travail avec les personnes suicidaires, il semble que les enjeux suicidaires ajoutent à la complexité de la gestion des ruptures d'alliance thérapeutique. En effet, Jobes et Ballard (2011) nomment que lorsqu'il y a un élément de suicidalité présent chez le client, les émotions de vulnérabilité, de pouvoir, de méfiance et de colère peuvent être vécues par les deux parties, soit le client et le psychothérapeute. Cette réalité singulière augmente la difficulté d'entretenir une alliance thérapeutique solide. Aussi, ces auteurs expliquent que les personnes suicidaires présentent des enjeux relationnels importants et que ces enjeux peuvent placer le thérapeute et le client un contre l'autre, plutôt que l'un avec l'autre, dans la démarche thérapeutique. Nous pouvons penser que cette posture de « l'un contre l'autre » causée par les enjeux de suicidalité est un exemple de rupture d'alliance, tel que décrit par Muran et Safran (2017). Il nous semble donc que la capacité de reconnaissance et de réparation des ruptures d'alliance thérapeutique représente un levier de changement thérapeutique prometteur avec la clientèle des hommes suicidaires.

Selon Muran et Safran (2017), il y a diverses façons de résoudre les ruptures d'alliance thérapeutique. Ces auteurs proposent deux formes de résolution de ruptures d'alliance thérapeutique. Ces modèles s'appliquent aux deux types de ruptures, c'est-à-dire, de retrait ou de confrontation. Tout d'abord, il y a une réparation qui peut se faire dans l'immédiat puisque la rupture prend sa source dans un désaccord sur les tâches et les objectifs de la démarche thérapeutique (Safran et Muran, 2000 ; Drouin, 2014). Par exemple, donner des explications pour décrire un traitement ou clarifier une mésentente avec le client. Ensuite, il existe une forme de réparation d'une rupture au niveau du lien affectif. Pour la rupture de confrontation, il s'agit

d'accompagner le client dans l'expression de sa colère afin de l'amener vers la reconnaissance d'avoir été blessé, déçu ou même humilié par la présence de son psychothérapeute comme témoin de sa vulnérabilité. D'après Muran et Safran (2017) ce processus permettrait au client d'avoir accès à sa vulnérabilité tout en étant soutenu par son psychologue. Il est donc question de développer et de maintenir des compétences pointues pour le psychologue qui souhaite offrir ce type de réparation à son client et dont l'accès pourrait être teinté de la colère qu'il ressent tel que décrit dans nos résultats.

4.4 Forces et limites de la recherche

Notre travail a une visée que nous estimons utile pour les cliniciens qui côtoient les hommes suicidaires. En effet, les lignes directrices à utiliser ou les caractéristiques propres à la pratique de la psychothérapie auprès des hommes qui pensent au suicide sont peu documentées. Ce projet d'essai doctoral confirme plusieurs des observations décrites dans la recension des écrits. De plus, il contribue à répertorier ce que des psychologues d'expérience considèrent comme utile, entre autres, par rapport à l'impact de la présence de la honte dans la gestion des ruptures de confrontation de l'alliance thérapeutique, spécifiquement avec les hommes suicidaires. Aussi, notre projet comble, en partie, une lacune dans les connaissances au niveau des différences observées par les psychothérapeutes dans les techniques de gestion des ruptures de l'alliance thérapeutique appropriées selon le genre du client.

Une des limites de ce projet de recherche concerne l'aspect rétrospectif et les contenus autorapportés par les participants. Le rappel rétrospectif, qui peut impliquer un délai temporel important amènerait possiblement des biais de mémoire chez les participants. Si l'écart entre le rappel de l'événement et son expérience réelle est grand, la probabilité de la présence d'un biais de mémoire est plus élevée. Aussi, les limites de l'utilisation des contenus autorapportés par les participants sont à garder en tête dans le cadre de notre recherche. En effet, les données autorapportées peuvent être en partie induites par les questions plus directives que nous avons posées et ne pas correspondre pleinement à l'expérience du participant. Certaines limitations humaines telles que l'impact de l'expérience et des apprentissages des participants, leur tempérament et leur personnalité sont des variables qui peuvent influencer le contenu des données autorapportées (Kazdin, 2017).

Ensuite, le nombre restreint de participants implique un faible volume de contenus qui est difficilement généralisable à l'ensemble de l'expérience des psychologues qui reçoivent des clients suicidaires. Et comme l'expérience de la psychothérapie implique une relation entre le client et le psychothérapeute, l'absence du point de vue des hommes eux-mêmes peut être considérée comme une limite puisque dans ce projet de recherche, nous avons recueilli uniquement le regard d'une des deux parties incluses dans le processus thérapeutique, soit celui du psychologue.

4.5 Pistes de recherches futures

En lien avec notre intérêt pour les psychologues qui pratiquent dans le contexte d'une approche relationnelle, nous pensons qu'il serait intéressant d'envisager comme angle de recherche future d'explorer l'impact du type d'attachement du psychologue face à un client suicidaire. En effet, il semble que du point de vue du client, un attachement sécurisé est significativement relié à une forte alliance thérapeutique (Errazuriz et coll., 2015). Qu'en est-il en ce qui a trait à l'attachement du psychologue? Selon notre recherche, l'engagement émotionnel du psychologue face à son client suicidaire semble plus important et sa capacité de régulation des affects est centrale dans le maintien d'une forte alliance thérapeutique. N'ayant pas exploré le type d'attachement du psychologue dans notre essai doctoral, il pourrait être pertinent d'aborder cet angle de recherche. Par exemple, comment un psychologue présentant un attachement anxieux ou sécurisé pourrait-il utiliser sa capacité à réguler des émotions par rapport à la honte que peuvent vivre les hommes suicidaires? Il serait aussi pertinent d'évaluer qualitativement, l'impact de cette régulation sur l'alliance thérapeutique en parallèle avec les résultats attendus de la psychothérapie auprès de cette clientèle particulière. De plus, avec une perspective de recherche longitudinale, il nous semble qu'il pourrait être enrichissant d'étudier le développement et l'évolution des compétences des psychologues associées à la gestion des ruptures d'alliance thérapeutique. Comment arrivent-ils à acquérir ces habiletés de régulation de soi en interaction avec leurs clients?

Nous savons que les femmes se suicident moins que les hommes, mais qu'elles utilisent de plus en plus de moyens léthaux pour faire des tentatives de suicide (Bostwick et coll., 2016). Compte tenu de cette évolution dans le profil des personnes qui mettent fin à leur vie, il pourrait être approprié de s'intéresser aux clientes qui consultent en psychothérapie et qui présentent des idées suicidaires. Quels impacts ont l'établissement de l'alliance thérapeutique et la gestion de ses ruptures sur

l'expérience émotionnelle du psychologue lorsqu'il s'agit d'une cliente qui pense au suicide? Il pourrait être intéressant d'explorer la perception de l'expérience émotionnelle du psychologue au sujet des clientes suicidaires en comparaison avec celle vécue face aux hommes. En relation avec la variable de genre et dans un objectif de complémentarité, puisque notre recherche a exploré le point de vue des psychologues, il serait intéressant de s'attarder à la perspective des hommes suicidaires face à leur démarche thérapeutique. Par exemple, de quelle façon perçoivent-ils la relation thérapeutique avec leur psychologue?

CONCLUSION

Cette recherche visait une meilleure compréhension clinique de l'expérience du psychologue face à la gestion de la honte et des ruptures d'alliance thérapeutique avec les hommes suicidaires. Pour commencer, nous pouvons constater qu'à partir de l'expérience du psychologue, il semble que la posture face à l'atteinte d'un idéal thérapeutique et la capacité de réviser cet idéal soient des éléments de poids dans la capacité à gérer la suicidalité d'un client. Il ressort également de notre démarche que la poursuite du développement de la conscience réflexive pour les psychologues demeure un aspect important, même pour ceux qui ont plusieurs années d'expérience dans le cadre d'une pratique centrée sur des approches relationnelles avec des clients suicidaires.

De plus, il apparaît que le travail d'identification de la honte est aussi central dans le travail auprès des hommes suicidaires. Il ressort de notre démarche que les psychologues gagneraient à être formés à détecter les émotions secondaires qui camouflent cette émotion difficile à vivre pour les clients et pour les psychologues qui les accompagnent. D'un point de vue clinique, développer cette habileté pourrait servir de soutien à l'identification et à la résolution des ruptures d'alliance thérapeutique possibles lorsqu'un client exprime de la colère, de l'hostilité ou de l'agressivité face à son psychologue.

En somme, quelques recommandations émergent de cet essai doctoral. Par exemple, au niveau de la formation spécifique à l'intervention auprès des personnes suicidaires, nous recommandons d'aller au-delà de la prévention du geste suicidaire et de l'évaluation de la dangerosité suicidaire d'un client. Nos résultats suggèrent qu'il serait pertinent d'offrir, à l'intérieur de ces formations ou dans des ateliers post-formation, des espaces qui permettraient aux psychologues d'être soutenus dans leur régulation affective face à un client suicidaire. Cette recommandation s'applique particulièrement aux psychologues qui offrent la psychothérapie en pratique privée, puisqu'ils n'ont pas le soutien d'une équipe de collègues comme c'est le cas dans les institutions du réseau de la santé.

ANNEXE A
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche : La gestion de la honte et des ruptures d'alliance thérapeutique en psychothérapie avec les hommes suicidaires

Étudiante-chercheuse : Valérie Briançon, doctorante en psychologie, UQAM
téléphone : 438 390-7662
courriel : briancon.valerie@courrier.uqam.ca

Direction de recherche : Marc-Simon Drouin, professeur et directeur, département de psychologie UQAM
téléphone : 514 987-3000 p. : 7006
courriel : drouin.marc_simon@uqam.ca

Codirection : Janie Houle, professeure, département de psychologie, UQAM
téléphone : 514 987-4000 p. :4751
courriel : houle.janie@uqam.ca

Dans le cadre d'un programme de doctorat en psychologie, nous sollicitons votre participation à un projet de recherche qui implique de documenter l'expérience des psychologues qui travaillent avec les hommes suicidaires. 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. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Cette recherche s'intéresse, du point de vue du clinicien, aux particularités de la psychothérapie auprès d'hommes suicidaires afin de comprendre quelles sont les lignes directrices pouvant contribuer à l'efficacité d'une intervention thérapeutique auprès de cette clientèle. Plus spécifiquement, cette recherche vise à documenter la gestion de l'alliance thérapeutique et de ses ruptures avec les clients suicidaires. Nous souhaitons interviewer six psychologues (trois hommes et trois femmes), membres de l'ordre des psychologues du Québec, pratiquant en privé dans une approche qui priorise la dimension relationnelle avec le client (par ex. : la thérapie intersubjective, la Gestalt-Thérapie ou la thérapie centrée sur les émotions, etc.) et ayant au moins 15 ans d'expérience en psychothérapie avec des hommes suicidaires. Avec les données recueillies, ce projet de recherche tentera de pallier le manque de connaissances spécifiques à la gestion des ruptures d'alliance thérapeutique avec les hommes qui pensent au suicide.

Nature et durée de votre participation

Vous serez invité à participer à une entrevue via une application de visioconférence (par ex. : Zoom) avec l'étudiante-chercheuse d'une durée de 60 à 90 minutes selon vos disponibilités, dans un lieu qui vous convienne et qui permettra d'assurer la confidentialité des propos échangés. Des questions vous seront posées afin de vous inviter à parler de votre expérience auprès de clients suicidaires. Les entrevues seront enregistrées avec un appareil audionumérique.

Avantages liés à la participation

Vous ne retirerez personnellement pas d'avantages à participer à cette étude. Toutefois, vous aurez contribué à l'avancement de la science par le partage de votre expérience, de vos connaissances et de votre expertise.

Risques liés à la participation

Vous pourriez ressentir un inconfort à dévoiler des contenus liés à votre expérience avec les hommes suicidaires durant l'entrevue. Si cette situation se présentait, nous vous encourageons à contacter un collègue ou à utiliser les services d'un(e) psychologue-superviseur(e) afin de pouvoir discuter de cette expérience. Si vous n'aviez pas accès à un collègue ou un superviseur disponible, vous pourrez contacter l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) (514 738-1881 ou www.ordrepsy.qc.ca) afin pouvoir consulter un(e) psychologue-superviseur(e).

Confidentialité

Vos informations personnelles ne seront connues que de l'étudiante-chercheure et ne seront pas dévoilées lors de la diffusion des résultats. Les entrevues transcrites seront numérotées et seule l'étudiante-chercheure aura la liste des participants et du numéro qui leur aura été attribué. Les enregistrements seront détruits dès qu'ils auront été transcrits et tous les documents relatifs à votre entrevue seront conservés sous clef durant la durée de l'étude. L'ensemble des documents seront détruits deux ans après la dernière communication scientifique.

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Valérie Briançon verbalement et toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Une indemnité de 100\$ est prévue afin de compenser pour le temps et le déplacement que vous acceptez d'investir en participant à cette recherche.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation vous pouvez communiquer avec la responsable du projet : Valérie Briançon (doctorante en psychologie UQAM) au 438 390-7662 ou par courriel à : briancon.valerie@courrier.uqam.ca. Vous pouvez également communiquer avec le directeur de cette recherche : Marc-Simon Drouin (professeur et directeur, département de psychologie UQAM) au 514 987-3000 p. : 7006 ou par courriel à: drouin.marc_simon@uqam.ca ou avec la codirectrice de cette recherche : Janie Houle (professeure, département de psychologie UQAM) au 514 987-4000 p. :4751 ou par courriel à: houle.janie@uqam.ca.

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer (certificat no. 4373). 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 CERPE : cerpe.fsh@uqam.ca (personne ressource : Julie Sargent au (514) 987-3000 p. : 3642).

Remerciements

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et nous tenons à vous en remercier.

Consentement

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, Nom

Signature

Date

Engagement de l'étudiante-chercheure

Je, soussignée 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 B
SCHÉMA D'ENTRETIEN

Introduction :

« Je suis étudiante au doctorat en psychologie à l'UQAM et cette étude est menée dans le cadre de mon projet de recherche doctorale. Merci beaucoup d'avoir accepté de participer à cette recherche en m'accordant une entrevue. Le contenu de cette entrevue, que je vais enregistrer avec votre permission, sera uniquement utilisé dans le cadre de ma recherche. »

1. Dans le contexte de votre profession, vous êtes ou vous avez été en contact avec des hommes qui pensent au suicide. À partir du cas que vous avez préparé, voudriez-vous me parler de cette expérience? Comment avez-vous vécu cette expérience?
 - a) Comment décririez-vous la relation que vous avez avec ces clients?
 - b) Selon vous, qu'est-ce qui est à privilégier lorsque vous recevez un homme suicidaire en psychothérapie?
 - c) Quelles modalités d'intervention ou techniques particulières utilisez-vous lorsque vous rencontrez des hommes qui pensent au suicide? En quoi diffèrent-elles des techniques que vous utilisez avec les femmes?

2. Comment procédez-vous pour faciliter la création de l'alliance thérapeutique avec les clients suicidaires?
 - a) Et pour la maintenir?

3. Pourriez-vous me raconter une situation où vous avez géré des ruptures de confrontation au niveau de l'alliance thérapeutique que vous aviez établie avec un homme suicidaire?
 - a) Que s'est-il passé?
 - b) De quelle façon avez-vous réagi?
 - c) Quelles sont, selon vous, les pratiques à privilégier pour gérer adéquatement des ruptures de confrontation avec des hommes suicidaires? Est-ce que c'est différent qu'avec les femmes?

4. Pourriez-vous me raconter une situation où vous avez constaté que le client que vous receviez en psychothérapie vivait de la honte?
 - a) Comment vous en êtes-vous rendu compte?
 - b) De quelle façon avez-vous réagi?
 - c) Quelles sont, selon vous, les pratiques à privilégier lorsqu'un homme vit de la honte en psychothérapie?

Conclusion :

En terminant, est-ce qu'il y a quelque chose que nous n'avons pas abordé et que vous voudriez ajouter concernant votre expérience avec les hommes qui pensent au suicide?

Comment avez-vous trouvé l'expérience de cette entrevue ?

« Je vous remercie de votre participation. Si vous le souhaitez, je pourrai vous transmettre les résultats de cette recherche, qui permettront, je l'espère, de soutenir les psychologues dans leur travail auprès des hommes suicidaires. »

BIBLIOGRAPHIE

- Ackerman, S. & Hilsenroth, M. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23, 1-33. 10.1016/S0272-7358(02)00146-0.
- Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 153-168.
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American Psychologist*, 58, 5-14.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association, *Dictionary of Psychology*.
<https://www.apa.org/pubs/books/4311007>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(1). doi: 10.1186/1471-244x-4-37
- Barzilay, S., Schuck, A., Bloch-Elkouby, S., Yaseen, ZS., Hawes, M., Rosenfield, P., Foster, A. & Galynker, I. (2020). Associations between clinicians' emotional responses, therapeutic alliance, and patient suicidal ideation. *Depress Anxiety*, 37(3), 214-223. doi: 10.1002/da.22973. Epub 2019 Nov 15. PMID: 31730737.
- Bavelas, J., De Jong, P., Franklin, C., Froerer, A., Gingerich, W., Kim, J., Korman, H., Langer, S., Lee, M. Y., McCollum, E. E., Smock Jordan, S., & Trepper, T.S. (2013). *Solution Focused Brief Therapy Treatment Manual for Working with Individuals*. Solution Focused Brief Therapy Association.
- Benau, K. (2022). *Shame, Pride and Relational Trauma: Concepts and Psychotherapy*. New-York, NY: Routledge.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25(4), 147-155. doi:10.1027/0227-5910.25.4.147
- Bordeleau, Vincent (2013). « Facteurs individuels relatifs à l'autorégulation et au développement professionnel des psychothérapeutes dans leur expérience du geste suicidaire d'un patient » Thèse. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Doctorat en psychologie.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.

- Bostwick, J.M., Pabbati, C., Geske, J., & McKean, A.J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094-1100.
- Bowman, D., Scogin, F, Floyd, M., & McKendree-Smith, N. (2001). Psychotherapy Length of Stay and Outcome: A Meta-Analyses of the Effect of Therapist Sex. *Psychotherapy*, 38, 142-148.
- Brooks, G. R. (1998). *A new psychotherapy for traditional Men*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Brooks, G. R. (2010). *Beyond the crisis of masculinity: a transtheoretical model for male-friendly therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brooks, G., & Good, G. (dir.). (2001). *The new handbook of psychotherapy and counseling with men*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Brown, B. (2021). *Atlas of the Heart: Mapping Meaningful Connection and the Language of Human Experience*. New York, USA: Random House.
- Buirski, P. (2008). The Paradox of Selfobject Relating: When Good Feels Bad: Discussion of Amy Eldridge's Case Presentation, *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 3:3, 263-272. doi: 10.1080/15551020802108687
- Buirski, P., & Haglund, P. (2001). *Making sense together: the intersubjective approach to psychotherapy*. J. Aronson.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York, USA: Oxford University Press.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405. doi: 10.1017/S0033291702006943
- Chagnon, F., Vrakas, G., Bardon, C., Daigle, M., & Houle, J. (2008). *Consensus entre la recherche et la pratique pour améliorer les programmes en prévention du suicide chez les hommes*. Montréal, Québec: Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE).
- Cherrier, J. (2013). Réflexions sur le traitement basé sur la mentalisation ainsi que son adaptation pour des hommes présentant des troubles de la personnalité mixte ou narcissique. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 243-258. doi:10.7202/1019195ar
- Ciccone, A. et Ferrant, A. (2010). Indices de honte et dispositif psychothérapeutique. *Èrès, revue Dialogue*. 4(190), 41-53.
- Cleary, A. (2017). Help-seeking patterns and attitudes to treatment amongst men who attempted suicide, *Journal of Mental Health*, 26(3), 220-224. doi: 10.3109/09638237.2016.1149800

- Cochran, S.V. (2005). Evidence-based assessment with men. *Journal Of Clinical Psychology*, 61(6), 649-660. doi: 10.1002/jclp.20100
- Connell, R.W., & Messerschmidt, J.W. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender and Society*, 19(6), 829-859.
- Cooper, M., & McLeod, J. (2011). Person-centered therapy: A pluralistic perspective, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 210-223. doi: 10.1080/14779757.2011.599517
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on mens well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00390-1
- Cusack, J., Deane, F.P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2004). Who Influence Men to go to Therapy? Reports from Men Attending Psychological Services. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(3), 271-283.
- Deering, C.G., & Gannon, E. J. (2005). Gender and Psychotherapy with Traditional Men. *American Journal of Psychotherapy*, 59(4), 351-360.
- Deslauriers, J.-M., Tremblay, G., Genest Dufault, S., Blanchette, D., & Desgagnés, J.-Y. (2010). *Regards sur les hommes et les masculinités*, Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité. Perspectives développementales*. Montréal: Les Éditions du Reflet.
- Dionne, F., & Labelle, R. (2005). À propos de la souffrance et du suicide: La théorie d'Edwin S. Shneidman. *Revue québécoise de psychologie*, 26, 95-110.
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146-163. doi: 10.1080/10503307.2014.954153
- Drapeau, A., Lesage, A., & Boyer, R. (2005). Is the Statistical Association between Sex and the Use of Services for Mental Health Reasons Confounded or Modified by Social Anchorage? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 599-604. doi: 10.1177/070674370505001005
- Drouin, M.-S. (2005). Les compétences et les écueils du thérapeute. *Revue Québécoise de Gestalt*, 8, 55-67.
- Drouin, M. S. (2014). L'alliance, ses ruptures et leurs réparations dans le processus thérapeutique. *Revue Québécoise de Gestalt*, 14, 19-46.
- Dulac, G. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises*. Montréal: Action Intersectorielle pour le Développement et la Recherche de l'Aide aux Hommes (A.I.D.R.A.H.).

- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes...aussi*. Montréal, Québec: VLB Éditeur.
- Dulac, G., & Groulx, J. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques Québécoises*, Centre d'études appliquées sur la famille. Montréal : École de service social Université McGill.
- Dumais, A., Lesage, A., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., ... Turecki, G. (2005). Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2116-2124. doi: 10.1176/appi.ajp.162.11.2116
- Ellis, T.E., Schwartz, J.A.J. & Rufino, K.A. (2018). Negative Reactions of Therapists Working with Suicidal Patients: a CBT/Mindfulness Perspective on Countertransference. *J Cogn Ther* 11, 80-99. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0005-1>
- Errazuriz, P., Constantino, M. J., & Calvo, E. (2015). The relationship between patient object relations and the therapeutic alliance in a naturalistic psychotherapy sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 254-269. <https://doi.org/10.1111/papt.12046>
- Franklin, C., Trepper, T., Gingerich, W.J., et McCollum, E.E. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. New York: Oxford University Press.
- Good, G. E., & Robertson, J. M. (2010). To accept a pilot? Addressing mens ambivalence and altering their expectancies about therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 306-315. doi: 10.1037/a0021162
- Hanna, F. J. (2002). *Therapy With Difficult Clients: Using the Predictors Models to Awaken Change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Henry, M. (2006). *L'impact du décès par suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- Henry, M., Séguin, M., & Drouin, M.-S. (2008). L'impact du suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale. *Recherche Frontières*, 21(1), 53-63. doi: 10.7202/037874ar
- Houle, J., Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2008). An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 37-43. doi: 10.1016/j.jad.2007.07.016
- Houle, J., Poulin, C. et Codaire, A.-M. (2006). *Parrainage téléphonique de la clientèle à haut risque de Suicide action Montréal: évaluation d'implantation*. Montréal: Direction de la Santé publique.
- Houle, J., Villaggi, B., Beaulieu, M.-D., Lespérance, F., Rondeau, G., & Lambert, J. (2013). Treatment preferences in patients with first episode depression. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 94-100. doi: 10.1016/j.jad.2012.10.016

- Jacobs, L. (2017). On Dignity, a Sense of Dignity, and Inspirational Shame. *Psychoanalytic Inquiry*, 37(6), 380-394. doi: 10.1080/07351690.2017.1334447
- Jahn, D. R., Quinnett, P., & Ries, R. (2016). The influence of training and experience on mental health practitioners' comfort working with suicidal individuals. *Professional Psychology, Research and Practice*, 47(2), 130–138.
- Jobes, D. A., & Ballard, E. (2011). The therapist and the suicidal patient. Dans K. Michel & D. A. Jobes (dir.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (pp. 51–61). American Psychological Association. [doi-
org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1037/12303-003](https://doi.org/10.1037/12303-003)
- Jobes, D. A., & Drozd, J. F. (2004). The CAMS Approach to Working with Suicidal Patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 73-85. doi: 10.1023/b:jocp.0000010914.98781.6a
- Harper, D. (2011). Choosing a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy*, 83-97. doi: 10.1002/9781119973249.ch7
- Kazdin, A. E. (2017). *Research design in clinical psychology*. Boston: Pearson.
- Kim, C. D., Lesage, A., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., & Turecki, G. (2003). Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine*, 33(7), 1299-1309. doi: 10.1017/s0033291703008146
- Kealy, D., Seidler, Z. E., Rice, S. M., Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., & Kim, D. (2021). Challenging assumptions about what men want: Examining preferences for psychotherapy among men attending outpatient mental health clinics. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(1), 28-33. <https://doi.org/10.1037/pro0000321>
- Knizek, B. L., & Hjelmeland, H. (2018). To die or not to die: a qualitative study of men's suicidality in norway. *Bmc Psychiatry*, 18(1), 263-263. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1843-3>
- Lambert, M. J. (2014). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, NY: Wiley.
- Leenaars, A. A. (2011). Psychotherapy with suicidal people: Some common implications for response. Dans K. Michel & D. A. Jobes (dir.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient*, 231-254. American Psychological Association. [https://doi-
org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1037/12303-013](https://doi.org/10.1037/12303-013)
- Levesque, P., Rassy, J. et Genest, C. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 - Mise à jour 2022*. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
- Linehan, M. M. (2008). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Enskede: TPB.

- Luyten, P., Mayes, L. C., Fonagy, P., Target, M., & Blatt, S. J. (dir.) (2015). *Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology*, Guilford Publications. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uqam/detail.action?docID=2008478>.
- Marsh, I., White, J. H., Kral, M. J., & Morris, J. (2016). *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century*. Vancouver: UBC Press.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Hubble, M.A. (2001). *Pour en finir avec Babel : À la recherche d'un langage unificateur pour l'exercice de la psychothérapie*. QC: Edisem.
- Muran, J., & Safran, J. (2017). Therapeutic alliance ruptures. Dans A. Wenzel (dir.), *The sage encyclopedia of abnormal and clinical psychology*, 1, 3512-3514. SAGE Publications, Inc., <https://dx.doi.org/10.4135/9781483365817.n1397>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. doi: 10.1037/a0022161
- Oliffe, J. L., Ogradniczuk, J. S., Bottorff, J. L., Johnson, J. L., & Hoyak, K. (2012). "You feel like you can't live anymore": Suicide from the perspectives of Canadian men who experience depression. *Social Science & Medicine*, 74(4), 506-514. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.057
- Oneil, J. M. (2008). Summarizing 25 Years of Research on Mens Gender Role Conflict Using the Gender Role Conflict Scale. *The Counseling Psychologist*, 36(3), 358-445. doi: 10.1177/0011000008317057
- Oneil, J. M. (2013). Gender Role Conflict Research 30 Years Later: An Evidence-Based Diagnostic Schema to Assess Boys and Men in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 91(4), 490-498. doi: 10.1002/j.1556-6676.2013.00122.x
- Organisation mondiale de la santé (2014). *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial*.
- Orange, D. M. (2008). Whose Shame is it Anyway? *Contemporary Psychoanalysis*, 44(1), 83-100. doi: 10.1080/00107530.2008.10745952
- Østlie, K., Stänicke, E., & Haavind, H. (2018). A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure. *Psychotherapy Research*, 28(1), 150-163.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e édition.). Paris: Armand Colin.
- Parcel, R. (2010). *Développement et validité initiale du questionnaire de la honte de la vulnérabilité masculine*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke.

- Pope, K. S. et Tabachnick, B. G. (1994). Therapist's anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 142-152.
- Richards, M., & Bedi, R. P. (2015). Gaining perspective: How men describe incidents damaging the therapeutic alliance. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(2), 170-182. doi: 10.1037/a0036924
- Roy, J., Tremblay, G., Houle, J., & Cyrulnik B. (2022). Les hommes et leur rapport aux services : deux mondes ? Dans G. Tremblay, J.-M. Deslauriers, S. G. Dufault, D. Blanchette, & J.-Y. Desgagniers (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités.: Comprendre et intervenir*, 61-92. Les Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.2307/j.ctv2j6xfkn.7>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43, 286-291.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Scher, M. (1990). Effect of gender role incongruities on men's experience as clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(3), 322-326. doi: 10.1037/0033-3204.27.3.322
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal, Québec: Les Éditions du CIG.
- Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., Guy, A., Daigle, F., Girard, G., & Turecki, G. (2006). Suicide Cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: The Importance of Better Recognizing Substance and Mood Disorder Comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(9), 581-586. doi: 10.1177/070674370605100906
- Séguin, M., Roy, F. et Boilar, T. (2020). *Programme de postvention: être prêt à agir à la suite d'un suicide*. Québec, Association québécoise de prévention du suicide.
- Statistique Canada, page consultée le 5 juillet 2022.
<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310039401&pickMembers%5B0%5D=2.1&pickMembers%5B1%5D=3.3&cubeTimeFrame.startYear=2016&cubeTimeFrame.endYear=2020&referencePeriods=20160101%2C20200101>
- Struszczyk, S., Galdas, P. M., & Tiffin, P. A. (2017). Men and suicide prevention: a scoping review. *Journal of Mental Health*, 28(1), 80-88. doi: 10.1080/09638237.2017.1370638
- Suicide Action Montréal, (2005). *Protocole de gestion du suicide d'un client ou d'un employé*. Document interne non-publié.

- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. doi:10.1037/a0028226
- Tousignant, M., Séguin, M., Turecki, G., Chawky, N., Vanier, C., Morissette, R., & Lesage, A. (2022). Adult men suicide: A developmental approach. *Journal of Men's Health*, 18(2), 1-7. <https://doi.org/10.31083/JOMH.2021.126>
- Tracy, S. J. (2013). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Tremblay, G., L'Heureux, P., & CYRULNIK, B. (2022). Des outils efficaces pour mieux intervenir auprès des hommes plus traditionnels. Dans G. Tremblay, J.-M. Deslauriers, S. G. Dufault, D. Blanchette, & J.-Y. Desgagniers (dir.), *Regards sur les hommes et les masculinités.: Comprendre et intervenir*, 171-202. Les Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.2307/j.ctv2j6xfkn.10>
- Tremblay, G., Roy, J., Guilmette, D., Sirois-Marcil, J., Beaudet, L., Bizot, D., Chamberland, L., Cloutier, R., de Montigny, F., Dupéré, S., Houle, J., Léveillé, S., Roy, B., Roy, V., Séguin, M., Villeneuve, P., Cazale, L., Lajeunesse, S-L., Lebeau, A., Le Gall, J., Paré, L. (2015). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé et leur rapport aux services - Rapport final*. Québec : Masculinités et Société.
- Tremblay, G., Roy, P., Morin, M.-A., Desbiens, V., et Bouchard, P. (2011). Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes. *Revue québécoise de psychologie*, 32(1), 181-200.
- Wexler, D. B. (2009). *Men in therapy: new approaches for effective treatment*. New York: W.W. Norton.
- Zouk, H., Tousignant, M., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2006). Characterization of impulsivity in suicide completers: Clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 195-204. doi: 10.1016/j.jad.2006.01.016